



Paternidad responsable: una estrategia para prevenir la violencia

ESPACIO PARA LA INFANCIA



**Bernard
van Leer**
FOUNDATION

Espacio para la Infancia es una revista sobre el desarrollo de la primera infancia que trata temas específicos relacionados con el desarrollo de los niños pequeños, y en concreto desde su perspectiva psicosocial. Es una publicación semestral de la Fundación Bernard van Leer.

Las opiniones y puntos de vista expresados en *Espacio para la Infancia* corresponden exclusivamente a sus autores, y no necesariamente reflejan los de la Fundación Bernard van Leer. Las experiencias de trabajo presentadas en esta publicación no están necesariamente apoyadas por la Fundación.

© Bernard van Leer Foundation, 2014

Queda autorizada la reproducción de artículos de *Espacio para la Infancia*, siempre que se realice sin fin comercial.

No obstante, se requiere que se cite la fuente de información: nombre del autor, *Espacio para la Infancia*, Fundación Bernard van Leer. Se requiere autorización para el uso de fotografías.

ISSN 1566-6476

Foto portada: Proyecto "Creciendo juntos",
región de Loreto, Perú

Foto: Cortesía de la Asociación Red INNOVA

Espacio para la Infancia también se publica en inglés:
Early Childhood Matters (ISSN 1387-9553).

Se puede acceder a ambas publicaciones a través de **espacioparalainfancia.org**.

Fundación Bernard van Leer

PO Box 82334

2508 EH La Haya, Países Bajos

Tel: +31 (0)70 331 2200

www.bernardvanleer.org

Editora: Teresa Moreno

Traducción: Comunico

Coordinación: Ana Gárate

Revisión: Margaret Mellor

Diseño: Homemade Cookies (homemadecookies.nl)

Índice

- 5 Valorar a los niños, apreciar a los padres
Katelyn Hepworth
- 8 Una evaluación aleatorizada del *Better Parenting Programme* en Jordania
Suha M. Al-Hassan y Jennifer E. Lansford
- 14 Una intervención para la crianza responsiva en Estambul
Gaye Uğurlu
- 16 *Parent's Place*: cómo ayuda la crianza responsiva a los niños expuestos a la violencia en Israel
Ruth Pat-Horenczyk, Dafna Ba-Gad, Liz Yung, Sarit Schramm-Yavin y Danny Brom
- 21 Raíces locales: trabajo social en una comunidad violenta de Brasil
Claudia Cabral y Fernanda Collart Villa
- 24 *YouthBuild* en Brasil: ejemplo de cómo la formación en albañilería puede mejorar las capacidades de crianza
Katia Edmundo, Rogeria Nunes, Tamara Jurberg Salgado y Laurie Bennett
- 29 Mejorar el entorno en los hogares de los Andes para prevenir la violencia contra los niños
Patricia Ames
- 32 Cómo llegar también a los padres: ¿Qué es “lo que funciona” en las intervenciones sobre crianza positiva?
Adrienne Burgess
- 38 Entrevista a David Willis
La importancia de guiarse por las pruebas obtenidas
- 42 El programa Madres a Madres
Nancy G. Guerra
- 48 Adaptación y evaluación del programa Asociación de Enfermeros y Familias (*Nurse-Family Partnership*) en Canadá
Susan M. Jack y Harriet L. MacMillan
- 52 Entrevista a Klaas Kooijman
“Es un momento apasionante para lanzar un programa a nivel nacional”
- 54 *Parenting for Lifelong Health*: de Sudáfrica a otros países de rentas medias y bajas
Catherine L. Ward, Christopher Mikton, Lucie Cluver, Peter Cooper, Frances Gardner, Judy Hutchings, Jamie McLaren Lachman, Lynne Murray, Mark Tomlinson y Inge M. Wessels
- 59 Desarrollo de una base de pruebas para la prevención de la violencia contra los niños en los países de rentas medias y bajas
Sara Bensaude De Castro Freire y Sarah Sommer
- 63 MAMA: uso de la mensajería móvil para promover una crianza responsiva
Tara Morazzini
- 69 Política nacional de apoyo a la crianza en Jamaica: orígenes y primera implementación
Maureen Samms-Vaughan y Rebecca Tortello



La paternidad responsiva hace referencia a la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades de sus hijos a nivel mental, emocional y físico a lo largo de los años críticos que siguen al nacimiento. Foto • Jim Holmes/Fundación Bernard van Leer

“En esta edición se examinan los enfoques y las pruebas obtenidas acerca de la eficacia de una variedad de programas que se han desarrollado para informar y apoyar a los padres con el fin de que sean más responsivos con sus hijos.”

Valorar a los niños, apreciar a los padres

Katelyn Hepworth, oficial de investigación y evaluación, Fundación Bernard van Leer

John Bowlby, padre de la teoría del apego, dijo una vez: “Si una comunidad valora a sus niños, debe apreciar a sus padres.” Existen cada vez más pruebas de que la crianza responsiva puede tener consecuencias perdurables durante toda la vida y en todos los aspectos del desarrollo infantil, incluidos la salud, la nutrición, el aprendizaje y la protección. Gran parte de esta edición de *Espacio para la Infancia* está dedicada al potencial de los programas sobre prácticas adecuadas de crianza para reducir la incidencia y las consecuencias de la violencia en las vidas de los niños pequeños. La exposición a la violencia durante la primera infancia puede ser sumamente perjudicial para el desarrollo infantil.

La paternidad responsiva hace referencia a la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades de sus hijos a nivel mental, emocional y físico a lo largo de los años críticos que siguen al nacimiento, cuando el desarrollo cerebral alcanza su máxima expresión (Engle y otros, 2011). Como teorizó Bowlby, y como la ciencia demuestra hoy, el apego afianzado de un bebé a por lo menos un adulto responsable y estable emocionalmente sienta las bases para desarrollar las capacidades emocionales y sociales en etapas posteriores de la vida (Richter, 2004) y protege frente a una variedad de factores de riesgo (Carpenter y Stacks, 2009).

A pesar de ello, muchos padres o bien no son conscientes de la necesidad de ser capaces de dar respuesta a los niños, o su capacidad para ser padres responsivos se ve mermada por la pobreza, la falta de acceso a los servicios u otros factores medioambientales y socioeconómicos (Richter, 2004). Los artículos de las páginas siguientes examinan los enfoques y las pruebas obtenidas acerca de la eficacia de una variedad de programas que se han desarrollado para informar y apoyar a los padres con el fin de que sean más responsivos con sus hijos.

Los resultados muestran que el Programa *Better Parenting* de Jordania (página 8) y el proyecto *Informed Families – Healthy Generations* de Turquía (página 14) han influenciado de manera positiva las conductas y las prácticas de los padres. Sus métodos, respectivamente, consisten en proporcionar a los padres información esencial sobre el

desarrollo y las mejores prácticas de crianza, y facilitar servicios que incluyen programas para los padres, para las madres, grupos de juego infantil y seminarios sobre prácticas de crianza, a través de un centro público que preste también otros servicios sociales.

El Centro Israel para el tratamiento del trauma psicológico ha desarrollado el programa *Parent's Place* (página 16) en respuesta a un estudio que concluyó que la reacción de los niños ante sucesos traumáticos guardaba relación directa con la capacidad de sus madres para regular las emociones durante dichos sucesos. Mediante el juego y las sesiones de terapia, el programa pretende mitigar los efectos de la violencia política.

Dos aportaciones procedentes de Brasil, *YouthBuild* (página 24) y *Terra dos Homens* (página 21), demuestran el impacto positivo de incorporar las prácticas de crianza a una agenda más amplia de programas. El modelo *YouthBuild*, originario de EE. UU., proporciona a los adolescentes y a los adultos jóvenes de las favelas (zonas pobres urbanas, a menudo caracterizadas por sus elevados índices de violencia) la oportunidad de desarrollar capacidades en el ámbito de la albañilería y otras destrezas útiles para la vida cotidiana. Muchos de los participantes son padres de niños pequeños.

Como demuestran las historias humanas de dos madres que participaron en su programa *Local Roots, Terra dos Homens* proporciona una gama de servicios que aborda de manera holística los retos que afrontan los padres que habitan en las favelas.

En ocasiones, los programas de apoyo a las familias tienen un efecto imprevisto de reducción de la violencia, mediante la mejora de las prácticas de crianza. Por ejemplo, el programa *Allin Wiñanapaq* de Perú (página 29) nació con el objetivo de mejorar la salud de los niños pequeños mediante la mejora de sus condiciones de vida, pero en una evaluación se descubrió que también había influido en la prevalencia de la violencia y del maltrato infantil, pues parece que un mejor espacio vital en el hogar reduce el estrés de los padres y, por lo tanto, mejora su capacidad de respuesta durante la crianza.

Con frecuencia, los programas que supuestamente van dirigidos a ambos progenitores, en la práctica solo los reciben las madres, quienes normalmente pasan más tiempo con los niños y por lo tanto son más accesibles. Un artículo elaborado por el Fatherhood Institute (página 32) explica la importancia de llegar también a los padres, que desempeñan un papel importante para reducir el riesgo de exposición a la violencia o al maltrato infantil, y las dificultades que existen para ello.

Un problema común que afrontan los programas de prácticas adecuadas de crianza, ya se centren en el maltrato infantil o no, es cómo gestionar la transición a escala. Dave Willis, director de la División de Visitas al Hogar y Sistemas para la Primera Infancia, del Departamento de Salud y Servicios Humanos estadounidense, esboza (página 38) las dificultades inherentes y explica la necesidad de mayor investigación y evaluación para comprender mejor qué componentes son los más eficaces en según qué contextos.

Al abordar distintos contextos, el diseño del programa original podría requerir modificaciones para amoldarlo a los entornos de los nuevos participantes. El programa Madres a Madres (página 42) es un ejemplo de adaptación a una población concreta: los inmigrantes latinos de EE. UU. Las modificaciones deben llegar más allá de la mera traducción lingüística, así como tener en cuenta las diferencias culturales.

De manera similar, Susan Jack y Harriet MacMillan debaten la capacidad de replicar el modelo estadounidense de la Asociación de Enfermeros y Familias en Canadá (página 48), a la vista de las limitaciones institucionales. El proceso destaca la necesidad de poner en práctica programas piloto antes de ampliar su alcance: aunque hay muchas semejanzas entre EE. UU. y Canadá, el éxito del programa en EE. UU. no garantizaba que fuera igual de efectivo en su vecino del norte. La Asociación de Enfermeros y Familias también ha sido puesta a prueba y evaluada en los Países Bajos, donde se está ampliando su alcance; Klaas Kooijman (página 52) relata lo que ha ocurrido hasta hoy.

Uno de los principales obstáculos a la hora de adaptar los programas a los distintos entornos nacionales ha sido que la mayor parte de las pruebas se ha generado en EE. UU. *Parenting for Lifelong Health*, en Sudáfrica (página 54), es una importante iniciativa para evaluar la capacidad de replicar los programas que proceden de países de rentas altas en países de rentas medias y bajas, teniendo en cuenta factores como el coste y las diferencias culturales. El objetivo del trabajo es crear un conjunto de herramientas de programas eficaces sobre prácticas de crianza que ya hayan sido puestos a prueba en diversos países de rentas medias y bajas.

El Fondo para el Reto de la Evaluación sobre los Niños y la Violencia (página 59) también realiza su aportación a la base de pruebas sobre lo que funciona en los países de rentas medias y bajas. El fondo pone en contacto a las ONG con instituciones de investigación para comprender mejor el impacto de los programas de prevención de la violencia, y persigue el objetivo de difundir los resultados de las evaluaciones para dar forma a las políticas y a las prácticas que se apliquen en ese campo.

Un modo de abordar el problema del coste – siempre importante, pero especialmente en el actual contexto global de austeridad fiscal – es combinar los programas con los servicios existentes, como se ha hecho ya con los programas mencionados en Turquía y Brasil. La Alianza móvil para la acción materna (página 63) es otro grupo que ha aprovechado las infraestructuras y las redes ya existentes, en este caso en el ámbito de las telecomunicaciones. La organización ha creado mensajes de texto que proporcionan a las mujeres embarazadas y a las madres primerizas información importante en materia de salud y nutrición, acabando así con algunos de los problemas de acceso que afectan a las zonas rurales.

Si se amplía con eficacia el alcance de los programas de éxito, la esperanza es que los programas de prácticas adecuadas de crianza ejerzan su influencia sobre la política nacional. Jamaica es uno de los pocos países que ha desarrollado una política pública específicamente para los padres. En la página 69, Maureen Samms-Vaughan y Rebecca Tortello debaten la evolución de

la política pública jamaicana de apoyo a los padres y los programas sobre prácticas adecuadas de crianza, y destacan la importancia de obtener pruebas para informar a los responsables de la toma de decisiones acerca de qué tipos de políticas se necesitan. Asimismo, presentan la política actual y examinan retos específicos para la implementación.

La selección de autores y de programas incluida en esta edición proporciona un panorama de las prácticas de crianza responsivas: dónde se implementan actualmente los programas, cómo deben extenderse y los retos relativos a esa expansión, así como el objetivo último de implementar políticas gubernamentales de apoyo a los padres.

Referencias

- Carpenter, G.L. y Stacks, A.M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: a review of the literature. *Child and Youth Services Review* 31: 831–9.
- Engle, P.L., Fernald, L.C., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafazi, A. y otros, y Global Child Development Steering Group (2011). Child Development 2: Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 378: 1339–53.
- Richter, L. (2004). *The Importance of Caregiver–child Interactions for the Survival and Healthy Development of Young Children. A review*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Una evaluación aleatorizada del *Better Parenting Programme* en Jordania

Suha M. Al-Hassan, catedrático adjunto de Primera infancia y educación especial, y decano de la Facultad Reina Rania para la Infancia, Universidad de Hashemite (Jordania); Jennifer E. Lansford, catedrática de investigación, Centro Universitario Duke para el Niño y la Política Familiar, Durham, Carolina del Norte (Estados Unidos)



Las prácticas de crianza sensibles, comprensivas, proactivas y participativas promueven la adaptación positiva de los niños.
Foto • jcarillet/istockphoto

La mayoría de las evaluaciones realizadas sobre programas de prácticas adecuadas de crianza no comparan a los participantes en los mismos con un grupo de control de composición aleatoria. Una excepción a esta norma es el *Better Parenting Programme* (BPP – Programa para mejores prácticas de crianza), de Jordania. Este artículo describe los antecedentes del programa y esboza el modo en que la evaluación llevada a cabo en el año 2009 concluyó que la participación en el programa había tenido efectos modestamente positivos sobre las prácticas positivas de crianza.¹

Muchos programas diseñados con el fin de mejorar el desarrollo infantil han tratado de modificar las actitudes y los comportamientos de los padres como mecanismo para efectuar un cambio en los hijos. La importancia de

las prácticas adecuadas de crianza queda documentada en un gran corpus de investigación que detalla el modo en que la crianza de los niños pequeños guarda relación con su posterior desarrollo cognitivo, comportamental y socio-emocional, así como con el modo en que los padres interactúan con otras fuerzas principales de socialización – como son los sistemas educativos – para promover el desarrollo óptimo de los niños. Las prácticas de crianza sensibles, comprensivas, proactivas y participativas promueven la adaptación positiva de los niños, mientras que las prácticas de crianza negligentes, abusivas, de rechazo y de control pronostican la inadaptación de los niños.

