



La Sociedad para la Prevención del Abuso y Negligencia a los Niños (ISPCAN)

INFORME ESPECIAL

Issue N. 1 - 2006

Prevención del maltrato infantil mediante visitas domiciliarias

Cada vez en más naciones la estrategia de las visitas domiciliarias continúa siendo una de las principales maneras de prevenir el maltrato físico infantil. Es una estrategia sensata y directa, y la creciente evidencia científica señala a las visitas domiciliarias como una de las estrategias más prometedoras de prevención del maltrato.

Si bien es una estrategia que surgió hace poco tiempo en muchos contextos nacionales y locales, este tipo de servicios data desde la época de Florence Nightingale y el trabajo innovador que realizó en Gran Bretaña en la década de 1860. Fue una visitadora social quien encontró a la pequeña Mary Ellen en una casa de vecindad de la ciudad de Nueva York en 1874, hecho que llevó a la creación de la primera organización para la protección de la infancia, la Sociedad Neoyorquina para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños (NYSPCC, por sus siglas en inglés).

Hoy en día, la mayoría de los servicios de visitas domiciliarias diseñados con el objeto de prevenir el maltrato físico infantil reúnen varias características que las distinguen de otros servicios.

En primer lugar, como su nombre lo indica, los servicios se brindan principalmente en el domicilio en lugar de una institución, una clínica o un hospital. Dado que los niños no crecen en el consultorio de un profesional, tiene sentido brindar servicios, incluso asesoramiento sobre prácticas saludables de crianza, en el entorno real en el que los padres crían a sus hijos. Además, al movilizarse hasta el hogar de las familias, los trabajadores demuestran la importancia de establecer una relación "en su propio terreno" y pueden superar muchos de los típicos obstáculos a los que se enfrentan cuando se trata de familias donde los niños están en riesgo de maltrato físico, como las distancias geográficas, el transporte, las dificultades financieras o la falta de tiempo. Los visitadores suelen brindar pautas sobre prácticas de crianza e intentan conectar a los padres con otros servicios

comunitarios, ya sean de naturaleza sanitaria, material o psicológica. A menudo, las visitas domiciliarias son parte de programas y sistemas de atención más grandes, de modo que el visitador cumple una función de enlace entre las familias y los servicios de los que disponen.

Otra característica de las visitas domiciliarias es que normalmente se identifica a las familias dentro de sistemas de atención universales y por lo tanto no estigmatizantes. En general, se trata de sistemas de atención sanitaria en clínicas u hospitales donde las madres dan a luz. La mayoría de los modelos de visitas domiciliarias comienzan muy temprano, a veces en el mismo lugar del nacimiento o incluso antes del nacimiento, durante visitas prenatales a clínicas locales. Esto es fundamental desde el punto de vista de la prevención, dado que existen evidencias cada vez mayores de que en los primeros años de vida suele existir el mayor riesgo de las manifestaciones más tremendas de maltrato físico infantil. Al mismo tiempo, los primeros años son el período en el que se constituyen los elementos fundamentales para el posterior desarrollo psicosocial, como la maduración motriz y la definición del sistema neurológico, la formación de los principales vínculos emocionales, el aprendizaje de cómo habituarse a los estímulos del entorno, autocontrolar las emociones y comunicarse. Por lo tanto, los servicios brindados durante esta "ventana de oportunidades" tienen una gran posibilidad de prevenir los episodios de maltrato más dañinos y promover las interacciones padre/madre-hijo que fomentan que el desarrollo a largo plazo se aleje del maltrato y conduzca a una evolución y una crianza más saludables.

En tercer lugar, en contraste con la intervención tradicional de los servicios de protección a la infancia, que suele tener un matiz inquisitivo, autoritario e incluso adversarial, los programas de visitas domiciliarias brindan servicios a las familias de manera voluntaria y

(Continúa en página 2)

El presente informe se realizó a raíz del Debate Virtual de ISPCAN sobre visitas domiciliarias que tuvo lugar entre el 23 y 27 de mayo de 2005. Se escogió el tema de las visitas domiciliarias dado que constituyen una estrategia posible que ha dado buenos resultados cuando se la somete a una rigurosa evaluación. Por supuesto, las visitas domiciliarias no son la única manera de brindar apoyo a los padres primerizos, pero se encuentran dentro de una amplia gama de opciones que se están desarrollando para brindar apoyo a los recién nacidos y sus padres.

La rápida expansión de las visitas domiciliarias durante los últimos 20 años no se debió exclusivamente a los resultados positivos obtenidos por determinado modelo de servicio. En realidad, este movimiento fue alimentado por un cuerpo de investigación mucho más amplio que hace hincapié en los primeros tres años de vida como un período importantes de intervención para influir en la trayectoria de un niño y la naturaleza de la relación padre/madre-hijo. La base empírica para esta suposición surgió de la investigación del cerebro durante la primera infancia, que se tradujo en el informe

Starting Points de la Fundación Carnegie (1994) dirigido al público estadounidense. Por otra parte, estudios longitudinales realizados en Estados Unidos sobre la intervención temprana implementada durante la década de 1960 encontraron marcadas mejoras en los resultados a nivel educativo y beneficios adultos entre los niños expuestos a programas de intervención temprana de alta calidad.

En conjunto, estas y otras fuentes de recursos reafirman lo que quienes abogan por la prevención del maltrato infantil han sostenido durante años: que los padres comiencen una buena relación con sus hijos es importante tanto para el futuro desarrollo del niño como para la relación padre/madre-hijo. Las críticas a las visitas domiciliarias no contradicen estos resultados empíricos iniciales; el aprendizaje comienza en el momento del nacimiento y los primeros tres años de la vida de un niño tienen una enorme influencia en su desarrollo y en su percepción del mundo.

**Deborah Daro, Ph.D., Universidad de Chicago
Consejera Ejecutiva de ISPCAN, Comité de PII**

proactiva. Los visitantes se concentran en apoyar y fortalecer a la familia y la relación padre/madre-hijo, más que en identificar y tratar los déficits familiares o tomar la decisión de retirar al menor a otro entorno. Por ejemplo, los servicios de visitas domiciliarias se concentran en educar a los padres acerca de los riesgos sanitarios comunes y los momentos cruciales del desarrollo normal para asistirlos en la determinación de expectativas realistas para sus hijos, o apoyarlos en la profundización y mejora de la calidad de la relación padre/madre-hijo.

No resulta desatinado realizar visitas domiciliarias con el fin de prevenir el maltrato infantil antes de que ocurra; ¿por qué esperar a que un niño salga lastimado si podemos intervenir antes para prevenir el daño al niño como también la necesidad de recurrir a un sistema de respuesta estigmatizante, coercitivo y más costoso? Los estudios que analizan la efectividad de las visitas domiciliarias concluyen que hay una creciente sofisticación y se refieren directamente a los beneficios del servicio de visitas domiciliarias. Si bien es difícil hacer un breve resumen, la creciente evidencia que existe nos permite identificar al menos estas tendencias generales:

1. Si se llevan a cabo de la manera adecuada en el contexto adecuado, los programas de visitas domiciliarias pueden prevenir un gran número de episodios de maltrato físico infantil antes de que ocurran. Se realizaron cinco meta-análisis de manera independiente para estudiar el rango completo de resultados de estudios sobre las visitas domiciliarias, y en todos los casos se observó un impacto positivo en el maltrato físico y estrechamente relacionado con factores familiares. Además de los meta-análisis, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. llegaron a la conclusión de que hasta el 60% de los casos de maltrato físico infantil pueden prevenirse con los servicios de visitas domiciliarias (cf. Bilukha et al., 2005; Guterma, 1999; Kendrick et al., 2000; MacLeod & Nelson, 2000; Sweet & Appelbaum, 2004).

2. En general, este tipo de abordaje muestra índices superiores de interés y participación en los servicios de familias en riesgo de maltrato físico infantil en comparación con los servicios de prevención que se brindan en instituciones, centros, clínicas u hospitales (Guterma, 2001).

3. Por supuesto, las visitas domiciliarias no deben considerarse de manera aislada o como una panacea. No todos los programas de visitas domiciliarias aportan los mismos beneficios en diferentes contextos y, por cierto, cabe señalar que algunos abordajes de este tipo no han podido demostrar beneficios de prevención. Una pregunta particularmente importante sobre el campo de las visitas domiciliarias es cómo manejar

la realidad de que muchas familias de alto riesgo no se involucran en tales programas o los abandonan antes de recibir la "dosis" requerida de servicios, y de ese modo diluyen el beneficio potencial para su familia y la comunidad (Daro, et al., 2003). Esto no quiere decir que los servicios de visitas domiciliarias sólo captan a quienes tienen un riesgo bajo de potencial maltrato y, de hecho, varios estudios han concluido que algunas familias con mayores riesgos específicos se involucran y participan en los servicios más que las que tienen riesgos menores (p. ej. Duggan, et al., 2000).

