



Visitas Domiciliarias

Actualización Septiembre 2012

Editor del Tema:

Donna Spiker, PhD, y Erika Gaylor, PhD, Center for Education and Human Services, SRI International, EE.UU.

Tabla de contenidos

Síntesis	5
<hr/>	
Programas de Visitas Domiciliarias y su Impacto durante la Primera Infancia en la Preparación para la Escolarización ERIKA GAYLOR, PHD, DONNA SPIKER, PHD, AGOSTO 2004	9
<hr/>	
Programas de Visitas Domiciliarias en Periodos Pre y Postnatal y su Impacto en el Desarrollo Emocional y Social de Niños Pequeños (0-5) NANCY DONELAN-MCCALL, PHD, DAVID OLDS, PHD, JULIO 2004	19
<hr/>	
Resultados de la salud mental materna y la salud mental infantil y visitas domiciliarias ¹ROBERT T. AMMERMAN, PHD, ²S. DARIUS TANDON, PHD³, SEPTIEMBRE 2012	27
<hr/>	
Evidencia Para el Papel de las Visitas Domiciliarias en la Prevención del Maltrato Infantil KIMBERLY BOLLER, PHD, SEPTIEMBRE 2012	36
<hr/>	
Difusión y Ampliación de Programas de Visitas Domiciliarias Basados en Evidencias: el Papel de las Investigaciones Sobre Implementación DIANE PAULSELL, MPA, SEPTIEMBRE 2012	44
<hr/>	

Tema patrocinado por:



Síntesis

¿Por qué es importante?

Los programas de visitas domiciliarias constituyen un tipo de estrategia de prevención que proporcionan una gama de servicios estructurados a niños de corta edad y a su familia en el entorno del hogar, los cuales son implementados por un proveedor de servicios capacitado. Estos servicios estructurados incluyen el manejo de casos, referencia a servicios comunitarios existentes, crianza y educación infantil y apoyo social a mujeres embarazadas, entre otros. Aunque la mayoría de los programas de visitas domiciliarias son voluntarios, algunos estados y comunidades recomiendan de manera consistente la participación de familias en riesgo de maltrato. A lo largo de las últimas dos décadas, se ha implementado un número creciente de programas de visitas domiciliarias en países desarrollados y en vía de desarrollo. Algunos ejemplos de programas en Canadá y los Estados Unidos incluyen *Parent as Teachers*, *Nurse Family Partnerships*, *Early Head Start*, y *Healthy Steps*, mientras que *Educa a tu hijo*¹, *The Roving Caregivers*², y *Madres Guías*³ son ejemplos de programas que se implementan en América latina y el Caribe.

Educa a tu hijo (Cuba) es un programa no institucionalizado con base en la comunidad y la familia disponible para infantes cubanos menores de seis años y para mujeres embarazadas. Los proveedores de servicios ofrecen, por un lado, cuidado individualizado a niños y, por otro lado, demostraciones de actividades de estimulación a padres durante las sesiones a domicilio. Se han encontrado impactos positivos sobre el desarrollo socio-emocional y motor de los niños después de su participación en el programa. La metodología del programa ha sido adaptada en distintos países, incluyendo Ecuador, Chile, Brasil, México, Venezuela, Colombia y Guatemala.

The Roving Caregivers (Países del Caribe) es un programa de desarrollo de la primera infancia y de apoyo familiar disponible para infantes caribeños menores de tres años de edad y que se encuentran en riesgo. Los proveedores de servicios hacen visitas regulares a familias para proveer una gama de servicios, tales como el apoyo directo a los niños y a sus familias, cuidado y atención de calidad, mejor salud, nutrición y preparación preescolar. Los niños que participaron en el programa mostraron mejoras en términos de desarrollo cognitivo, lenguaje

expresivo, percepción visual y disposición escolar general.

Madres Guías (Honduras) es uno de los programas más completos basados en la comunidad y el hogar, disponibles para los infantes desde el nacimiento hasta la edad de cuatro o seis años, y para mujeres embarazadas que viven por debajo del umbral de la pobreza en municipios con las tasas más altas de mortalidad y desnutrición en Honduras (América central). Madres Guías provee educación prenatal, revisión médica a recién nacidos, estimulación temprana, educación y apoyo parental, servicios de nutrición y educación básica. Todos los materiales usados para la capacitación de niños y/o padres son adaptados al lenguaje y a las condiciones socioculturales de las comunidades.

Aunque los programas de visitas domiciliarias difieren entre sí en términos de *población objetivo* (niños con discapacidades, madres adolescentes, familias en riesgo), *proveedores* (profesionales, para-profesionales, voluntarios), *actividades y calendarios*, todos comparten el mismo objetivo, que es el de apoyar el crecimiento y desarrollo saludable de los niños. Más específicamente, las metas principales de la mayoría de programas de visitas domiciliarias consisten en mejorar las percepciones de los padres sobre la crianza de los niños, el conocimiento y la capacidad de proveer un entorno positivo para sus hijos. Al tenderles la mano a las familias y proveedores de cuidado, quienes de otro modo no hubieran buscado servicios de apoyo, estos programas tienen el potencial de mejorar las habilidades parentales y de reducir resultados adversos a corto y largo plazos en la salud y el desarrollo de los niños.

¿Qué sabemos?

Un número creciente de investigadores han evaluado la eficacia de los programas de visitas domiciliarias a lo largo de los años. Los resultados de estos estudios sugieren un efecto diferencial dependiendo del resultado del interés. Mientras que la participación en varios programas de visitas domiciliarias es efectiva para mejorar los resultados cognitivos y de comportamiento en los niños (por ejemplo, *Early Head Start*, *The Nurse Family Partnership* y *The Infant Health and Developmental Program*), pocos programas de visitas domiciliarias han logrado mejorar de manera significativa los resultados de los embarazos, y se han encontrado reducciones en maltrato infantil para algunos modelos, pero no para otros. Con respecto al impacto de los programas de visitas domiciliarias sobre la depresión materna, la evidencia de estudios recientes sugiere que algunos componentes ayudan a mejorar la salud y el desarrollo de los niños y la sensibilidad de las madres ante los impulsos infantiles. Dicho esto, las madres con trastornos

depresivos mayores que reciben Terapia cognitivo-conductual en el hogar (IH-CBT) combinada con servicios de visitas domiciliarias generalmente experimentan una mayor disminución en síntomas depresivos en comparación con aquellas que reciben solamente las visitas domiciliarias, pero también queda claro que muchos visitadores domiciliarios necesitan formación adicional o apoyo para abordar la depresión materna.

Además de estar influenciada por el resultado de interés, la eficacia de los programas de las visitas domiciliarias depende de la población objetivo, los proveedores y el contenido de las mismas visitas. Los programas de visitas domiciliarias generalmente son más efectivos cuando los servicios son proporcionados a los subgrupos más necesitados de la población (por ejemplo, los padres que viven en pobreza, con dificultades psicológicas o niños con discapacidades) y cuando los participantes están completamente comprometidos con la intervención. Además, algunos efectos positivos más importantes de los programas de visitas domiciliarias se encuentran a menudo cuando las enfermeras y/u otros profesionales prestan sus servicios a las familias en vez de para-profesionales. Al tener las calificaciones requeridas obtenidas a través de la capacitación, la supervisión y el monitoreo, los visitadores domiciliarios profesionales tienen acceso a una mayor cantidad de recursos y apoyo, lo que a su turno les permite proveer servicios de alta calidad a familias y sostener la implementación de programas de visitas domiciliarias con un alto grado de fidelidad a lo largo del tiempo. Con respecto al contenido de las visitas domiciliarias, estos programas de tienden a ser más efectivos cuando los servicios son integrales en su enfoque, si implementan el modelo del programa con rigor, y cuando apuntan a las múltiples necesidades de la familia. Finalmente, los programas de visitas domiciliarias que promueven relaciones de alta calidad entre padres e hijos en combinación con programas de educación tempranas de alta calidad, tienen más probabilidad de conllevar a mejores resultados de disposición escolar para los infantes .

¿Qué podemos hacer?

Para medir con precisión la eficacia de varios programas de visitas domiciliarias se debería dar prioridad a una evaluación integral que incluya medidas de múltiples resultados de niños y familias a distintos intervalos de tiempo. De manera similar, teniendo en cuenta que la efectividad de los programas de visitas domiciliarias tiende a diluirse dentro de la población objetivo, sería útil recolectar información acerca del impacto de estos programas sobre varios subgrupos de población. Esta información ayudaría a los investigadores a determinar mejor cuáles dimensiones de programas de visitas domiciliarias pueden ser adaptadas para diferentes contextos y

poblaciones sin amenazar la efectividad y fidelidad del programa respecto del modelo.

También se necesita más investigación para identificar los componentes del programa y el umbral de dosificación y duración de servicios necesarios para producir el mejor efecto positivo a largo plazo. Otra área de investigación que justifica un examen más profundo es el impacto de la depresión materna sobre la efectividad de los programas de las visitas domiciliarias. Los avances en las investigaciones no sólo ayudarían a los proveedores a tener una mejor comprensión de la manera cómo la severidad de la depresión y su curso interactúan con los elementos del programa para redundar en resultados positivos o negativos, sino que también ayudarían a los visitantes domiciliarios a recibir una mejor capacitación para apoyar su trabajo con madres que sufren de depresión significativa. En este contexto, se les anima a los visitantes domiciliarios para que aprendan, a través de la supervisión y el entrenamiento, cuándo y cómo la depresión materna y/u otros factores de riesgo psicológicos necesitan ser abordados y en cuáles circunstancias deberán referirlos a profesionales de salud mental.

Finalmente, una manera de mejorar la participación a largo plazo en programas de visitas domiciliarias sería integrar dichos programas en un sistema amplio y diversificado. Se necesitan más investigaciones para comprender cómo la participación en los programas de visitas domiciliarias en los primeros años de vida sirve para animar a los padres en alto riesgo a aprovechar los programas de educación temprana disponible para ellos, los cuales pueden apoyar más los resultados de disponibilidad escolar para los niños.

Referencias

1. UNICEF. La Contextualización del Modelo de Atención Educativa no Institucional Cubano “Educa a tu Hijo” en Países Latinoamericanos. http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/docs/contenu/educa_a_tu_hijo_unicef_siverio.pdf. Accessed September 11, 2017.
2. Foundation for the Development of Caribbean Children. Family & Community Intervention. http://www.fdcchildren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=34. Accessed September 11, 2017.
3. Vargas-Barón E. Going to Scale: Early childhood development in Latin America. Washington, DC: The RISE Institute; 2009. Available at: http://www.issa.nl/newsletter/09/spring/files/GoingToScale_30Mar2009.pdf. Accessed September 11, 2017.

Programas de Visitas Domiciliarias y su Impacto durante la Primera Infancia en la Preparación para la Escolarización

Erika Gaylor, PhD, Donna Spiker, PhD

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

Agosto 2004, Éd. rév.

Introducción

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 en 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.