Cuando a los padres les cuesta criar bien a sus hijos, en ocasiones son objeto de intervenciones diseñadas para promover sus prácticas positivas de crianza y, a su

vez, la adaptación de sus hijos. Sin embargo, incluso los padres que no parecen tener grandes dificultades pueden beneficiarse del asesoramiento ofrecido y formar parte de una red de apoyo compuesta por otros padres, como pone de manifiesto el elevado número de padres que se unen de forma voluntaria a grupos como *Mothers of Preschoolers* (Madres de preescolares)² o *Mothers & More* (Madres y más)³.

El objetivo principal de los programas de prácticas adecuadas de crianza es mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los padres en relación con el cuidado infantil (Shannon, 2003). Las prácticas óptimas de crianza incluyen una amplia variedad de actividades para garantizar que los niños reciban un cuidado adecuado a nivel físico (por ejemplo, proporcionarles alimentos nutritivos, cuidados médicos y rutinas adecuadas de sueño), cognitivo (ofrecer oportunidades para el aprendizaje y el uso del lenguaje), social (responder al niño con afecto de forma habitual) y emocional (apoyar el sentido de valía del propio niño). Puesto que se trata de retos clave en la capacidad de los padres para proporcionar un cuidado óptimo a sus hijos, los programas de prácticas adecuadas de crianza suelen ir orientados a mejorar uno o más de estos aspectos de la atención dada a los niños.

Dada la importancia de los padres para promover el desarrollo infantil óptimo y el éxito en otros contextos de programas sobre prácticas adecuadas de crianza destinados a promover prácticas positivas y la correcta adaptación de los niños, se diseñó el *Better Parenting Programme* para promover prácticas positivas de crianza en Jordania.

El contexto de las prácticas adecuadas de crianza en Jordania

Cerca del 37% de la población jordana es menor de 15 años, y la media nacional de niños por cada hogar familiar es de 5,2 (Departamento de Estadística, 2012). Solo el 35% de los niños jordanos asiste a la enseñanza preescolar, y menos del 2% asiste a algún servicio de guardería (Departamento de Estadística, 2007). Por el contrario, la mayoría de los niños son cuidados en casa, principalmente por sus madres.

Durante la última década, Jordania ha conseguido logros importantes en los ámbitos de la salud infantil, la nutrición y la educación. Las tasas de mortalidad de bebés y de niños menores de 5 años reflejan mejoras en la protección de los derechos de supervivencia de los niños jordanos, y en la actualidad han disminuido (18 y 21 por 1000, respectivamente, en 2011, en comparación con 33 y 40, respectivamente, en 1990, según datos de UNICEF, 2014). Este éxito en promover la supervivencia infantil ha motivado que el Gobierno jordano se centre más estrechamente en cuestiones de desarrollo y protección de la infancia.

Un contexto importante para la crianza infantil en Jordania radica en el surgimiento del Plan Nacional de Acción para la primera infancia durante los años 1993-2000, y del Plan de Acción Jordano para los Niños 2004-2013 (Al-Hassan, 2009). La visión descrita en estos planes consiste en crear un entorno seguro, que desarrolle las capacidades de los niños mediante la promoción de programas, políticas y legislación dirigidos a conseguir el bienestar físico, mental, social y emocional de los niños. El Plan Nacional de Acción para los Niños pretende proporcionar a los niños jordanos el mejor inicio posible en la vida, mediante la promoción de una vida saludable, el acceso a educación básica y de calidad, y facilitándoles amplias oportunidades para desarrollar sus capacidades individuales en un entorno seguro y comprensivo que les proteja del abuso, de la explotación y de la violencia.

El *Better Parenting Programme*

Uno de los principales vehículos a través del cual se han promovido la protección y el desarrollo infantiles es el *Better Parenting Programme* (BPP), que fue diseñado tras evaluar un Estudio nacional sobre Conocimiento, Actitudes y Prácticas, realizado en el año 1996 (Brown, 2000).

En el año 2000 se llevó a cabo una evaluación inicial del programa, que elogió los logros del BPP y, en particular, el nivel de coordinación entre las distintas partes y el bajo coste necesario para llegar hasta los padres y sus hijos, que ascendía a tan solo 3 dólares por niño. Una

recomendación importante derivada de esta evaluación fue la necesidad de ampliar el alcance del BBP a un enfoque más holístico para la primera infancia, que incluyera la protección de los niños frente al abuso y la negligencia (Brown, 2000). Esta recomendación fue tomada en cuenta en el diseño de un programa BBP revisado, que comenzó en el año 2003.

UNICEF y otras organizaciones contrapartes clave del Gobierno y de la sociedad civil han apoyado el BBP como un programa de ámbito nacional, destinado a facilitar a los padres y a los cuidadores las capacidades para proporcionar un entorno estimulante, afectivo y protector en el hogar, equipándoles con las destrezas y con la información que les permitan promover el desarrollo psicosocial, cognitivo y físico de sus hijos de entre 0 y 8 años. El BPP consistió en una serie de lecciones (que alcanzaron un total de 16 horas) que se centraron en ámbitos específicos del conocimiento, las actitudes y los comportamientos relativos a las prácticas adecuadas de crianza. Las lecciones fueron dirigidas por trabajadores sociales, trabajadores del ámbito de la sanidad, profesores de guardería y paraprofesionales que habían recibido instrucción, por parte de formadores centralizados, sobre cómo presentarlas a los participantes. Los manuales de los facilitadores incluían guías de las sesiones, folletos impresos, rotafolios, materiales audiovisuales, pósteres, fichas de actividad parental y materiales recomendados para que los participantes los revisaran en el hogar. Los facilitadores locales tenían la flexibilidad de emplear todas o una parte de las lecciones, y de seguir programas de trabajo que se acoplaran mejor a los participantes. Algunos facilitadores implementaron el programa durante un periodo de 3-4 días consecutivos; otros llevaron a cabo la formación una vez a la semana, durante un mes; y finalmente, otros realizaron la formación dos veces a la semana, durante dos semanas.

Una evaluación realizada en el año 2009 (Al-Hassan, 2009) investigó los efectos del *Better Parenting Programme* sobre el conocimiento y el comportamiento de los padres en tres ámbitos:

- la medida en que los padres obtienen conocimientos relativos al desarrollo infantil y a las capacidades de crianza
- los cambios en las actividades de los padres con los hijos, en sus expresiones de satisfacción con los mismos y en las prácticas de disciplina hacia los niños
- los cambios en las percepciones de los padres sobre determinados comportamientos que podrían constituir maltrato infantil o negligencia, tras haber participado en el programa.

Se reunió una muestra de 337 padres y cuidadores procedentes de toda Jordania para representar las tres regiones geográficas en las que se facilita el programa BPP (norte, centro y sur del país). Los participantes habían oído hablar del programa BPP entre las organizaciones benéficas, los directores de escuela, los centros comunitarios, el personal del programa y los medios de comunicación. Puesto que el programa BPP iba dirigido a los cuidadores primarios de los niños, la amplia mayoría de los participantes fueron mujeres (94%). Se asignó a los participantes de manera aleatoria, o bien al grupo experimental (que participó en el programa) o al grupo de control (que no participó en el mismo). Ambos grupos rellenaron cuestionarios en dos momentos concretos: antes y después de la participación del grupo experimental en el programa BPP.

Conclusiones de la evaluación de 2009

El estudio se centró en comparar los resultados entre los asistentes al programa (el grupo experimental o de intervención) con los que no asistieron (el grupo de control). Las conclusiones principales fueron las siguientes:

- No hubo cambios significativos en la frecuencia con que el grupo de control manifestó participar en actividades con sus hijos. En el grupo experimental, a la finalización del programa los participantes informaron de pasar mucho más tiempo con sus hijos, jugando con ellos y leyéndoles cuentos. Ni el grupo de control ni el grupo experimental registraron cambios antes y después en la frecuencia con que realizaban expresiones de satisfacción por el correcto comportamiento del niño, pues ambos grupos



El BPP es un programa de ámbito nacional, destinado a facilitar a los padres y a los cuidadores las capacidades para proporcionar un entorno estimulante, afectivo y protector en el hogar.

Foto • Jim Holmes /Fundación Bernard van Leer

manifestaron niveles elevados de formas positivas de expresar satisfacción en los dos momentos concretos de cumplimentación de los cuestionarios.

- Los resultados tanto del grupo de control como del grupo experimental mostraron un aumento en el uso de métodos positivos de corrección del comportamiento del niño, y un descenso en el uso de métodos negativos. En concreto, los participantes de ambos grupos manifestaron recurrir con mayor frecuencia a tácticas como la retirada de privilegios, y haber limitado conductas como pegar al niño o atribuirle epítetos peyorativos.
- A pesar de no considerarse una práctica adecuada, en ambos grupos se incrementó de manera significativa el hecho de reprender al niño en un tono de voz demasiado elevado. No obstante, los participantes que asistieron al programa (pero no los del grupo de

control) registraron un aumento significativo en las explicaciones que daban al niño sobre por qué alguno de sus comportamientos no era adecuado.

- Al preguntar a los participantes sobre los métodos que emplearían para corregir al niño si se comportara mal durante la visita a un vecino, los integrantes tanto del grupo de control como del grupo experimental manifestaron una probabilidad mucho menor de recurrir a tácticas como ignorar al niño, ofrecerle caramelos para mantenerle tranquilo o pegarle. El grupo experimental registró también un aumento significativo de respuestas positivas en lo relativo a cómo mostrar al niño lo que le estaba permitido hacer.
- No se observaron cambios significativos a lo largo del tiempo en las percepciones del grupo de control ni del grupo experimental sobre comportamientos constitutivos de maltrato infantil. Sin embargo, tras haber asistido al programa, un porcentaje significativamente mayor del grupo experimental informó de que consideraba negligencia conductas como dejar al niño solo en casa, dejar un menor al cuidado de otro niño, y no comprar ropa nueva al niño. Por su parte, las percepciones del grupo de control con respecto a los comportamientos relativos a la negligencia infantil no cambiaron de manera significativa en el tiempo.

Debate: efectos positivos pero limitados

Las conclusiones revelaron un modesto resultado positivo de la participación en el BPP. Con el tiempo, los participantes del grupo experimental (pero no así los del grupo de control) mejoraron en su conocimiento sobre prácticas adecuadas de crianza: empezaron a pasar más tiempo jugando con sus hijos y leyéndoles libros, a emplear mayores explicaciones cuando corregían su comportamiento y a percibir de forma precisa conductas constitutivas de negligencia. Dado que se distribuyó a los participantes de manera aleatoria al grupo de intervención o al grupo de control, estas diferencias registradas entre ambos grupos a lo largo del tiempo pueden atribuirse con mayor certeza a la participación en el BPP. Como en otras intervenciones sobre prácticas adecuadas de crianza (Layzer y otros, 2001), los efectos del BPP fueron positivos, pero limitados.

Para los diversos conceptos evaluados, tanto los participantes del grupo de control como los del grupo experimental registraron mejoras con el paso del tiempo. Por ejemplo, los participantes de ambos grupos mostraron un mayor uso de métodos positivos de corrección del comportamiento del niño, y una disminución en el uso de métodos negativos. Esto implica que, con la excepción de la práctica de utilizar mayores explicaciones para corregir un comportamiento no deseado (que solo mejoró en el grupo experimental) hubo algo más, aparte de la participación en el BPP, que motivó los cambios registrados en el tiempo sobre las estrategias empleadas para impartir disciplina a los niños.

Es posible que el proceso de rellenar el cuestionario antes de la participación en el programa diera lugar a que los participantes reflexionaran sobre sus propias prácticas de impartición de disciplina y trataran de modificar aquellas que consideraron menos adecuadas. El grupo de control consistía en individuos con interés por asistir a un programa de prácticas adecuadas de crianza, por lo que probablemente estaban dispuestos a mejorar sus conocimientos y prácticas; por lo tanto, el mero hecho de rellenar el primer cuestionario podría haberles alertado de ciertas prácticas adecuadas de crianza, que entonces se replantearon. También es posible que los participantes del grupo de control interactuaran en entornos comunitarios con los participantes del grupo experimental, y recibieran información transmitida en el BPP por parte de los miembros de dicho grupo experimental.

La mayoría de los programas diseñados para mejorar las prácticas adecuadas de crianza no han sido evaluados rigurosamente a través de la asignación aleatoria a grupos de control y de intervención (Lansford y Bornstein, 2007). Las conclusiones del presente estudio sugieren que los beneficios de tales programas podrían ser sobreestimados si no se comparan con los resultados de un grupo de control de asignación aleatoria que no haya recibido la intervención.

Incluso en el momento de rellenar los cuestionarios previos a la participación en el programa, la mayoría de

los participantes del grupo experimental y del grupo de control identificaron de forma precisa comportamientos que deberían considerarse constitutivos de negligencia y de maltrato infantil. Esto indica que existe un alto grado de concienciación en la comunidad relativo a estas cuestiones, probablemente originado a partir de numerosas fuentes, como los medios de comunicación. Muchos padres de ambos grupos también respondían con pautas positivas en la crianza de sus hijos. Por lo tanto, el programa BPP debería situarse en un marco que trata de mejorar las relaciones positivas entre los padres y los hijos, en lugar de considerarse un programa para abordar carencias. En investigaciones anteriores, el trabajo con los puntos fuertes de los padres y el hecho de proporcionarles un apoyo que satisfaga sus necesidades se ha relacionado con resultados más positivos en los programas de prácticas adecuadas de crianza (Sanders y otros, 2003).

La investigación futura que trate de manipular de forma experimental las características clave del programa (como el programa de implementación o las lecciones concretas ofrecidas) podría determinar la combinación más eficaz de características, de modo que las futuras reiteraciones del *Better Parenting Programme* implementasen esas características de forma homogénea en todos los puntos de aplicación. Además, las futuras reiteraciones del programa BPP podrían ofrecer servicios más intensivos para familias en riesgo: para estas familias, el foco orientado a la educación (relativamente breve) del programa BPP actual podría no bastar para cubrir sus necesidades. Las familias que están en mayor riesgo suelen beneficiarse de las intervenciones multimodales y a largo plazo.

Dado el contexto existente en Jordania, donde el Gobierno promueve el desarrollo infantil y cuestiones relativas a su protección, es lógico centrarse en mejorar las prácticas adecuadas de crianza como modo de optimizar el desarrollo infantil. Puesto que los padres y cuidadores que fueron asignados de manera aleatoria a participar en el *Better Parenting Programme* demostraron mejoras modestas en conocimiento sobre prácticas positivas de crianza, en el tiempo dedicado al juego y a la

lectura de cuentos con sus hijos, en el empleo de mayores explicaciones durante la corrección del comportamiento de los niños, y en la percepción de comportamientos concretos como formas de negligencia – a diferencia de los padres que fueron asignados aleatoriamente al grupo de control que no participó en el programa – puede llegarse a la conclusión de que el programa contribuye a la promoción de las prácticas positivas de crianza en Jordania. Dado que el BPP ha sido implementado ampliamente, incluso los pequeños efectos en familias individuales podrían equivaler a grandes efectos en la totalidad del país.