En términos generales, podría decirse que las visitas domiciliarias constituyen la opción más prometedora para entregar los "ingredientes" necesarios para prevenir el maltrato físico infantil antes de que ocurra. Sin embargo, todavía resta mucho por aprender acerca de qué "ingredientes" de prevención específicos funcionan mejor para reducir el riesgo de maltrato físico en diferentes contextos, como así también la manera de garantizar que se les proporcionen a las familias que más los necesitan.

Consideraciones sobre el desarrollo de los programas de visitas domiciliarias

Los profesionales y legisladores tienen que tomar en cuenta muchas cosas al considerar la creación de servicios de visitas domiciliarias, entre otras, temas fundamentales como cuáles deben ser los objetivos de las visitas, quiénes deben recibirlas y qué servicios deben brindarse. En algunos contextos, los objetivos de los servicios de visitas domiciliarias que apuntan a la prevención del maltrato se superponen con los de los servicios de protección a la infancia, como también con otros objetivos afines sanitarios y evolutivos, como asegurar un nacimiento saludable o preparar a los niños para comenzar la escuela.

Se ha observado que combinar objetivos de prevención del maltrato con otros objetivos sanitarios y sociales reduce el estigma potencial que suele acompañar a tales servicios, lo que lleva a que las familias y la comunidad estén más abiertas a recibir y apoyar estos servicios. En algunos contextos, quienes realizan visitas domiciliarias para prevenir el maltrato tienen el doble objetivo de difundir los servicios de apoyo a las familias de todo tipo de riesgo antes de que ocurra el maltrato y detectar tempranamente los casos específicos de maltrato.

Desde el punto de vista de la eficiencia, combinar los objetivos de prevención con los de protección a la infancia es acertado, dado que los mismos trabajadores persiguen ambos objetivos y, de hecho, a menudo los visitantes descubren casos de maltrato que de otro modo se revelarían más adelante, tal vez al pedir a las autoridades de los servicios de protección a la infancia que intervengan para prevenir episodios de maltrato más graves.

No obstante, cabe mencionar que en el campo de las visitas domiciliarias la evidencia prácticamente no constituye una pauta para recomendar que la función del visitador sea tanto la detección como la prevención del maltrato. Algunas personas advirtieron que los objetivos de prevención y los de protección deben concebirse por separado para garantizar que la presión autorizada, el estigma y las necesidades urgentes que acompañan el trabajo de protección a la infancia no interfieran con la necesidad de involucrar a las familias de manera voluntaria y compasiva antes de que ocurra el maltrato.

La idea de que los servicios de visitas domiciliarias, dado que pueden prevenir el maltrato antes del hecho, también pueden impedir un futuro maltrato físico infantil cuando ya han ocurrido episodios previos resulta cuestionable, ya que no está sustentada por el cuerpo de investigación existente (p. ej. Macmillan, et al., 2005; Huxley & Warner, 1993).

Una segunda consideración clave en el desarrollo de servicios de visitas domiciliarias incumbe a la pregunta relacionada acerca de a quiénes estarán dirigidos y a quiénes se los brindará. Dado que muchos programas de este tipo tienen objetivos múltiples más allá de la mera prevención del maltrato infantil, en líneas generales se prestan servicios a las familias. Algunos brindan servicios a todas las familias en las que hay un recién nacido, sin tener en cuenta si existe riesgo de maltrato. Otros prestan servicios a todas las familias que pertenecen a determinadas comunidades con carencias. Incluso otros evalúan a las familias, una por una, para analizar el riesgo específico. Si la evaluación es positiva, se ofrecen servicios de visitas domiciliarias sólo a esas familias.

La pregunta de a quiénes se brindarán los servicios es complicada y está relacionada con los objetivos del visitador. Sin embargo, podemos decir que la evidencia que existe sobre los programas que evalúan a familias basándose en factores de riesgo específico no es favorable, y de hecho parece que a los programas que ofrecen servicios en zonas de captación les va mejor en su capacidad de demostrar los efectos del programa (Guterma, 1999).

Resulta igual de evidente que, más allá de los medios por los que se identifica a las familias para recibir servicios, las estrategias de intervención específicas deben ajustarse a las necesidades de las familias, por lo tanto, la pregunta de a quiénes se brindarán los servicios también es interdependiente de la pregunta acerca de qué servicios se brindarán. Por ejemplo, si se identifica a las familias que se enfrentan a problemas de abuso de sustancias para que reciban servicios de visitas domiciliarias, los programas deben configurar estrategias de intervención que traten específicamente cuestiones de abuso de sustancias en el

contexto de la crianza de niños. De la misma manera, si se identifica a las familias socialmente aisladas para recibir los servicios, se debe ofrecer estrategias específicas para ayudar a que las familias terminen con su aislamiento y mejoren sus apoyos sociales, de modo que los criterios para entrar en el programa se ajustan a las estrategias del programa orientadas a riesgos específicos.

Otra consideración relacionada es a quiénes nombrar visitadores sociales, como así también los patrones para escoger al personal en general. Existen diversos abordajes al respecto; algunos programas designan principal o exclusivamente a enfermeros como visitadores sociales, mientras que otros prefieren a trabajadores sociales, paraprofesionales o una combinación de trabajadores sociales, enfermeros y paraprofesionales.

Si bien recientemente se han realizado esfuerzos en EE.UU. para discernir si una constitución de personal es mejor que la otra, la evidencia existente continúa dividida respecto de qué tipo de personal brinda los servicios más efectivos (Olds, et al., 1999; Olds, et al., 2002; Guterman Anisfeld & McCord, 2003; Bilukha, et al., 2005).

Debido a la capacitación recibida, quizás el personal de enfermería esté mejor entrenado para brindar información y servicios relacionados con los aspectos sanitarios del riesgo de maltrato, como enseñar a los padres acerca de los peligros del envenenamiento o la prevención de accidentes en el hogar. Por otra parte, tal vez a los paraprofesionales les resulte más sencillo superar las "barreras sociales" de clase y cultura en las familias involucradas. Asimismo, los programas que contratan a paraprofesionales, en particular a los que pertenecen a la misma comunidad que las familias que reciben servicios de visitas domiciliarias, pueden contribuir a la formación de la comunidad local al entrenar a los residentes para asistir a sus vecinos.

En realidad, las elecciones del personal suelen estar regidas por cuestiones de costos, por lo que no es sorprendente que muchos programas opten por trabajar con paraprofesionales con salarios bajos, que después de todo necesitan capacitación más intensiva. Resulta interesante que a los programas que han utilizado equipos multidisciplinarios en el contexto de las

visitas domiciliarias no les ha ido tan bien, al menos en el análisis de los resultados informados, por lo que las estrategias de contar con personal más diverso no sólo llevan al aumento de los costos, sino que generan complicaciones involuntarias al brindar los servicios de prevención.

Según el contexto, los programas de visitas domiciliarias varían considerablemente en cuanto a duración e intensidad de los servicios brindados. Pueden durar desde una única visita domiciliaria luego del nacimiento hasta visitas continuas y periódicas hasta que el niño comienza el jardín de infantes. Las cuestiones de costos también influyen en el nivel de duración e intensidad del servicio; algunos programas realizan varias visitas a las familias consideradas de bajo riesgo de maltrato infantil y se reservan servicios más intensivos para las que parecen tener un perfil de riesgo más alto.

No resulta sorprendente que la evidencia parece favorecer a los programas que brindan por lo menos un servicio moderadamente intensivo (visitas

domiciliarias semanales o cada dos semanas) y quizás moderadamente duradero (Bilukha, 2005; Guterman, 2001).

Es importante destacar que los programas de visitas domiciliarias que se esfuerzan para apoyar a las familias que crían niños brindándoles servicios adaptados a necesidades específicas en su propio hogar se pueden encontrar en diversos ámbitos de la comunidad. Por lo tanto, si bien las visitas domiciliarias se vislumbran como una de las estrategias más prometedoras para prevenir el maltrato físico antes de que ocurra, debemos luchar para proporcionar los "ingredientes" de prevención con exactitud a fin de beneficiar a las familias, como también asegurar que sean los que mejor se adaptan a los contextos locales en que se brindan los servicios.

Neil B. Guterman, Ph.D., EE.UU.