Tema

La visita domiciliaria es un modelo de entrega de servicios que puede ser utilizado para proporcionar diversos tipos de intervenciones a los beneficiarios ¹. 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.²

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 cotidianas. 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.³ 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.⁴

Problemas

Durante las últimas tres décadas, se ha acumulado información acerca de la eficacia de los programas de visitas domiciliarias. Recientes 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.^{5,6} Sin embargo, los análisis detallados algunas veces revelan efectos importantes sobre el programa.⁷ Por ejemplo, algunos subconjuntos de participantes pueden experimentar resultados positivos a largo plazo en variables específicas.^{8,9} 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 al realizar o evaluar una investigación en esta área incluyen: garantizar la equivalencia del control y de los grupos experimentales de ensayos aleatorios¹⁰, 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),¹¹ 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 y resultados del desarrollo infantil. 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).¹²

En este capítulo nos centramos en la efectividad de los programas de visitas domiciliarias para promover los resultados cognitivos, de desarrollo y de la preparación para la escolarización en los niños. La mayoría de los servicios e investigaciones sobre visitas domiciliarias se han centrado en el periodo prenatal y hasta los 2 ó 3 años, y por eso no han medido los impactos a largo plazo sobre la preparación para la escolarización y logros escolares. Sin embargo, algunos estudios más recientes han examinado el impacto de estos resultados indirectamente a través de cambios en prácticas de crianza y precursores para el éxito escolar (esto es, resultados de comportamiento positivo incluyendo la auto-regulación y atención).

Preguntas claves de la investigación

Las preguntas claves de la investigación incluyen las siguientes: 1) ¿Cuáles son los beneficios a corto y a largo plazo que han recibido las familias participantes y sus hijos con relación a las familias no participantes, en particular en cuanto a las destrezas de disposición de los niños frente a la escuela y la crianza para apoyar el desarrollo infantil? 2) ¿Qué factores influyen en la participación y la no participación en el programa? 3) ¿Varían los resultados para los siguientes subgrupos?

Resultados de la Investigación

Una revisión reciente de siete modelos de programas de visitas domiciliarias dentro de 16 estudios, que incluyó una evaluación rigurosa de los componentes y que midió el desarrollo

infantil y los resultados de la preparación para la escolarización, reveló impactos positivos sobre el desarrollo y comportamiento de la primera infancia. Seis modelos mostraron efectos favorables sobre las mediciones de resultados primarios (por ejemplo, mediciones estandarizadas de resultados de desarrollo infantil y reducción de problemas de comportamiento).¹³ Sólo fueron incluidos los estudios que utilizaron la observación directa, la evaluación directa o datos administrativos. Sin embargo, los problemas identificados en una revisión hace una década aún afectan este campo.

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.⁵

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 objetivo 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.^{14,15} En otro estudio, un 20 por ciento de familias que aceptaron participar no comenzaron el programa rechazando una visita inicial.¹⁹ Segundo, las familias pueden no recibir todas las visitas planificadas. Una evaluación del modelo *Nurse Family Partnership* reveló que las familias recibieron sólo la mitad del número programado de visitas.¹⁶ Las evaluaciones de los programas de la Fundación *Healthy Start de Hawai (Hawaii Healthy Start)* y el de Padres como Maestros (*Parents as Teachers*) encontraron que un 42 por ciento de 38 por ciento a 56 por ciento de las visitas planificadas respectivamente se realizaron efectivamente.^{21,22} 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.^{23,24} Finalmente, en una revisión de la investigación principal de estas intervenciones, Gomby, Culross y Berman (1999) encontraron que entre un 20 por ciento y un 67 por ciento de familias inscritas abandonaron los programas antes de la fecha programada de término. Algunos estudios recientes de *Early Head Start* muestran también que las familias con mayor número de factores de riesgo son las que tienen mayores probabilidades de abandonar el programa.²⁰

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.^{21,22} Una excepción reciente, sin embargo, fue un estudio del modelo de *Program for Preschool Youngsters* (HIPPY) con familias latinas de bajos ingresos que muestra cambios en crianza en el hogar y mejores logros en las notas de matemática de tercer grado.²³ Unas evaluaciones anteriores de HIPPY hallaron resultados variados con respecto a la efectividad del programa. En algunas cohortes, los participantes en el programa superaron a los no participantes en mediciones de adaptación y logros escolares en el grado segundo, pero estos resultados no fueron reproducidos con otras cohortes en otros sitios.

La revisión de los programas de visitas domiciliarias descritos arriba incluyó únicamente los estudios que utilizaron diseños y mediciones rigurosos. Sin embargo, cierto número de modelos sí mostraron impactos significativos sobre el desarrollo infantil y sus resultados de la preparación para la escolarización. El modelo de *Early Head Start* utilizó un diseño de ensayo aleatorio controlado (RCT) para estudiar el impacto de la prestación de servicio de un modelo mixto (es decir, basado en el centro y visitas domiciliarias) sobre los resultados de desarrollo en seguimientos de 2 y 3 años. En general, hubo beneficios pequeños, pero significativos en desarrollo cognitivo a los 3 años, pero no a los 2 años. Los estudios del modelo de *Nurse Family Partnership* hizo seguimiento a los niños durante 6 años y halló efectos significativos del programa sobre el lenguaje y el funcionamiento cognitivo al igual que menos problemas de comportamiento en un estudio del RCT.²⁴ Además, algunas evaluaciones recientes de *Healthy Families America* han demostrados efectos pequeños, pero favorables sobre la primera infancia.^{25,26}

Ha habido hallazgos variados en cuanto a la efectividad de los programas de visitas domiciliarias para aumentar la identificación temprana de retardos en el lenguaje. El modelo de *Nurse Family Partnership* mostró una tasa de detección significativamente mejor en el caso de retardo en el lenguaje,¹⁰ mientras que un estudio del *Hawaii Healthy Start Program* no mostró evidencia de prevención de retardo en el lenguaje o mejoras en identificación temprana.²⁷

Cierto número de programas modelos no han logrado dar cuenta de los impactos del programa sobre factores de crianza y del ambiente del hogar que son predictivos del aprendizaje y desarrollo temprano de los niños a través de 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.²⁵ Sin embargo, la participación en el programa estuvo asociada a una reducción del número de casos de abuso infantil.

Una evaluación de 1990, del programa Parents as Teachers (PAT) tampoco logró encontrar diferencias entre los grupos en mediciones sobre conocimiento y conducta de los padres o salud y desarrollo del niño.²⁶ En algunas de estas mediciones, se encontraron diferencias positivas, aunque poco significativas, en los casos de madres adolescentes y de origen latino. Algunos estudios más recientes del ensayo aleatorio controlado (RCT) con el currículo de *Born to Learn* del programa Padres como Maestros (PAT) han encontrado efectos significativos sobre el desarrollo cognitivo y motivación dominio a la edad de 2 años para las familias de bajo estrato socioeconómico únicamente.²⁸ Un ensayo aleatorio controlado (RCT) de *Family Check-Up* demostró impactos favorables sobre el comportamiento de niños en riesgo y prácticas de crianza positivas.²⁹

Los ensayos aleatorios controlados (RCT) 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, en el modelo de *Nurse Family Partnership* los niños nacidos de madres con bajos recursos psicológicos tuvieron mejores logros académicos en matemática y lectura en los grados primero a sexto en comparación con sus semejantes del grupo de control (esto, es, madres sin intervención con características similares).^{30,31}

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.⁷ 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 detenciones o arrestos de jóvenes.³² Otro ejemplo que muestra una programación más intensiva con mayores impactos es la evaluación de *Healthy Steps* que muestra resultados significativamente mejores en cuanto al lenguaje cuando el programa comenzó de manera prenatal y siguió por 24 meses.³³ 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 para el desarrollo temprano y el comportamiento de los niños y los comportamientos de crianza y las prácticas disciplinarias. Los programas que son diseñados y ejecutados con mayor rigor parecieran alcanzar mejores resultados. Estos programas también parecen ofrecer mayores beneficios a ciertos subgrupos de familias, tales como madres adolescentes, solteras, con bajos ingresos.

Implicaciones

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.³³ 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 objetivo participantes.

Con respecto a los resultados del desarrollo infantil y la preparación para la escolarización, algunos de los estudios más recientes son prometedores en cuanto a sus impactos sobre estos resultados e indirectamente a través de la promoción de prácticas de crianza positivas y apoyo en el hogar para el aprendizaje temprano. Mientras aprendemos más sobre los mecanismos para estos impactos, de manera tanto directa como indirecta, las investigaciones demostrarán el

enfoque más efectivo para vincular los servicios de visitas domiciliarias con la educación de la infancia temprana y los programas de cuidado infantil para obtener resultados más positivos. Por ejemplo, una razón por la cual el modelo de *Nurse Family Partnership* produce efectos tan fuertes sobre los logros académicos de los niños en comparación con otros modelos de programas es que los niños cuyos padres participaron en el programa tenían más probabilidad de tomar parte en programas formales de educación para la primera infancia entre los 2 y 5 años de edad.²⁴ Para las familias en alto riesgo, los programas de visitas domiciliarias pueden servir para animar a las familias para que aprovechen los programas de preescolar disponibles para ellos y para sus niños, para apoyar mejor los resultados de la preparación para la escolarización.

Referencias

1. Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention, 14*, 274-284.
2. Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2000). *Home visiting: Procedures for helping families* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
3. Behrman, R. E. (Ed.). (1999). *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations* (Vol. 9). Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation.
4. Halpern, R. (2000). Early childhood intervention for low-income children and families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 361-386). New York, NY: Cambridge University Press.
5. Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. *The Future of Children, 9*(1), 4-26.
6. Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education, 22*(2), 67-81.
7. Gross, R. T., Spiker, D., & Haynes, C. W. (Eds.). (1997). *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press.
8. Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., et al. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions* (No. MR-898-TCWF). Santa Monica, CA: RAND Corporation.
9. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association, 278*(8), 637-643.
10. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science, 3*(3), 153-172.
11. Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education, 23*(4), 171-187.
12. Roberts, R. N., Wasik, B. N., Casto, G., & Ramey, C. T. (1991). Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist, 46*(2), 131-137.
13. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S.

Department of Health and Human Services.

14. Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66-90.
15. Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
16. Korfmacher, J., Kitzman, H., & Olds, D. L. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 26(1), 49-64.
17. Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.
18. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children*, 9(1), 116-133.
19. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
20. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*, 19(4), 574-599.
21. Caughy, M. O., Huang, K., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19(4), 611-630.
22. Minkovitz, C. S., Strobino, D., Mistry, K. B., Scharfstein, D. O., Grason, H., Hou, W., et al. (2007). Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), 658-668.
23. Nievar, M. A., Jacobson, A., Chen, Q., Johnson, U., & Dier, S. (2011). Impact of HIPPY on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 268-277.
24. Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 6(6), 1550-1559.
25. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.
26. Landsverk, J., Carrillo, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., & al., e. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*. San Diego, CA: The Stuart Foundation, The California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.
27. King, T. M., Rosenberg, L. A., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2005). Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 293-303.
28. Drotar, D., Robinson, J., Jeavons, L., & Lester Kirchner, H. (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. *Child: Care, Health & Development*, 35(5), 643-649.
29. Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 1-9.
30. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.
31. Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 164(5), 412-418.

32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.
33. Johnston, B. D., Huebner, C. E., Anderson, M. L., Tyll, L. T., & Thompson, R. S. (2006). Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 793-800.

Programas de Visitas Domiciliarias en Periodos Pre y Postnatal y su Impacto en el Desarrollo Emocional y Social de Niños Pequeños (0-5)

Nancy Donelan-McCall, PhD, David Olds, PhD

University of Colorado Denver, EE.UU.

Julio 2004, Éd. rév.

Introducción

Los problemas emocionales y sociales de los niños pequeños se pueden rastrear a partir de la salud prenatal de la madre,^{1,2} la forma de crianza de los padres^{3,4} y su trayectoria de vida (como el momento de los embarazos subsecuentes, empleo, dependencia de la ayuda social).^{5,6} Los programas de visitas domiciliarias que tratan estos riesgos y factores protectores antecedentes pueden reducir los problemas emocionales y sociales de los niños.