Referencias

- Al-Hassan, S. (2009). *Evaluation of the Better Parenting Program: A study conducted for UNICEF*. Amman, Jordania: UNICEF.
- Al-Hassan, S.M. y Lansford, J.E. (2011). Evaluation of the Better Parenting Programme in Jordan. *Early Child Development and Care* 181(5): 587–98.
- Brown, J. (2000). *Evaluation Report of the Better Parenting Project: National multi-sectoral collaboration on behalf of young children*. Amman: UNICEF.
- Departamento de Estadística. (2007, en línea). Jordan in Figures. Amman: Gobierno de Jordania, Departamento de Estadística. Disponible en: http://www.dos.gov.jo/orfig/2007/jor_f_e.htm (último acceso, diciembre de 2009).
- Departamento de Estadística. (2012, en línea). *Statistical Year Book*. Amman: Gobierno de Jordania, Departamento de Estadística. Disponible en: http://www.dos.gov.jo/dos_home_e/main/index.htm (último acceso, abril de 2014).
- Lansford, J.E. y Bornstein, M.H. (2007). *Review of Parenting Programs in Developing Countries*. Nueva York, NY: UNICEF.
- Layzer, J.I., Goodson, B.D., Bernstein, L. y Price, C. (2001). *National Evaluation of Family Support Programs. Final Report. Volume A: The Meta-Analysis*. Cambridge, MA: Abt Associates.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C. y Turner, K.M.T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph* 1: 1–24.
- Shannon, L.C. (2003). *Best Practices for Parent Education: Programs Seeking to Prevent Child Abuse*. Raleigh, NC: North Carolina State University Cooperative Extension Service. Disponible en: <http://www.npen.org/pdfs/BestPra.pdf> (último acceso, abril de 2014).
- UNICEF. (2014, en línea). Información por país y programa: Jordania. Disponible en: http://www.unicef.org/infobycountry/jordan_statistics.html (último acceso, febrero de 2014).

Notas

- 1 Esta investigación fue apoyada por UNICEF y recibió la subvención Fogarty International Center RO3-TW008141. Este artículo es un resumen de la investigación de los autores, publicada con el título "Evaluation of the Better Parenting Programme in Jordan" ("Evaluación del Programa de mejores prácticas de crianza en Jordania") (Al-Hassan y Lansford, 2011).
- 2 La información sobre *Mothers of Preschoolers* está disponible en www.mops.org.
- 3 La información sobre *Mothers & More* está disponible en www.mothersandmore.org.

Una intervención para la crianza responsiva en Estambul

Gaye Uğurlu, coordinadora del proyecto, Fundación Culture City, Estambul (Turquía)



La mayoría de los padres que participaron en el programa creyó haber adquirido una mejor comprensión de la importancia de su función; algunos de ellos mencionaron haber creado “momentos memorables” con sus hijos. Foto • Cortesía de Culture City Foundation

En el distrito Beyoğlu de Estambul, la Fundación Bernard van Leer financia el proyecto *Informed Families – Healthy Generations* (Familias informadas – Generaciones saludables). Aunque todavía debe evaluarse formalmente la eficacia del proyecto para reducir la violencia, este artículo describe sus actividades para promover una crianza responsiva y la provisión temprana de información positiva de carácter anecdótico.

Solía chillar mucho a mis hijos, e incluso a veces les daba un cachete, pero dejé de hacerlo tras asistir a los talleres. Quiero decir que cuando se grita y se pega, el niño comienza a comportarse peor, y de todas formas no hace lo que se le dice. Pero cuando se habla, cuando se explican bien las cosas, el niño hace lo que se le había pedido, y tanto el niño como el cuidador son felices. Es muy satisfactorio. Mi relación con mi marido y mi hijo ha mejorado.

Estas son las palabras de una mujer que asistió a los seminarios familiares y a los talleres grupales para refuerzo de las prácticas responsivas de crianza, mantenidos por el proyecto *Informed Families – Healthy Generations* en el distrito de Beyoğlu,¹ de Estambul (Turquía). El proyecto está en marcha desde el año 2012, con el apoyo de la Fundación Bernard van Leer, a cargo de la Fundación Culture City en cooperación con el municipio de Beyoğlu, la Universidad Bilgi de Estambul y el Departamento Regional de Beyoğlu, perteneciente al Ministerio de Educación.

El proyecto pretende reducir toda forma de violencia en las vidas de los niños pequeños, incluyendo la negligencia, el maltrato verbal y psicológico, el castigo físico severo y la exposición a la violencia en el hogar o en la comunidad. Implica diversas actividades

para desarrollar una crianza responsiva, como grupos de apoyo a las madres y a los padres, grupos de juego terapéutico con los niños, seminarios sobre comunicación y crianza, y asesoramiento psicológico. Hubo 158 participantes en las actividades grupales, mientras que asistieron a los seminarios unas 900 personas – casi todas ellas mujeres – y alrededor de 800 niños, jóvenes y adultos consultaron en el centro de asesoramiento psicológico.

Al final de su participación en los grupos de madres, muchas participantes informaron de que se veían con mejores capacidades para resolver problemas, y observaron una mejor capacidad de afrontar el estrés y la ira, así como para evaluar sus emociones cuando castigaban a sus hijos. Se sintieron más seguras a la hora de diferenciar entre un comportamiento sobreprotector y una buena crianza, y comprendieron que tratar de entender el modo en que el niño se sentía fue un gran paso para traducir los valores de la crianza infantil en habilidades. El efecto del proyecto no fue tanto modificar sus valores acerca de la relación maternal, sino mostrarles cómo proceder en la práctica, con conductas como agacharse para comunicarse al mismo nivel que el niño, o esperar hasta que el niño se haya desarrollado lo suficiente para comenzar a enseñarle a ir al baño. Muchas informaron de que ahora pasaban más tiempo de calidad con sus hijos, en lugar de dejarlos solos frente al televisor.

El programa de 8 semanas de duración para padres se centró en desarrollar mejores capacidades de comunicación y en proporcionarles la oportunidad de poner en práctica las técnicas que habían aprendido, por ejemplo para contar cuentos y confeccionar juguetes. La mayoría de los padres que participaron en el programa creyó haber adquirido una mejor comprensión de la importancia de su función; algunos de ellos mencionaron haber creado “momentos memorables” con sus hijos, que ellos mismos no habían vivido en su niñez con sus propios padres.

El centro de asesoramiento abordó problemas como dificultades en la relación, violencia doméstica, trauma,

somatización, déficit de atención, discapacidades del aprendizaje y manejo de emociones como ansiedad, preocupación, ira, vergüenza y culpa. Por lo general, los comentarios de las personas que habían recibido asesoramiento indicaron un cambio significativo en la comunicación con los miembros de la familia.

Esta reacción cualitativa sugiere que el conjunto del proyecto tuvo un efecto positivo en los participantes: les hizo sentirse más seguros y satisfechos, y mejoró las relaciones familiares y el reparto de responsabilidades. Sin embargo, todavía no existen datos suficientes para sostener si hubo un descenso de la violencia contra los niños. Se espera que este impacto se haga más visible a largo plazo.

Nota

¹ Las actividades del proyecto fueron destinadas a tres barrios del municipio de Beyoğlu: Yenisehir, Hacıahmet y Okmeydanı.

Parent's Place: cómo ayuda la crianza responsiva a los niños expuestos a la violencia en Israel

Ruth Pat-Horenczyk, directora; Dafna Ba-Gad, coordinadora de taller; Liz Yung, facilitadora de grupo; Sarit Schramm-Yavin, coordinadora de investigación; y Danny Brom, director general: Herzog, Centro israelí para el tratamiento del trauma psicológico de Jerusalén (Israel).

Los niños que se crían en la zona de Sderot, adyacente a la Franja de Gaza, están expuestos a la incertidumbre y al peligro constante de los ataques con misiles. El modo en que sus padres responden a esta amenaza puede contribuir a reducir el trauma psicológico perdurable. En este artículo se explora el modo en que el Centro israelí para el tratamiento del trauma psicológico (ICTP, por sus siglas en inglés) trabaja con los padres para ayudar a sus hijos mediante la crianza positiva en un entorno de violencia generalizada.

En momentos de crisis, el cuerpo humano responde con una variedad de comportamientos que se definen como el “modo supervivencia”: el sistema nervioso simpático se activa, y el sistema parasimpático se inhibe. Cuando ese estado es temporal, constituye una reacción normal y muy adaptativa, pues ayuda al ser humano a mantenerse alerta, a evitar el riesgo y a centrar sus esfuerzos en mantenerse a salvo y poder responder de forma eficaz ante una amenaza (Pat-Horenczyk y otros, 2012).

Sin embargo, cuando la amenaza es recurrente y prolongada, el modo supervivencia se activa de modo persistente, y ello perjudica a la mente y al cuerpo de los individuos (Seeman y otros, 1997). Según un estudio realizado en Sderot, entre las madres y los niños que afrontan un estrés traumático constante se registraron más casos de estrés postraumático e índices más elevados de problemas de comportamiento en los hijos, en comparación con el grupo que había sufrido únicamente un incidente de corta duración vinculado a la violencia política (Pat-Horenczyk y otros, 2013).

Debido a la creencia generalizada de que los niños menores de 5 años son inmunes a los hechos traumáticos, la investigación realizada sobre los niños expuestos a situaciones prolongadas de guerra y a actos de terrorismo se ha centrado siempre en el grupo etario superior o en adolescentes (Feldman y Vengrober, 2011). Sin embargo, investigaciones más recientes indican que la exposición de los niños muy pequeños a un trauma reiterado en tiempo de guerra puede tener efectos profundos y duraderos en su salud mental (Lieberman, 2011).

Esto se agrava por el modo en que una amenaza constante afecta también a los padres y a sus capacidades adecuadas de crianza. El modo supervivencia merma las capacidades de los padres para la crianza: reduce la armonía, la contención, la posibilidad de jugar, aumenta la preocupación excesiva y la incapacidad para crear un espacio seguro (Chemtob y otros, 2010). Tras un evento traumático, la relación entre madre e hijo, así como la adaptación de la madre y su capacidad de ajuste son de importancia primordial para el equilibrio del niño (Cohen y Gadassi, 2009). A la luz de este hallazgo, no sorprende que el factor aislado más importante que afecta a la sintomatología de los niños sea un evento traumático sufrido por el cuidador principal.

Otros estudios han informado de una correlación significativa entre una discapacidad funcional de la madre, manifiesta en sus capacidades de crianza, y la reacción del niño ante el estrés (Cohen, 2009). Scheeringa y Zeanah (2001) acuñaron la expresión “trastorno de estrés postraumático relacional” (PTSD, por sus siglas en inglés) para describir la ocurrencia simultánea del estrés postraumático en una madre y un niño pequeño, cuando la sintomatología de la madre exacerba la sintomatología de su hijo. El ya mencionado estudio de Sderot informó de una mayor prevalencia de trauma relacional, medido por la concurrencia del estrés postraumático en la madre y el niño, en la muestra de exposición continuada en comparación con la muestra de exposición en el pasado (Pat-Horenczyk y otros, 2013).

Padres, disposición para el juego y resiliencia

Hay muchas pruebas que demuestran la importancia del juego y de la disposición para este en el desarrollo del niño en condiciones normales. Se acepta de forma general que el juego tiene una importancia crucial en el desarrollo cognitivo, social y emocional (Vygotsky, 1966; Singer y Singer, 2006; Ginsburg, 2007), y parece que el propio proceso de juego, incluso sin ninguna intervención externa, podría dar lugar a importantes transformaciones a nivel psicológico (Winnicott, 1971). El hecho de sentir, al jugar, la capacidad de influir en lo que ocurre puede ayudar a que los niños contrarresten sentimientos de depresión, ansiedad y pánico, que



Las madres informaron de dedicar más tiempo exclusivamente al niño; algunas de ellas afirmaron que esto contribuyó a fortalecer su vínculo. Foto • Cortesía de Centro israelí para el tratamiento del trauma psicológico

suelen registrar los niños traumatizados (Schonfeld, 2011), así como darles la oportunidad de dar un sentido a sus acciones de modos diversos. Por lo tanto, los niños que tienen la posibilidad de jugar son más resilientes frente al estrés.

Desafortunadamente, en momentos de trauma y de pérdida, la capacidad de los niños para el juego suele quedar mermada. Los niños podrían exhibir un comportamiento de juego postraumático (PTP, por sus siglas en inglés), un patrón de juego que se distingue del habitual (Wershba-Gershon, 1996) y que se caracteriza por su tenacidad, seriedad, falta de diversión y naturaleza frecuentemente mórbida. El PTP tiende a implicar elementos simples de defensa, como la identificación con el agresor, la identificación con la víctima, el desplazamiento, la enmienda y la negación,

y a mostrar un desarrollo regresivo (Terr, 1981; Cohen y otros, 2010).

Según Cohen (2013), hay elementos que apoyan la idea de que la disposición para el juego desarrollada con anterioridad a la exposición a eventos traumáticos potencia la resiliencia a estos. Por lo tanto, el apoyo orientado a recobrar la disposición para el juego puede ayudar a los niños a recuperar el uso del “juego divertido” para procesar con éxito sus experiencias traumáticas.

Los padres desempeñan un papel principal en el desarrollo del juego y de la disposición para este. Tras un evento traumático, los padres son eficaces mediadores de los eventos: modelan el comportamiento durante dicho evento y dan forma al entorno curativo que lo sigue (Cohen, 2009). Los padres que están dispuestos a participar en el juego de sus hijos y a favorecerlo alientan a los niños a participar en un juego complejo y rico, que pueden aprovechar para un mejor procesamiento afectivo (Bronson y Bundy, 2001; Fonagy y otros, 2002).

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, durante periodos más estresantes la calidad del cuidado que proporcionan los padres y su capacidad para el juego se ven afectadas. Se trata de un resultado muy negativo, pues en esas ocasiones es cuando los niños más necesitan a sus padres. Por lo tanto, hay una gran necesidad de intervenciones destinadas a promover el juego y la disposición a este entre los padres de familias que han experimentado un trauma. Una de esas intervenciones es la psicoterapia con el niño y el padre (Van Horn y Lieberman, 2009), que se centra en la relación padre-hijo entre los niños pequeños que han estado expuestos a hechos traumáticos de manera individual o junto con su familia. Aunque este programa y sus homólogos han registrado resultados positivos, todavía hay necesidad de programas en un entorno grupal, pues tienen el potencial de llegar a una población más amplia y pueden ser más adecuados para periodos de trauma constante o colectivo. Este es uno de los enfoques principales que orientaron el desarrollo del programa *Parent's Place*.

Parent's Place y NAMAL

Parent's Place (“Lugar de los padres”), en Sderot, fue concebido con la esperanza de fortalecer la capacidad de los padres que viven bajo la amenaza constante del ataque por misiles, para proporcionar el mejor cuidado posible a sus niños pequeños. El programa fue diseñado para abordar las necesidades de los padres, proporcionándoles el conocimiento y las herramientas prácticas con que poder afrontar experiencias estresantes y traumáticas en su función de padres de niños pequeños. Constaba de cinco elementos:

- un grupo de juego entre padres e hijos, destinado a fortalecer el juego y la disposición hacia este
- formación del personal docente en habilidades para afrontar el estrés y potenciar la resiliencia
- un grupo terapéutico para padres, en colaboración con los servicios locales de atención psicológica.
- sesiones quincenales de preguntas y respuestas con el coordinador local del proyecto, dirigidas a los padres y al personal, en las que se resolvían cuestiones personales y preguntas relacionadas con problemas surgidos durante la crianza
- charlas mensuales impartidas por profesionales y expertos, en las que se debatían cuestiones relativas a la crianza y al desarrollo infantil, abiertas al público general.

El primero de esos elementos, el programa de juego grupal padre-hijo, fue desarrollado por la doctora Esther Cohen, de la Universidad Hebrea, en colaboración con el equipo del ICTP. El nombre en hebreo del programa – NAMAL – reflejaba el acrónimo “Dejemos espacio para el juego”. NAMAL se basa en la “terapia de la relación padre-hijo”, un programa para la estimulación del juego entre padres e hijos, en un formato de grupos de padres. Pretende potenciar la resiliencia y el desarrollo de los niños, proporcionándoles un lugar seguro para interacciones en un entorno de juego entre padres e hijos, al tiempo que también aborda temas específicos, como el apego y el juego después de un evento traumático. Estos son los principios principales del programa:

- El juego libre e imaginativo promueve el desarrollo cognitivo, emocional y social.

