



## **Programas de Visitas Domiciliarias y su Impacto en los Niños Pequeños**

**CRAIG ZERCHER, M.A. & DONNA SPIKER, PhD**

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

*(Puesto en línea, en inglés, el 5 de agosto de 2004)*

*(Puesto en línea, en español, el 16 de marzo de 2010)*

### **Tema**

*Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)*

### **Introducción**

La vida en el hogar y la familia constituyen el contexto principal para el desarrollo de bebés y niños pequeños. En este entorno, los cuidadores brindan la interacción, la supervisión y el apoyo del mundo físico y social que ellos necesitan para crecer y desarrollarse. Muchos factores pueden influir en la capacidad de los cuidadores para satisfacer estas necesidades básicas. La edad y madurez de los profesionales, su salud física y mental, su nivel académico y su situación económica moldearán el ambiente que los niños vivenciarán. A veces, la salud o desarrollo del niño plantea desafíos al cuidador: por ejemplo, cuando el niño tiene problemas graves de salud o una historia de nacimiento que supondría una señal de riesgo, como bajo peso al nacer, por ejemplo, o presenta un retraso del desarrollo o discapacidad. Los programas de visitas domiciliarias se diseñan y ejecutan en función de que las familias puedan brindar un ambiente que fomente el crecimiento saludable y el desarrollo de sus niños. Los programas pueden orientar sus servicios a las familias y cuidadores que tienen desventajas particulares al momento de establecer y mantener este ambiente. También pueden centrarse en familias cuyo hijo es más vulnerable que un niño común, debido a problemas de salud o de desarrollo.

### **Materia**

La visita domiciliaria es un modelo de entrega de servicios que puede ser utilizado para proporcionar diversos tipos de intervenciones a los beneficiarios meta<sup>1</sup>. Los programas pueden variar considerablemente en sus objetivos, usuarios, proveedores, actividades, horarios y estructura administrativa. No obstante, comparten algunos elementos comunes. Las intervenciones entregan servicios estructurados: 1) se desarrolla al interior de un hogar; 2) por un proveedor de servicio capacitado; 3) para cambiar el conocimiento, las creencias y/o conducta de los niños, cuidadores u otros proveedores de su entorno de cuidado y para brindar apoyo a los padres.<sup>2</sup>

Las visitas domiciliarias se estructuran de forma tal que puedan dar continuidad a la relación proveedor-participante y para vincular las prácticas ejecutadas a los resultados esperados. Un protocolo de visita, un currículo formal, una planificación del servicio

personalizada y/o un marco teórico específico pueden ser la base sobre la cual se realicen las actividades durante las visitas a los hogares. Los servicios se proporcionan en el espacio vital de la familia participante y como parte de su rutina y actividades cotidiana. Los proveedores pueden ser profesionales acreditados o titulados, semiprofesionales o voluntarios, pero normalmente con algún nivel de capacitación en los métodos y contenidos del programa para que puedan actuar como una fuente experta para los cuidadores.<sup>3</sup> Finalmente, estos programas intentan lograr algún cambio en las familias participantes, en su comprensión (creencias sobre la crianza de los hijos, conocimiento de desarrollo infantil) y/o acciones (su forma de interactuar con su hijo o de organizar su ambiente) o de parte del niño (cambio en el ritmo del desarrollo, estado de salud, etc.). Las visitas domiciliarias también pueden ser utilizadas como una forma de manejo de casos, pueden remitir a los servicios comunitarios existentes o brindar información a los padres o cuidadores para apoyar su capacidad de mantener un ambiente familiar positivo para los niños.<sup>4</sup>

### **Problemas**

Durante los últimos veinte años, se ha acumulado información relativa a la eficacia de los programas de visitas domiciliarias. Diversos proyectos a gran escala han utilizado diseños aleatorios, con múltiples fuentes de datos, mediciones de resultados y seguimientos longitudinales. Estos estudios generalmente han encontrado que los programas producen un rango limitado de efectos significativos y que los efectos producidos a menudo son pequeños.<sup>5,6</sup> Sin embargo, los análisis detallados algunas veces revelan efectos importantes sobre el programa.<sup>7</sup> Por ejemplo, algunos subconjuntos de participantes pueden experimentar resultados positivos a largo plazo en variables específicas.<sup>8,9</sup> Éstos y otros resultados sugieren que al evaluar la eficacia de los programas, es importante incluir mediciones de los múltiples resultados en el niño y la familia en diversos momentos, además de reunir información suficiente acerca de los participantes que permita realizar un análisis de los efectos del programa en varios tipos de subgrupos.