Materia

En las sociedades occidentales, las visitas domiciliarias tienen una larga historia de ser implementadas para proporcionar servicios a poblaciones vulnerables. En muchos países europeos, las visitas domiciliarias son parte de la rutina del cuidado de la salud materno-infantil, aunque esta práctica está menos establecida en Canadá y los Estados Unidos⁷. En los últimos 30 años, una de las estrategias de prevención más promisorias centrada en la disminución de las tasas de maltrato infantil fue la de proveer servicios de salud, educación en crianza y apoyo social a mujeres embarazadas y a familias con niños pequeños en su propio hogar. Sin embargo, las revisiones de la literatura sobre los programas de visitas domiciliarias han sido bastante variadas.^{8,9}

Las intervenciones varían de acuerdo a la población meta, los modelos de programas y los proveedores de los servicios. Sin embargo, la mayoría de ellos funciona sobre el supuesto de que las conductas de salud prenatales de los padres, el cuidado infantil que ofrecen y su trayectoria de vida afectan el desarrollo social y emocional y social de sus hijos.¹⁰

Problemática

En la etapa prenatal, tanto la exposición al cigarrillo como las complicaciones obstétricas han sido relacionadas con el desarrollo de problemas conductuales externalizantes de los niños.^{1,2} Actualmente, la evidencia señala que el impacto de la exposición al tabaco durante el embarazo es mayor en los casos de una vulnerabilidad genética específica.¹¹

Los casos de abuso infantil, negligencia y el trato excesivamente severo hacia el niño están asociados tanto con problemas conductuales de internalización y externalización, como con conductas violentas posteriores.^{3,4,10} Sin embargo, nuevamente el impacto del maltrato infantil parece ser el mayor determinante de una conducta antisocial grave en casos de vulnerabilidad genética.¹¹

La dependencia familiar de la asistencia social, familias numerosas con nacimientos seguidos unos de otros y la monoparentalidad, se asocian con alteraciones emocionales y sociales en el desarrollo de los niños.^{5,6}

Contexto de la Investigación

A pesar que algunos metanálisis de programas de visitas domiciliarias sugieren que muchos tipos de estas intervenciones pueden reducir los resultados adversos como el maltrato y las lesiones infantiles,^{14,15} los meta-análisis pueden conducir a resultados erróneos si no se dispone de un número suficiente de ensayos de programas representados en la clasificación cruzada de poblaciones objetivo, modelos de programas y formación de los visitantes familiares. Por ejemplo, una revisión de la prevención de maltratos y asociada a reducción de capacidades halló que los programas proporcionados por visitantes domiciliarios para-profesionales no fueron efectivos en la reducción de los problemas atinentes a la protección infantil o los asociados con reducción de capacidades, mientras que aquellos implementados por enfermeras dieron lugar a reducción en el maltrato infantil.⁸

Preguntas claves de la investigación

La comprensión de los impactos que los programas de visitas domiciliarias han tenido sobre el desarrollo social y emocional de los niños comienza con la identificación de aquellos programas que han afectado el riesgo precedente y los factores protectores relacionados con el niño y su desarrollo emocional además de los resultados sociales y emocionales específicos. En particular, ¿qué modelos de programas de visitas muestran las mayores perspectivas para mejorar los resultados en los embarazos, disminuir el abuso y la negligencia infantil y mejorar la trayectoria

de vida de los padres y el desarrollo emocional y social de los niños?

Resultados de investigaciones recientes

Mejoramiento de los Resultados en Embarazos.

La mayoría de los estudios de los programas de visita domiciliaria ha producido efectos decepcionantes en los resultados respecto de embarazos, tales como el peso al nacer y la edad gestacional,^{9,16,17} a pesar de que dos ensayos hayan demostrado que un programa de visitas domiciliarias a embarazadas y bebés realizado por enfermeras redujo el consumo de cigarrillo durante el embarazo^{18,19} así como la hipertensión gestacional en una muestra amplia entre afroamericanos.²⁰

Reducción del Abuso, Negligencia y Lesiones infantiles.

El programa de visitas domiciliarias materno-infantil realizado por enfermeras/os probado fundamentalmente con una muestra de población blanca, arrojó un 46 por ciento de diferencia tratamiento-control en los índices generales de las tasas corroboradas de abuso y negligencia infantil (independientemente del factor de riesgo) y un 80 por ciento de diferencia para las familias en las que las madres tenían bajos ingresos y eran solteras al momento de inscribirse en el programa.²¹ Los índices de maltrato infantil fueron demasiado bajos para servir como resultados viables en un ensayo posterior del programa con una muestra amplia entre la población afroamericana urbana,²⁰ pero los efectos del programa con respecto a los incidentes del cuidado de la salud infantil por lesiones graves e ingestas a la edad de 2 años y la reducción en la mortalidad infantil debido a causas evitables a la edad de 9 años fueron consistentes con la prevención de abuso y negligencia.²⁰

Trayectoria de vida de la Madre.

El efecto de los programas de visitas domiciliarias en la trayectoria de vida de la madre (embarazos posteriores, educación, empleo y utilización de la ayuda social) es, en general, decepcionante.⁸

En el estudio del programa de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras/os citado anteriormente, se encontraron efectos duraderos hasta 15 años después del nacimiento del primer hijo en los resultados de la trayectoria de vida de la madre (por ejemplo, intervalos entre embarazos, uso de la asistencia social, problemas conductuales debido al consumo de drogas y

alcohol y detenciones en mujeres de bajos ingresos y solteras al momento de ingresar al programa).²¹ Los efectos de este programa en la trayectoria de vida de la madre se han replicado en ensayos separados con una población afro-americana^{20,23,24} de sectores urbanos y con hispanos.¹⁸

Problemas emocionales y sociales de los niños

Se ha encontrado que un número creciente de programas ha tenido efectos favorables en las conductas de apego de los bebés y en la clasificación del apego seguro.²⁵⁻³⁰ Se considera que el apego seguro es un reflejo de la calidad del cuidado parental y está asociado con la adaptación conductual posterior con los pares.³¹

El programa de visitas domiciliarias materno-infantil realizado por enfermeras/os descrito anteriormente produjo diferencias de tratamiento-control en detenciones de jóvenes de 15 años de edad, y reducciones en detenciones y condenas en mujeres de 19 años de edad.^{32,33} En un ensayo posterior con una muestra amplia de afroamericanos del sector urbano el programa produjo impactos de tratamiento sobre niños de 12 años de edad que usaban alucinógenos y mostraban desórdenes internalizantes.³⁴

En el tercer ensayo del programa de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras/os, los bebés de 6 meses de edad, que recibieron visitas, cuyas madres tenían pocos recursos psicológicos (es decir, cociente intelectual materno, salud mental y sentido de la eficacia) manifestaron menos expresiones emocionales aberrantes (por ejemplo, niveles bajos de afectividad y falta de referencia social de la madre) asociados al maltrato infantil.¹⁸

Finalmente, un ensayo finlandés de visitas domiciliarias universales por enfermeras³⁵ y dos programas de los Estados Unidos implementados por personal especializado con estudios de maestría en salud mental o desarrollo han revelado efectos significativos sobre un número de problemas importantes comportamientos de los niños.^{36,37} Además, un programa de visitas domiciliarias proporcionado por para-profesionales halló efectos sobre comportamientos externalizantes e internalizantes en niños de dos años de edad; sin embargo, debido al gran número de efectos medidos en este estudio, se garantiza la divulgación de los hallazgos.³⁸

Conclusiones

Un número reducido de programas de visita domiciliaria ha mejorado los resultados de embarazos, la trayectoria de vida de los padres, la tasa de abuso y la negligencia infantil, los cuidados parentales afectados y los problemas emocionales y sociales de los niños. Las intervenciones con las mayores perspectivas de modificación de estos resultados son aquellas que han utilizado a visitadores familiares profesionales, ya que la evidencia más sólida proviene de estudios realizados con enfermeras/os. En un ensayo que incluyó a grupos de tratamiento separados, enfermeras/os y visitadores domiciliarios para-profesionales, las enfermeras/os produjeron efectos que eran del doble en amplitud con respecto a aquellos de los para-profesionales.¹⁸

El programa de visitas domiciliarias materno-infantil realizado por enfermeras/os ha producido efectos sistemáticos sobre resultados clínicos significativos en tres ensayos distintos con poblaciones diferentes, en contextos distintos, y en diferentes períodos de la historia económica y social estadounidense. Estos resultados aumentan las probabilidades de que los resultados sean actualmente aplicables a un amplio rango de poblaciones diversas en los Estados Unidos, hoy en día.

Implicaciones

En la primavera de 2010, *Health Resources and Services Administration* y *Administration for Children* anunciaron la disponibilidad de fondos para *Affordable Care Act Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program*.³⁹ El programa hace énfasis en el apoyo y en la implementación exitosa de programas de visitas domiciliarias de alta calidad, que han demostrado evidencias de efectividad tal como se define en la legislación. Ocho programas existentes de visitas domiciliarias llenaron los requisitos legislativos mínimos para financiamiento federal: *Early Head Start*, *Early Intervention Program*, *Family Check-up*, *Healthy Families America*, *Healthy Steps*, *Home Instruction Program for Preschool Youngsters*, *Nurse-Family Partnership*, y *Parents as Teachers*.⁴⁰ En agosto de 2011, *Coalition for Evidence-Based Policy* partió sobre la base de la revisión del gobierno mediante la evaluación del alcance hasta el cual los programas implementados con fidelidad produciría importantes mejoras en las vidas de los niños y padres en riesgo.⁴¹ A través de esta revisión, un programa recibió una alta calificación (*Nurse-Family Partnership*), dos recibieron calificación intermedia (*Early Intervention Program* y *Family Check-up*), y todos los otros programas recibieron calificación baja.

Los programas efectivos, aquellos con fuertes estándares de evidencias y difusión efectiva en la comunidad, pueden reducir riesgos y resultados adversos para la salud y el desarrollo fetal e infantil. Cuando los encargados de la formulación de políticas y los profesionales decidan invertir en servicios de visitas domiciliarias durante el embarazo y los primeros años de vida del niño, deberían examinar cuidadosamente las bases de evidencias del programa en el cual invierten. Los programas varían considerablemente en sus bases teóricas y empíricas subyacentes, la calidad de las directrices del programa, y su probabilidad de éxito.

Referencias

1. Arseneault, L.T., R. E. Boulerice, B. Saucier, J. F., Obstetrical complications and violent delinquency: Testing two developmental pathways. *Child Dev*, 2002. 73(2): p. 496-508.
2. Wakschlag, L.S.P., K. E. Cook, E. JrBenowitz, N. L. Leventhal, B. L., Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *Am J Public Health*, 2002. 92(6): p. 966-74.
3. Widom, C.S., Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1989. 59(3): p. 355-367.
4. Widom, C.S., The cycle of violence. *Science*, 1989. 244: p. 160-166.
5. Furstenberg, F.F., J. Brooks-Gunn, and S.P. Morgan, *Adolescent mothers in later life. Human development in cultural and historical contexts*. 1987, New York, NY, USA: Cambridge University Press. xiv, 204 p.
6. Yeung, W.J.L., M. R. Brooks-Gunn, J., How money matters for young children's development: parental investment and family processes. *Child Dev*, 2002. 73(6): p. 1861-79.
7. Wasik, B.H., D.M. Bryant, and C.M. Lyons, *Home visiting : procedures for helping families*. 1990, Newbury Park, Calif.: Sage.
8. MacMillan, H.M., J.Offord, D.Griffith, L.MacMillan, A., Primary prevention of child sexual abuse: a critical review.*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 32767.
9. Issel, M.L., et al., A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes.*Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2011. 40: p. 157-165.
10. Gomby, D.S.C., P. L. Behrman, R. E., Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations.*Future Child*, 1999. 9(1): p. 4-26, 195-223.
11. Kahn, R.S.K., J. Nichols, W. C. Lanphear, B. P., Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors.*J Pediatr*, 2003. 143(1): p. 104-10.
12. Toth, S.L., D. Cicchetti, and J. Kim, Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children.*J Abnorm Child Psychol*, 2002. 30(5): p. 487-501.
13. Caspi, A., et al., Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children.*Science*, 2002. 297(5582): p. 851-4.
14. Guterman, N.B., *Stopping child maltreatment before it starts : emerging horizons in early home visitation services*. Sage sourcebooks for the human services. 2001, Thousand Oaks, Calif. ; London: Sage Publications. xv, 247 p.
15. Roberts, I., M.S. Kramer, and S. Suissa, Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 1996. 312(7022): p. 29-33.
16. Olds, D.L.H., P. Robinson, J.Song, N.Little, C., Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr*, 2000. 30(4): p. 107-41.