- El juego promueve la resiliencia de los niños que sufren eventos traumáticos.
- El juego ayuda a tratar a los niños que presentan problemas emocionales y del desarrollo.
- La participación de los padres en la actividad de juego del niño mejora sustancialmente la relación padre-hijo y el desarrollo y equilibrio de este último.
- Es posible ayudar a los padres de manera eficaz y económica para que sean agentes de cambio en el comportamiento de sus hijos, empleando un entorno grupal para enseñarles a jugar con sus hijos.
- Los padres están motivados y capacitados para jugar con sus hijos en el entorno de una actividad de grupo simbólica, divertida y emocionalmente significativa.

El programa NAMAL consiste en 10 reuniones grupales vespertinas para parejas de padre-hijo. Las reuniones abarcan música divertida y favorable al juego, manualidades y actividades de teatro y de expresión corporal adecuadas para niños de entre 2 y 4 años. Los temas y las actividades de cada sesión se organizan en torno a una “frase del día”, que contiene un mensaje relativo a la relación o al desarrollo. Al final de cada sesión se entrega a los padres un resumen de las actividades realizadas, las letras de las canciones y una explicación sencilla del contenido, junto con un imán decorativo que exhibe la frase del día. Después de las actividades, hay una pequeña cena gratuita.

Evaluación y resultados del programa

El programa estuvo acompañado de evaluaciones cualitativas y de una investigación cuantitativa que todavía está en curso. En un plazo de 2 años, 70 madres de 10 grupos rellenaron un cuestionario semiestructurado al finalizar el programa. El análisis del cuestionario reveló que sus efectos más destacables podrían clasificarse en tres ámbitos (Cohen y otros, 2013).

1 Cambios evidentes en el comportamiento del niño

Tras el programa, el 68% de los padres informó de una mejora en la actitud positiva de sus hijos y en la manifestación de expresiones de entusiasmo; el 36% hizo referencia a la reducción de conflictos con sus hijos

gracias a una mayor práctica de escucha y de cooperación por parte del niño; el 12% mencionó un aumento de la autonomía y la autoconfianza del niño. Por ejemplo, una madre manifestó que su hija era “más independiente y segura en su trato con otros adultos”, mientras que otra madre dijo de su hijo: “es más abierto con otros niños y con desconocidos, y cuenta a los miembros de la familia extendida lo que hace en el programa”.

2 Cambios evidentes en el comportamiento de la madre

Las madres informaron de dedicar más tiempo exclusivamente al niño; algunas de ellas afirmaron que esto contribuyó a fortalecer su vínculo. Por ejemplo:

Lo que cambió más en nuestro hogar es que ahora tengo en cuenta todo lo que hace mi hija. Intento fijarme de verdad en lo que hace, y no solo “echarle un vistazo” mientras hago otras cosas.

También cambió el sentido de competencia de los participantes en su función parental y mejoró la comprensión de su hijo. Como manifestó uno de los padres:

Ahora entiendo mejor a mi hijo cuando está estresado.

Los padres se sintieron más capaces de promover un sentido de autonomía en el hijo:

Le digo: “Eres mayor; puedes lavarte el pelo tú solo.”

O:

Como madre, le doy más espacio para la independencia.

3 Comprensión e internalización de los mensajes del programa

Los comentarios de los padres revelan hasta qué punto han internalizado los mensajes del programa; especialmente, la importancia de pasar tiempo exclusivamente reservado para estar con su hijo, de jugar juntos, del uso de la imaginación y de las destrezas de trato, como el uso de frases reflexivas y técnicas de alivio y relajación como medio de promover el equilibrio emocional.

Durante un seguimiento de un año de duración, 38 de las 53 madres con las que se contactó por teléfono se ofrecieron a responder a un breve cuestionario semiestructurado. Sus respuestas revelaron que los

“Parent’s Place fue diseñado para abordar las necesidades de los padres, proporcionándoles el conocimiento y las herramientas prácticas con que poder afrontar experiencias estresantes y traumáticas en su función de padres de niños pequeños.”

aspectos más significativos a largo plazo del programa fueron su sentido de la competencia en su función de progenitoras, la comprensión de la importancia de detectar sentimientos y temores en sus hijos y de hablarles sobre ellos, y su capacidad para satisfacer las necesidades del niño.

Como expresó una madre:

Gracias al programa, en mi nuevo papel de madre, tengo más herramientas para abordar situaciones que no siempre sabemos cómo tratar en cuanto a sentimientos y pensamientos. Me ha dado la oportunidad de animar a mi hija a expresarse. Veo que actualmente comparte más sus sentimientos y temores, especialmente en lo relativo a la situación de la seguridad: tiene preguntas, y creo que puedo contestarlas de un modo que la tranquiliza. Parece que al seguir el programa consigo no silenciar el temor, sino exteriorizarlo abiertamente.

Adaptación a otras poblaciones

Tras el éxito del programa NAMAL, los grupos terapéuticos de juego entre padres e hijos se adaptaron a la cultura de los judíos etíopes que han emigrado a Israel en las últimas dos décadas: una transición con frecuencia traumática.

Las evaluaciones cualitativas con las madres que participaron en el programa para judíos etíopes revelaron tres temas principales. En primer lugar, mencionaron la importancia de una serie de habilidades para hacer frente a las situaciones. Por ejemplo, una madre comentó lo que había aprendido:

Es importante reflejar sus sentimientos, pues eso reduce la tensión y la ansiedad que ambas sentimos.

Otra madre afirmó:

Aprendí a abordar la situación de la seguridad y a transmitirle la certeza de que estoy siempre ahí si me necesita y de cómo superar la situación, incluso cuando estoy sumamente nerviosa.

El segundo tema era la importancia de pasar tiempo dedicado en exclusiva a estar con el hijo. Por ejemplo, una madre manifestó:

Para mí, lo más importante es el tiempo que pasé con mi hija, sin tener que preocuparme de nada más. Ese fue el tiempo dedicado tan solo a nosotras dos.

Otra madre afirmó:

Fue el tiempo de calidad que pasé con mi hija durante las actividades lo que fortaleció el vínculo entre las dos.

El tercer tema era la importancia del juego conjunto y el uso de la imaginación y de la disposición para el juego en la interacción entre padre e hijo. Por ejemplo, algunas madres informaron de haber aprendido algo del proverbio que se empleaba en el grupo: “Para jugar, todo lo que se necesita es mucha imaginación y un montón de trastos”.

Otra madre manifestó:

Las actividades de juego imaginativo me ayudaron a conocer nuevas facetas de mi hija.

Recientemente se ha realizado otra adaptación cultural y lingüística del programa para la población beduina de Rahat, lo cual ha implicado la necesidad de hallar expresiones paralelas que reflejen correctamente la cultura beduina: algunas de las canciones en hebreo han sido reemplazadas por canciones en árabe, con las que la población beduina está familiarizada, mientras que otras han sido traducidas y adaptadas. El proyecto se encuentra ahora en su fase piloto, con un grupo que sigue actualmente el curso en una guardería infantil. Toda información anecdótica recibida hasta la fecha es alentadora: el director de la guardería ha observado un incremento del juego simbólico entre los niños que han participado en el programa, mientras que muchas madres han expresado su disposición a participar en futuros grupos.

Referencias

- Bronson, M.R. y Bundy, A.C. (2001). A correlational study of a test of playfulness and a test of environmental supportiveness for play. *Occupational Therapy Journal of Research* 21: 241–59.
- Chemtob, C.M., Nomura, Y., Rajendran, K., Yehuda, R., Schwartz, D. y Abramovitz, R. (2010). Impact of maternal posttraumatic stress disorder and depression following exposure to the September 11 attacks on preschool children's behavior. *Child Development* 81: 1129–41.
- Cohen, E. (2009). Parenting in the throes of traumatic events: relational risks and protection processes. En: Ford, J., Pat-Horenczyk, R. y Brom, D. (eds). *Treating Traumatized Children: Risk, resilience and recovery*. Florence, KY: Routledge.
- Cohen, E. (2013). Playing with fire. En: Pat-Horenczyk, R., Brom, D. y Vogel, J.M. (eds). *Helping Children Cope with Trauma: Individual, family and community perspectives*. Hove/Nueva York, NY: Routledge.
- Cohen, E., Chazan, S.E., Lerner, M. y Maimon, E. (2010). Post-traumatic play in young children exposed to terrorism: an empirical study. *Infant Mental Health Journal* 31(2): 1–23.
- Cohen, E. y Gadassi, R. (2009). Posttraumatic stress disorder in young children exposed to terrorism: validation of the alternative diagnostic criteria. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 2: 229–41.
- Cohen, E., Pat-Horenczyk, R. y Haar-Shamir, D. (2013). Making Room for Play: an innovative intervention for toddlers and families under rocket fire. *Clinical Social Work Journal* 41: 1–10.
- Feldman, R. y Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50: 645–58.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Jurist, E.L. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Nueva York, NY: Karnac.
- Ginsburg, K.R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics* 119(1): 182–91.
- Lieberman, A.F. (2011). Infants remember: war exposure, trauma, and attachment in young children and their mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50(7): 640–1.
- Pat-Horenczyk, R., Achituv, M., Kagan Rubenstein, A., Khodabakhsh, A., Brom, D. y Chemtob, C. (2012). Growing up under fire: building resilience in young children and parents exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 5(4): 303–14.
- Pat-Horenczyk, R., Ziv, Y., Asulin-Peretz, L., Achituv, M., Cohen, S. y Brom, D. (2013). Relational trauma in times of political violence: continuous versus past traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 19(2): 125.
- Scheeringa, M.S. y Zeanah, C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress* 14: 799–815.
- Schonfeld, D.J. (2011). Ten years after 9/11: what have we (not yet) learned? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 32(7): 542–5.
- Seeman, T.E., Singer, B.H., Rowe, J.W., Horwitz, R.I. y McEwen, B.S. (1997). Price of adaptation: allostatic load and its health consequences. *MacArthur Studies of Successful Aging. Archives of Internal Medicine* 157: 2259–68.
- Singer, J.L. y Singer, D.G. (2006). Preschoolers' imaginative play as precursor of narrative consciousness. *Imagination, Cognition and Personality* 25(2): 97–117. doi: 10.2190/0kqu-9a2v-yam2-xd8j
- Terr, L.C. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry* 138(1): 14–19.
- Van Horn, P. y Lieberman, A.F. (2009). Using dyadic therapies to treat traumatized young children. En: Ford, J. y otros (ibid.).
- Vygotsky, L. (1966). Play and its role in the mental development of the child. *Soviet Psychology* 12: 62–7.
- Wershba-Gershon, P. (1996). Free symbolic play and assessment of the nature of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse* 5(2): 37–58. doi: 10.1300/J070v05n02_03.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Oxford: Penguin.

Raíces locales: trabajo social en una comunidad violenta de Brasil

Claudia Cabral, directora ejecutiva, y Fernanda Collart Villa, asesora de dirección, *Associação Brasileira Terra dos Homens*, Río de Janeiro (Brasil)

La Associação Brasileira Terra dos Homens (ABTH) trabaja para mejorar las capacidades positivas de crianza en Mangueirinha, una zona especialmente violenta de Río de Janeiro. En este artículo se explora el enfoque del trabajo social que realiza el programa *Raíces Locais* (Raíces locales), ilustrado a través de las historias de dos de las madres que han participado en él.

El programa *Raíces Locais* fue creado en 2008 por la *Associação Brasileira Terra dos Homens*. Pretende promover el desarrollo de Mangueirinha, una comunidad con cerca de 10.000 habitantes del municipio Duque de Caxias, perteneciente a la región Baixada Fluminense, del estado de Río de Janeiro.

El programa comenzó después de que una investigación de ABTH mostrara que la mayoría de los niños que vivían en las calles de Río de Janeiro procedían de Mangueirinha. Además, las autoridades públicas consideran que esa región es la más violenta de la zona. En el año 2009, ABTH estudió la situación socio-económica de Mangueirinha y diseñó el enfoque *Raíces Locais*, que incluía elementos de apoyo psicosocial, promoción de la cultura y del arte callejeros, gestión de los ingresos, educación preescolar, movilización social y defensa a nivel político.

ABTH tiene un centro a la entrada de la comunidad, donde unos 200 niños y 80 familias se reúnen para participar en distintas actividades. Aunque comenzó a trabajar en esta comunidad en el año 2008, ABTH lleva a cabo un trabajo social para fortalecer a las familias de los niños y adolescentes desde el año 1996. Durante los últimos 18 años, se ha desarrollado una metodología que ha sido eficaz en más del 80% de los casos tratados.

La metodología entiende a la familia como un sistema: cuando una persona busca apoyo, debe ayudarse a toda la familia. Entre los métodos de apoyo, se encuentran la realización de entrevistas (tanto con cada miembro individual de la familia como conjuntas con parejas, padres e hijos, etc.), las visitas al hogar, los grupos de padres y el trabajo en red con los servicios sociales. Los métodos varían según cómo se desenvuelve cada caso,



El mejor modo de ilustrar el trabajo de Raíces Locais es examinar el historial de las personas que, como Cleo y sus hijos (en la foto), han participado en el programa. Foto • Cortesía de *Associação Brasileira Terra dos Homens*

dependiendo de las necesidades específicas de la familia. El énfasis se pone en el diálogo, en la confianza y en el mantenimiento de la autonomía de cada persona.

Los miembros del personal trabajan con las familias para desarrollar las herramientas denominadas “genograma” y “ecomapa”. El genograma analiza las interacciones entre las distintas generaciones de la familia, y el ecomapa analiza el modo en que la familia interactúa con sistemas sociales como la guardería, la iglesia, los lugares de ocio, los amigos, los vecinos, los servicios médicos y el acceso a la vivienda. El hecho de visualizar estas relaciones de manera gráfica contribuye a desarrollar medidas estructuradas de intervención.

El mejor modo de ilustrar el trabajo de *Raízes Locais* es examinar el historial de las personas que han participado en el programa. Antonia y Cleo llegaron al programa por vías diferentes, pero ambas experimentaban dificultades a la hora de establecer vínculos con sus hijos. Participar en el programa les dio una nueva perspectiva sobre esas relaciones. Las historias de Antonia y Cleo son tan solo dos entre muchas, lo que muestra que la metodología del trabajo social de ABTH puede fortalecer la crianza responsiva y reducir el riesgo de violencia en el seno de la familia.

Antonia

Antonia se incorporó al programa en el año 2008, cuando tenía 27 años y dos hijos: Caio, de 5 años, y Camila, de 1 año. La relación con sus hijos no era buena, y su propia infancia había sido difícil: su madre biológica murió en el parto, y su madre adoptiva mostraba siempre un comportamiento violento. Se trasladó a Manguairinha y conoció a Robson, con quien estuvo casada durante 10 años. La adicción de su marido a las drogas se traducía en un comportamiento agresivo y, aunque quería dejar el hábito, le faltaba entereza para hacerlo.

El equipo de ABTH se ocupó de la familia y verificó su necesidad de apoyo sistemático. Para entender el modo en que la adicción a las drogas que padecía Robson afectaba a toda la familia, el equipo deliberó esa cuestión con Antonia de forma individual, con Antonia y Robson conjuntamente, y finalmente con los niños, tanto por separado como conjuntamente con su madre. Antonia asistió a centros de conocimiento en gestión de ingresos, que le ayudaron a aprender nuevos modos de gestionar sus ingresos y sirvieron para aumentar su autoestima. La relación con sus hijos mejoró, al igual que el rendimiento escolar de estos últimos.