Profesor adjunto, Director del Programa de Doctorado
Universidad de Columbia, Facultad de Trabajo Social

Referencias:

- Bilukha, O., Hahn, R. A., et al. (2005). "The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review." *American Journal of Preventive Medicine* **28**(2S1): 11-39.
- Daro, D., McCurdy, K. et al. (2003). "Sustaining new parents in home visitation services: key participant and program factors." *Child Abuse & Neglect* **27**(10): 1101-1125.
- Duggan, A., Windham, A., et al. (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.
- Guterman, N. B. (1999). "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* **23**(9): 863-890.
- Guterman, N. B. (2001). *Stopping child maltreatment before it starts: Emerging horizons in early home visitation services*. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Guterman, N. B., Anisfeld, E., McCord, M. (2003). Home Visiting: Nurses Vs. Paraprofessionals: Response to Olds (Letter to the Editor), *Pediatrics*, **111**: 1491-1494.
- Huxley, P., Warner, R. (1993). Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases, *American Journal of Orthopsychiatry*, **63**(4), 582-588.
- Kendrick, D., Elkan, R., et al. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis, *Archives of Diseases of Childhood*, **82**, 443-451.
- MacLeod, J., Nelson, G. (2000). "Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review." *Child Abuse & Neglect*, **24** (9): 1127-1149.
- MacMillan, H. L., Thomas, B.H., et al. (2005). Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial, *Lancet*, **365** (9473): 1786-93.
- Olds, D. L., Robinson, J., et al. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial, *Pediatrics*, **111** (3): 486-496
- Olds, D., Henderson, C., et al. (1999). "Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings." *Future of Children* **9**(1): 44-65.
- Sweet, M. A., Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting for families with young children, *Child Development*, **75**(5), 1435-1456.

Visitas domiciliarias: Aspectos de la práctica en el Reino Unido

Hace más de 60 años que los servicios infantiles universales del Reino Unido incluyen estrategias basadas en las visitas domiciliarias. Los objetivos originales del servicio de visitas sanitarias eran mejorar la salud de los niños de la nación. La evacuación de los niños en tiempos de guerra había revelado

importantes desigualdades sanitarias entre los niños y constituyó un gran impulso hacia la atención sanitaria universal (Holman 1995; Parker 1995).

En el Reino Unido, las visitas sanitarias continúan siendo fundamentales para el bienestar de los niños, y su evolución ha promovido como así también limitado el

desarrollo de las visitas domiciliarias según el modelo estadounidense. Los visitadores sanitarios y las parteras de la comunidad tienen como rutina visitar a las mujeres durante el embarazo, y lo siguen haciendo después del nacimiento del niño.

Los visitadores sanitarios son enfermeros con capacitación

(Continúa en página 4)

adicional en salud pública, especialmente en lo que hace a familias con hijos, y controlan y asesoran sobre el bienestar de los niños hasta que éstos alcanzan la edad escolar. Estos servicios se brindan mediante sistemas de atención con o sin citas en clínicas, como también visitas domiciliarias. Muchas madres escogen asistir a las clínicas debido, en parte, a la amplia gama de servicios que se brindan allí.

Si bien siempre se realizan visitas domiciliarias cuando hay un recién nacido, a medida que los niños crecen, las visitas tienden a centrarse en las familias más necesitadas, ya sea por la salud del niño o por razones de crianza. Hoy en día, muchos visitadores también ofrecen, o respaldan mediante capacitación y supervisión, programas grupales sobre crianza y cuidados infantiles. Algunos visitadores sanitarios adaptan estos programas para usarlos con familias en las que hay un patrón de visitas periódicas aunque no es común que se aplique el concepto de capacitación individual domiciliaria sobre temas de crianza. Es mucho más probable que los visitadores sanitarios o colegas que asisten a las familias realicen tareas de divulgación en las visitas domiciliarias a fin de generar la confianza de los padres para que asistan a los grupos de apoyo para padres.

Los visitadores sanitarios tienen determinadas responsabilidades cuando un caso los preocupa, antes o después de cruzar el umbral de la protección a la infancia. Siempre forman parte del grupo principal de profesionales involucrados en cualquier caso en el que se haya identificado maltrato y exista un plan multiorganizacional (la comprobación es un paralelismo aproximado) y en algunos casos pueden asumir la responsabilidad principal. Los visitadores sanitarios siempre son el punto de referencia primordial en casos de familias con hijos menores de cinco años y, a su vez, proporcionan vínculos con una serie de otros servicios de visitas domiciliarias.

Además de las visitas sanitarias, otros servicios para el niño y la familia utilizan este abordaje para llevar a cabo el control y el asesoramiento de rutina, y para asistir a las familias con necesidades específicas. Muchas escuelas primarias (entre los 5 y 11 años) tienen programas de divulgación que incluyen visitas a familias que ayudan a preparar al niño antes de comenzar el jardín de infantes o la escuela. Muchas localidades también ofrecen, ya sea de manera directa o financiando ONG y grupos comunitarios, una amplia gama de servicios que se brindan siguiendo el modelo de visitas domiciliarias.

En general, estos servicios implican pasar tiempo con las familias realizando tareas planeadas, a menudo incluidas en un programa, o tareas de asesoramiento. El primero de estos abordajes incluye: alfabetización temprana, desarrollo del habla y el lenguaje, aprendizaje familiar y juegos,

con servicios de ludoteca. En este caso, un visitador habitual trabaja con padres e hijos para promover el desarrollo del niño mediante la actividad en cuestión. Por ejemplo, las ludotecas suelen contar con una cuidadora de guardería o maestra de preescolar que enseña a padres e hijos cuáles son los juguetes apropiados según el desarrollo y el mes de edad, y de ese modo aseguran que los padres puedan acompañar el aprendizaje temprano de sus hijos mediante el juego.

A gran parte del personal que trabaja en estos servicios se los llama “trabajadores de apoyo”. Las políticas locales han alentado el reclutamiento y la capacitación de personas de la comunidad en todos estos servicios, de modo que reflejen diversos grupos que conforman la población a fin de que la comunicación pueda llevarse a cabo en la lengua materna de los padres. El personal de apoyo es decisivo para derivar a las familias a otros servicios de apoyo domiciliario en caso de ser necesario. Los diferentes componentes de los servicios infantiles brindan apoyo para necesidades particulares, como niños con discapacidades o problemas de salud y padres con problemas de salud mental o física y problemas psicosociales como el abuso de sustancias.

En cuanto a las ONG, se ha creado un número de organizaciones para brindar apoyo a padres ya sea como enfoque principal o junto con otros componentes del apoyo familiar, mientras que todos los proveedores tradicionales de atención infantil domiciliaria se han pasado a esta área de trabajo. Si bien algunas de estas organizaciones incluyen en sus programas las visitas domiciliarias, el trabajo de *Homestart* se centra en ellas (Harrison 1981). Creado en 1973, este esquema recluta a padres voluntarios para visitar y apoyar a las familias que solicitan ayuda. Su objetivo es establecer una relación cordial para asistir a los padres con ayuda práctica. En la actualidad, *Homestart* presta servicios en más de 300 comunidades del Reino Unido y a familias de militares que cumplen servicios en el extranjero. Trabaja junto con todos los servicios infantiles del Reino Unido, entre ellos *Sure Start*, como fuente de apoyo familiar.

En los últimos años, se ha analizado el potencial de las visitas domiciliarias como servicio específico, según se las define en Estados Unidos, y se ha implementado en algunas áreas. Por lo tanto, el concepto de visitas domiciliarias en el Reino Unido constituye un servicio específico en el que se aplica el abordaje estadounidense dentro del contexto diferente de bienestar, como también una técnica en la que una serie de servicios consideran las visitas domiciliarias como el modelo para brindar servicios en determinadas circunstancias.

Dada la prestación universal de visitas

sanitarias y otros servicios familiares, introducir un modelo de visitas domiciliarias requiere el compromiso, la coordinación y la capacitación del personal actual de visitas domiciliarias en lo que hace a un programa y espíritu en común, o que se superponga a un programa de trabajo existente. La combinación de una ecología diferente de bienestar y la implementación localizada significa que las iniciativas de visitas domiciliarias en el Reino Unido han tenido resultados y consecuencias diferentes, como se ilustra en los siguientes ejemplos.

En Glasgow, Escocia, el proyecto *Starting Well*, que se llevó a cabo entre 2000 y 2004, estuvo basado en el abordaje de *Olds*, que buscaba combinar visitas domiciliarias intensivas con ayudas comunitarias. Se adaptó del modelo de *Olds* precisamente debido a los servicios de visitas sanitarias existentes y también para concentrarse en las comunidades necesitadas y no en los individuos. El proyecto en sí tuvo distintos resultados. Hasta cierto punto, esto se atribuyó a la dificultad de integrar este tipo de servicio al patrón preexistente de prácticas domiciliarias y de proponer cambios en los profesionales de larga data. No obstante, los evaluadores también admitieron la dificultad de llevar a cabo una evaluación precisa de los resultados para los niños dentro de un período de tiempo comparativamente corto (Mackenzie, et al. 2004).