17. Olds, D.L.K., H., Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 1993. 3(3): p. 53-92.
18. Olds, D.L.R., J. O'Brien, R. Luckey, D. W. Pettitt, L. M. Henderson, C. R. JrNg, R. K. Sheff, K. L. Korfmacher, J. Hiatt, S. Talmi, A., Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2002. 110(3): p. 486-96.
19. Olds, D.L.H., C. R. Jr Tatelbaum, R. Chamberlin, R., Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986. 77(1): p. 16-28.
20. Kitzman, H.O., D.Henderson, C.Hanks, C.Cole, R.Tatelbaum, R.McConnochie, K.Sidora, K.Luckey, D.Shaver, D.Engelhardt, K.James, D.Barnard, K., Effects of home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 644-652.
21. Olds, D.E., J.Henderson, C.Kitzman, H.Powers, J.Cole, R.Sidora, K.Morris, P.Pettitt, L.Luckey, D., Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: a 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 637-643.
22. Olds, D.L.K., H. Hanks, C. Cole, R. Anson, E. Sidora-Arcoleo, K. Luckey, D. W. Henderson, C. R. JrHolmberg, J. Tutt, R. A. Stevenson, A. J. Bondy, J., Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 2007. 120(4): p. e832-45.
23. Kitzman, H.O., D. L. Sidora, K. Henderson, C. R. JrHanks, C. Cole, R. Luckey, D. W. Bondy, J. Cole, K. Glazner, J., Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 2000. 283(15): p. 1983-9.
24. Olds, D.L., et al., Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(5): p. 419-24.
25. Heinicke, C.M.F., N. R.Ruth, G.Recchia, S. L.Guthrie, D.Rodning, C, Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 1999. 20(4): p. 349-374.
26. Jacobson, S.F., K., Effect of Maternal Social support on Attachment: Experimental Evidence. *Child Development*, 1991. 62: p. 572-582.
27. Juffer, F.H., R. A. Riksen-Walraven, J. M. Kohnstamm, G. A., Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1997. 38(8): p. 1039-50.
28. Lieberman, A.W., D.Pawl, J., Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 1991. 62: p. 199-209.
29. van den Boom, D.C., Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development*, 1995. 66(6): p. 1798-816.
30. van den Boom, D.C., The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants.[Erratum Appears in Child Dev 1994 Dec;65(6):Followi]. *Child Development*, 1994. 65(5): p. 1457-77.
31. Sroufe, A.C., E., Contribution of attachment theory to developmental psychopathology., in *Developmental Psychopathology Vol.1: Theory and Methods.*, D.C. Cicchetti, D., Editor. 1995, John Wiley and Sons Inc.: New York, NY. p. 581-617.
32. Olds, D., et al., Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998. 280(14): p. 1238-44.
33. Eckenrode, J., et al., Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(1): p. 9-15.

34. Kitzman, H.J., et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 164, 412-8 DOI: 164/5/412 [pii] 10.1001/archpediatrics.2010.76.
35. Aronen, E.T.K., S. A., Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. 35(12): p. 1665-72.
36. Lowell, D.I., et al., A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 2011. 82(1): p. 193-208.
37. Shaw, D., et al., Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development & Psychopathology*, 2009. 21(417-439).
38. Caldera, D., et al., Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 2007. 31(8): p. 829-852.
39. Affordable Care Act, H.R. 3590-216, Subtitle L,- Maternal and Child Health Services. 2010. Available from: <http://docs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>. Accessed July 30, 2012.
40. U.S. Department of Health and Human Services. Home visiting evidence of effectiveness. 2011; Available from: <http://homevee.acf.hhs.gov>. Accessed July 30, 2012.
41. Coalition for Evidence-Based Policy. HHS's maternal, infant, and early childhood home visiting program: Which program models identified by HHS as "Evidence-Based" are most likely to produce important improvements in the lives of children and parents? 2011 Aug, Available from: <http://coalition4evidence.org/wordpress/wp-content/uploads/Review-of-8-hv-models-Aug-2011-Final.pdf>. Accessed July 30, 2012.

Resultados de la salud mental materna y la salud mental infantil y visitas domiciliarias

¹Robert T. Ammerman, PhD, ²S. Darius Tandon, PhD^b

¹Cincinnati Children's Hospital Medical Center and University of Cincinnati College of Medicine, EE.UU., ²Johns Hopkins University Department of Pediatrics, EE.UU.

Septiembre 2012

Introducción

Los problemas de salud mental (de los cuales la depresión materna es el más común) son muy frecuentes en mujeres de bajos ingresos. Esto es de esperar teniendo en cuenta que están en alto riesgo debido a factores intrínsecos tales como eventos estresantes de la vida, apoyo social bajo, estrés del cuidado infantil, dificultades de la vida matrimonial y pobreza.^{1,2} Los niños de madres deprimidas, incluyendo aquellos con depresión subclínica, pueden experimentar una gama de consecuencias negativas incluyendo retardo en su desarrollo, deficiencias cognitivas e inseguridad en el establecimiento de vínculos.^{3,4} Teniendo en cuenta el gran número de mujeres perinatales que atienden, los programas de visitas domiciliarias están en una posición excepcional para abordar la depresión materna. En este capítulo, nos centramos en investigaciones recientes relacionadas con la identificación de programas de visitas domiciliarias y la respuesta a la depresión materna, los vacíos de identidad en la presente investigación, y proporcionaremos recomendaciones para la comunidad dedicada a la práctica y a formular políticas para abordar la depresión materna dentro de las visitas domiciliarias.

Tema

Los programas de visitas domiciliarias son comunes en los países desarrollados, lo que refleja los esfuerzos por optimizar el desarrollo del niño y el rumbo de la vida de la madre. Se ha hecho una inversión social y financiera significativa en estos programas. La investigación ha demostrado que una gran proporción de las madres atendidas en visitas domiciliarias sufren de problemas de salud mental, y hasta el 50 por ciento experimenta niveles clínicamente elevados de depresión durante los primeros años críticos del desarrollo de su niño.⁵ Hay evidencia que muestra que muchas madres deprimidas no logran beneficiarse de los programas de visitas domiciliarias.⁶ La identificación de las madres deprimidas o aquellas en riesgo de depresión, las cuales están

participando en las visitas domiciliarias, el tratamiento y la prevención de la afección con sus consecuencias perjudiciales, pueden mejorar los resultados del programa y promover el desarrollo infantil saludable.

Problemática

La depresión en madres recientes tiene efectos negativos profundos y con frecuencia a largo plazo en la crianza y el desarrollo infantil. Las madres deprimidas están a menudo sobrellevadas en su papel de crianza, tienen dificultades para captar los impulsos infantiles, luchan para satisfacer las necesidades sociales y emocionales de sus niños, y son menos tolerantes frente al mal comportamiento de los niños.⁷ Los hijos de madres deprimidas, en particular si están expuestos a la depresión en los primeros años de su vida, tienen más probabilidad de mantener vínculos débiles con sus proveedores de cuidado, experimentar disregulación emocional y de comportamiento, tienen dificultades de atención y de memoria, y están en mayor riesgo de trastornos psiquiátricos a lo largo de su niñez.⁸ La visita domiciliar se centra en el fomento del desarrollo saludable del niño mediante el mejoramiento de la crianza y el funcionamiento materno. En la medida en que las madres deprimidas tengan problemas persistentes de humor durante su participación en visitas domiciliarias, es posible que se beneficien menos de los servicios y sus hijos seguirán en riesgo en cuanto a resultados deficientes. Además, uno de los objetivos de la visita domiciliar es el de vincular a las madres con otros servicios profesionales en sus comunidades, incluyendo el tratamiento de salud mental. Sin embargo, los visitantes domiciliarios pueden no reconocer la necesidad para tal referencia en madres deprimidas, e incluso cuando son exitosamente identificadas referidas a los proveedores de salud mental, pocas madres reciben un tratamiento efectivo.⁶

Contexto de la investigación

No obstante el número creciente de estudios sobre la eficacia de las visitas domiciliarias, sólo hasta hace poco se ha prestado atención a la depresión materna. Se han realizado investigaciones para determinar la prevalencia de la depresión materna entre los clientes de visitas domiciliarias,^{9,10,11,12} donde estos estudios han revelado tasas de síntomas depresivos de cerca del 50 por ciento. Un número menor de estudios ha examinado la identificación de los programas de visitas domiciliarias frente a la depresión materna,^{9,11} y los desafíos relacionados con la identificación y la respuesta del programa.^{13,14} En reconocimiento a la prevalencia de la depresión materna y la respuesta limitada de los programas de visitas domiciliarias respecto a esta problemática, fueron

desarrolladas intervenciones que apuntan a la prevención y al tratamiento de la depresión materna.

Preguntas claves de la investigación

Hay tres preguntas claves de la investigación:

- Primero, ¿cómo afecta la depresión materna los resultados del interés en visitas domiciliarias, incluyendo la crianza, trayectoria de la vida materna, la salud y el desarrollo infantil?
- Segundo, ¿cuál es la prevalencia y la trayectoria de la depresión materna en el contexto de las visitas domiciliarias? Una temática afín es la comprensión de las implicaciones de síntomas elevados de depresión frente al diagnóstico de trastornos depresivos mayores.
- Tercero, ¿cuál es el mejor enfoque para la prevención y el tratamiento de la depresión en las madres recientes que participan en los programas de visitas domiciliarias?