Otras dificultades que se deben considerar al realizar o evaluar una investigación en esta área incluyen: garantizar la equivalencia del control y de los grupos experimentales de ensayos aleatorios<sup>10</sup>, controlar el desgaste de los participantes (lo cual puede afectar la validez de los hallazgos al reducir la equivalencia del grupo), las visitas no efectuadas (lo cual puede afectar la validez al reducir la intensidad del programa),<sup>11</sup> documentar que el programa fue ejecutado integral y correctamente y determinar si la teoría del cambio del programa relaciona en forma lógica o no las actividades de la intervención con los resultados esperados.

### **Contexto de la Investigación**

Puesto que los programas de visitas domiciliarias difieren en sus objetivos y contenidos, la investigación sobre su eficacia debe ser adaptada a los objetivos específicos de la intervención, las prácticas y los participantes. En general, estos programas pueden agruparse en dos tipos: aquéllos que buscan resultados en los aspectos físicos/clínicos de la salud y aquéllos centrados en el mejoramiento de la relación padres-hijo. La población meta se puede identificar en el nivel del cuidador (por ejemplo, madres adolescentes, familias de bajos ingresos) o del niño (niños discapacitados). Algunos programas pueden

tener objetivos amplios y diversos, tales como mejorar la salud pre y perinatal, nutrición, seguridad y forma de criar a los hijos. Otros, pueden fijarse objetivos más reducidos, como la reducción de la incidencia del abuso y abandono infantil. Los resultados de los programas pueden centrarse en adultos o en niños; los proveedores de servicios mencionan con frecuencia objetivos múltiples (por ejemplo, mejor desarrollo del niño, apoyo socio-emocional a los padres, educación parental).<sup>12</sup> Los investigadores deben tener certeza de identificar los resultados esperados, así como otros que puedan aparecer, pero que no estaban contemplados. Del mismo modo, se necesita comprender el modelo del programa, para que su ejecución se pueda medir acuciosamente.<sup>13</sup> Una tendencia reciente de la investigación en visitas domiciliarias, para intentar revelar el “componente activo” de los servicios exitosos, consiste en el análisis del compromiso parental.<sup>14,15</sup>

### **Preguntas de Investigación Clave**

Las preguntas de investigación clave para los programas de visitas domiciliarias incluyen las siguientes: 1) ¿Hasta qué punto se logran los objetivos esperados del programa en las familias y niños participantes? 2) ¿Logra o no el programa cambiar la incidencia o prevalencia de las condiciones estudiadas de la comunidad? 3) ¿Es posible identificar y replicar los elementos efectivos del programa? 4) ¿Qué factores influyen en la participación y la no participación en el programa? 5) ¿Qué factores influyen en la ejecución apropiada y total del programa? 6) ¿Cuáles son los beneficios a corto y largo plazo que experimentan las familias participantes, en comparación con aquellas que no participan? 7) ¿Cuál es el costo del programa en relación a los beneficios que brinda a las familias, las comunidades y la sociedad?

### **Resultados de la Investigación**

Una revisión reciente a gran escala de los programas de visitas domiciliarias que incluyó una evaluación rigurosa de los componentes concluyó lo siguiente:

Estos hallazgos hacen recapacitar. En la mayoría de los estudios descritos, los programas tuvieron dificultades para inscribir, involucrar y retener a las familias. Cuando se demostraron los beneficios del programa, con frecuencia éstos sólo ocurrieron en un subconjunto de familias, aquéllas inscritas originalmente en el programa, rara vez se extendieron a todos los objetivos buscados, y a menudo tuvieron una magnitud bastante modesta.<sup>16</sup>

La investigación sobre la ejecución de estos programas ha revelado una serie de dificultades transversales a distintos programas de suministro de servicios. Primero, las familias meta pueden rechazar la inscripción inicial en el programa. Dos estudios que reunieron información sobre este aspecto de la implementación encontraron que entre un décimo a un cuarto de familias declinaron las invitaciones a participar en el programa.<sup>17,18</sup> En otro estudio, un 20% de familias que aceptaron participar no comenzaron el programa rechazando una visita inicial.<sup>19</sup> Segundo, las familias pueden no recibir todas las visitas planificadas. Al respecto, una Evaluación del Proyecto de Visitas Domiciliarias de Enfermeras/os (Nurse Home Visitation Project) informó que las familias accedieron sólo a la mitad del número programado de visitas.<sup>20</sup> Las evaluaciones de los programas de la Fundación *Healthy Start* de Hawái (Hawaii Healthy Start) y el de Padres como Maestros

(Parents as Teachers) encontraron que un 42% y de 38% a 56% de las visitas planificadas se realizaron efectivamente.<sup>21,22</sup> Incluso cuando efectivamente se llevan a cabo, el currículo y las actividades planificadas pueden no efectuarse de acuerdo al diseño inicial, y las familias pueden no llevar a cabo las actividades adicionales al horario de visitas.<sup>23,24</sup> Finalmente, en una revisión de la investigación principal de estas intervenciones, Gomby, Culross y Berman (1999) encontraron que entre un 20% y un 67% de familias inscritas abandonaron los programas antes de la fecha programada de término.