En 1988, el gobierno del Reino Unido presentó la iniciativa **Sure Start** mediante la cual más de 500 localidades pudieron desarrollar programas de trabajo diseñados para “promover el desarrollo físico, intelectual, social y emocional de los niños, en particular los necesitados, para garantizar que estén listos para progresar cuando comiencen la escolaridad” (Glass 1999). Los principios clave de la iniciativa demuestran las maneras en que el gobierno ha prestado atención a algunos de los mensajes de la investigación estadounidense sobre visitas domiciliarias. Las tareas de los servicios comprendían:

- coordinar, actualizar y agregar valor a los servicios existentes en el área,
- consolidar los puntos fuertes actuales de su trabajo con padres y abuelos,
- brindar servicios universales dentro del área,
- establecer vínculos con servicios para niños mayores,
- adaptarse y adecuarse a la cultura, y
- promover la participación en el diseño e implementación del programa del área local.

Evaluaciones de *Sure Start* a nivel local y nacional promueven y comparten buenas prácticas, pero cada programa local tiene elementos únicos en cuanto a la selección de sus servicios y los medios para brindarlos. En general, el personal del programa está conformado por profesionales del área que comienzan a trabajar en el programa, o

trabajan de manera conjunta con el programa y el nuevo personal, y que a menudo son reclutados dentro de la misma comunidad. En varios programas ha surgido un patrón, para algunas personas, de pasar de ser un usuario del servicio a ser un voluntario y finalmente un miembro del personal remunerado. Esto está estrechamente relacionado con las aspiraciones de crear una fuerza de trabajo de servicios infantiles en el Reino Unido, donde las destrezas adquiridas durante la crianza de los hijos puedan aprovecharse y desarrollarse mediante capacitación y práctica para luego ser utilizadas para el beneficio de la comunidad. Asimismo, brinda beneficios ecológicos a los niños y sus familias al desarrollar capital social dentro de comunidades necesitadas.

Una de las principales áreas de actividad de *Sure Start* ha sido brindar apoyo a familias donde las preocupaciones no alcanzan el umbral de las intervenciones del servicio social oficial. Un típico ejemplo del abordaje utilizado comprende visitas domiciliarias sistemáticas y planeadas llevadas a cabo por una serie de profesionales durante el primer año de vida del niño. Se basa en visitas familiares discretas y de rutina, y agrega valor al desarrollar un programa coherente de contactos con vínculos habituales del programa *Sure Start* local, por ejemplo, en el siguiente esquema:

- Antes del nacimiento: conversación con la partera sobre *Sure Start* local
- Al momento del nacimiento: divulgación de información sobre *Sure Start* local entre las madres del área específica que acaban de dar a luz y están en el hospital
- A las 6 semanas: visita domiciliaria de dos miembros del personal de *Sure Start* con flores, una tarjeta de felicitación y material para la crianza (*Parenting Pack*). Se brinda información sobre los servicios del programa. Se identifican los primeros problemas y se ofrece ayuda si corresponde.
- A las 12 semanas: visita para conversar sobre el destete y ofrecer ayuda práctica. Se comentan los primeros juegos y se presenta la ludoteca. Se entrega un babero, un tazón y una cuchara para el bebé con el logo de *Sure Start*. Se habla sobre los planes de volver a trabajar para detectar posibles servicios de guardería.
- A las 20 semanas: visita para abordar el tema de seguridad en el hogar. Se brinda información sobre un plan de préstamo para adquirir barreras de seguridad o pantallas para chimeneas. Se entregan materiales para la seguridad en el hogar. Se explica el abordaje al juego con la “canasta de tesoros” y se proporciona una canasta con un folleto sobre los contenidos apropiados.
- A las 28 semanas: visita del visitador sanitario para hacer hincapié en el cuidado dental y su relación con la dieta. Se entrega un equipo dental para el bebé con cepillo de dientes y vaso para bebés.
- A las 36/40 semanas: visita del terapeuta del habla y el lenguaje. Se evalúa al bebé para detectar la necesidad de intervención temprana. Se entrega un libro de rimas con acciones y un mantel
- A los 12 meses: visita de personal de *Sure Start* para promover el uso de los servicios. entrega una camiseta y una tarjeta de cumpleaños.

Para algunas familias que viven en el área cubierta por el programa, éste será el único contacto que tendrán con los servicios. Para otras, una visita llevará a un período de participación en el proyecto a corto o largo plazo. El programa de visitas descrito brinda a un número de familias actividades de apoyo que van desde capacitación y asesoramiento a los padres hasta capacitación para oportunidades de empleo (Hollows, et al. 2005).

Sin embargo, aún existe cierta tensión entre desarrollar un programa universal y amplio que fomente el acceso a todos y que opere como una rama de los servicios de maltrato infantil. En un comienzo, los programas *Sure Start* no llevaban registros detallados dado que eso correspondía al área de las agencias formales. De hecho, la mayoría de los programas conservan datos sobre las

familias en las que se realizaron tareas de trabajo social (es decir, protección a la infancia) pero en general no se registran aspectos de las primeras inquietudes. Esta tensión entre la universalidad y apertura y la práctica profesional apropiada aún no logra resolverse (Hollows, et al. 2006 (en preparación)).

Algunos programas *Sure Start* han desarrollado actividades de visitas domiciliarias con especialistas destinadas a tratar determinados resultados del desarrollo del niño. Los programas *Sure Start* se han concentrado en las comunidades con altos niveles de necesidad, y una de las prioridades ha sido lograr mejoras en el habla y el lenguaje de los niños. En un proyecto, una estrategia intencionada implicó el reclutamiento de trabajadores de apoyo en el área del habla y el lenguaje para examinar el lenguaje precisamente porque brindaban “visitas domiciliarias universales para minimizar el estigma y ... contactar a la mayoría de las familias” (Pickstone 2005:155). Éste era un área en la que, pese al alto nivel de retraso del lenguaje entre los niños, el nivel anterior de derivaciones a los servicios del habla y el lenguaje era sólo el 10% del nivel esperado. Más adelante, el programa introdujo un programa de lectura dialógica.

Si bien el objetivo primordial era mejorar el alfabetismo, al estar basado en un programa en el que se miden resultados más amplios, los criterios para medir el éxito reconocieron la naturaleza holística de la intervención; por ejemplo, se informó que padres e hijos disfrutaban de las actividades compartidas (Morgan 2005).

Por lo tanto, los programas *Sure Start* han demostrado cómo crear una base multiprofesional para brindar servicios domiciliarios. La capacitación conjunta ha significado una ventaja considerable para crear una fuerza de trabajo integrada, particularmente entre quienes no han jurado lealtad a una profesión en particular. Es importante mencionar que existen pocos protocolos formales para este tipo de trabajo y mucho depende del conocimiento y la creatividad de los trabajadores, junto con la calidad de las relaciones interprofesionales.

La alta prioridad que se le ha dado al desarrollo del personal llevó a que otras personas que trabajan en la comunidad más amplia tengan acceso a la capacitación, y esto ha tenido un notable efecto de beneficios indirectos por el cual los mensajes de *Sure Start* se difundieron a otros grupos de profesionales. Estos programas están siendo evaluados intensivamente a nivel local y nacional, y uno de los principales mensajes al día de hoy es que quienes más utilizan estos servicios son los que tienen el mayor capital humano (NESS, 2005).

Otro hallazgo fue que los proyectos dirigidos por el área de salud obtuvieron los mejores resultados, tal vez porque tienen experiencia en brindar servicios sociales, pero también porque su experiencia y capacidad para compartir datos e integrar servicios puede ser mayor. Por supuesto, estos hallazgos se relacionan con el contexto del Reino Unido pero indican la importancia de desarrollar servicios que se construyen sobre las culturas existentes y las mejoran.

Asimismo, existen preocupaciones de que los resultados en los niños no se podrán observar hasta dentro de unos años. A medida que los programas *Sure Start* comiencen a fusionarse con los servicios ya establecidos, será interesante ver el efecto a largo plazo en los valores y prácticas de las fuerzas de trabajo. Se puede obtener más información sobre *Sure Start* en <http://www.surestart.gov.uk> y sobre la evaluación nacional de *Sure Start* en <http://www.ness.bbk.ac.uk/>.

Un programa recientemente desarrollado en el Reino Unido es CARE (Browne et al. 2006; en imprenta), un programa de visitas domiciliarias que tiene por objetivo evaluar el crecimiento, el desarrollo y las transiciones psicosociales de los infantes en sus tres primeros años de vida. Ofrece un Índice de Necesidades, una lista que los profesionales pueden utilizar junto con los padres durante el proceso de evaluación de riesgo. El programa utiliza un abordaje de asociación con los padres y establece objetivos y metas realistas, teniendo en cuenta las cuestiones prácticas del volumen de trabajo que enfrentan los profesionales. El programa ha sido objeto de una detallada evaluación (ver referencia anterior), que será publicada más adelante este año.