Resultados recientes de investigaciones

Visitas domiciliarias y depresión materna

Hasta la fecha, hay evidencia limitada de que los programas de visitas domiciliarias tengan impacto sobre la depresión materna. Un ensayo aleatorio controlado que compara las familias visitadas a domicilio con participantes de control que recibieron otros servicios comunitarios encontró una diferencia estadísticamente significativa en síntomas depresivos medios dos años después de la inscripción, pero este contraste fue insignificante tres años después de la inscripción.¹⁵ Un segundo estudio de *Early Head Start* no reveló diferencias en síntomas depresivos entre los participantes de la intervención y las del grupo de control después de la intervención, aunque se detectó una diferencia en un seguimiento a más largo plazo antes de la inscripción de los niños en el jardín infantil.¹⁰ Otros estudios de ensayos aleatorios controlados no han revelado efectos de las visitas domiciliarias sobre los síntomas de depresión materna.^{12,16,17}

Hay evidencia de que la depresión puede tener un impacto negativo sobre los programas de visitas domiciliarias. La depresión se ha asociado con los conceptos negativos de crianza y el conocimiento limitado de desarrollo infantil.¹⁸ En el Proyecto de investigación y evaluación de *Early Head Start*,⁶ las madres deprimidas mostraron deficiencias en la interacción madre-hijo y en el alcance de metas educativas y laborales con relación a aquellas sin depresión. Sin embargo, las

madres deprimidas mostraron también beneficios en algunos aspectos atinentes a compromiso con sus niños durante tareas estructuradas. Duggan et al.¹⁹ descubrieron que las madres deprimidas con menores niveles de ansiedad de apego mostraron mejoras en sensibilidad a los impulsos infantiles con relación a aquellas con mayores niveles de ansiedad de apego y aquellas que no recibieron visitas domiciliarias. La investigación sobre *Nurse-Family Partnership*²⁰ ha revelado sistemáticamente que las madres con bajos recursos psicológicos, un concepto hipotético que incluye algunos síntomas de depresión, se benefician más de las visitas domiciliarias. Visto en conjunto, es evidente que la depresión afecta los resultados de las visitas domiciliarias en formas muy complejas.

Identificación y respuesta a la depresión materna

Los visitadores domiciliarios generalmente no identifican ni responden a la depresión materna en el curso de sus visitas domiciliarias con clientes.^{11,12,17} Parece que varias razones contribuyen a la falta de atención hacia la depresión materna, incluyendo la impresión de que no tienen la formación adecuada en cuanto a enfoques para discutir el tema con los clientes, la idea de que los clientes depresivos son más difíciles de contraer compromisos, los desafíos para priorizar la discusión sobre salud en el contexto de las otras necesidades apremiantes de los clientes e igualmente la falta de claridad sobre el alcance hasta donde deberían abordar la depresión materna.^{13,14} La evaluación y la referencia sistemática en el momento de la inscripción para las visitas domiciliarias pueden ayudar a identificar a las mujeres en necesidad de apoyo para la depresión materna.

Tratamiento de la depresión materna

Como las madres deprimidas raramente obtienen tratamiento adecuado en la comunidad, se han desarrollado dos enfoques para proveer tratamiento en la casa. Ammerman y sus colegas crearon la Terapia cognitivo-conductual en el hogar (IH-CBT).²¹ La IH-CBT es un enfoque estructurado y guiado por manuales, que es proporcionado por un terapeuta con grado de maestría. Es una forma adaptada de un tratamiento basado en evidencias para la depresión, que ha sido modificada para el entorno del hogar, atiende las necesidades particulares de madres recientes que están socialmente aisladas y viven en la pobreza, y cuenta con el visitador domiciliario para facilitar una fuerte relación de colaboración con el fin de maximizar los resultados para las madres y los hijos. Un ensayo clínico reciente²² reveló que las madres con trastornos depresivos mayores que reciben IH-CBT junto con visitas domiciliarias, con relación a aquellas que reciben sólo visitas

domiciliarias, tuvieron niveles más bajos de trastornos depresivos mayores diagnosticados después del tratamiento (29.3 por ciento vs. 69.0 por ciento) y en un seguimiento a los tres meses (21.0 por ciento vs. 52.6 por ciento). También mostraron mayores descensos en síntomas depresivos señalados por las mismas, incrementaron el apoyo social, bajaron los niveles de otros síntomas psiquiátricos e incrementaron su capacidad funcional.

Beeber et al.²³ condujeron un ensayo clínico de psicoterapia interpersonal (IP) con 80 madres latinas inmigradas recientemente, de 15 años o mayores, que estuvieron participando en *Early Head Start*. Las madres deprimidas fueron asignadas de manera aleatoria para el tratamiento de IP o para un estado de “cuidado habitual”. Once sesiones fueron proporcionadas por el equipo, y cinco refuerzos adicionales fueron administrados por el intérprete. Los resultados mostraron descensos significativos en depresión señalada por la misma persona en la IP con relación al grupo de cuidado habitual que se mantuvo a un mes después del tratamiento.

Intervenciones para prevenir la depresión materna

Teniendo en cuenta el gran número de clientes de visitas domiciliarias con riesgo de desarrollar depresión, Tandon y colegas han adaptado una intervención – el Curso de madres y niños²⁴ – para ser usado como una intervención de prevención de la depresión. Los hallazgos de un estudio aleatorio controlado reciente^{25,26} revelaron que los síntomas depresivos disminuyeron a una velocidad significativamente más alta para los participantes en las intervenciones que para los participantes de cuidados habituales entre línea de referencia y una semana, tres meses y seis meses después de la intervención. Los participantes en intervenciones también tenían menos probabilidad de tener un episodio depresivo a los seis meses después de la intervención en comparación con los participantes de cuidados habituales (14.6 por ciento vs. 32.4 por ciento), según la evaluación de una entrevista clínica estructurada.

Brechas en la investigación

Las investigaciones sobre depresión en visitas domiciliarias todavía se encuentran en sus etapas iniciales. Existe una necesidad de estudios impulsados por teoría que examinen cómo la depresión materna afecta los resultados de madres e hijos en los programas de visitas domiciliarias. El enfoque principal de este esfuerzo debería redundar en una mejor comprensión de cómo la severidad de la depresión y el curso de la misma, interactúan con los elementos del programa para obtener resultados positivos o negativos. En este aspecto, muy pocos estudios han

identificado síntomas depresivos elevados en la afección clínica de trastornos depresivos graves. Es posible que tal distinción sea importante para comprender cómo la depresión afecta la visita domiciliaria y cuál sería la mejor forma de abordarla. La identificación de influencias moderadoras y mecanismos de cambio servirán de guía para el mejoramiento de los programas de visitas domiciliarias para satisfacer mejor las necesidades de la población. Tales refinamientos del programa comprenderán probablemente la capacitación y supervisión de los visitadores domiciliarios, cambios curriculares, evaluación e identificación sistemáticas, y enfoques ampliados que busquen prevenir la depresión, o proveer tratamientos efectivos a aquellos que ya sufren de trastornos depresivos graves. Con respecto a la prevención y el tratamiento, hay escasez de información sobre los impactos a largo plazo de estas adiciones a los programas. El trastorno depresivo grave es episódico, y la recaída es común. Como resultado de ello, los enfoques de prevención y tratamiento que disminuyen el riesgo de recaída, y/o aumenta los intervalos entre episodios depresivos graves a largo plazo representan la mejor promesa para beneficiar a la madres e hijos. Finalmente, una necesidad para comprender mejor cómo diseminar los programas de prevención y tratamiento sustentados empíricamente a gran escala y a través de diferentes modelos de visitas domiciliarias.

Conclusiones

La salud mental materna, en particular la depresión, en programas de visitas domiciliarias es una preocupación muy grave. La evidencia sugiere que la depresión es altamente frecuente. Los visitadores domiciliarios están confrontados a desafíos a menudo al trabajar con madres deprimidas, tienen dificultades para identificar la depresión, y se esfuerzan para vincular las madres con tratamientos efectivos para la salud mental en la comunidad. La investigación del impacto de la depresión sobre los resultados de las visitas domiciliarias es diversa con algunos estudios que revelan resultados negativos mientras que otros sugieren que las madres deprimidas pueden beneficiarse de estos programas. Sin embargo, los estudios indican que las visitas domiciliarias solas tienen pocos impactos positivos sobre los síntomas de la depresión materna. En la medida en que las madres están deprimidas durante las visitas domiciliarias, lo más probable es que este factor tenga implicaciones para la salud y el desarrollo del niño. Han surgido varios enfoques basados en evidencias para prevenir y tratar la depresión. Aunque la investigación continuada es justificada, las conclusiones preliminares son alentadoras y sugieren que las visitas domiciliarias es un escenario importante donde se entra en contacto con las madres deprimidas o con aquellas en riesgo de depresión.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Como la depresión es altamente frecuente entre las mujeres inscritas en las visitas domiciliarias, se necesita utilizar enfoque multimodales sistemáticos para identificar y responder efectiva y eficientemente a esta problemática. Primero, se debe realizar un examen sistemático para cada cliente nuevo que se inscriba en el programa de visitas domiciliarias. Hay herramientas de examen confiables, válidas y breves disponibles inmediatamente que pueden ser integradas en los procesos de apropiación estándares del programa. Segundo, los programas deben proporcionar la formación para los visitantes domiciliarios sobre cómo abordar la depresión materna durante las visitas domiciliarias. Los visitantes domiciliarios deberán comprender cuándo y cómo se debe abordar la depresión materna y cuándo deberán referir las madres a profesionales de salud mental. La formación deberá proveer orientación sobre cómo equilibrar las conversaciones sobre las necesidades identificadas por la familia mediante discusiones relacionadas con la depresión materna y otros factores de riesgo psicológico perjudiciales para una crianza efectiva. Se deberá hacer énfasis en el desarrollo de las destrezas de los visitantes domiciliarios y en que se utilicen esas destrezas. El uso de la supervisión reflexiva²⁷ y el entrenamiento²⁸ son dos enfoques que se han utilizado de manera efectiva en otros contextos para desarrollar y mantener las destrezas del personal. Tercero, los esfuerzos para aumentar los servicios de visitas domiciliarias existentes con intervenciones en salud mental con el fin de prevenir y tratar la depresión materna deberán ser sometidos a más pruebas con estudios investigativos rigurosos y ampliados, conforme a las necesidades. También se deberá hacer esfuerzos para integrar las intervenciones preventivas y de tratamiento dentro de un solo programa de visitas domiciliarias para que se sustente el espectro entero de mujeres que necesitan intervención por causa de depresión materna. En cada una de estas áreas recomendadas para política y práctica, deben estar implicadas múltiples partes interesadas (incluyendo el personal de visitas domiciliarias y clientes) para asegurar el desarrollo de enfoques ecológicamente válidos y garantizar la aceptación y pertenencia de la comunidad.

Referencias

1. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 542-549.
2. Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316-321.
3. Center on the Developing Child. (2009). *Maternal depression can undermine the development of young children* (Working Paper 8). Boston, MA: Harvard University.

4. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention*. Washington DC: The National Academies Press.
5. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 191-200.
6. Administration on Children Youth and Families. (2002). *Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
7. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 107-135.
8. Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development, 81*, 149-165.
9. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Chen, L., Holleb, L., Stevens, J., Short, J., & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse & Neglect, 33*, 127-138.
10. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal, 28*, 151-170.
11. Tandon, S. D., Parillo, K. M., Jenkins, C. J., & Duggan, A. K. (2005). Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. *Maternal Child Health Journal, 9*, 273-283.
12. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*, 801-827.
13. Lecroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1003-1013.
14. Tandon, S. D., Mercer, C., Saylor, E., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perceptions of addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: A qualitative study. *Early Childhood Research Quarterly, 23*, 419-428.
15. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Granger, W. C., Slymen, D. J., & Newton R. R. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*: San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center.
16. Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005). *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts*. Albany, NY: Healthy Families New York.
17. Duggan, A. K., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect, 28*, 623-643.
18. Jacobs, S., & Easterbrooks, M. A. (2005). *Healthy Families Massachusetts final evaluation report*. 2005; Retrieved from http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_hfm_tufts_2005.pdf.
19. Duggan, A., Berlin, L., Cassidy, J., Burrell, L., & Tandon, S. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 77*, 788-799.
20. Olds, D. L. (2010). The nurse-family partnership: From trials to practice. In A. J. Reynolds, A. J. Rolnick, M. M. Englund, & J. A. Temple (Eds.) (2010). *Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration* (pp.40-75). New York, NY: Cambridge University Press.
21. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Bosse, N. R., Short, J. A., Bodley, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2011). An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Maternal and Child Health Journal, 15*, 1333-1341.
22. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2012). *A clinical trial of In-Home CBT for depressed mothers in home visitation*. Unpublished manuscript, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati,

Ohio, USA.

23. Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., & Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health*, 33, 60-76.
24. Munoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
25. Tandon, S. D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J., Perry, D. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 707-712
26. Tandon, S. D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2012). *6-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients*. Unpublished manuscript, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.
27. Heller, S. S., & Gilkerson, L. (2011). *Practical guide to reflective supervision*. Washington, DC: Zero to Three.
28. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.

Evidencia Para el Papel de las Visitas Domiciliarias en la Prevención del Maltrato Infantil

Kimberly Boller, PhD

Mathematica Policy Research, EE.UU.

Septiembre 2012

Introducción

En el 2010, 3,3 millones de referencias por presuntos actos de maltrato involucrando 5,9 millones de niños se hicieron a las agencias de servicios de protección infantil en los Estados Unidos. Casi 1.8 millones de informes fueron investigados, y de aquellos, 436.321 fueron sustentados y 24.976 quedaron bajo presunción (no sustentada, pero con sospecha de maltrato o riesgo de maltrato). Aproximadamente 1.560 niños murieron por causa de maltrato, con las tasas de victimización más altas durante el primer año de vida, es decir, 20,6 por 1.000 niños.¹ La investigación demuestra que los resultados para los niños que sobreviven al maltrato infantil (definido como negligencia, abuso, o una combinación de los dos) son pobres, con rendimiento por debajo de los estándares nacionales en una gama de áreas de resultados, incluyendo el bienestar psicosocial y cognitivo y el logro académico.^{2,3,4} Los costos para la sociedad en general de estos niños que no alcanzan su pleno potencial y la productividad más baja que la esperada de los adultos sobrevivientes de abusos se calculan en un monto que alcanza entre los 50 y 90 mil millones al año en los EE.UU.^{5,6} Estas conclusiones subrayan la necesidad de estrategias para prevenir el maltrato con el fin de mejorar los resultados para niños, familias y comunidades.

Tema

Las visitas domiciliarias prenatales, durante la infancia y la primera infancia representan una estrategia prometedora para prevenir el maltrato infantil. Las visitas domiciliarias cuentan con la participación de un visitador domiciliario que trabaja con los padres en la casa de la familia para mejorar la relación padres-hijos, reducir riesgos de daños en el hogar, y proveer un ambiente con apoyo. La mayoría de los programas son voluntarios, y los estados y comunidades animan la participación de familias en riesgo de maltrato (por ejemplo, familias donde los padres tienen niveles bajos de educación, viven en pobreza, hogares monoparentales, y padres quienes participaron directamente en el sistema de bienestar infantil). En los últimos 40 años, más de 250

modelos de visitas domiciliarias han sido desarrollados por investigadores y proveedores de servicios, que abarcan en su amplio enfoque el personal, currículo, duración de prestación del servicio y la efectividad demostrada en la reducción del maltrato infantil.⁷ Este capítulo proporciona una visión general de la evidencia respecto de la efectividad de las visitas familiares en la prevención del maltrato infantil, identifica los vacíos en la investigación y discute la implicaciones para partes interesadas claves.

Problemática

Para los estados y comunidades es un desafío el decidir cómo seleccionar modelos de visitas domiciliarias apropiados para sus poblaciones objetivo y que éstos sean efectivos para la prevención del maltrato infantil. Los funcionarios públicos y los encargados de la toma de decisiones necesitan información que les ayude a seleccionar a partir de diferentes modelos de visitas domiciliarias. En muchas instancias, la calidad de la investigación no es suficiente para sacar conclusiones acerca de los efectos de un modelo dado para maltrato infantil.⁸

Un desafío de medición consiste en que los estados tienen distintos requerimientos de informe e investigación que impiden las comparaciones de tasas de maltrato infantil. En general, las tasas sustentadas de abuso y negligencia infantil y visitas a salas de emergencia a causa de lesiones e ingestiones son relativamente bajas, lo que significa que gran parte de la investigación incluye medidas de riesgo para el maltrato infantil, tales como la crianza severa (uso de técnicas disciplinarias corporales), depresión materna, consumo de estupefacientes y violencia doméstica, y factores protectores tales como un ambiente positivo en el hogar y una relación padres-hijos de alta calidad. La evaluación de estos factores de riesgo mediante el uso de técnicas administrativas y observacionales de recolección de datos puede resultar costosa, y, aunque menos costosa, los informes de los padres pueden no ser tan confiables. Otro desafío es el potencial para efectos de vigilancia: Los efectos de vigilancia⁹ se refieren al potencial para un mejor informe por parte de las familias que participan en los servicios del sistema de bienestar infantil o en investigaciones porque hay más profesionales que trabajan con familias y pueden informar de sospechas de abusos y desatar una investigación, aumentando la probabilidad de llegar a conclusiones para estas familias en comparación con aquellas que no participan.

Contexto de la investigación

Las investigaciones sobre el maltrato infantil han aumentado en los últimos 15 años y existen meta-análisis y reseñas de la literatura sobre la efectividad de los programas de visitas domiciliarias para prevenir el maltrato infantil.^{10,11,12} Sin embargo, hasta hace recientemente no había una revisión de amplio alcance de la evidencia respecto a las visitas domiciliarias.^{7,13,14,15,16} Un esfuerzo lanzado en 2009 por el Departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos (HHS), es decir la Evaluación de la efectividad de los programas de visitas domiciliarias (HomVEE), llenó este vacío haciendo una revisión sistemática de las primeras investigaciones sobre visitas domiciliarias en la primera infancia con énfasis especial en su aplicabilidad a la prevención del maltrato infantil. El intento de la revisión fue para evaluar la literatura usando metodologías pre-especificadas para identificar y evaluar su calidad. El HHS usó los resultados de la revisión para identificar cuáles modelos de programas de visitas domiciliarias llenaron los requisitos de evidencia de efectividad para guiar la selección estatal de modelos como parte de una iniciativa federal de \$1,5 mil millones diseñada para aumentar el número de familias y niños atendidos a través de visitas domiciliarias basadas en evidencias. La iniciativa busca mejorar los resultados de niños y familias, incluyendo la disminución de las tasas de maltrato infantil y mejorar las prácticas de crianza que puedan disminuir el maltrato. Los nueve modelos nacionales que cumplieron con los requerimientos de evidencias del Departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos (HHS) incluyen a partir de octubre de 2011 *Child FIRST*, *Early Head Start-Home Visiting (EHS-HV)*, *Early Intervention Program for Adolescent Mothers (EIP)*, *Family Check-Up*, *Healthy Families America (HFA)*, *Healthy Steps*, *Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPPY)*, *Nurse-Family Partnership (NFP)*, y *Parents as Teachers (PAT)*. A partir de julio de 2012, con la finalización de otra ronda de revisiones de la Evidencia de la efectividad de las visitas domiciliarias, tres modelos adicionales llenaron los requisitos de evidencias del Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU., con informes detallados que aparecerán próximamente¹⁷. Como se resume abajo para los nueve modelos con revisiones completas disponibles, no todos los modelos demostraron evidencia de efectividad en la reducción del maltrato infantil y en mejoras en prácticas de crianza.^{7,8}

Preguntas claves de la investigación

Esta revisión está diseñada para tratar dos preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la evidencia de la efectividad de las visitas domiciliarias para reducir las tasas de maltrato infantil?

2. ¿Cuál es la evidencia de la efectividad de las visitas domiciliarias para mejorar las prácticas de crianza positiva relacionadas con la reducción del riesgo de maltrato infantil?

Resultados recientes de investigaciones

¿Cuál es la evidencia de efectividad de las visitas domiciliarias para reducir el maltrato infantil?

La revisión sistemática de evidencias por parte de la Evaluación de la efectividad de los programas de visitas domiciliarias (HomVEE), reveló que hay estudios de *Healthy Families America* (HFA), y *Nurse-Family Partnership* (NFP) que incluyeron medidas de informes corroborados de abuso y negligencia infantil. Aunque un estudio realizado por la NFP cuando los niños tenía 4 años no mostró ningún efecto,¹⁸ otro estudio reveló reducciones en informes corroborados de maltrato infantil 15 años después de la inscripción.¹⁹ A lo largo de cierto número de estudios de la HFA no había evidencias de efectos a corto plazo sobre informes,^{20,21,22,23} y no hubo ningún otros estudios de seguimiento a plazos más largos. Un estudio de *Child FIRST* halló efectos positivos sobre la participación con los servicios de protección infantil a los 3 años²⁴ Hay estudios de la *Early Head Start-Home Visiting* (EHS-HV), *Healthy Families America* (HFA), y *Healthy Steps* y NFP que miden los efectos sobre la sala de emergencia o las visitas médicas para lesiones o ingestiones, pero sólo la NFP mostró efectos positivos.^{13,18,25,26}

Los estudios de la HFA mostraron efectos diversos, pero casi ninguno sobre mediciones informadas por los padres sobre una gama de comportamientos de crianza abusivos. Algunos estudios mostraron impactos positivos de la HFA sobre informes hechos por los padres mismos con respecto a reducciones en la frecuencia de negligencias, crianza severa en la semana anterior y otros tipos de abusos.^{8,21,22,23,27.}

¿Cuál es la evidencia de efectividad de las visitas domiciliarias para aumentar los factores de protección relacionados con la reducción del riesgo de maltrato infantil?

Siete de los nueve modelos de programas que cumplen con los criterios de evidencia del Departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos (HHS), tiene estudios que muestran impactos positivos en el mejoramiento de los factores de protección tales como las prácticas de crianza, la calidad de la interacción padres-hijos, así como la seguridad y el estímulo proporcionados en el ambiente del hogar (El estudio de *Child FIRST* no incluyó estos resultados y los estudios de *Early Intervention Program for Adolescent Mothers* no mostraron efectos). Las investigaciones demuestran que *Nurse-Family Partnership* (NFP), y *Parents as Teachers* (PAT),

tienen efectos negativos, tales como las familias en los programas con menos materiales de juego apropiados en el hogar, que las familias del grupo de comparación, que recurren a técnicas disciplinarias más severas y son menos tolerantes del comportamiento de los niños. La revisión también reveló que los *Head Start-Home Visiting* (EHS-HV), tuvieron efectos positivos sobre el conocimiento de los padres en cuanto al desarrollo infantil.^{8,14}

Brechas en la investigación

Aunque hay estudios de visitas domiciliarias que informan acerca de los efectos del maltrato infantil sobre los resultados de los niños y las familias, muy pocos de ellos usan métodos rigurosos que resisten deducciones causales acerca de su efectividad. De hecho, muchos estudios de modelos de visitas domiciliarias que tienen un enfoque más centrado en la educación en primera infancia no incluyen medidas de abuso y negligencia infantil, sino más bien están centrados en factores de riesgo y de protección. Los desafíos para incluir medidas de maltrato infantil abarca la complejidad de obtener el consentimiento de las familias y el acceso a las bases de datos estatales de bienestar infantil, la necesidad de seguimiento tanto a corto como a largo plazo para evaluar el impacto de los programas, y las preocupaciones acerca de la confiabilidad y la validez de los informes de los padres o del personal. Teniendo en cuenta la evidencia en el sentido de que los diferentes tipos de visitas domiciliarias pueden reducir el maltrato y aumentar los factores de protección, los estudios de visitas domiciliarias deberían incluir medidas de ambos.