Con el apoyo del equipo, el marido de Antonia comenzó un tratamiento y consiguió un trabajo. Sin embargo, recayó en la adicción. Una noche, cuando Robson estaba mostrando un comportamiento violento y buscando a Antonia, Caio le dijo a su padre dónde se encontraba ella, y Robson intentó matarla. Antonia logró escapar y buscó refugio fuera de la comunidad. Robson vendió la casa

familiar para saldar sus deudas derivadas del consumo de drogas, pero el equipo consiguió devolver la casa a Antonia y a sus hijos.

Antonia culpaba a Caio de haberle informado a su padre de dónde estaba aquella noche, y Caio culpaba a Antonia de haberle separado de su padre. Antonia comenzó a comportarse de forma violenta con Caio. El equipo intervino para reparar ese vínculo mediante actividades diseñadas para estimular la interacción entre padres e hijos y fortalecer su relación. Durante una de esas reuniones, Antonia y Caio escogieron cada uno un instrumento musical y cantaron una canción juntos. Antonia confesó que era la primera vez que había conseguido ver a su hijo como un niño.

ABTH introdujo el juego como técnica en las reuniones entre padres e hijos, pues sirve para establecer un canal de comunicación entre ambos. Mediante el juego, un niño “entra en contacto con sus fantasías, sus deseos y sus sentimientos, toma conciencia de las capacidades y de las limitaciones de su propio cuerpo, y establece relaciones de confianza con los demás” (Rede Nacional Primeira Infância, 2010: 52).

El comportamiento de Antonia ha cambiado. Ahora tiene más serenidad, más paciencia, y es más capaz de resolver las dificultades mediante el diálogo. Ha creado un entorno saludable y no violento para sus hijos. En el proceso de trabajo con Antonia, el equipo percibió que sus niveles de inteligencia, de comprensión y de capacidades de pensamiento crítico eran elevados. En consecuencia, le ofrecieron formación como ayudante de guardería, y ha comenzado a trabajar con niños de entre 2 y 6 años como parte del programa.

Cleo

Cuando Cleo se incorporó al programa, tenía 37 años y cuatro hijos (tres niñas y un niño), fruto de dos matrimonios distintos. Se ganaba la vida recogiendo materiales para reciclaje y llevaba a sus dos hijos más pequeños con ella, ya que no tenía con quién dejarlos. Ana, su hija mayor, tenía 9 años y cuidaba de sus dos hermanos más pequeños desde los 5. Le costaba

concentrarse en la escuela, y tuvo que repetir un curso. Cuando Ana comenzó a cometer pequeños hurtos, Cleo tuvo un claro motivo para solicitar ayuda al programa.

El equipo de ABTH trabajó con ella para realizar un genograma de su familia: se trata de un modelo gráfico acerca de las relaciones entre los miembros de la familia, que abarca varias generaciones, y que es “una rica fuente de hipótesis para tratar de comprender cómo contextualizar los problemas que afronta la familia” (ABTH, 2013: 26). Al trazar el genograma, resultó obvio que Cleo mantenía relaciones mucho más positivas con los hombres de la familia que con las mujeres. Mencionó que se sentía muy vinculada a su padre y en conflicto con su madre; mantenía buena relación con sus hermanos, y favorecía a su único hijo varón con respecto a sus hijas, denominándole “el príncipe de la casa”.

Cleo recibió formación sobre medios alternativos de generación de ingresos, mediante la elaboración y venta de polos de zumo de frutas. Mientras tanto, sus hijos pequeños asistieron a las actividades de apoyo educativo para niños de entre 2 y 6 años. Ana también asistió para cuidar de sus hermanos pequeños, y el equipo observó que era muy madura para su edad. La animaron a leer cuentos a los demás niños, y de forma gradual mejoró su rendimiento escolar y dejó de cometer pequeños hurtos. No obstante, era obvio que sentía rencor hacia su madre por haberle cargado con la responsabilidad de cuidar de sus hermanos pequeños en lugar de dejarle disfrutar de su infancia.

A través de su trabajo con el equipo, Cleo llegó a comprender que el trato que recibió por parte de su madre y del que tanto se lamentaba estaba siendo replicado en el modo en que ella misma se comportaba con sus hijas. Al comprender ese hecho, Cleo se puso en contacto de forma espontánea con su madre y trató de recuperar su relación. También se mostró dispuesta a trabajar en su relación con Ana, cuya participación en las distintas actividades del programa, como teatro, *capoeira* y canto, contribuyó a mejorar su vínculo. Además, puesto que Cleo es analfabeta, se sentía orgullosa de que Ana supiera leer. Cuando madre e hija redescubrieron sus

roles naturales, Ana pudo recuperar su infancia y de nuevo desempeñar su papel de hija, fortaleciendo los vínculos con su madre.

Integración con los servicios gubernamentales

Una ONG que experimenta con métodos innovadores en su ámbito de trabajo debe tener la misión de transmitir su conocimiento a las autoridades gubernamentales y de promover la comunicación constante con las estructuras oficiales responsables de la toma de decisiones, pues solo entonces la experiencia acumulada podrá multiplicarse de un modo eficaz y perdurable. Por lo tanto, el personal de ABTH trabaja en la promoción y defensa a nivel político, solicitando a los servicios gubernamentales que actúen de un modo más integrado y participativo. Existe una clara necesidad de servicios proactivos de la comunidad que promuevan la integración entre salud, educación, asistencia social, ocio, trabajo y vivienda.

Referencias

- Associação Brasileira Terra dos Homens (ABTH, 2013). *Guia Prático – Trabalho Social com Famílias (Trabajo social con familias: guía práctica)*. Rio de Janeiro: ABTH.
- Rede Nacional Primeira Infância. (2010). *Plano Nacional Pela Primeira Infância (Plan Nacional para la Primera Infancia) – Versión resumida*. Fortaleza: Rede Nacional Primeira Infância. Disponible en: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf> (último acceso, abril de 2014).

YouthBuild en Brasil: ejemplo de cómo la formación en albañilería puede mejorar las capacidades de crianza

Katia Edmundo (directora ejecutiva), Rogeria Nunes (coordinadora del proyecto) y Tamara Jurberg Salgado (ayudante del proyecto) del Centro para el Fomento de la Salud, Río de Janeiro (Brasil); y Laurie Bennett, directora de operaciones internacionales de campo de YouthBuild International, Somerville, Massachusetts (Estados Unidos)



Al valorar los sueños y los objetivos vitales de cada joven, los programas **YouthBuild** permiten a los participantes sentirse más valorados en su familia, entre sus amigos y en la comunidad en su conjunto. Foto • E. Raynes/Fundación Bernard van Leer

En una zona de Río de Janeiro marcada por la pobreza y por una cultura persistente de violencia, YouthBuild International y CEDAPS forman a jóvenes para que emprendan una carrera laboral en el mundo de la construcción. La Fundación Bernard van Leer apoya el programa, pues prepara también a los jóvenes participantes para ser padres responsables y responsivos. En este artículo se describe cómo.

Gabriel recuerda su infancia en Río de Janeiro:

Cuando cumplí 12 años, comencé a cometer delitos, caí en esa trampa.

En aquel momento, en el año 2002, su padre dejó de hablarle y, cuando se encontraba por la calle con su hijo, fingía que no le había visto. Gabriel pensaba que no tenía futuro y que un día, más pronto o más tarde, terminaría

en la cárcel o muerto: viviría la intensa pero breve vida de quienes se adentran en “el mundo del crimen”.

Desde que Gabriel recuerda, sus padres siempre estuvieron separados. Fue criado por una de sus hermanas, ya que su madre trabajaba y raramente estaba en casa; sin embargo, la hermana no fue ni una madre ni un padre para él. Como dice Gabriel:

Ella no tenía mucho que enseñarme o sobre lo que aconsejarme. La educación debe llegar de los padres.

Cuando era joven, su padre vivía en casa de otras mujeres o estaba fuera del hogar trabajando, así que nunca pudo prestar mucha atención a su hijo mientras este crecía.

Gabriel también sufrió violencia en su hogar, pues su padre le pegaba. Según afirma:

En cuanto yo llegaba a casa, venía y me pegaba. Nunca se sentó a hablar conmigo como amigo, como padre.

La dinámica era siempre “pegar en lugar de aconsejar”. Para empeorar las cosas todavía más, su padre guardaba en casa armas de los traficantes de drogas, con lo que constituía un ejemplo negativo para su hijo.

A la edad de 15 años, Gabriel conoció a su mujer y al poco tiempo ella quedó embarazada, pero perdió al bebé. Al año siguiente volvió a quedarse embarazada y, con 16 años, Gabriel fue padre. El embarazo no había sido planificado, pues ambos eran muy jóvenes, pero poco a poco maduraron y aprendieron a manejar la situación. Hoy en día, continúan casados y tienen dos hijos.

Buscando la oportunidad de aprender un oficio a la edad de 22 años, Gabriel decidió unirse al programa *YouthBuild* en el Centro para el Fomento de la Salud (*Centro do Promoção da Saúde*, CEDAPS), que comenzó a operar en su comunidad de Complexo do Alemão en julio de 2012. La historia de Gabriel sugiere que los programas *YouthBuild* pueden ayudar a promover una crianza responsable y responsable por parte de los jóvenes de comunidades con índices elevados de violencia.

***YouthBuild* en Río de Janeiro**

El Complejo do Alemão, situado cerca del centro comercial de Río de Janeiro, lo integran 13 suburbios, con una población que se estima entre 69.143 y 89.112 personas, de las cuales el 29% vive bajo el umbral de la pobreza. La comunidad ostenta el peor puesto en el Índice de Desarrollo Social de la ciudad, y un Índice de Desarrollo Humano (IDH) del 0,711 (en el puesto 126)¹. La tasa de mortalidad infantil es del 40,15 por cada 100.000 nacimientos con vida, cinco veces superior a la tasa del 7,76 por cada 100.000 nacimientos con vida de los barrios cercanos y de rentas superiores de la Zona Sur (UPP Social, en línea). La comunidad registra el segundo nivel educativo más bajo de la ciudad, con un promedio de 5,36 años de estudio, frente al de 8,29 años de estudio alcanzado en otros distritos escolares (Carreira y Carneiro, 2008; Instituto Humanitas Unisinos, 2010, en línea); el 14% de los residentes es analfabeto.

El Complejo do Alemão estuvo bajo el control de los traficantes de drogas, hasta que el ejército brasileño y la policía asumieron el control de los barrios hace 3 años, en el marco de una iniciativa más general de pacificación que está en curso en la ciudad. Si bien los residentes se muestran satisfechos de que la violencia asociada al tráfico de drogas haya descendido y de que su comunidad sea ahora más abierta, se enfrentan a una gran incertidumbre, pues la economía local, que estaba impulsada por el propio tráfico de drogas, prácticamente se esfumó de la noche a la mañana.

Durante esa difícil transición en la historia de la favela Alemão, *YouthBuild International* y CEDAPS colaboraron con una ONG local llamada Educap (Foro democrático para la inclusión, la difusión, el aprendizaje y la prevención)² para adaptar e implementar el programa *YouthBuild*. Este programa ha sido posible con el apoyo de la Fundación Bernard van Leer, de la Fundación Prudential y de *Oi Futuro*. *YouthBuild* ha venido operando desde hace 35 años y trabaja con organizaciones contrapartes de todo el mundo. El modelo adaptado del programa en Alemão proporciona una experiencia holística para los jóvenes, incluyendo clases prácticas de educación básica; orientación; programas de autoconcienciación, trabajo en equipo y prevención del abuso de drogas; formación en capacidades técnicas, como la seguridad y la salud y los derechos de los trabajadores; y servicios de colocación y apoyo (para el empleo por cuenta ajena, para el empleo autónomo o para continuar con la educación y la formación.) Para los jóvenes que se inician en la albañilería, la “construcción de activos de la comunidad” (CAB, por sus siglas en inglés) ofrece una formación basada en el trabajo, necesaria para acceder al empleo; para aquellos cuyo medio de subsistencia no se centra en la construcción, ofrece una introducción rigurosa y exhaustiva al mundo laboral.

La CAB desempeña un papel central en el diseño del programa *YouthBuild*. Los jóvenes transforman sus comunidades, al tiempo que desarrollan sus capacidades técnicas y sus habilidades interpersonales, creando o renovando activos de la comunidad tales como viviendas, centros comunitarios y parques. Estas actividades

tienen lugar en las comunidades donde viven los propios participantes, otros jóvenes y sus familias. En consecuencia, estos jóvenes ven cómo sus actos individuales pueden mejorar el mundo que les rodea, y los miembros de la familia y los residentes locales ven cómo asumen la responsabilidad del desarrollo de sus propias vidas y de su comunidad.

En Río de Janeiro, *YouthBuild* halló una sólida correspondencia con los valores de CEDAPS, cuya misión es desarrollar la capacidad de los líderes y de las organizaciones locales, y dar a las comunidades los medios necesarios para buscar y hallar soluciones a sus propios problemas. Hasta el momento, estos son los resultados:

- Han participado en el programa 112 jóvenes.
- El 77% de los inscritos completó el programa.
- El 75% de los graduados fue colocado en diversos empleos, se puso a trabajar por su cuenta o continuó con su formación.
- El 85% de los graduados recibió certificados reconocidos por el mercado del sector de la construcción.
- Mediante las actividades de construcción de activos de la comunidad llevadas a cabo en sus barrios, los jóvenes reformaron dos hogares para hacerlos accesibles a todo el público, renovaron dos centros de la comunidad y completaron modestas mejoras de construcción en 46 hogares.

La experiencia de Gabriel

Entre los 25 jóvenes que completaron el programa con Gabriel, de edades comprendidas entre los 17 y los 26 años, seis eran padres antes de comenzar el proyecto, y una de las jóvenes estaba embarazada. La mayoría de los participantes había estado involucrada en el tráfico de drogas o había recibido condenas por delitos cometidos con anterioridad. Durante las sesiones en que los jóvenes tuvieron la oportunidad de debatir los retos que afrontaban en sus vidas, otros participantes del programa contaron historias similares a las de Gabriel. Gabriel vio que no estaba solo y que algunos de sus compañeros habían sufrido o presenciado violencia en sus hogares o en la comunidad en relación con

las actividades del tráfico de drogas. Muchos padres habían estado ausentes de sus hogares durante largos periodos de tiempo, y las opiniones tradicionales sobre la paternidad no incluían un papel práctico de los hombres en el proceso de crianza.

Como parte de las actividades para la CAB, CEDAPS dio a los estudiantes un pequeño presupuesto con el que mejorar sus propios hogares. Gabriel recuerda las numerosas reformas que necesitaba su hogar, y cómo el proyecto le permitió poner en práctica las nuevas destrezas que había adquirido en el programa. Destaca cómo el trabajo le hizo ganarse el respeto de su madre, el de sus propios hijos y el de sus parientes. A medida que lo veían avanzar en las reformas caseras, le hacían preguntas sobre lo que estaba haciendo. Gabriel dice:

Tan pronto como me introduje en el programa, mi madre comenzó a respetarme más, a confiar en mí y a pensar que estaba prosperando.

El personal proporcionó modelos de conducta, y el tener un foro donde debatir con sus iguales cómo cultivar relaciones saludables, así como la importancia de valores como el respeto mutuo, la colaboración y la cooperación, podría haber contribuido al crecimiento de Gabriel como padre. Gabriel desarrolló un mayor sentido de la responsabilidad: sobre sí mismo, su familia y su comunidad. Como apuntó él mismo:

El programa ha cambiado mi vida y la relación con mis hijos. Cuando trabajaba en la casa, mis hijos me preguntaban qué sabía hacer. Observaban las mejoras, y jugábamos juntos. Para mí, ha sido un cambio a mejor.