Una de las características que tienen en común gran parte de los trabajos descritos en este informe es la creación de "paraprofesionales" que, al menos en las primeras etapas, funcionan como "madres mentoras" (Guterman 2001). Como se mencionó anteriormente, no sólo se aprovechan a los expertos de la comunidad sino también se genera capital social dentro de las comunidades. Este abordaje respecto del desarrollo de fuerzas de trabajo es una estrategia clave dentro del pensamiento gubernamental actual del Reino Unido en relación con los resultados en los niños (ver <http://www.everychildmatters.gov.uk/deliveringservices/workforcereform/>) e incluye elementos comunes de capacitación para todos los que trabajan con niños además de introducir un abordaje a la evaluación conjunta de necesidades en etapas de intervención temprana con los niños y sus familias. Al mismo tiempo, plantea interrogantes acerca de la relación entre las evaluaciones profesionales de la crianza y los valores de la comunidad sobre la crianza si se transmiten mensajes coherentes a los padres.

En conclusión, la experiencia dentro del Reino Unido sugiere que si bien podemos aprender en gran medida de los modelos de visitas domiciliarias, el desarrollo de nuestros

propios programas debe estar basado en culturas e historias profesionales locales, sea la intención consolidar esas culturas o transformarlas. Sin embargo, es evidente que los programas de visitas domiciliarias pueden adaptarse para brindar una serie de servicios domiciliarios para los niños y sus familias en los casos que resulta más apropiado que hacerlo en un centro de atención. Cuánto cambiarán estos servicios los resultados en los niños, y en particular los resultados relacionados con el maltrato, aún no se puede prever dado que la evaluación y el análisis de los servicios continuarán en los próximos años.

Dra. Anne Hollows

**Centre for Health & Social Care Research,
Universidad Sheffield Hallam**

Referencias:

- Browne, K., Hamilton-Giachritsis, C., Hegarty, J. and Douglas, J. 2006 *A Community Health Approach to the Assessment of Infants and Their Parents: The C.A.R.E Programme*, Chichester: Wiley.
- Glass, N. 1999 'Sure Start: the development of an early intervention programme for young children in the United Kingdom', *Children and Society* 13(4): 257-264.
- Guterman, N. B. 2001 *Stopping Child Maltreatment Before it Starts: Emerging Horizons in Early Home Visitation Services*, Thousand Oaks: Sage.

- Harrison, M. 1981 'Home-Start: A voluntary home-visiting scheme for young families', *Child Abuse and Neglect*, 5(4): 441-447.
- Hollows, A., Garrick, R. and Dunn, K. 2005 'Interim Evaluation of Thornhill Sure Start', Sheffield: Sheffield Hallam University.
- Hollows, A., Garrick, R. and Morgan, A. 2006 (forthcoming) 'Finding a Focus in Family Support: Thornhill Sure Start', Sheffield: Sheffield Hallam University.
- Holman, R. 1995 *The Evacuation: A Very British Revolution*, London: Lion Publishing.
- Mackenzie, M., Shute, J., Berzins, K. and Judge, K. 2004 'The independent evaluation of 'Starting Well': final report', Edinburgh: The Scottish Executive.
- Morgan, A. 2005 'A dialogic reading intervention programme for parents and preschoolers', in J. Weinberger, C. Pickstone and P. Hannon (eds) *Learning from Sure Start*, Maidenhead: Open University Press.
- NESS (National Evaluation of Sure Start), 2005 'Early Impacts of Sure Start Local Programmes on Children and Families', London: Department for Education and Skills.
- Parker, R. 1995 'A brief history of child protection', in E. Farmer and M. Owen (eds) *Child protection practice: Private Risks and Public Remedies*, London: HMSO.
- Pickstone, C. 2005 'Screening and language development', in J. Weinberger, C. Pickstone and P. Hannon (eds) *Learning from Sure Start*, Maidenhead: Open University Press.

Vincular el hogar y la comunidad con los servicios de protección a la infancia: Un modelo de asociación profesional/paraprofesional

Aplicar modelos de visitas domiciliarias para proteger a los niños y sus familias que se encuentran en situaciones difíciles en países en desarrollo, donde recién hoy se están creando sistemas de servicios sociales comunitarios, presenta muchos desafíos. El marco para establecer políticas basado en la Convención sobre los Derechos del Niño pauta normas de protección y prevención del maltrato infantil, especialmente de los más vulnerables. Implementar estos modelos de práctica domiciliaria requiere estructuras de programa innovadoras y abordajes que satisfagan las necesidades de recursos humanos. En Rumania, la presión para desinstitucionalizar a los niños que se encuentran en centros de atención estimuló la exploración de maneras innovadoras de brindar servicios en los hogares y las comunidades, en particular para los niños y las familias que viven en pequeñas comunidades rurales aisladas. La falta de un equipo de personal capacitado en las profesiones relacionadas con los servicios sociales que están surgiendo, en especial trabajo social, junto con los servicios de transporte y comunicación limitados o inexistentes, fueron barreras fundamentales a la prestación de servicios domiciliarios de protección del niño y la familia. La implementación exitosa de estos nuevos

modelos de servicio que dependen de las visitas domiciliarias también requiere un sistema de servicios de control y que esos niños y sus familias reciban atención en el sistema.

El hecho de considerar las visitas domiciliarias como una "estrategia para brindar servicios a fin de crear cambios" (Whipple, et. al., 2005, p. 71) en lugar de un método de intervención respalda el desarrollo de modelos que amplíen los resultados del programa donde se llevan a cabo importantes reformas (Gray, et. al., 2001). Determinar quién está más calificado para brindar un servicio, si el profesional o el paraprofesional (Guterman, 1999), constituye una parte fundamental del proceso de planeamiento cuando los recursos humanos, financieros y técnicos (es decir, transporte y comunicación) necesarios son limitados o inexistentes. En Rumania, el desarrollo de una red de trabajadores sociales comunitarios surgió como una estrategia práctica para alcanzar el objetivo del gobierno de revertir la tendencia de institucionalizar a los niños que necesitan protección. Las nuevas políticas sociales obligaron a los gobiernos locales a reunir a los niños con sus familias biológicas e implementar un sistema de atención basado en la familia (cuidados sustitutos, hogares colectivos y adopción nacional), como también

evitar la separación de los niños de sus familias mediante una serie de programas de apoyo familiar y educación familiar. Esto constituyó un nuevo discurso y nuevos abordajes para un gobierno con cada vez menos recursos y con niveles cada vez mayores de privaciones económicas y sociales.

El plan del gobierno nacional era crear una red de trabajadores sociales comunitarios en cada país que vinculara a trabajadores sociales con capacitación profesional con paraprofesionales de pequeñas comunidades y pueblos donde el acceso a los servicios profesionales de protección a la infancia era limitado. Los trabajadores sociales comunitarios, reclutados de los pueblos y poblados locales a través de las alcaldías locales, fueron evaluados y entrevistados de manera conjunta por representantes de los poblados y representantes de los servicios de protección a la infancia del condado. Los trabajadores sociales comunitarios fueron contratados por la alcaldía local, que estaba a cargo de pagar sus salarios y brindarles apoyo administrativo. Por su parte, los trabajadores sociales comunitarios brindaban servicios de atención domiciliaria de casos bajo la supervisión directa de trabajadores sociales capacitados. El objetivo era que hubiera un trabajador social comunitario en cada poblado

o conjunto de poblados (comuna), que trabajaría con una red de trabajadores comunitarios que se apoyarían entre sí mediante una serie de programas de capacitación continua y reuniones de supervisión. El coordinador del servicio comunitario, un trabajador social con capacitación profesional, puede supervisar hasta diez (10) trabajadores sociales comunitarios.

A. Modelo de visita domiciliaria

En este modelo, el trabajador social comunitario es el representante local del gobierno del poblado que propugna el acceso a modelos de programas domiciliarios de prevención y protección. Las visitas domiciliarias son el método utilizado por el trabajador social comunitario para ayudar a que las familias puedan acceder a los servicios. El modelo utiliza un *abordaje educativo basado en las fortalezas* para asistir a las familias con la reducción del estrés, la pérdida de trabajo, cuestiones hogareñas, la resolución de problemas básicos, el manejo del hogar y el cuidado de los niños, y presta ayuda en problemas específicos como alcoholismo, violencia familiar y problemas económicos.

