ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia

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

©2012-2026 ABILIO | VISITAS DOMICILIARIAS

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 vigilancia[9] 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 vistas 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* (HIPPY), *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 próximamente[17]. 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 años[24] 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., & Dubowtiz, 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., & Sommerfled, 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.