El corpus existente de investigaciones rigurosas se ha realizado con tamaños de muestras relativamente pequeños que no dejan lugar para evaluación de impactos de visitas domiciliarias sobre el maltrato infantil para importantes subgrupos raciales/étnicos, lingüísticos y afectados por pobreza. Por ejemplo, una revisión de evidencias de modelos de programas de visitas domiciliarias centradas en niños y familias de indígenas estadounidenses y nativos de Alaska, reveló que de los tres estudios que demostraron altos niveles de evidencias de efectividad, ninguno informó de resultados por separado para estos niños.²⁸

Conclusiones

Los estudios sobre la efectividad de las visitas domiciliarias como una intervención diseñada para prevenir el maltrato infantil demuestran alguna promesa, pero comparados con el número de estudios realizados que miden el maltrato infantil, el riesgo de maltrato, o factores de protección, hay muchos más hallazgos de efectos nulos que reducciones en maltrato y mejoras en el

bienestar infantil y familiar. Las investigaciones demuestran también variación en la evidencia de efectividad entre los diferentes modelos de visitas domiciliarias, lo que significa que la decisión sobre cuál modelo implementar es importante. Los encargados de la formulación de políticas y proveedores de financiamiento estatales y locales pueden utilizar la evidencia de efectividad para ayudar en la toma de decisiones sobre cuál(es) modelo(s) implementar dependiendo de las necesidades de la comunidad.

En general, las investigaciones sobre visitas domiciliarias para prevenir el maltrato infantil podrían mejorarse con el uso de métodos rigurosos, medidas apropiadas, periodos de seguimiento más largos, y la inclusión e informe de subgrupos importantes. Los nuevos estudios deben ser lo suficientemente amplios para incluir evaluaciones e informes de impactos por subgrupos importantes para mejorar nuestra comprensión de qué funciona y para cuales poblaciones. La toma de decisiones con base en evidencias necesita evidencias de alta calidad y una inversión en proyectos de investigación.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Teniendo en cuenta la limitación de evidencias de investigaciones rigurosas sobre la efectividad de las visitas domiciliarias para prevenir el maltrato infantil, un impacto potencial del uso de un enfoque como la Evaluación de la efectividad de los programas de visitas domiciliarias (HomVEE), que vincula la financiación estatal a la calidad de la evidencia, podría ser para incrementar la cantidad y la calidad de las investigaciones sobre maltrato infantil realizadas a escala global. Con mejores investigaciones también se puede incrementar el uso de evidencias por parte de los encargados de la formulación de políticas de servicios y proveedores de servicios. Como los requerimientos de evidencias de la Evaluación de la efectividad de los programas de visitas domiciliarias (HomVEE) y del Departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos (HHS) así como la información resultante acerca de efectividad son públicos, los investigadores los pueden utilizar para incrementar el rigor de sus evaluaciones. Igualmente, los encargados de la formulación de políticas pueden exigir que las evidencias sirvan de guía a las decisiones sobre financiación y políticas.²⁹

Un indicador potencial del éxito de la creciente atención a las evidencias de efectividad de las visitas domiciliarias con respecto a la prevención del maltrato infantil es la proporción relativa de la disponibilidad de financiación estatal y local para modelos basados en evidencias, en comparación con aquellos con ninguna evidencia o con bajos niveles de evidencias. A su turno,

las familias recibirán intervenciones que cumplan con los más altos niveles de evidencias para prevenir el maltrato infantil, y ellos y el público pueden estar confiados de que los programas en los que participan y que apoyan a través de sus impuestos tengan el mayor potencial para mejorar el bienestar infantil y familiar.

Referencias

1. Stoltzfus, E., & Lynch, H. (2009). *Home visitation for families with young children*. Washington, DC: Congressional Research Service.
2. Goesling, B. (2011). *Building, evaluating, and using an evidence base to inform the DHHS Teen Pregnancy Prevention Program*. Paper presented at the Society for Adolescent Health and Medicine Annual Meeting, Seattle, WA.
3. Haskins, R., & Baron, J. (2011). *Building the connection between policy and evidence*. London, UK: NESTA.
4. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home visiting evidence of effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
5. Daro, D. (2006). *Home visitation: Assessing progress, managing expectations*. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago.
6. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents*. (Invest in Kids Working Paper No. 7). Washington, DC: Committee on Economic Development.
7. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice, 19*, 531-540.
8. Avellar, S., & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
9. Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: an essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, 19*, 369-379.
10. Paulsell, D., Porter, T., Kirby, G., Boller, K., Sama Martin, E., Burwick, A., Ross, C., & Begnoche, C. (2010). *Supporting quality in home-based child care: Initiative design and evaluation options*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
11. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.
12. Coffee-Borden, B., & Paulsell, D. (2010). *Recruiting and training home visitors for evidence-based home visiting: Experiences of EBHV grantees*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
13. Daro, D. (2010). *Replicating evidence-based home visiting models: A framework for assessing fidelity*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
14. Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balian, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science, 2*, 40.
15. Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2010). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science, 12*, 23-33.
16. Kitzman HJ. Effective early childhood development programs for low-income families: Home visiting interventions during pregnancy and early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Available at: <http://www.childencyclopedia.com/documents/KitzmanANGxp-Home.pdf>. Accessed July 30. 2012.

17. Riley, S., Brady, A. E., Goldberg, J., Jacobs, F., & Easterbrooks, M. A. (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review*, 30, 597-612.
18. Personal communication from Dr. David Olds to Dr. Kimberly Boller, January 25, 2012.
19. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., Brady-Smith, C. (2002). *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
20. Duggan, A., Windham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., & Sia, C. (2000). Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics*, 105, 250-259.
21. DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 10, 108-123.
22. Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention*, 29, 199-140.
23. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
24. Vogel, C. A., Boller, K., Xue, Y., Blair, R., Aikens, N., Burwick, A., Stein, J. (2011). *Learning as we go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families, and children* (OPRE Report #2011-7). Washington, DC: Department of Health and Human Services.
25. Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg, K. R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 28, 459-480.
26. Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., . . . Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum*, 37(4), 171-196.
27. Peterson, C. A., Roggman, L. A., Stearkel, F., Cook, G., Jeon, H. J., & Thornburg, K. (2006). Understanding the dimensions of family involvement in home-based Early Head Start. Unpublished manuscript. Iowa State University, Ames, Iowa.
28. Roggman, L. A., Christiansen, K., Cook, G. A., Jump, V. K., Boyce, L. K., & Peterson, C. A. (2006) *Home visits: Measuring how they work*. Logan, UT: Early Intervention Research Institute Mini-Conference.
29. Aarons, G. A., & Palinkas, I. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 411-419.
30. Aarons, G. A., Sommerfeld, D., Hecht, D., Silovsky, J., & Chaffin, M. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 270-280.
31. Aarons, G. A., Fettes, D. L., Flores, L. E., Jr., & Sommerfeld, D. (2009). Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children's services. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 954-960.
32. Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C., (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3, 61-72.
33. Paulsell, D., Boller, K, Hallgren, K., & Esposito, A. M. (2010). Assessing home visit quality: Dosage, content, and relationships. *Zero To Three*, 30, 16-21.

Difusión y Ampliación de Programas de Visitas Domiciliarias Basados en Evidencias: el Papel de las Investigaciones Sobre Implementación

Diane Paulsell, MPA

Mathematica Policy Research, EE.UU.

Septiembre 2012

Introducción

Durante las últimas dos décadas, se ha desarrollado e implementado un número creciente de programas de visitas domiciliarias en Norteamérica y en otros países del mundo para apoyar a los padres con hijos de corta edad. Los programas de visitas domiciliarias para familias con mujeres embarazadas e hijos pequeños funcionan en todos los 50 estados de los Estados Unidos, con aproximadamente 400 000 a 500 000 familias beneficiarias del servicio.¹ Estos programas abarcan una gama de programas desarrollados localmente, programas concebidos según evidencias (desarrollados con las evidencias de las mejores prácticas, pero no evaluados) y programas basados en evidencias (aquellos con una rigurosa evaluación de evidencia de efectividad).

Durante este mismo periodo, ha crecido el interés en Norteamérica, el Reino Unido y en otras regiones entre los encargados de la formulación de políticas, los profesionales y los proveedores de financiamiento por promover prácticas y acciones con evidencias científicas de su efectividad. En los Estados Unidos, el gobierno de Obama ha financiado un conjunto de iniciativas que necesitan estrategias basadas en evidencias evaluadas en áreas como la prevención del embarazo en la adolescencia, las visitas domiciliarias, y las reformas en la educación y en la fuerza laboral.^{2,3} En cuanto a las visitas domiciliarias, se ha evaluado rigurosamente un número creciente de programas que han demostrado su efectividad con resultados en la crianza, la salud infantil y materna, el desarrollo infantil y la disponibilidad escolar, la disminución del maltrato infantil y la autosuficiencia económica familiar.^{4,5,6}

Tema

La identificación de los componentes claves de las intervenciones considerados efectivos y la comprensión de lo que se necesita para implementar esos componentes con fidelidad al modelo del programa son críticas para una difusión y ampliación exitosas de programas y prácticas efectivas en diferentes contextos comunitarios y poblaciones.⁷ Hay un reconocimiento creciente en el campo de la primera infancia sobre la importancia de una implementación efectiva y de la necesidad de investigaciones sobre dichas implementaciones, que orienten las acciones en materia de su adopción, sobre implementación inicial, y mejoras continuas en las intervenciones durante la primera infancia.^{8,9,10} Las esperadas investigaciones sobre implementación y el uso de datos que impulsen la gestión de los programas son una necesidad apremiante porque brinda una solución potencial para las brechas persistentes en los resultados entre los niños en riesgo y otros niños con mejor situación socioeconómica. Este artículo analiza las investigaciones sobre la implementación en el campo de las visitas domiciliarias, la forma en que esas investigaciones pueden utilizarse para fortalecer los programas y mejorar los resultados previstos, y las condiciones y apoyo necesarios para una implementación efectiva.

Problemática

La sola implementación de programas de visitas domiciliarias basados en evidencias y el cumplimiento de los requisitos iniciales del creador del modelo no son suficientes para garantizar resultados positivos con los niños y familias que participan en la evaluación de la investigación.¹¹ Los servicios de visitas domiciliarias deben implementarse con fidelidad al modelo del programa. Por ejemplo, los visitantes domiciliarios deben tener la preparación requerida, las visitas deben hacerse con las debidas frecuencia y duración, el contenido de la visita debe ser el previsto, y la calidad de los servicios prestados a las familias debe ser alta. Además, los proveedores de los servicios necesitan los recursos y el apoyo adecuados para mantener constantemente un alto grado de fidelidad en la implementación.¹²

Contexto de la Investigación

Mientras que el conjunto de investigaciones rigurosas sobre la efectividad de los programas de visitas domiciliarias se ha incrementado sustancialmente en los últimos años, las investigaciones sobre la implementación de estos programas se mantienen a la zaga.⁴ Los informes de investigación y los artículos por lo general brindan sólo un mínimo de información sobre cómo los programas se implementan y sobre su fidelidad al modelo del programa.⁸ A medida que los gobiernos nacionales y locales, las comunidades y los encargados de prestar servicios buscan

incrementar el uso de programas basados en evidencias, se necesitan investigaciones para desarrollar normas y medidas de fidelidad en los programas, para comprender las condiciones necesarias para la implementación de alta fidelidad, y para crear herramientas de evaluación de la implementación y de mejoras de los programas de apoyo.