Meta: Reducir la dependencia de la atención institucional y ampliar el compromiso civil para apoyar y cuidar a los niños en riesgo de maltrato en sus comunidades

Objetivos:

- Reinserción de los niños que viven en instituciones u hogares sustitutos en sus familias,
- Prevención del maltrato y ubicación de los niños en atención fuera del hogar,
- Reclutamiento de padres sustitutos mediante un modelo de cuidados sustitutos en el vecindario/la comunidad,
- Mayor permanencia de los niños mediante servicios de adopción local, acogimiento familiar a largo plazo y reunión familiar, y
- Seguimiento de los niños reunidos con sus familias y los niños ubicados en hogares sustitutos o adoptivos dentro de la comunidad rural.

B. Estrategias de intervención domiciliaria:

Este modelo está basado en una asociación comunitaria profesional-paraprofesional que brinda servicios de manejo de casos en áreas remotas y desatendidas. El proceso es el siguiente: el trabajador social comunitario recibe un archivo sobre un niño de su comunidad en la alcaldía. El trabajador social ubica y visita a la familia para realizar una evaluación usando un protocolo desarrollado por las autoridades del servicio de protección a la infancia. Una vez redactado el informe de evaluación, se envía a la comisión de protección a la infancia a través del coordinador del servicio comunitario o directamente de la alcaldía. Otras derivaciones para brindar servicios a niños y familias en

situaciones de riesgo se reciben directamente en la alcaldía. Por ejemplo, la solicitud puede ser para recibir ayuda financiera, alimentos, medicamentos o útiles escolares. Las intervenciones del trabajador comunitario vinculan a la familia con otros servicios, como servicios sanitarios, laborales, de cuidados del niño y educativos, cuando es necesario.

El *coordinador del servicio comunitario* tiene la responsabilidad de coordinar y supervisar las actividades de los trabajadores sociales comunitarios. El coordinador trabaja junto con el trabajador social comunitario para realizar evaluaciones de la comunidad a fin de identificar los recursos con que cuenta la comunidad y que son necesarios para mejorar los servicios domiciliarios. Las funciones del *trabajador social comunitario* incluyen una serie de servicios de visitas domiciliarias y comunitarias con el fin de involucrar a los padres en la resolución de problemas, motivarlos y brindarles información y apoyo. El trabajador social comunitario también trabaja con los maestros y los profesionales de la salud para identificar y evaluar el riesgo potencial de maltrato. Un programa de reinserción comunitaria amplía los servicios domiciliarios hasta incluir los esfuerzos para fortalecer la comunidad. El trabajador social comunitario y el coordinador:

Realizan una evaluación integral de las necesidades de la localidad asignada, incluyendo sus puntos fuertes y débiles,

Identifican a los ciudadanos y grupos civiles interesados en determinar y resolver los problemas locales de los niños y sus familias, e

Identifican las ONG locales y los recursos gubernamentales con potencial para desarrollar nuevos recursos comunitarios con el fin de aumentar los servicios domiciliarios.

C. Descripción general de la capacitación:

La implementación de servicios comunitarios domiciliarios requiere un proceso continuo de educación y capacitación para los coordinadores, paraprofesionales, alcaldes rurales y su personal. Si bien los *coordinadores del servicio comunitario* tienen capacitación profesional, adquieren competencia en cuestiones de supervisión, creación de equipos, evaluación comunitaria y trabajo comunitario con especial énfasis en educación para la familia y servicios preventivos de apoyo familiar. El *coordinador del servicio comunitario* facilita y coordina la capacitación de la red de trabajadores sociales comunitarios que supervisa. Esta capacitación se brinda en una localidad importante e incluye a oradores invitados de ONG, servicios públicos de protección a la infancia, como también profesionales de la educación, la salud, los servicios sociales y personal de las alcaldías. La capacitación para los trabajadores sociales comunitarios incluye conocimientos sobre la legislación y los procedimientos de la protección a la infancia, habilidades básicas de manejo de casos con especial énfasis en las visitas domiciliarias,

entrevistas e identificación de problemas, evaluación, derivación y seguimiento. Las autoridades nacionales y locales ofrecen capacitación continua para los alcaldes y el personal de los pueblos rurales. La capacitación de los alcaldes incluye información sobre la legislación y estrategias relacionadas con la implementación de los servicios de bienestar del menor, presupuestos, responsabilidades a nivel nacional, del condado y local, y la filosofía y práctica del manejo de conflictos, incluyendo los modelos de intervención domiciliaria.

D. Costos financieros y administrativos:

Los costos financieros y administrativos compartidos pueden incentivar a los gobiernos locales y las comunidades de democracias emergentes para apoyar a los niños y las familias vulnerables en sus comunidades y hogares. La estructura de costos compartidos entre el pueblo (que financia al trabajador social comunitario) y el condado (que financia al coordinador, incluso los costos de capacitación y transporte) es fundamental, dados los recursos humanos y financieros limitados. Es más probable que otros grupos de donantes y las ONG financien proyectos pilotos que brinden atención comunitaria y domiciliaria. La función de seguimiento de los niños que reciben cuidados de protección debe contar con el apoyo financiero y administrativo del condado y las autoridades de los servicios nacionales de protección a la infancia

E. Claves para el éxito:

Los principios de fortalecimiento de la comunidad, colaboración, divulgación y un abordaje educativo basado en las fortalezas son fundamentales para implementar modelos domiciliarios de protección a la infancia y prevención desarrollados en la comunidad. El sistema de manejo y supervisión de casos a nivel local depende de la colaboración entre las autoridades del poblado local, los representantes de los servicios de protección a la infancia del condado y las autoridades nacionales. Los resultados sólo se pueden medir por lo que sucede en los hogares y las comunidades de los ciudadanos más vulnerables.

Rebecca T. Davis, Ph. D., MSW, LCSW

Visiting Associate Professor

School of Social Work

Rutgers, The State University of New Jersey

Referencias

- Gray, J., Spurway, P., & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*, 25, 641-655.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate

Las visitas domiciliarias como estrategia para prevenir el abuso infantil en Australia

Durante la última década y cada vez con más frecuencia, los programas de visitas domiciliarias se han considerado un componente clave de las estrategias de intervención temprana diseñadas para mejorar una amplia gama de resultados en la salud, el desarrollo y el bienestar de niños y jóvenes de Australia.

La prevención del maltrato infantil es sólo uno de los objetivos que persigue una sociedad que cada vez se preocupa más por el impacto del cambio social y familiar en el bienestar de los niños. Estas inquietudes se deben a los crecientes índices de abuso infantil y la consecuente ubicación de los niños en distintas formas de atención fuera del hogar, el aumento en los índices de suicidio juvenil, los crecientes índices de problemas de conducta acompañados de bajo rendimiento académico, violencia e intimidación en las escuelas y comunidades, y evidencia del deterioro en algunos aspectos de la salud física como el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad, diabetes tipo I y II y asma (1). En los últimos 30 años, los grandes cambios sociales han creado desafíos que superan la capacidad de adaptación de algunas familias. Estos cambios incluyen:

- la penetración de los medios electrónicos hasta en el último rincón de la vida comunitaria,
- los crecientes índices de disolución de las familias nucleares y extensas,
- la diversidad de valores que se expresan acerca de lo que constituye una vida moral,
- el crecimiento del individualismo y el materialismo a expensas del sentido de comunidad y el consecuente aislamiento social y pérdida de la felicidad (2), y
- la preocupación por la pérdida del capital humano que afecta la capacidad de algunas familias con hijos pequeños, en particular aquellas que deben hacer frente al desafío de ser monoparentales o que tienen dificultades para equilibrar los compromisos laborales-familiares.

Mientras que Hoghugh (3) identifica al pobre desempeño de los padres como el factor causal común de muchos de estos males, el análisis ecológico de Bronfenbrenner (4) sugiere que miremos más allá de cada tema (o síntoma) y observemos el contexto en el que estas inquietudes surgieron.

Fue en el ámbito marcado por el creciente aislamiento social, la falta de apoyo para los padres en la crianza y las preocupaciones por el impacto de las conductas de los padres en los resultados de sus hijos que las visitas domiciliarias surgieron en Australia como una estrategia potencialmente útil. Pero es importante destacar que quienes realizan las visitas domiciliarias tienen en claro a qué padres están tratando de ayudar, qué cambios están buscando y que existe una indudable “teoría de cambio” respaldada por evidencia que sostiene lo que están haciendo. A veces se les resta importancia o se pasan por alto elementos de prueba que han sido cruciales para el éxito de un programa en particular.

Por ejemplo, en la muy bien documentada serie de pruebas y réplicas de David Olds y colegas sobre las visitas domiciliarias pre y postnatales realizadas por personal de enfermería durante los últimos 20 años (5), no se aprecia la importancia del componente prenatal (y su perfecta transición al programa infantil) en el logro de algunos de los beneficios registrados durante los siguientes 15 años ni la opinión de que el programa constituye una inversión económica.