Gabriel ahora considera la paternidad de un modo muy distinto del que él mismo experimentó. Recuerda el vacío que sentía en su niñez y en su adolescencia, y trata de estar cerca de sus hijos, proporcionándoles el amor y el afecto que él nunca tuvo. Afirma:

Mis hijos lo son todo para mí; nuestra relación no puede ser mejor.

Cada día, desempeña su papel de padre de forma activa: ayuda a los niños con los deberes, cocina, sale con ellos y hace todo aquello que podría contribuir a la educación de los chicos.

La experiencia incluso ha dado al padre de Gabriel una segunda oportunidad en la relación con su hijo. Cuando Gabriel comenzó a reformar su hogar, su padre empezó a ayudarlo con la colocación de las baldosas y de los materiales para el suelo. Como trabajaban juntos, se comunicaban más:

Comencé a cocinar la comida de mi padre. Nos sentábamos a comer juntos. Las cosas cambiaron, y se hizo más cercano.

Al presenciar la relación de cariño entre Gabriel y sus hijos, el padre de Gabriel ha comprendido lo diferente que él fue en su día como progenitor. Ahora trata de compensar su ausencia durante la infancia de Gabriel manteniéndose cerca de sus nietos, ayudando a su hijo y mostrando interés por el trabajo que este desempeña. El abuelo visita a su hijo, juega con los niños y se comporta de un modo diferente que el padre que fue hace muchos años. Gabriel dice:

Poco a poco [nuestra relación] está cambiando, o ha cambiado ya a mejor. Ahora sé que puedo contar con él para algunas cosas.

Lecciones aprendidas

CEDAPS valora la formación práctica que la metodología *YouthBuild* ofrece a los jóvenes, y ha recibido con satisfacción los cambios que el programa inspira en ellos y en otros miembros de la comunidad. Lucía Cabral, directora ejecutiva de Educap, agradece que el programa *YouthBuild* incremente la participación cívica de los jóvenes, pues observa que estos “ahora se sienten como verdaderos ciudadanos”. Al valorar los sueños y los objetivos vitales de cada joven, los programas *YouthBuild* permiten a los participantes sentirse más valorados en su familia, entre sus amigos y en la comunidad en su conjunto. CEDAPS considera que los cambios en la propia imagen y en el comportamiento entre los jóvenes, así como su crecimiento durante la formación, son los resultados fundamentales del programa.

Los proyectos para la CAB que lleva a cabo *YouthBuild* amplían el impacto del programa en la comunidad. CEDAPS ha destacado la construcción de activos en la comunidad como el foco central de sus programas *YouthBuild*, pues el personal ha observado cómo estas experiencias tangibles permiten a los jóvenes adquirir

“CEDAPS considera que los cambios en la propia imagen y en el comportamiento entre los jóvenes, así como su crecimiento durante la formación, son los resultados fundamentales del programa.”

confianza y autoestima mientras desarrollan un liderazgo valioso para el mercado y destrezas útiles para su propia subsistencia.

Los proyectos sociales como *YouthBuild* pueden contribuir directamente a la reconstrucción de las trayectorias vitales de los jóvenes, a pesar de los patrones de violencia concreta que hayan afrontado en su familia y en su comunidad. Las experiencias prácticas que ha proporcionado el programa *YouthBuild* permiten una transformación estructural de aquellos conceptos y sentimientos que, aunque no sean completamente entendidos, desencadenan patrones de comportamiento destructivo hacia uno mismo y los demás. El intenso apoyo que los jóvenes reciben en el programa les ayuda a entablar relaciones más saludables y más afectivas con sus esposas, sus hijos, sus padres y sus amigos.

A través de la experiencia obtenida en el modelado y en la implementación del diseño adaptado del programa *YouthBuild* en Alemão, CEDAPS ha constatado que las estrategias siguientes fomentan la crianza responsiva y responsable entre los jóvenes que se han criado en un entorno violento en sus hogares o en sus comunidades:

- Desarrollar una red dinámica de jóvenes a la que puedan remitir a sus amigos para participar en programas sociales.
- Proporcionar espacios seguros para que los jóvenes puedan debatir cómo desarrollar relaciones saludables con sus hijos, con su familia y con sus parejas, y para compartir las transformaciones que experimentan durante el programa.
- Ofrecer actividades de construcción de activos en la comunidad que tengan un efecto positivo en las relaciones en el seno de la familia y de la comunidad.

- Desarrollar estrategias objetivas destinadas a la construcción (ya sea física o intangible), de forma que prevalezca el sentido del logro y del “poder positivo”.
- Garantizar el diálogo y el acercamiento constantes a la comunidad, para fortalecer así la participación de esta.
- Difundir los logros positivos del proyecto en toda la comunidad.

Introducir modelos de comportamiento como el de Gabriel y el de otros jóvenes de ambos sexos que atravesaron problemas similares a lo largo de su vida, anima a otros padres jóvenes a participar en actividades similares. Gabriel, que ahora trabaja en Educap y complementa sus ingresos con trabajos en la construcción, transmite este mensaje a otros jóvenes:

No guardes rencor por cómo te criaron. Confía en la importancia de mantenerte cerca de tus hijos y nunca evites hacer algo solo porque alguien no lo hizo por ti un día. Si hay algo que no deseas para ti mismo, tampoco lo deseas para tus hijos. Aquello era terrible, y no deseo que les ocurra lo mismo a mis hijos. De lo contrario, se convierte en un ciclo.

Mediante programas como *YouthBuild*, el ciclo puede transformarse en positivo.

Referencias

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (en línea) *7 a 12. Vamos conhecer o Brasil: características da população* (Características de la población). Disponible en: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao> (último acceso, abril de 2014).
- Instituto Humanitas Unisinos (2010, en línea) *Noticias: Alemão e Rocinha são as favelas mais pobres do Rio* (Noticias: Alemão y Rocinha son las favelas más pobres de Río), 30 de noviembre. Disponible en: <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/38834-alemao-e-rocinha-sao-as-favelas-mais-pobres-do-rio> (último acceso, abril de 2014).
- Carreira, D. y Carneiro, S. (2008) *Violação dos Direitos Educativos da Comunidade do Complexo do Alemão (Rio de Janeiro) (Violación de los derechos educativos en la comunidad de Complexo do Alemão, Río de Janeiro)*. São Paulo: Relatório Nacional para o Direito Humano à Educação/DHESCA Brasil. Disponible en: [http://www.dhescbrasil.org.br/attachments/406_relata%C3%B3rio%20miss%C3%A3o%20Complexo%20Alem%C3%A3o-Relatoria%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20\(2\).pdf](http://www.dhescbrasil.org.br/attachments/406_relata%C3%B3rio%20miss%C3%A3o%20Complexo%20Alem%C3%A3o-Relatoria%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20(2).pdf) (último acceso, abril de 2014).
- UPP Social (en línea) *Territórios: Complexo do Alemão*. Disponible en: <http://uppsocial.org/territorios/complexo-do-alemao/>
- UPP Social (2012, en línea) *Panorama dos Territórios: UPP'S Complexo do Alemão (Panorama de los territorios: Complexo do Alemão de UPP)*. Río de Janeiro: Río Prefeitura. Disponible en: <http://www.uppsocial.org/wp-content/uploads/2014/01/1-Panorama-dos-Territórios-UPPs-Complexo-do-Alemão1.pdf> (último acceso, abril de 2014).

Lecturas adicionales

- Freitas, W.M.F., Da Silva, A.T.M.C., Coelho, E.A.C., Guedes, R.N., De Lucena, K.D.T. y Costa, A.P.T. (2009). *Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor* (Paternidad: responsabilidad social del papel del padre como proveedor). *Revista de Saúde Pública* 43(1). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n1/6868.pdf> (último acceso, abril de 2014).
- Moreira, L.E. y Toneli, M.J.F. (2013). *Paternidade responsável: problematizando a responsabilização paterna* (Paternidad responsable: problematización de la responsabilidad paterna). *Psicologia & Sociedade*. 25(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822013000200016&script=sci_arttext (último acceso, abril de 2014).

Notas

- 1 Datos procedentes del Censo demográfico brasileño del año 2010. Puede hallarse más información sobre estos resultados del censo disponible en línea (UPPS, 2012). Algunos de los residentes de la comunidad no participaron en el censo, lo que ha llevado a algunas organizaciones de la comunidad a calcular una población más elevada. Otros datos relativos a la población se encuentran disponibles en el sitio web del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, en línea).
- 2 Según Lucía Cabral, directora de Educap (Foro democrático para la inclusión, la difusión, el aprendizaje y la prevención), esta ONG colabora con diversas iniciativas que abordan los derechos de los ciudadanos, tales como el fomento de la salud, la educación, el entorno y otras cuestiones. El objetivo es que las personas reconozcan su ciudadanía a través de sus derechos y deberes.

Mejorar el entorno en los hogares de los Andes para prevenir la violencia contra los niños

Patricia Ames, investigadora adjunta del Instituto de Estudios Peruanos y Académica del Departamento de Ciencias Sociales, Sección de Antropología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima (Perú)



La mejora de las condiciones de los hogares incluía contar con un espacio en el patio en el que los niños pudieran jugar.
Foto • Cortesía de Instituto de Estudios Peruanos

Cuando TADEPA¹ implementó un proyecto para mejorar las condiciones de los hogares entre las comunidades de campesinos pobres de las tierras altas de Ayacucho, en Perú, su objetivo explícito no era reducir la violencia contra los niños. Sin embargo, al finalizar el proyecto ese pareció ser un resultado inesperado, pero muy positivo. En este artículo se resume la investigación que prosiguió acerca de las posibles explicaciones para ello, y sobre la que podría basarse el diseño de futuros proyectos.²

En los hogares rurales de los Andes, la mayoría de las cocinas son oscuras y están llenas de humo. Pero la cocina de Aurelia no es así. Ella y su marido hicieron

mejoras en el diseño de su hogar tras participar en el proyecto *Allin Wiñanapaq* (que significa “Crecer adecuadamente” en idioma quechua, el que hablan los indígenas de la región), implementado en Ayacucho por la organización no gubernamental TADEPA en el periodo comprendido entre 2009 y 2012.

Reemplazaron el techo de hierro ondulado de su hogar por otro de plástico ondulado transparente, que dejaba pasar más cantidad de luz. Ahora, el suministro de agua que necesitan está cubierto. Los módulos de almacenamiento, construidos con materiales locales, mantienen todo organizado y libre de polvo, y los alimentos pueden refrigerarse. En el patio exterior se

reserva un lugar para que los niños guarden sus juguetes y experimenten con los juegos hechos en casa. Los niños ayudan también con el huerto biológico, que les proporciona verduras frescas para sus comidas.

A la familia le encanta esta nueva distribución. Pero ¿qué tiene esto que ver con la violencia contra los niños?

Cuando se inició el proyecto, reducir la violencia no era uno de sus objetivos explícitos. El castigo físico fue uno de los temas que se abordaron en las visitas domiciliarias del proyecto y en las reuniones colectivas con las madres, pero el centro de atención, por lo general, se situó más bien en el desarrollo infantil, en la estimulación temprana, en el juego, en la salud y en la nutrición. El objetivo era mejorar el bienestar físico y mental de los niños menores de 5 años, quienes presentaban elevados índices de malnutrición (33%) y retrasos en el desarrollo psicosocial (75%).

El proyecto trabajó con las familias, con los colegios y con las autoridades locales para mejorar todos los entornos que rodean a los niños pequeños. Así, orientó a las familias en ámbitos como el diseño de una cocina y de los huertos biológicos; en cuestiones como separar las camas y las habitaciones de los adultos y de los niños; en construir zonas de juego y casitas para los niños; y en reservar un espacio en el hogar a la lectura y a la realización de los deberes de la escuela. Igualmente, trabajó con los centros de educación preescolar para mejorar sus condiciones físicas y pedagógicas, y con las autoridades locales para corregir aspectos de la vida en la comunidad, como la recogida de basura, y para ayudarles a tener en cuenta las necesidades de los niños pequeños en su planificación.

Al finalizar el proyecto, se observó que la violencia contra los niños parecía haberse reducido. Esa posibilidad suscitó gran interés, y en consecuencia la Fundación Bernard van Leer encargó al Instituto de Estudios Peruanos (IEP) que llevara a cabo una investigación para recopilar más información. Dos comunidades que habían trabajado con el proyecto, Cuchucancha e Inccaracay, fueron seleccionadas para realizar un

estudio cualitativo en profundidad. También se eligieron otras dos comunidades similares del mismo distrito – Ccochapata y Pantin – que no habían participado en el proyecto, para realizar una comparación.

En cada una de las cuatro comunidades, los investigadores realizaron entrevistas con las autoridades locales, con las mujeres y con los niños; seleccionaron a tres familias para observarlas a fondo y realizar entrevistas detalladas; e hicieron un seguimiento de las clases impartidas en la escuela y de la vida en la comunidad durante algunos días.

“Ahora vivimos mejor”

El estudio sugirió que las actitudes hacia la violencia contra los niños, en general, se habían tornado más ambiguas desde el desarrollo de la generación actual de padres. Ello fue especialmente perceptible a partir del año 2000, cuando se puso fin a dos décadas de conflicto a nivel interno: nuevos programas estatales y mayores experiencias de emigración han expuesto a los padres a debates que ponen en tela de juicio el uso de la violencia como estrategia legítima para educar a los niños. No obstante, todavía persisten algunos temores generalizados de que no recurrir al castigo físico puede convertir a los niños en perezosos y débiles.

En las cuatro comunidades había presencia de diversas formas de violencia (física, psicológica o sexual). Esto no es sorprendente, dados los elevados índices de violencia contra los niños que se registran en las zonas rurales de Perú: la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011 (ENDES) sugiere que cerca del 45% de las madres que viven en zonas rurales golpean a sus hijos como forma de castigo, y el 38% de las mujeres tienen una pareja que emplea la violencia. No obstante, hubo tres diferencias importantes entre las dos comunidades que habían trabajado con el proyecto y las otras dos que no.

1 Castigos menos severos

En primer lugar, en las comunidades que habían experimentado la intervención del proyecto se detectaron solo formas relativamente ligeras y moderadas de castigo físico: por ejemplo, tirar de las orejas o del pelo, dar un

azote y usar un látigo, un cinturón o un palo. En las otras dos comunidades se empleaban más formas –y más severas– de castigo, como propinar palizas, puñetazos y golpes.

Esto sugiere que la participación en la intervención podría haber contribuido a acelerar un cambio en las normas sociales, que por lo general ya está en marcha, al hacer que se dejaran de considerar aceptables formas más severas de violencia. Dado que la violencia contra los niños solía atribuirse a una percepción de desobediencia y mal comportamiento, también es posible que el proyecto redujera esa percepción, al promover una mayor colaboración entre los miembros de la familia y un cambio de opinión sobre el papel de los niños en el hogar, junto con una comprensión más clara del desarrollo infantil.

2 Menos casos de negligencia

En segundo lugar, se informó de casos de negligencia infantil en las dos comunidades que no participaron en el proyecto, pero de ningún caso en las que sí participaron. La negligencia se define como el fracaso de los padres a la hora de responder a las necesidades físicas y emocionales de los niños, lo que sitúa a estos últimos en una situación de riesgo.