Tal vez, lo más asombroso es que el vínculo supuesto entre el cambio de conducta de los padres y el mejoramiento de los resultados de los niños no haya sido objeto de mayor interés en las investigaciones realizadas hasta ahora. En otras palabras, incluso cuando los programas lograron el objetivo de cambiar la conducta de los padres, estos cambios no parecieron producir resultados significativamente mejores en el niño.

Un sinnúmero de programas modelos no han logrado dar cuenta de los impactos de estos programas mediante diseños de grupos de control. Una evaluación del programa *Healthy Start*, de Hawai, no encontró diferencias entre los grupos control y los experimentales en el ciclo vital maternal (logros de objetivos de vida y académicos); abuso de sustancias; violencia de la pareja; síntomas depresivos; el hogar como ambiente de aprendizaje; interacción padres-hijo; estrés parental y mediciones sobre estado de salud y desarrollo del niño.<sup>25</sup> Sin embargo, la participación en el programa estuvo asociada a una reducción del número de casos de abuso infantil.

Una evaluación del programa Padres como Maestros tampoco logró encontrar diferencias entre los grupos en mediciones sobre conocimiento y conducta de los padres o salud y desarrollo del niño.<sup>26</sup> En algunas de estas mediciones, se encontraron diferencias positivas, aunque poco significativas, en los casos de madres adolescentes y de origen latino.

La evaluación del Programa de Instrucción Domiciliaria para Párvulos (Home Instruction Program for Preschool Youngsters) encontró resultados desiguales en relación a su efectividad. En algunas cohortes, los participantes superaron a los no-participantes en mediciones sobre adaptación escolar y logros en el segundo año, pero estos resultados no se replicaron con otras cohortes en otros lugares.

La investigación disponible indica que los programas de visitas domiciliarias producen resultados cuando cuentan con profesionales altamente capacitados (como enfermeras/os), se basan en teorías del desarrollo y cambio de conducta, se centran en los factores de riesgo derivados empíricamente y siguen un currículo apropiado durante el proceso de visitas.<sup>27</sup> Se ha demostrado que, cuando se cumplen estas condiciones, los programas arrojan resultados positivos. En un ensayo aleatorio, realizado con grupos experimentales, el Programa de Visitas Domiciliarias con Enfermeras/os (Nurse Home Visitation Program) arrojó resultados favorables en las áreas detalladas a continuación.<sup>28</sup> En términos de seguridad infantil, los hogares que participaron en el programa presentaron menos peligros y los niños recurrieron menos a los servicios de urgencia pediátrica por lesiones e ingestas. La participación en el programa también alteró el curso

normal de vida parental. Las familias visitadas tuvieron menor frecuencia de embarazos posteriores, mayor espacio de tiempo entre los distintos embarazos, mayor participación en la fuerza laboral y menos dependencia de los programas de ayuda gubernamental. El programa redujo el abuso y abandono infantil, la evaluación encontró índices más bajos de abuso infantil y de abandono al término de la intervención y tras 15 años de seguimiento. Por último, en términos de conducta parental, las familias visitadas demostraron un menor consumo de cigarrillo, mejor dieta alimentaria y mayor uso de apoyos sociales formales e informales.

Los ensayos clínicos aleatorios también han mostrado que los programas son más propensos a tener efectos positivos cuando se orientan a los subgrupos más necesitados de una población. Por ejemplo, además de los efectos de la muestra integral mencionados anteriormente, las personas adictas al cigarrillo en el Programas de Visitas Domiciliarias por Enfermeras/os tuvieron menos partos prematuros, y las madres solteras con bajos salarios castigaron menos a sus hijos, al tiempo que les proporcionaron material para jugar más apropiados. Tras 15 años de seguimiento, los niños del último grupo de madres habían tenido menos detenciones, condenas y problemas conductuales. Un análisis de costo-beneficio del resultado del programa encontró que éste no había producido ahorros netos. Sin embargo, la intervención sí obtuvo reservas líquidas que excedieron los costos en cuatro veces cuando sólo se incluyeron las madres solteras con empleos precarios.<sup>29</sup>

El mayor y más completo ensayo aleatorio de intervención temprana en niños prematuros de bajo peso (desde su nacimiento hasta los tres años), es el Programa del Desarrollo y Salud Infantil (Infant Health and Development Program), que incluyó un componente de visitas a los hogares junto con un programa educativo impartido en un centro de atención.<sup>30</sup> A los tres años, los niños del grupo de intervención habían obtenido resultados conductuales y cognitivos considerablemente superiores, así como mejor interacción padres-hijo. Los resultados positivos más pronunciados correspondieron al grupo socioeconómico de niños y familias más pobres y en aquéllos que participaron en la totalidad del programa. El Programa Hijos-Padres del Centro Chicago (Chicago Parent-Child Center Program) también combinó un programa preescolar estructurado con un componente de visitas domiciliarias. Este programa encontró diferencias a largo plazo entre los participantes y los controles apareados. Los niños que participaron en la intervención obtuvieron un mayor índice de escolaridad completa, y menor en repitencia, ingreso a la educación especial y arrestos juveniles.<sup>31</sup> Estos estudios sugieren que, para que se aprecien mayores efectos, se necesitaría de una intervención más intensiva, que involucre al niño directamente.