El componente prenatal fue el que llevó a la disminución del hábito de fumar (6), ahora reconocido como un factor de riesgo de daño cerebral (o del sistema nervioso) que aumenta la posibilidad de que los hijos de madres que fuman nicotina tengan problemas de

conducta.

En Australia, la posibilidad de introducir un servicio de visitas domiciliarias que abarque el período comprendido entre el comienzo del embarazo y la infancia tardía sólo podrá concretarse si se superan las barreras que existen entre los sistemas de obstetricia y de atención sanitaria al niño y la familia, que obstruyen la continuidad de la atención. En Australia, muchos sistemas de servicios de obstetricia son responsables de los grupos de “preparación para ser padres” que abordan algunos de los componentes cubiertos por los enfermeros que participan del programa Nurse Family Partnership (asociación entre enfermeros y la familia). Y algunos enfermeros realizan visitas domiciliarias específicas durante las primeras 6 semanas posteriores al nacimiento, pero no tienen los fondos para continuar haciéndolo. Los programas de visitas domiciliarias recientemente creados han luchado para cruzar esa línea divisoria.

En la zona sur de Australia (1,6 millones de habitantes), las visitas domiciliarias familiares, un componente de la iniciativa estatal “Every Chance for Every Child” que se está expandiendo por todo el estado (7), sólo comienzan luego de que se realiza una visita domiciliaria universal postnatal para evaluar que las madres reúnan los requisitos para recibir los servicios.

En una evaluación que se realizó en el marco de un programa de visitas domiciliarias continuas en el oeste de Sydney con el objeto de incorporar a mujeres antes del parto, sólo se concretó un promedio de 1,5 visitas domiciliarias (8). Por supuesto, no se registró un impacto en los índices del hábito de fumar de las madres. Sin embargo, mejoraron los conocimientos sobre los factores de riesgo de muerte súbita infantil, y las madres del grupo de intervención se sintieron más capacitadas para arreglarse con su bebé y en la vida en general y obtener ayuda por sí mismas.

En la región de Tasmania, en Christchurch, Nueva Zelanda, Fergusson (9) ha informado que, si bien se observaron efectos de pequeños a moderados en los resultados infantiles, en los resultados de los padres de un programa de visitas domiciliarias postnatales continuas no se registró ningún impacto en comparación con grupos de control que no recibieron ninguna visita.

En segundo lugar, sólo se ofreció el programa de Olds y colegas a madres primerizas debido a que la transición a la maternidad probablemente brindaría oportunidades únicas de aprendizaje que no se darían en embarazos posteriores. Si bien los análisis costo-beneficio demostraron beneficios marginales para todas las madres primerizas, los mayores beneficios se observaron entre las solteras, adolescentes y con carencias. (10).

Esta evidencia lleva a otras conclusiones:

- Primero, es poco probable que una persona sin antecedentes en el área de salud pueda convencer a las madres de la necesidad de cambiar algunos hábitos como el fumar, por eso Olds utilizaba enfermeros que tenían una superioridad comprobable ante los paraprofesionales. Tal como señala Guterman, no se han realizado muchos intentos de comparar los resultados que utilizan distintos grupos de profesionales. Esto queda en evidencia en el reciente informe de Fergusson (9), que utilizó trabajadores sociales y enfermeros para realizar las visitas domiciliarias y no incluyó un análisis de las diferencias entre ambos grupos.

Por lo general, en los estudios se suele comparar a los enfermeros con los paraprofesionales o voluntarios, pero no a los enfermeros con los trabajadores sociales. Si los temas que se abordan están más relacionados con las relaciones familiares y la crianza de niños, quizás resultaría igual de efectivo trabajar con un trabajador de apoyo de la primera infancia, un trabajador social de los servicios familiares o un trabajador social de una ONG, pero no existe evidencia en esta etapa que respalde uno u otro modo.

- Segundo, para poder persuadir a las mujeres de cambiar sus hábitos se necesita una clara comprensión de las entrevistas motivacionales y las etapas del cambio conductual (11). Brindar información de expertos sobre los efectos nocivos y la teoría de que deberían dejar de fumar sin estar en una relación en la que reciban el apoyo de alguien dispuesto a acompañarlas en una asociación de respeto que reconoce sus virtudes y los desafíos a los que se enfrenta no es muy probable que sea efectivo.

Si bien los visitantes voluntarios o paraprofesionales pueden brindar apoyo práctico o emocional a las madres durante el embarazo y en un período posterior, es casi imposible que, incluso con la breve capacitación que se les brinda, puedan tener los conocimientos, las habilidades o la experiencia para facilitar cambios tan significativos en las conductas relacionadas con la salud. De hecho, la mayoría de los enfermeros precisan capacitación adicional para desarrollar estas habilidades.

Por ejemplo, en New South Wales, Australia (cerca de 7 millones de habitantes) se ha realizado una importante capacitación de enfermeros del área de salud infantil, dado que se han extendido las visitas domiciliarias universales postnatales como parte de la estrategia gubernamental de intervención temprana *Families First*. Cuando se cuente con los fondos necesarios, el objetivo es introducir visitas domiciliarias continuas. Esta capacitación utiliza un paquete de capacitación sobre destrezas de comunicación y compromiso previamente probado, desarrollado por Hilton Davis y colegas (12) e implementado en varios países de Europa (13). Resulta interesante notar que la evolución del nombre del programa de Olds y colegas en las últimas dos décadas es un reflejo contundente de esta realidad: pasó de Programa de visitas domiciliarias de asistencia prenatal y durante la infancia (14) a Asociación entre enfermeros y la familia (5).

- Tercero, existen otras razones por las cuales es preferible utilizar enfermeros en lugar de otros grupos de profesionales. Podría decirse que los sensibles enfermeros son menos intimidantes que los trabajadores sociales, a quienes las personas suelen asociar con intervenciones coercitivas por los servicios oficiales de protección a la infancia y otros organismos gubernamentales. Entre las mujeres a quienes las visitas domiciliarias continuas les resultaron beneficiosas se encuentran muchas que han tenido una crianza con experiencias problemáticas. Es probable que las relaciones de apego inseguras o desorganizadas hayan sido una característica de sus primeros años de vida, y están en riesgo de reproducir patrones similares de apego con sus propios hijos a menos que adquieran destrezas para comprender las señas de sus bebés y acompañarlos. Resulta evidente que en la Asociación entre enfermeros y la familia el objetivo del visitador es establecer un modelo de relación de apego segura y receptiva con la madre a la que visita, y utilizarla como una plataforma que brinda un marco de apoyo para que la madre adopte las mismas características conductuales con su bebé. De la literatura sobre el apego se puede inferir que las dotes de cuidado de los enfermeros manifiestan la capacidad de “contener” a las madres mientras exploran nuevas formas de ser (15). En un trabajo conceptual brillante, Cann y otros (16) plantearon el desafío de ser padres como un punto de transición clave en el desarrollo del adulto que exige un alto nivel de adaptación, algo que las visitas domiciliarias continuas obviamente pueden facilitar.

- Cuarto, la estrategia de la Asociación entre enfermeros y la familia no es una panacea para las familias que enfrentan todas las formas de vulnerabilidad. Su efectividad en temas de violencia familiar significativa es limitada (17). También es dudosa su capacidad de reducir la reincidencia en episodios de abuso cuando los padres tienen hijos más grandes que han sido víctima de abuso (18). En el caso de las mujeres que padecen problemas graves de abuso de sustancias (p. ej., cocaína, anfetaminas, heroína o incluso alcohol), su efectividad no ha quedado demostrada de manera convincente. Si bien existen algunos informes de programas de visitas domiciliarias exitosas con legos (19) o paraprofesionales (20) en las que se utilizaron adictos recuperados para trabajar con esta

población, muchos se encuentran entre la literatura que no fue revisada por colegas (21).

La lógica sugiere que para que estas mujeres logren un cambio es preciso utilizar estrategias suplementarias; el modelo *Padres bajo presión* desarrollado por la investigadora de Queensland Sharon Dawe y colegas (22) puede resultar de utilidad en este contexto. A la luz de estos hallazgos, los organismos deben ser cautos a la hora de ofrecer visitas domiciliarias a poblaciones más amplias de familias vulnerables sin reunir antes evidencia convincente de su efectividad basada en la investigación. .