Probablemente, ello puede atribuirse en parte a las visitas al hogar y a las reuniones colectivas en las que se impartía información sobre el desarrollo infantil, pero también al modo en que el proyecto animaba a los miembros de la familia a compartir las responsabilidades por las tareas domésticas. Se observó que las madres que tenían un comportamiento negligente hacia los niños tendían a ser las que más abrumadas se sentían por tener que realizar la mayor parte de las tareas domésticas, además de por tener que cuidar de sus hijos.

3 Menos conflictos familiares

En tercer lugar, algunas familias informaron de que la intervención había dado lugar a una reducción del conflicto entre los miembros de la familia. Probablemente, esto también guarda relación con el

mayor reparto de las responsabilidades por las tareas domésticas: se concluyó que la violencia en el seno de la pareja solía iniciarse por discusiones motivadas por problemas en el hogar. Cuando las mujeres se sentían menos agobiadas y más apoyadas en el hogar, estaban menos estresadas y había menos disputas que pudieran llegar a agravarse hasta convertirse en episodios de violencia física. Alicia, de Incaraccay, lo expresó de este modo:

Cuando la casa está limpia y en orden, vuelves a tu hogar y descansas, estás en calma, y no hay razón para protestar o pelear, ni con los niños ni con el marido.

Otra mujer, Aurelia, de Cuchucancha, manifestó:

Antes discutíamos y peleábamos, pero cuando ellos llegaron eso se acabó. Lo explicaron bien en los talleres; dicen que no hay que pegar a los hijos. Se ha producido un cambio. Antes era un caos; los niños eran desordenados; no hacían la cama. A veces, cuando estaba irritada, trataba mal a mi marido; discutía con él. Desde que llegó TADEPA, todo eso ha cambiado. Se ve ahora cómo reaccionan mis hijos; lo hacen de forma correcta, y no surgen problemas.

A partir de las conclusiones de esta investigación, TADEPA trabaja ahora en Huancavelica, una región vecina, con el objetivo explícito de reducir la violencia contra los niños pequeños, así como de mejorar su bienestar general.

Referencia

Ames, P.P. (2013). *Entre el Rigor y el Cariño: Infancia y violencia en comunidades andinas*. Lima: IEP.

Notas

- 1 TADEPA son las siglas de *Taller de Promoción Andina*; es una organización contraparte de la Fundación Bernard van Leer en Perú.
- 2 Este artículo se basa en una amplia investigación, encargada por la Fundación Bernard van Leer y llevada a cabo por el Instituto de Estudios Peruanos, que ha sido publicada en español por el IEP (Ames, 2013), véase http://www.iep.org.pe/catalogo_fe.html.

Cómo llegar también a los padres: ¿Qué es “lo que funciona” en las intervenciones sobre crianza positiva?

Adrienne Burgess, codirectora ejecutiva y jefa de investigación del Fatherhood Institute, Marlborough (Reino Unido)

En los programas que favorecen las capacidades positivas de crianza, el término “progenitores” (“parents”) suele utilizarse como sinónimo de “madres”. En este artículo se analiza la importancia de incluir de manera específica a los padres, se examina la limitada base de pruebas sobre el trabajo con ellos y se describen diez intervenciones de probada eficacia.

Al revisar la práctica llevada a cabo en el ámbito del bienestar infantil en distintos países, se ha detectado una omisión sistemática de las figuras paternas en las vidas de los niños que se encuentran en condiciones de riesgo (Zanoni y otros, 2013). En contextos de protección infantil, este hecho se ha vinculado a la muerte y al maltrato infantiles (OFSTED, 2011; Brandon y otros, 2011).

Habitualmente, en estas familias se marginaliza a los padres y a las figuras paternas, tanto como en las familias donde se considera que los niños no están en situación de riesgo (Raikes y otros, 2005; Featherstone y otros, 2007; Harwin y otros, 2014). El resultado es que se conocen pocos padres que participen en los programas formales de prácticas adecuadas de crianza; otra consecuencia es que la responsabilidad de introducir y mantener los cambios en el seno de las familias se adjudica de forma injusta únicamente a las madres.

Debido a la baja participación de los padres en las intervenciones para promover prácticas adecuadas de crianza, y dado que las evaluaciones rara vez han desglosado los resultados de los progenitores según el género, y en su lugar han englobado a las madres y a los padres en un mismo conjunto como “progenitores” al presentar sus conclusiones, las pruebas basadas en la participación de los padres en las intervenciones formales son escasas y endebles desde el punto de vista metodológico.

En una revisión sistemática, Panter-Brick y otros (en prensa) identificaron tan solo 92 intervenciones sobre prácticas adecuadas de crianza realizadas en el mundo que desglosaban las conclusiones según el sexo del progenitor, y que por lo tanto podían describir los

resultados obtenidos en relación con la participación de los padres. La mayoría de esas intervenciones se llevaron a cabo en países desarrollados: 57 de ellas en los EE. UU. y Canadá. Tan solo se hallaron 12 intervenciones en contextos diferentes: Turquía, Ucrania, Israel, Jordania, Irán, México, Brasil, Perú, China, Níger y Pakistán. En todos estos casos, el tamaño de la muestra de padres solía ser pequeño; casi nunca se midió el impacto de la participación de ambos padres, y los resultados (que sobre todo dependían de la información que proporcionaban los propios padres) se registraron únicamente a muy corto plazo. Tan solo 11 de los 34 programas que estos autores han considerado “ejemplares” se beneficiaron de la evaluación en estudios controlados aleatorizados (8 de ellos en los EE. UU.), y únicamente 11 de ellos registraron efectos positivos en los niños (ninguno de estos 11 programas se realizó en un país en vías de desarrollo).

Elementos de los programas con posible eficacia sobre el maltrato por parte de los padres

Lundahl y otros (2006) realizaron un metaanálisis con el fin de evaluar la capacidad de los programas de formación en prácticas adecuadas de crianza para prevenir el maltrato físico y emocional, así como la negligencia hacia los niños. Pocos de ellos habían desglosado las conclusiones por género. Los autores concluyen que los programas son más eficaces cuando incluyen elementos basados tanto en el grupo como en el individuo, cuando se facilitan en más de un entorno (en el hogar y en el centro) y cuando adoptan tanto enfoques conductuales (gestión del comportamiento del niño) como no conductuales (cambio en las actitudes). Una “revisión sistemática de las revisiones”, realizada por Mikton y Butchart (2009) y relevante para la prevención del maltrato infantil, concluyó que las visitas domiciliarias, la educación de los padres, la prevención del traumatismo craneoencefálico por maltrato y las intervenciones con componentes múltiples “mostraron resultados prometedores” a la hora de mejorar los índices de maltrato infantil por parte de las madres.

Es probable que muchos de los elementos de un programa que han resultado ser útiles para prevenir el maltrato

infantil por parte de las madres puedan incorporarse al trabajo contra el maltrato perpetrado por los padres. No obstante, esto no significa que un enfoque neutral con respecto al género sea suficiente. Por ejemplo, una característica particular de los padres que maltratan parece ser la actitud rígida acerca del comportamiento infantil adecuado y de las prácticas de crianza, *vinculada a un posible mantenimiento de los estereotipos de género*. Siendo así, abordar tales estereotipos será un elemento importante de la intervención (Pittman y Buckley, 2006).

¿Qué programas?

El Fatherhood Institute (por ejemplo, Burgess, 2009; McAllister y otros, 2012) ha identificado intervenciones formales sobre prácticas adecuadas de crianza en las que han participado los padres, y o bien han reducido los malos tratos o bien han mostrado un claro potencial para ello. A continuación, se describen brevemente diez de esas intervenciones. Muchas de ellas están orientadas únicamente a los hombres (concebidas para un único sexo); sin embargo, ello no significa que la participación de los padres de manera independiente de las madres o de los hombres sin la presencia de mujeres sea, en la mayoría de los contextos, el mejor modo de enfocarla; más bien podría ser al contrario (Cowan y otros, 2009; Spaulding y otros, 2009; Wadsworth y otros, 2011). De hecho, muchos hombres se muestran muy reacios a asistir a grupos únicamente para hombres o para padres (Russell y otros, 1999), mientras que desde un punto de vista programático los servicios destinados solo a los hombres suelen ser un elemento añadido a otros programas y se consideran insostenibles cuando escasean los recursos.

1 Intervención primaria sobre el Síndrome del bebé zarandeado (EE. UU.): en la localidad de Buffalo (Nueva York), se informó a las madres y a los padres primerizos acerca de los riesgos de zarandear al bebé, se les ofreció estrategias para abordar sin riesgos comportamientos como el llanto persistente y se les instó a firmar una “declaración de compromiso” en la que confirmaron la recepción y comprensión de la información ofrecida. También se elaboró un vídeo, pero no tuvo un gran alcance entre los padres, quizá porque no se divulgó en algunos entornos. Los

índices de lesiones en la cabeza como consecuencia del maltrato ejercido en los primeros 3 años de la vida del niño casi se redujeron a la mitad durante el periodo de 5 años de estudio (Dias y otros, 2005).

- 2 Early Head Start (EHS) (EE. UU.)** se basa en un triple enfoque: incrementar la autosuficiencia económica y la salud de las familias; supervisar y potenciar el desarrollo infantil; y favorecer y mejorar las capacidades positivas de crianza. En una muestra de 3.000 niños y sus padres, se observó que los padres que habían participado en el programa EHS tenían una probabilidad significativamente menor de utilizar métodos severos de corrección del comportamiento en comparación con los padres del grupo de control. Asimismo, dejaban mayor libertad a sus hijos y participaban con más facilidad en sus actividades infantiles; mientras que los hijos, por su parte, les prestaban más atención (Vogel y otros, 2011).
- 3 Programa AÇEV de apoyo a la paternidad (Turquía)** aspira a que “los padres desempeñen un papel más eficaz y positivo en el desarrollo de sus hijos”. Entre los temas abordados durante el programa de 13 semanas de duración, se encuentran el desarrollo infantil, las experiencias que vivieron los padres con sus propios padres, la disciplina positiva, la importancia del juego y la mejora de la comunicación en las familias. Los padres que participaron en la evaluación del programa mostraron pasar más tiempo con sus hijos, recurrir con menos frecuencia a los gritos y a los métodos severos de corrección del comportamiento, participar más en la crianza y en las tareas del hogar (según informaron las madres) y mostrar una mejor comunicación con sus mujeres y un mayor respeto hacia ellas (Population Council, 2009).
- 4 Escuelas Papá de UNICEF** (evaluación en Ucrania), grupos para padres primerizos y futuros padres (sesiones de 2 horas, que se imparten seis o siete veces antes del nacimiento y una o dos veces después de este) en los Centros de Desarrollo Infantil de UNICEF. Los principales objetivos son fortalecer las relaciones de pareja y prevenir la violencia contra las mujeres y los niños. Se anima a los padres a que valoren la importancia de su función en las vidas de sus hijos, a prepararse ante la llegada del bebé, a favorecer

la lactancia, a comprender el desarrollo infantil y los derechos del niño, a crear un entorno familiar seguro y a solicitar el permiso por paternidad cuando tienen acceso a él. Se han logrado resultados como los siguientes: incrementos masivos de la presencia masculina en el momento del parto (por ejemplo, del 4 al 75%), descenso de la morbilidad infantil del 15%, descenso de las complicaciones posparto del 48%, descenso del índice de trauma en la infancia del 58% (Al-Hassan, 2009; Al-Hassan y Lansford, 2011).

- 5 **Caring Dads (Canadá)**, una intervención de grupo de 17 semanas con una sesión para hombres que han expuesto a sus hijos a la violencia. El programa integra conocimientos obtenidos en programas sobre prácticas adecuadas de crianza, maltrato infantil, cambio conductual y contra la perpetración de violencia doméstica. *Caring Dads* consigue mantener la participación de los padres: los índices de abandono (25%) son bajos en comparación con los de programas establecidos para perpetradores de violencia doméstica. La evaluación concluyó que los participantes habían incrementado sus conocimientos acerca del desarrollo infantil, tenían más paciencia con los niños y participaban en una crianza conjunta con la pareja más positiva. También se observó un menor riesgo de maltrato infantil, así como cambios positivos en cuanto al acercamiento emocional, mayor capacidad de respetar los límites del niño, menor hostilidad y rechazo del niño y menor exposición del niño a interacciones hostiles con las madres (Scott y Crooks, 2007; Scott y Lishak, 2012).
- 6 **Dads on Board (Australia)**: esta intervención consiste en ocho sesiones semanales, de 2 horas de duración, durante las cuales se realiza un trabajo de grupo terapéutico, con la elaboración de un “boletín terapéutico” (registro de lo ocurrido en cada sesión) que se envía a los padres participantes a lo largo de la semana. Se supervisa atentamente el trabajo de los dos facilitadores (hombre y mujer). Los participantes son hombres que han maltratado a sus hijos o han participado anteriormente en un programa de cambio conductual por haber recurrido a la violencia. Se observó un impacto positivo en el apego entre padre y bebé y entre madre y bebé, en la actitud de

curiosidad y de respeto de los padres hacia sus hijos, en la capacidad para interpretar las señales del bebé y en la comprensión del impacto de su propio comportamiento en el bebé (Bunston, 2013).

- 7 **Aangan, Rozan: talleres de desarrollo de capacidades en relación con el abuso sexual infantil (Pakistán)**: esta ONG nombró a un especialista en abuso infantil para que estableciera un comité local en el que participara la comunidad entera, incluidos los profesores, la policía y los trabajadores del sector sanitario y de protección a la infancia. A los líderes religiosos se les ofreció formación para la concienciación sobre el abuso sexual y se les animó a dar a conocer los sistemas de remisión de casos. Cuando los hombres vieron que había un espacio colectivo para actuar en interés de los niños, se sintieron motivados para asistir a los grupos de padres y parejas donde se debatía el desarrollo infantil, y se nombró a un representante masculino para asesorar a los demás hombres sobre métodos positivos de corrección del comportamiento y sobre la problemática del maltrato infantil (Bhandari y Karkara, 2006).
- 8 **Proyecto Papá en Acción (Perú)**: esta intervención consiste en cinco talleres que abarcan los aspectos básicos de una crianza positiva y la importancia de leer a los niños pequeños, con una sesión dedicada a la estimulación visual y verbal para el desarrollo en la primera infancia, y otra sesión de refuerzo para los padres que han de afrontar dificultades particulares. Los datos del impacto cualitativo revelaron que los padres se sentían más participativos en la familia y que habían aprendido a respetar a sus miembros y a crecer juntos. Los hombres se sintieron más vinculados a sus hijos, aprendieron a abstenerse del recurso a la violencia y compartieron en mayor grado las tareas domésticas y el cuidado de los hijos (McAllister y otros, 2012).
- 9 **Family Foundations (EE. UU.)**, intervención de ocho sesiones de 2 horas de duración cada una, para parejas, distribuidas del siguiente modo: cuatro sesiones antes del nacimiento del niño, otras cuatro después, y la realización de tareas en casa entre una sesión y otra. Los objetivos del programa

son disminuir la depresión posparto; mejorar la sensibilidad en la crianza y en la expresión de afecto en ambos padres; disminuir las prácticas severas de crianza; promover relaciones de pareja positivas; facilitar el apego y el autocontrol positivo por parte del niño; y reducir los problemas relativos al comportamiento infantil. Se utilizan vídeos y las sesiones son activas, con mayor predominio de ejercicios prácticos que de debates. Entre los resultados positivos se encuentran una mejor calidad de los partos, menores casos de depresión maternal, mejores relaciones entre padres e hijos, una mejor crianza conjunta por parte de ambos progenitores, mejor calidad en la relación de pareja y en los niveles de satisfacción sexual, mayor calidad de la crianza positiva, mejor autocontrol del niño y un mayor equilibrio y adaptación escolar de este. Para determinados resultados, los mayores beneficios se vieron en familias con niveles elevados de riesgo (Feinberg y Kan, 2008; Feinberg y otros, 2009, 2010; Feinberg y otros, en revisión, a y b).

