[Archived] Programas Efectivos de Desarrollo en la Primera Infancia para Familias de Escasos Recursos: Intervenciones de Visitas Domiciliarias Durante el Embarazo y la Primera Infancia

Harriet J. Kitzman, RN, PhD

University of Rochester, EE.UU.

Febrero 2004

Introducción

La preocupación por el bienestar y la salud de los niños pequeños, en especial de aquéllos provenientes de hogares de escasos recursos, y socialmente desfavorecidos, ha traído como consecuencia la exploración de enfoques alternativos a la entrega de servicios a familias jóvenes.

©2004-2026 ABILIO | VISITAS DOMICILIARIAS

La visita domiciliaria es un medio a través del cual se puede brindar una serie de servicios. Este artículo se centra en el impacto de los servicios que proporcionan los programas de visitas domiciliarias a las familias de escasos recursos con hijos menores de cinco años de edad.

Materia

Pese al énfasis en la prevención del sistema de salud primaria tradicional y los servicios familiares, la atención individual que se ofrece en un centro/consultorio de salud requiere de beneficiarios que tengan la iniciativa de buscar servicios por su cuenta. Generalmente, los servicios que se proporcionan se limitan a una orientación sanitaria y al tratamiento de problemas de salud y enfermedades relacionados con las condiciones y las preocupaciones reveladas (de una forma u otra) por el usuario al proveedor. Se ha sugerido que las visitas domiciliarias pueden:

a. Beneficiar a aquéllos que no solicitan servicios;
b. Aumentar el confort de los beneficiarios y reforzar su confianza para revelar sus malestares;
c. Brindar oportunidades a los profesionales para adaptar su apoyo y orientación a las situaciones de la vida real de los usuarios;
d. Dar como resultado una relación satisfactoria entre beneficiario y proveedor.

Pese a la amplia variedad de servicios, se espera que las visitas domiciliarias aumenten, más que sustituyan los servicios humanos y de salud ofrecidos en los centros de atención. Las visitas a las familias comienzan durante el embarazo o a partir del nacimiento y duran hasta que los niños tienen entre 2 y 5 años de edad. Los programas son muy distintos entre sí. Las diferencias se refieren a sus modelos teóricos subyacentes, las características de las familias seleccionadas, el número y la intensidad de las visitas, la duración del programa, el currículo, los enfoques de los servicios, el grado de manualización de los procesos, la fidelidad de su ejecución, y los antecedentes y la capacitación de los visitadores.

Problemas

Pese a que la historia de las visitas domiciliarias abarca más de un siglo, apareció con renovada fuerza en la década de 1970 como una estrategia promisoria para fomentar el desarrollo y la salud infantil, y reducir el abuso y negligencia en familias en riesgo y de sectores vulnerables.

Algunos de los programas desarrollados recientemente se han multiplicado, apoyados por el apoyo federal, estatal/provincial, local y privado. A pesar de este estímulo, normalmente el financiamiento para estos programas se ha buscado en presupuestos sin una distribución previa. Como resultado, los legisladores han recurrido a los investigadores para responder a preguntas sobre los méritos relativos de los programas domiciliarios, y sus impactos en los resultados. Se ha prestado especial atención a los resultados de programas orientados a familias en riesgo debido a sus bajos niveles de ingresos y otras circunstancias sociales adversas.

Contexto de la Investigación

Hasta ahora, la mayoría de las investigaciones ha sido diseñada para determinar si el mejoramiento del desarrollo y la salud de los niños y sus familias se deben a estos servicios. Las investigaciones han entregado información limitada sobre los programas y su ejecución. Pero más allá de algunas excepciones,[1] los investigadores generalmente no han intentado variar las características de las intervenciones y realizar un estudio sistemático de ellas.

Preguntas de Investigación Clave

Esta revisión se diseñó para responder a dos preguntas clave:

1. ¿Cuáles son los resultados de los programas de visitas domiciliarias en familias de escasos recursos?
2. ¿Los resultados de los programas difieren en función de las características particulares de cada programa?

Resultados de Investigaciones Recientes

1. *¿Cuáles son los efectos de los programas de visitas domiciliarias?*

Diversas revisiones han concluido que las visitas domiciliarias pueden ser una estrategia efectiva para mejorar los resultados del desarrollo y la salud de los niños de familias socialmente desfavorecidas[2,4]. Sin embargo, hasta ahora no se han encontrado efectos sistemáticos y algunos estudios no han informado de impacto alguno. Cuando se han encontrado efectos, éstos generalmente no son tan amplios como los esperados. Además, los impactos no se han identificado sistemáticamente en las mismas áreas de los resultados. Como se pudiera esperar, se ha encontrado que los distintos programas, así como los diferentes niveles de ejecución, han

producido resultados diversos. Algunos programas muestran efectos considerables durante la fase de ejecución, pero éstos se disipan después del término de la intervención, en tanto que otros han informado efectos retardados, al año (o años) posteriores a su finalización. En algunas ocasiones, los efectos aparecen tempranamente y perduran muchos años después del término del programa.[5]