### **Conclusiones**

La investigación en programas de visitas domiciliarias no ha podido demostrar que éstos tengan un efecto sistemático y sólido en los niños y familias participantes, pero se ha informado reiteradamente de efectos modestos. Los programas que son diseñados y ejecutados con mayor rigor parecieran alcanzar mejores resultados. Éstos pueden incluir cambios en la salud, en la conducta segura de los padres, formas de crianza, disciplina y ciclo vital parental. Estos programas también parecen ofrecer mayores beneficios a ciertos subgrupos de familias, tales como madres adolescentes solteras con bajos

ingresos. En general, no se ha demostrado que los programas produzcan grandes cambios en resultados importantes del niño, como el peso al nacer, desarrollo cognitivo o problemas conductuales.

### **Implicancias**

“Uno de los mensajes más claros que ha surgido de este programa de investigación es que los beneficios económicos y funcionales del programa de visitas domiciliarias realizadas por profesionales son mayores en los casos de familias de más alto riesgo”<sup>32</sup> Este hallazgo implica que la cobertura universal de las intervenciones puede ser poco eficiente, pues disponen innecesariamente de recursos que podrían ser mejor utilizados en familias más propensas a beneficiarse de ellos. Los programas exitosos en familias de mayor riesgo debido a los bajos resultados del desarrollo del niño, tienden a ser programas que ofrecen un enfoque integral; es decir, orientados a las múltiples necesidades de las familias, por lo cual pueden ser más costosos de desarrollar, ejecutar y mantener. En el estado de desarrollo actual, los programas no parecen representar la solución de bajo costo para los problemas de salud y desarrollo infantil que la sociedad y los legisladores han esperado.<sup>33</sup> Sin embargo, la información que se está recabando acerca de resultados a largo plazo y prácticas efectivas pueden conducir al desarrollo de programas replicables que a su vez puedan producir resultados modestos pero positivos y sistemáticos para las familias meta participantes.

### **REFERENCIAS**

1. Roberts RN, Wasik BH. Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention* 1990;14(3):274-284.
2. Wasik BH, Bryant DM. *Home visiting: Procedures for helping families*. 2<sup>nd</sup> Edition. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000.
3. Behrman RE, ed. *The Future of Children: Home visiting: Recent program evaluations* 1999;9(1):4-223.
4. Halpern R. Early childhood intervention for low-income children and families. In: Shonkoff JP Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York, NY: Cambridge University Press; 2000:361-386.
5. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
6. Wagner M, Spiker D, Linn MI. The effectiveness of the Parents as Teachers Program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education* 2002;(22):67-81.
7. Gross RT, Spiker D, Haynes C. *Helping low birth weight, premature babies: The Infant Health and Development Program*. Stanford, Calif: Stanford University Press; 1997.
8. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sander M, Chicsa J. *Investing in our children: What we know and what we don't*

- know about the costs and benefits of early childhood interventions.* Santa Monica, Calif: The RAND Corporation; 1998.
9. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
  10. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
  11. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
  12. Roberts RN, Wasik BN, Casto G, Ramey CT. Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist* 1991;46(2):131-137.
  13. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
  14. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
  15. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
  16. Gomby DS, Cuboss PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
  17. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children* 1999;9(1):66-90.
  18. Olds DL, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.
  19. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
  20. Korfmacher J, Kitzman H, Olds DL. Intervention processes as predictors of outcomes in a preventative home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 1998;26(1):49-64.
  21. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children* 1999;9(1):66-90.
  22. Wagner MM, Clayton SL. The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children* 1999;9(1):91-115.
  23. Baker AJL, Piotkowski CS, Brooks-Gunn J. The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children* 1999;9(1):116-133.

24. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
25. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for high-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
26. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
27. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994;93(1):89-98.
28. Karoly LA, Greenwood PW, Evernham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, Calif: RAND; 1998.
29. Gross RT, Spiker D, Haynes C. *Helping low birth weight, premature babies: The Infant Health and Development Program*. Stanford, Calif: Stanford University Press; 1997.
30. Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2001;85(18):2339-2346.
31. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):168.
32. Gomby DS, Cuboss PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-  
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Zercher C, Spiker D. Programas de visitas domiciliarias y su impacto en los niños pequeños. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-8. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Zercher-SpikerESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010