Preguntas claves de la investigación

Esta revisión está diseñada para responder dos preguntas:

1. ¿Qué sabemos sobre la fidelidad de la implementación de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencias?
2. ¿Qué condiciones y recursos se necesitan para apoyar y mantener constantemente una implementación de alta fidelidad?

Resultados Recientes de investigaciones

¿Qué sabemos sobre la fidelidad de la implementación de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencias?

Los investigadores han desarrollado cierto número de marcos teóricos que definen la fidelidad de la implementación.^{13,14,15} La mayoría abarca la observancia del modelo de programa, la cantidad, la calidad, la receptividad y el compromiso de los participantes con los servicios; algunos incluyen la calidad de la relación entre el participante y el proveedor de los servicios.

Si bien las investigaciones sobre fidelidad en los programas de visitas domiciliarias son realmente escasas, diversos estudios han documentado algunos elementos tales como la cantidad y la duración de los servicios, el contenido de las visitas domiciliarias y la relación entre el participante y el proveedor de los servicios. Estas investigaciones demuestran que las familias habitualmente reciben alrededor de la mitad de las visitas previstas.^{16,17} Por ejemplo, en una muestra de tres ensayos aleatorios controlados realizados en *Nurse Family Partnership*, la cantidad promedio de visitas oscilaba entre 45 y 62 por ciento.¹⁸ Las investigaciones demuestran también que muchas, quizás la mayoría, de las familias registradas para los programas de visitas domiciliarias se retiran antes del fin del proceso de selección.^{16,19,20} Algunos estudios sobre visitas domiciliarias han variado la cantidad de las visitas propuestas para las familias y han llegado a la conclusión de que menos visitas tienen resultados similares a mayores niveles de exposición.²¹

El estudio sistemático de las actividades y los temas discutidos durante las visitas es esencial para comprender si el contenido fue entregado como previsto y cómo el contenido varía de una familia a otra y de un momento a otro. Si bien muchos programas ofrecen los lineamientos para el diseño de los planes de visitas y la capacitación de los visitadores, las investigaciones sugieren que el contenido no siempre es desarrollado como estaba previsto y varía de una familia a otra. Por ejemplo, diversos estudios han demostrado que, a pesar de los objetivos del programa que hace énfasis en la crianza, se asigna poca importancia y tiempo a las interacciones entre padres e hijos. Un estudio reciente en *Early Head Start* reveló que los visitadores domiciliarios dedican, como promedio, el 14 por ciento del tiempo de cada visita a actividades diseñadas para mejorar la interacción entre los padres y los hijos.²⁴ Los esquemas de fidelidad también enfatizan la importancia de crear un clima de relaciones positivas entre el participante y el visitador domiciliario, pues estas relaciones podrían influir en el alcance del compromiso y de la participación de los padres en las visitas domiciliarias.^{17,25,26} Algunas investigaciones indican que una mayor calidad en las relaciones está asociada a mejores resultados para los hijos.^{27,28}

¿Qué condiciones y recursos se necesitan para apoyar y mantener constantemente una implementación de alta fidelidad?

Las mejores prácticas y las nuevas investigaciones sugieren que el personal de visitas domiciliarias necesita capacitación, supervisión y monitoreo de fidelidad, un ambiente organizativo propicio, así como la garantía de contar con salud mental para mantener constantemente una alta fidelidad. El efecto de estas garantías en el personal visitador no ha sido ampliamente estudiado, pero algunas investigaciones sobre intervenciones similares indican que la implementación de prácticas basadas en evidencias, con monitoreo de fidelidad y consultas de apoyo, vaticinan tasas más bajas de renovación del personal, así como niveles inferiores de fatiga emocional en el personal con relación a los servicios como es habitual.^{29,30,31} Además, se ha asociado un ambiente organizativo favorable con actitudes más positivas para adoptar programas basados en evidencias.³²

Brechas en la Investigación

Es necesario investigar más para tomar decisiones sobre la adopción, adaptación y difusión, además de la ampliación de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencias. Por ejemplo, se necesita investigar para precisar los límites de la cantidad y de la duración de los servicios necesarios para obtener resultados positivos para la familia y los hijos. Los estudios de

variación planificada, en los que se alteran los componentes de los programas, el contenido, la capacitación del visitador, o la cantidad de los servicios, pueden identificar aquellas dimensiones principales de la implementación que sean esenciales para lograr el éxito de los programas, así como aquellas dimensiones que puedan adaptarse a diferentes contextos y poblaciones sin poner en riesgo la efectividad de los programas.

Para facilitar estos estudios, es necesario trabajar más para desarrollar las medidas de la implementación. Si bien se han desarrollado algunas medidas –tales como las relativas a la observación de la calidad de las visitas domiciliarias y a las normas para evaluar la relación entre el participante y el visitador domiciliario— su validez y confiabilidad no han sido suficientemente probadas en diferentes poblaciones y en los contextos en que se prestan los servicios.³³

Conclusiones

A medida que aumenta el interés en los programas de visitas domiciliarias basados en evidencias para mejorar los resultados para los hijos y las familias, los encargados de la formulación de políticas y los profesionales necesitan orientaciones sobre cómo ponerlos en práctica eficazmente y mantener constantemente un alto nivel de fidelidad a largo plazo. Mientras crece el conjunto de investigaciones sobre la implementación de los programas de visitas domiciliarias, se necesita trabajar más. Algunas investigaciones demuestran que la mayoría de los programas no prestan la cantidad de servicios prevista y a menudo las familias abandonan los programas antes de que concluya su período de elegibilidad. Asimismo, existen variaciones en la manera en que se cumplen las actividades previstas y los temas tratados durante las visitas. Las nuevas investigaciones apuntan a la importancia de una supervisión de apoyo, un monitoreo de fidelidad, y un ambiente organizativo que favorezca a los visitadores domiciliarios y garantice el respaldo a los programas basados en evidencias. Las investigaciones adicionales sobre estos aspectos pueden aportar los lineamientos y las herramientas para promover la implementación exitosa de visitas domiciliarias basadas en evidencias y la adaptación de los modelos de programas a diferentes poblaciones y contextos.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Con el apoyo a la implementación con alta fidelidad de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencias, existe el potencial para mejorar los resultados en los hijos y en las familias de alto riesgo. Los encargados de la formulación de políticas y los proveedores de financiamiento

deben utilizar las investigaciones disponibles sobre implementación y fomentar futuros trabajos que orienten la toma de decisiones para ampliar eficazmente los programas basados en evidencias y respaldarlos a largo plazo. Por ejemplo, las investigaciones sobre implementación pueden utilizarse para evaluar la disposición de agencias locales para poner en práctica con fidelidad programas de visitas domiciliarias. Los gobiernos y otros proveedores de financiamiento pueden utilizar las investigaciones sobre implementación para estructurar una serie de requisitos con el fin de controlar e informar sobre dimensiones específicas de la implementación. Los gobiernos y los proveedores de financiamiento en todos los niveles pueden respaldar estos esfuerzos mediante la creación de sistemas de datos que faciliten el monitoreo de fidelidad y el uso de datos para el perfeccionamiento de programas. Además, las investigaciones sobre implementación pueden aportar la información necesaria para la capacitación del personal y la asistencia técnica continuada. Para los padres, ello implica que hay que tener en cuenta la participación y el compromiso; los padres tienen que comprender los objetivos de los programas en los que participan y las expectativas para asumir y participar en los servicios que se brinden. Para lograr la cantidad de visitas deseada, el personal de los programas debe ayudar a los padres a superar los obstáculos que dificultan su participación.

Los investigadores deben continuar fomentando las bases del conocimiento sobre la forma de implementar eficazmente los programas de visitas domiciliarias mediante informes sobre la implementación junto con los resultados de rigurosas evaluaciones de efectividad. Deben realizarse investigaciones adicionales sobre la difusión y ampliación de programas de visitas domiciliarias para identificar las condiciones, procesos y apoyo asociados con lograr y mantener una implementación de alta fidelidad.

Referencias

1. Stoltzfus, E., & Lynch, H. (2009). *Home visitation for families with young children*. Washington, DC: Congressional Research Service.
2. Goesling, B. (2011). Building, evaluating, and using an evidence base to inform the DHHS Teen Pregnancy Prevention Program. Paper presented at the Society for Adolescent Health and Medicine Annual Meeting, Seattle, WA.
3. Haskins, R., & Baron, J. (2011). *Building the connection between policy and evidence*. London, UK: NESTA.
4. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home visiting evidence of effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
5. Daro, D. (2006). *Home visitation: Assessing progress, managing expectations*. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago.
6. Gomby, D. S. (2005). Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. (Invest in Kids Working Paper No. 7). Washington, DC: Committee on Economic Development.

7. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice, 19*, 531-540.
8. Avellar, S., & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
9. Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: an essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, 19*, 369-379.
10. Paulsell, D., Porter, T., Kirby, G., Boller, K., Sama Martin, E, Burwick, A., Ross, C., & Begnoche, C. (2010). *Supporting quality in home-based child care: Initiative design and evaluation options*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
11. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.
12. Coffee-Borden, B., & Paulsell, D. (2010). *Recruiting and training home visitors for evidence-based home visiting: Experiences of EBHV grantees*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
13. Daro, D. (2010). *Replicating evidence-based home visiting models: A framework for assessing fidelity*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
14. Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balian, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science, 2*,40.
15. Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2010). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science, 12*, 23-33.
16. Kitzman HJ. Effective early childhood development programs for low-income families: Home visiting interventions during pregnancy and early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Available at: <http://www.childencyclopedia.com/documents/KitzmanANGxp-Home.pdf>. Accessed July 30. 2012.
17. Riley, S., Brady, A. E., Goldberg, J., Jacobs, F., & Easterbrooks, M. A. (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review, 30*, 597-612.
18. Personal communication from Dr. David Olds to Dr. Kimberly Boller, January 25, 2012.
19. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., Brady-Smith, C. (2002). *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
20. Duggan, A., Windham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., & Sia, C. (2000). Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics. 105*, 250-259.
21. DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment, 10*, 108-123.
22. Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention, 29*, 199-140.
23. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly, 17*, 28-51.
24. Vogel, C. A., Boller, K., Xue, Y., Blair, R., Aikens, N., Burwick, A., Stein, J. (2011). Learning as we go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families, and children (OPRE Report #2011-7). Washington, DC: Department of Health and Human Services.
25. Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg, K. R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal, 28*, 459-480.

26. Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., . . . Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum, 37*(4), 171-196.
27. Peterson, C. A., Roggman, L. A., Stearkel, F., Cook, G., Jeon, H. J., & Thornburg, K. (2006). Understanding the dimensions of family involvement in home-based Early Head Start. Unpublished manuscript. Iowa State University, Ames, Iowa.
28. Roggman, L. A., Christiansen, K., Cook, G. A., Jump, V. K., Boyce, L. K., & Peterson, C. A. (2006) *Home visits: Measuring how they work*. Logan, UT: Early Intervention Research Institute Mini-Conference.
29. Aarons, G. A., & Palinkas, I. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*, 411-419.
30. Aarons, G. A., Sommerfeld, D., Hecht, D., Silovsky, J., & Chaffin, M. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 270-280.
31. Aarons, G. A., Fettes, D. L., Flores, L. E., Jr., & Sommerfeld, D. (2009). Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children's services. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 954-960.
32. Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C., (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services, 3*, 61-72.
33. Paulsell, D., Boller, K, Hallgren, K., & Esposito, A. M. (2010). Assessing home visit quality: Dosage, content, and relationships. *Zero To Three, 30*, 16-21.