- Resultados Maternales

Algunos programas que han incluido estrategias de desarrollo de la madre y la familia han demostrado reducciones en los embarazos seguidos unos de otros y del número total de ellos. Las conductas de salud prenatales, incluyendo un menor consumo de tabaco y abuso de otras sustancias, han sido reportadas pero no se han asociado sistemáticamente con mejores resultados de embarazos. También se han encontrado actitudes parentales y relaciones madre-hijo más positivas. Las madres que participaron en estas visitas domiciliarias mostraron menos deterioro por el consumo de sustancias que aquéllas que no lo hicieron. Un estudio de seguimiento a largo plazo informó de menos detenciones y condenas en los grupos que accedieron a estos programas a los 15 años después del nacimiento de un niño [6]. Por último, se encontró que las madres que accedieron a estos servicios fueron más propensas a mantener relaciones estables.

- Desarrollo y Salud Infantil

Pese a que algunos estudios han mostrado un aumento en los índices de inmunización, otros no han obtenido mejora alguna en los índices de inmunización o en otros servicios preventivos. De los dos estudios principales que informaron de reducción del abuso y negligencia como resultado principal, se encontró un índice menor en uno de ellos, pero no en ambos. Pese a no ser sistemáticos, algunos estudios han revelado menores hospitalizaciones de los niños como resultado de lesiones e ingestiones y de cuidado de salud primario por enfermedades delicadas. Las pruebas cognitivas dieron resultados inconsistentes a través de los diferentes estudios. Las diferencias entre los niños de las familias visitadas y aquéllos que no participaron en estos servicios tienden a ser mínimas o no se mantienen a través del tiempo.

2. *¿Difieren los resultados del programa de acuerdo a sus características?*

- Características de los participantes

El debate sobre servicios de cobertura universal versus servicios a una población meta continúa.[7] Sin embargo, a la fecha, la mayoría de los programas se dirige a la población en riesgo. A menudo, los programas se enfocan en adolescentes, madres primerizas socialmente vulnerables, niños en riesgo médico/del desarrollo o provenientes de familias cuyas características los colocan en riesgo de abuso o negligencia. La evidencia se acumulada señalando que las madres con menos recursos personales y sociales, incluyendo con bajos ingresos, obtienen mayores beneficios del servicio, al menos en las áreas evaluadas, que aquéllas que disponen de mayores recursos.[2]

- Intensidad del programa

A pesar del número de visitas sugeridas en los manuales del programa, en la práctica sólo se llevan a cabo aproximadamente la mitad de ellas. Aun cuando no se ha determinado un número óptimo de visitas, la evidencia señala que es mejor una mayor cantidad y se puede requerir un umbral mínimo para producir los efectos deseados. Además del déficit anterior, los programas dan cuenta de un índice de deserción superior al estimado.[8] Los índices fluctúan entre menos de la mitad de familias que continúan participando al año siguiente y a cerca de la totalidad de ellas que siguen involucradas a los dos años.[9] A menudo se desconoce la causa de la deserción. Sin embargo, existe actualmente evidencia preliminar respecto a qué mantiene a las familias involucradas y comprometidas en las visitas.

- Importancia de la Relación Familia-Profesional

La mayoría de los programas resalta la importancia de una relación positiva entre el proveedor del servicio y la familia puesto que los programas son voluntarios y las visitas dependen de la voluntad de la familia para investirle al programa.[10] En efecto, la evidencia señala que la calidad de la relación es un factor predictivo de los resultados del programa. Sin embargo, el criterio de las intervenciones para definir una relación satisfactoria no es homogéneo: algunos se basan en una construcción amical, en tanto que otros se centran en una relación de maestro-aprendiz, e incluso otros se refieren a una alianza terapéutica. Progresivamente, la evidencia sugiere que la amistad por sí sola no es suficiente para producir los resultados esperados. Si bien este tipo de relación puede brindar alivio temporal al aislamiento y la angustia, puede no ser suficiente para construir los recursos necesarios para el logro de resultados efectivos y duraderos para la familia, la madre y el niño.

- Programas Unidimensionales versus Multidimensionales

Algunos programas se basan en la enseñanza de desarrollo del niño y las estrategias de interacción padres-hijo, en tanto que otros se centran en la amistad y en brindar una presencia de apoyo, e incluso otros se enfocan en las actividades sugeridas por la familia. Algunos programas son multidimensionales y se orientan a la trayectoria de vida de la madre, la vida familiar, el cuidado del niño y la promoción del desarrollo integral.[11] Estos programas, que consideran tanto los propósitos de la intervención como los del beneficiario, intentan balancear el manejo de las tensiones del momento con la construcción de fortalezas en las múltiples áreas, necesarias para enfrentar los desafíos futuros. La evidencia emergente señala que el impacto de programas de visitas domiciliarias multidimensionales perdura mucho tiempo después del término de la intervención. Las familias establecen una trayectoria de vida distinta, con embarazos más espaciados en el tiempo, menos dependencia de la ayuda social y mejor estado de salud y mayor bienestar de los niños.[12] Se sabe poco sobre cómo estos programas logran impactos a largo plazo. Por ejemplo, no está claro si a los niños les va mejor debido al cuidado de más alta calidad, aumento de los recursos personales maternos, mejor funcionamiento familiar, mayores recursos económicos familiares, o por todos estos factores juntos.