En New South Wales, una nueva iniciativa de intervención temprana propuesta por el organismo oficial de protección a la infancia (Departamento de Servicios Comunitarios, DoCS) tiene por objeto firmar contratos con una serie de organismos para que realicen visitas domiciliarias continuas y utilicen otras estrategias de intervención temprana en familias con hijos menores de ocho años que exhiban una serie de vulnerabilidades como:

- Violencia familiar
- Abuso de drogas y alcohol por parte de los padres
- Problemas de salud mental de los padres
- Ausencia de la familia extensa o apoyo social
- Padres con importantes dificultades de aprendizaje o discapacidad intelectual
- Problemas para manejar el comportamiento del niño (p. ej.: conflictos padre/madre-hijo, problemas en la escuela, dificultades en la crianza)

Otras estrategias que se ofrecen incluyen cuidado del niño o educación preescolar y programas de grupos de padres (23).

Asimismo, el objetivo de los servicios de visitas domiciliarias es brindar apoyo y desarrollar las destrezas de los padres en la primera oportunidad posible, antes de que surjan dificultades graves. Entre los componentes clave de las visitas domiciliarias que integran el programa de intervención temprana se encuentran:

- Brindar información, apoyo práctico y asesoramiento a padres sobre el cuidado de bebés y niños,
 - Ofrecer un modelo de buenas prácticas de crianza, y
 - Asistir a las familias en la creación de redes de apoyo.
- Al comienzo del programa, el criterio de admisión (80% de los participantes) será: niños que han sido oficialmente derivados a la Línea de ayuda para la protección a la infancia del Departamento por estar en riesgo de daño o abuso, pero para quienes se considera que no se justifica la intervención de protección a la infancia. Los trabajadores de intervención temprana empleados por el organismo oficial evaluarán a las familias antes de ofrecerles un lugar en el programa de intervención temprana que brindará otro organismo. Es esencial una rigurosa y controlada evaluación del programa. Esto es necesario debido a:
- el rango de vulnerabilidades tratadas,
 - la etapa de formación de la familia en la que se ofrecen visitas domiciliarias continuas, y
 - el posible impacto de la intervención continua del personal del DoCS como coordinadores del caso sobre la capacidad de los receptores del programa para desarrollar y mantener una relación de confianza con el personal que brinda la intervención temprana.

Y ahora, ¿hacia dónde vamos? La economía...

Las recientes respuestas de los medios y los políticos a los dichos del ganador del Premio Nobel de Economía de 2000 Jim Heckman acerca de la eficiencia económica de invertir en niños muy pequeños durante una visita a Australia en febrero de 2006 indican que su mensaje tocó una fibra sensible a varias personas de la comunidad (24). Hace poco, el Ministerio de Salud del estado de New South Wales identificó la intervención temprana como una de sus cinco

(Continúa en página 10)

(Continued from page 9)

prioridades máximas para el sistema de salud pública de NSW. Es momento de expandir las visitas domiciliarias continuas a quienes han demostrado su eficiencia en mejorar los resultados en la salud y el bienestar de las madres y los niños, incluso en casos de maltrato infantil (es decir, madres primerizas, embarazadas, solteras, con carencias a nivel socioeconómico, adolescentes) al tiempo que se analiza mediante programas de investigación y desarrollo su capacidad para reducir los riesgos de abuso y otros resultados adversos en grupos vulnerables donde aún resta confirmar su potencial con cierto grado de certeza.

Profesor Graham Vimpani
Director de Pediatría y Salud Infantil,
Universidad de Newcastle
Clinical Chair, Kaleidoscope: Hunter
Children's Health Network, Newcastle, New
South Wales, Australia

Referencias

1. Stanley, F., Prior, M., Richardson, S. Children of the Lucky Country. First Ed. South Yarra, Victoria, Australia: PanMacMillan, 2005.
2. Eckersley, R. Well & Good: Morality, meaning and happiness. Melbourne, Victoria, Australia: Text Publishing, 2004.
3. Hoghugh, M. The importance of parenting in child health. Doctors as well as the government should do more to support parents. *BMJ* 1998;316:1545.
4. Bronfenbrenner, U. The ecology of human development. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1979.
5. Olds, D. The Nurse-Family Partnership: Foundations in Attachment theory and epidemiology. In: Berlin, L., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M., eds. Enhancing early attachments: Theory, Research, Intervention and Policy. New York: Guilford, 2005:217-249.
6. Olds, D. L., Pettit, L. M., Robinson, J. A., Henderson, C. Jr., Eckenrode, J., Kitzman, H., Cole, B., Powers, J. Reducing risks for antisocial behaviour with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology* 1998;26:65-83.
7. Home visiting gives Aliah every chance. Newsletter of the Children, Youth and Women's Health Service. Adelaide: CYWHS, 2005.
8. Kemp, L. What are the outcomes of antenatal nurse home visiting? *Prevention: Invest Now or Pay Later*. University of New South Wales, Sydney, 2006.
9. Fergusson, D. M., Grant H., Horwood L. J., Ridder, E. M. Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation. *Pediatrics* 2005;116:e803-809.
10. Karoly, L., Kilburn, M., Cannon, J. Early childhood interventions: proven results, future promise. Santa Monica, CA, USA: RAND Corporation, 2005.
11. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behaviour Modification* 1992;28:183-218.
12. Davis, H., Day, C., Bidmead, C. Working in Partnership with Parent; the Parent Adviser Model. London: Psychological Corporation, 2002.
13. Tsiantis, J., Papadopoulou, K., Davis, H., Turunen, M-M. EEP: Conclusions, Implications and Future Directions. *International Journal of Mental Health Promotion* 2005;7:103-110.
14. Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr., Tatelbaum, R., Chamberlin, R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. [erratum appears in *Pediatrics* 1986 Jul;78 (1):138]. *Pediatrics*. 1986;77:16-28.
15. Ziv, Y. Attachment-based intervention programs: Implications for Attachment, Theory and Research. In: Berlin, L., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M., eds. Enhancing early attachments. New York: Guilford, 2005:61-78.
16. Centre for Community Child Health. Appendix B: Introducing a conceptual model for the provision of parenting support in Australia. In: Cann, W., ed. Parenting Information Project, Volume 1: Main Report: National Agenda for Early Childhood: Department of Family and Community Services, Australian Government, 2004:78-95.
17. Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C. R., Jr., et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. [comment]. *Jama*. 2000; 284:1385-91.
18. MacMillan, H. L., Thomas, B. H., Jamieson E., et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2005;365:1786-1793.
19. Schuler, M. E, Nair, P., Kettinger, L. Drug-exposed infants and developmental outcome: effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2003;157:133-8.
20. Grant, T., Ernst, C., Pagalilauan, G., Streissguth, A. Postprogram follow-up effects of paraprofessional intervention with high-risk women who abused alcohol and drugs during pregnancy. *Journal of Community Psychology* 2003;31:211-222.
21. Anisfeld, E., Guillen, S., Adaptation of the Healthy Families America Program to families affected by drug use: A use of the harm reduction model. *The Source: Newsletter of the National Abandoned Infants Resource Center* 2001;11:12-16.
22. Dawe, S., Harnett, P. H., Rendalls, V., Staiger, P. Improving family functioning and child outcome in methadone maintained families: The Parents Under Pressure Program. *Drug and Alcohol Review*. 2003;22:299-309.
23. Department of Community Services. Early Intervention Program Service Provision Guidelines. Sydney: Department of Community Services, 2006.
24. Heckman, J. Policies to Foster Human Capital. Boston MA: National Bureau of Economic Research, Inc, 1999:68.

Misión: Apoyar las personas y organizaciones que trabajan para proteger a los niños del abuso y la negligencia en todo el mundo

El Informe Especial se publica semi anualmente por la Sociedad para la Prevención del Abuso y Negligencia a los Niños (ISPCAN)

Editor

Jenny Gray, DipSW, Dip Fam. Therapy

Directora Ejecutiva

Kimberly Svevo, MA, CAE

Gerente de Membresía

Faith Choi

Coordinador de Comunicaciones y Producciones

Alexander Poleshchuk

© 2006. Todos los derechos reservados por ISPCAN.

Para cualquier información pongase en contacto con la oficina de

ISPCAN

245 W. Roosevelt Rd., Bld. 6, Ste. 39
 West Chicago, IL 60185, U.S.A.

Tel: 1 (630) 876.6913 • Fax: 1 (630) 876.6917
 Email: ispcan@ispcan.org
 Web site: www.ispcan.org

AGRADECIMIENTO ESPECIAL DE LA EDITORA:

Agradecemos especialmente a cada uno de los autores por haber dedicado tiempo de sus ocupadas vidas a contribuir con este informe. Las visitas domiciliarias son un tema de interés internacional y estas perspectivas servirán para estimular nuestro pensamiento y nuestra práctica futura.

Jenny Gray, Editora del Informe Especial, Consejera Ejecutiva de ISPCAN

To become a member of ISPCAN's global community, please visit:
<http://www.ispcan.org/joinispcan.htm> or contact membership@ispcan.org