Conclusiones

Una amplia gama de estudios ha confirmado un mejoramiento de los índices del estado de salud y del desarrollo de los niños y de ambientes más positivos en las familias que participaron en estos programas, lo que permite suponer que las visitas domiciliarias son una estrategia que puede ayudar en la vida de los niños en riesgo.

No obstante, no todos los servicios diseñados para fomentar la salud de las familias con bebés y niños pequeños arrojaron resultados comparables para todos los niños. Pese a que algunos programas han demostrado resultados duraderos y a largo plazo tanto en el niño, la madre como en la familia, otros programas con una cobertura extensa no han producido efectos detectables. Al interior de los programas existe evidencia que aquéllos en mayor riesgo obtienen mejores beneficios de las intervenciones que aquéllos menos vulnerables. Esta diferencia en los resultados no debiera sorprender, dado que los programas difieren considerablemente en sus perfiles de beneficiarios, los antecedentes de los proveedores, los modelos teóricos implícitos y explícitos, y en qué tan bien esos modelos han sido traducidos a procesos/contenidos de programa, e implementados posteriormente. Subsiste una necesidad de determinar cuáles

componentes de los programas de visita son esenciales y cuáles producen los mayores impactos a largo plazo. El costo anual de los servicios es similar, sin importar la formación profesional del proveedor.[13] Sin embargo, los programas que producen impactos en la trayectoria de vida tienen una relación costo-beneficio más alta que aquéllos que sólo producen efectos de corto plazo.

Implicaciones

Así como los programas cambian, sus resultados también lo hacen. Pese a que en las últimas décadas la dosis de entusiasmo en relación a las visitas domiciliarias ha bajado, en la medida en que los informes de algunos ensayos aleatorios no han logrado demostrar los efectos del programa, la evidencia de otras intervenciones orientadas a las familias en riesgo, aquellas de bajos ingresos, por ejemplo, ha provocado suficiente optimismo para impulsar el desarrollo de estos programas. Gomby et al han aclamado el grado de control al cual las visitas domiciliarias como estrategia de tipo “servicio humano” han sido sometidas, y han concluido que la reciente expansión de los programas de visitas domiciliarias debería aprovechar lo aprendido hasta ahora. Los investigadores recomiendan específicamente mejorar la calidad y la implementación de los servicios y proyectar un panorama modesto de los efectos del programa.[4]

Las intervenciones que han demostrado un rango amplio de efectos necesitan de recursos considerables y habrá una creciente presión para continuar usando los modelos de programas establecidos, a pesar de una reducción de los recursos necesarios para su ejecución. Se debería ser cauteloso en esta área. La evidencia preliminar de los estudios descriptivos en los programas y metanálisis de ensayos aleatorios (comparación de programas con características diferentes) sugiere que será importante adherir a modelos de programas establecidos hasta que haya evidencia suficiente que respalde las revisiones.[14] Pese a que la literatura científica proporciona algunas comparaciones de efectos en programas con una constelación de características diferentes, el campo de las visitas domiciliarias está aún en su etapa inicial en lo que respecta a determinar la importancia relativa de cualquier característica específica.

Referencias

1. Korfmacher J, O’Brien R, Hiatt S, Olds D. Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: A randomized trial. *American Journal of Public Health* 1999;89(12):1847-1851.
2. Olds D, Kitzman HJ. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):52-92.
3. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robeinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in*

Childhood. 2000;82(6):443-451.

4. Gomby DS, Culross PL, Behrmann RE. Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):5-25.

5. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman HJ, 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. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.

6. Olds DL, Henderson, CR, Cole, R., Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L., Sidora, K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.

7. Guterman, NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "Universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect* 1999;23(9):863-890.

8. McGuigan WM, Katzev, AR, Pratt CC. Multi-level determinants of retention in a home visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(4): 363-380.

9. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.

10. Kitzman HJ, Cole R, Yoos HL, Olds, DL. Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology* 1997;25(1):95-109.

11. Olds DL, Henderson C, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *Future of Children* 1999;9(1):44-65.

12. Kitzman HJ, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Luckey DW, 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-Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.

13. Barnet B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L. The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002;156(12):1216-1222.

14. Daro AK, Harding, KA. Healthy Families America: Using research to enhance practice. *Future of Children* 1999;9(1):152-176.