10 Siempre Papá (edición en español): el 24/7 Dad

Curriculum (EE. UU.): este programa consiste en 12 sesiones de 2 horas de duración, que pueden implementarse con grupos de hombres o de forma individual. El currículo aborda la masculinidad y la paternidad, con temas como los siguientes: qué significa ser un hombre, el poder y el control, cómo impartir disciplina y gratificar a los niños, y cómo establecer vínculos emocionales con ellos. La evaluación (mediante el autoinforme de los padres) detectó mejoras en las capacidades de crianza, en los conocimientos y en las actitudes; una mayor cantidad de tiempo pasado con los niños; facultad de comunicarse eficazmente con la pareja y con los hijos; y mejores percepciones de los papeles de género y de la pareja como progenitora. Por otra parte, no se registró ningún cambio en la percepción de que el castigo severo muestra que un padre es “serio” (Evans-Rhodes, 2010; Hyra, 2011).

¿Qué relevancia tienen las intervenciones formales?

En la mayoría de los casos, la intervención de los profesionales con las familias (y por lo tanto, de forma

potencial, con los padres) no implica la provisión de programas formales de prácticas adecuadas de crianza. El apoyo se proporciona, en ocasiones casi de forma casual, a través del establecimiento de relaciones entre los profesionales y los padres (normalmente las madres).

Sin ser remitidos a un “programa”, los padres, al igual que las madres, pueden recibir apoyo informal por parte de los profesionales, de sus parejas y de los amigos, así como de los familiares, para adquirir confianza y ser cuidadores significativos. Tamis-LeMonda y otros (2013), esperando apoyar las aportaciones de los padres al desarrollo del lenguaje de los niños pequeños, sugieren que el mero hecho de fomentar las interacciones verbales entre los padres y sus hijos pequeños en el curso del cuidado habitual podría ser un elemento eficaz. De manera similar, Pruett (2000) observó que los padres que se preocupan y asumen una responsabilidad notable por el cuidado básico del bebé (como alimentarle o cambiarle los pañales) tienen una probabilidad significativamente menor de abusar sexualmente de sus hijos. Por lo tanto, aumentar la concienciación entre los profesionales que interactúan con las familias para animar a los padres a participar con asiduidad en el cuidado activo y en la interacción con sus hijos podría ser un primer paso importante (McBride y Rane, 2001). También es posible animar a las madres y otros parientes femeninos, que pueden tener una influencia importante en los padres, a fomentar la confianza y la sensibilidad de los padres como cuidadores cercanos de los niños, por ejemplo animándolos a que dediquen un tiempo a cuidar de los niños por sí solos.

Teniendo esto en cuenta, y sin olvidar tampoco que, salvo que los servicios estén ya en contacto directo con muchos padres, tendrán bastantes dificultades para inscribir al número suficiente de progenitores masculinos en los cursos formales de prácticas de crianza o para encontrarlos en número suficiente en las visitas domiciliarias, el Fatherhood Institute ha desarrollado un programa formativo para los directores y el personal de primera línea con el fin de que puedan “atraer a los padres”. El programa, conocido como “formación en inclusión del padre”, se imparte a equipos

enteros antes de realizar ningún intento de presentar una intervención formal en prácticas adecuadas de crianza.

Se anima a los directores a apoyar a los profesionales para que desarrollen e implementen estrategias que impliquen la participación de los padres de manera rutinaria en su trabajo diario. Para ello, se revisan las cartas, los sitios web, los boletines de noticias, los folletos y los materiales de señalización y de sesión/ cursos para garantizar que estos vayan dirigidos tanto a los padres como a las madres. Por ejemplo, los servicios suelen utilizar el término progenitor (*parent*) pensando que así se incluye y atrae a los padres. Sin embargo, dado que el término “progenitor” o “padre” se suele emplear como sinónimo de “madre”, los padres no se sienten incluidos cuando se emplea ese término. Es necesario dirigirse específicamente a ellos e invitarlos, con un uso más libre de palabras como “papá” (*dad*) y “padre” (*father*).

Otra estrategia importante en la inclusión de los padres y que también cobra importancia en las visitas domiciliarias es que el personal recoja los nombres y la información de contacto de los padres y de las figuras paternas de los niños inscritos. Esto requiere una invitación y una investigación proactivas. De nuevo, es necesario intervenir en el ámbito de la gestión: tal vez sea necesario revisar los campos de recopilación de datos de los sistemas informáticos o los formularios de registro para permitir la recogida de tal información.

Abordar las actitudes y creencias del personal es otro elemento importante para formarlo en la inclusión de los padres. Las creencias (a menudo de manera inconsciente) de que los hombres están menos capacitados “por naturaleza” para cuidar de los niños, o de que “no quieren a sus hijos tanto como las madres”, o de que “no están dispuestos” o “no pueden realizar varias tareas al mismo tiempo” inhiben a los trabajadores a la hora de tratar activamente de atraer su participación.

El personal debe estar muy motivado si ha de cambiar su práctica habitual. En muchos casos, la comprensión específica de *por qué* el hecho de incluir a los padres

repercute en el bienestar de las madres y de los niños puede tener un poder transformador, del mismo modo que comprender que realizar una intervención sobre prácticas positivas de crianza con ambos progenitores suele ser más eficaz que hacerlo solo con uno de ellos (Fatherhood Institute, 2013, en línea).

Los padres y las madres también han internalizado con frecuencia nociones de los padres como cuidadores de “segunda clase”. Identificar sus fortalezas y las correspondientes aportaciones de la naturaleza/crianza en la capacidad de los seres humanos tanto masculinos como femeninos para el cuidado infantil (véanse los recursos descargables que se enumeran más abajo) puede ser un primer paso importante para favorecer la participación de los padres en el cuidado de los niños pequeños.

Referencias

- Al-Hassan, S.M. y Lansford, J.E. (2011). Evaluation of the Better Parenting Program in Jordan. *Early Child Development and Care* 181: 587–98.
- Al-Hassan, S. (2009). *Evaluation for the Better Parenting Program: A study conducted for UNICEF*. Amman: UNICEF.
- Bhandari, N. y Karkara, R. (2006). *Regional Capacity Building Workshop on Men, Caring and Fatherhood*. Kathmandu: Save the Children Suecia.
- Brandon, M., Sidebotham, P., Bailey, S. y Belderson, P. (2011). *A Study of Recommendations Arising from Serious Case Reviews 2009–2010*. Londres: Departamento de Educación. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/182521/DFE-RR157.pdf (último acceso, mayo de 2014).
- Bunston, W. (2013). 'What about the fathers?' Bringing 'Dads on Board' with their infants and toddlers following violence. *Journal of Family Studies* 19: 70–9.
- Burgess, A. (2009). *Fathers and Parenting Interventions: What works?* Abergavenny: Fatherhood Institute. Disponible en: <http://www.fatherhoodinstitute.org/shop/fathers-and-parenting-interventions-what-works/> (último acceso, mayo de 2014).
- Cowan, P.A., Cowan, C.P., Pruett, M.K., Pruett, K. y Wong, J.J. (2009). Promoting fathers' engagement with children: preventive interventions for low-income families. *Journal of Marriage and Family* 71: 663–79.
- Dias, M.S., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V. y Shaffer, M.L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based parent education. *Pediatrics* 115(4): 470–77. Disponible en: <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/115/4/e470.full> (último acceso, abril de 2012).
- Evans-Rhodes, D. (2010). *Dads Matter Performance Measures: Preliminary results for confidence and knowledge*. Germantown: National Fatherhood Initiative. Disponible en: <http://store.fatherhood.org/c-92-program-researchevaluation.aspx> (último acceso, mayo de 2014).
- Fatherhood Institute. (2013, en línea). FI Research Summary: should parenting programs engage with both parents? Disponible en: <http://www.fatherhoodinstitute.org/2013/fi-research-summary-should-parenting-programs-engage-with-both-parents/> (último acceso, mayo de 2014).
- Featherstone, B., Rivett, M. y Scourfield, J. (2007). *Working with Men in Health and Social Care*. Londres: Sage.
- Feinberg, M., Jones, D., Kan, M. y Goslin, M. (2010). Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology* 24: 532–42.
- Feinberg, M.E., Jones, D.E., Roettger, M., Solmeyer, A. y Hostetler, M. (en revisión, a). Long-term effects of Family Foundations: children's internalizing, externalizing, and school adaptation.
- Feinberg, M.E. y Kan, M.L. (2008). Establishing family foundations: impact of a transition to parenting program on coparenting, depression, parent-child relationships, and infant regulation. *Journal of Family Psychology* 22: 253–63.
- Feinberg, M., Kan, M. y Goslin, M. (2009). Enhancing coparenting, parenting, and child self-regulation: effects of Family Foundations 1 year after birth. *Prevention Science* 10: 276–85.

- Feinberg, M.E., Roettger, M., Jones, S.D., Paul, I. y Kan, M. (en revisión, b). Effects of a psychosocial couple-based prevention program on adverse birth outcomes. Harwin, J., Alrouh, B., Ryan, M. y Tunnard, J. (2014). *Changing Lifestyles, Keeping Children Safe: An evaluation of the first Family Drug and Alcohol Court (FDAC) in care proceedings*. Londres: Nuffield Foundation.
- Hyra, A. (2011). Outcome evaluation of Puerto Rican Family Institute's fatherhood involvement grant activities. Alexandria, VA: Hyra Consulting. Disponible en: <http://store.fatherhood.org/c-92-program-researchevaluation.aspx> (último acceso, mayo de 2014).
- Lundahl, B.W., Nimer, J. y Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: a meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice* 16(3): 251–62.
- McAllister, F., Burgess, A., Kato, J. y Barker, G. (2012). *Fatherhood: Parenting Programs and Policy – A critical review of best practice*. Londres: The Fatherhood Institute/Promundo/MenCare. Disponible en: <http://www.fatherhoodinstitute.org/wp-content/uploads/2012/07/Parenting-Programs-and-Policy-Critical-Review-Full-Report.pdf> (último acceso, mayo de 2014).
- McBride, B.A. y Rane, T.R. (2001). Father/male involvement in early childhood programs: training staff to work with men. En: Fagan, J. y Hawkins, A.J. (eds). *Clinical and Educational Interventions with Fathers*. Nueva York: Haworth.
- Mikton, C. y Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 87: 353–61.
- OFSTED (2011). *Ages of Concern. Learning lessons from serious case reviews: A thematic report of Ofsted's evaluation of serious case reviews from 1 April 2007 to 2011*. Disponible en: <http://www.ofsted.gov.uk/resources/ages-of-concern-learning-lessons-serious-case-reviews> (último acceso, mayo de 2014).
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K. y Leckman, J. (en prensa). Engaging fathers: recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Pittman, J.F. y Buckley, R.R. (2006). Comparing maltreating fathers and mothers in terms of personal distress, interpersonal functioning, and perceptions of family climate. *Child Abuse & Neglect* 30: 481–96.
- Population Council. (2009). *And How Will You Remember Me, My Child? Redefining fatherhood in Turkey, Quality/Calidad/Qualité (Q/C/Q)*, no. 19. Nueva York, NY: Population Council.
- Pruett, K. (2000). *Father Need: Why father care is as essential as mother care for your child*. Nueva York, NY: Free Press.
- Raikes, H.H., Summers, J.A. y Roggman, L.A. (2005). Father involvement in Early Head Start programs. *Fathering* 3(1): 29–58.
- Russell, G., Barclay, L., Edgecombe, G., Donovan, J., Habib, G., Callaghan, H. y Pawson, Q. (1999). *Fitting Fathers into Families*. Canberra: Australian Federal Department of Family and Community Services.
- Scott, K.L. y Crooks, V. (2007). Preliminary evaluation of an intervention program for maltreating fathers. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 7(3): 224–38.
- Scott, K.L. y Lishak, V. (2012). Intervention for maltreating fathers: statistically and clinically significant change. *Child Abuse and Neglect* 36: 680–84.
- Spaulding, S., Grossman, J.B. y Wallace, D. (2009). *Working Dad: Final Report on the Fathers at Work Initiative*. Philadelphia, PA: Public/Private/Ventures.
- Tamis-LeMonda, C.S., Cabrera, N.J. y Baumwell, L. (2013). Fathers' role in children's language development. En: Cabrera, N.J. y Tamis-LeMonda, C.S. (eds). *Handbook of Father Involvement: multidisciplinary perspectives* (2.ª ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Vogel, C.A., Boller, K., Xue, Y., Blair, R., Aikens, N., Burwick, A.I. y otros (2011). *Learning As We Go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families and children*. OPRE Report #2011-7. Washington, DC: OPRE, ACF, US Department of Health and Human Services.
- Wadsworth, M.E., Santiago, C.D., Einhorn L., Ether, E.M., Rienks, S. y Markman, H. (2011). Preliminary efficacy of an intervention to reduce psychosocial stress and improve coping in low-income families. *American Journal of Community Psychology* 48: 257–71.
- Zanoni, L., Warburton, W., Bussey, K. y McMaugh, A. (2013). Fathers as 'core business' in child welfare practice and research: an interdisciplinary review. *Children and Youth Services Review* 35: 1055–70.

Recursos gratuitos y descargables

Con el apoyo de la Fundación Bernard van Leer, el Fatherhood Institute (2014) ha elaborado una serie de Cartillas temáticas presentadas en una sola página, accesibles y con un buen diseño, destinadas a los profesionales, a los defensores y a los investigadores para abordar cómo y por qué conseguir una mejor participación de los padres y evaluar los resultados. Estos recursos están corroborados por resúmenes de la investigación de gran calidad, en los que se muestra su base de pruebas. Se pueden encontrar en: <http://www.fatherhoodinstitute.org/2014/bringing-fathers-in-resources-for-advocates-practitioners-and-researchers/>

También disponible en línea

Fathers and Parenting Interventions: What works?, por A. Burgess (2009): <http://www.fatherhoodinstitute.org/shop/fathers-and-parenting-interventions-what-works/>

Dads Included, curso gratuito en línea ofrecido por el Fatherhood Institute (2013): <http://www.fatherhoodinstitute.org/training-and-consultancy/dads-included-free-online-course/>

Engaging with Men in Social Care: A good practice guide, por el Fatherhood Institute (2014): <http://www.fatherhoodinstitute.org/wp-content/uploads/2013/03/FAT-91768-FI-SafeGUarding-A4-16pp-aw1.pdf>

Fatherhood Institute Newsletter, boletín de noticias gratuito: <http://www.fatherhoodinstitute.org/contact-us/sign-up-for-fi-emails/>

Fatherhood: Parenting Programs and Policy – A critical review of best practice, por F. McAllister y otros (2012): <http://www.fatherhoodinstitute.org/wp-content/uploads/2012/07/Parenting-Programs-and-Policy-Critical-Review-Full-Report.pdf>

MenCare, a global fatherhood campaign (campaña global por la paternidad, en línea): <http://men-care.org/Programs/MenCare002B.aspx>

La importancia de guiarse por las pruebas obtenidas



La implementación del *Home Visiting Program* en Estados Unidos ha sido un impulso apasionante, rápido y decisivo para muchos estados y comunidades locales. Foto • mlive.com/Landov

En calidad de director de la división de visitas al hogar y sistemas para la primera infancia, perteneciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos estadounidense, David Willis administra el *Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting Program* (Programa de Visitas al Hogar para las Madres, los Bebés y la Primera Infancia). El programa fue creado por la ley de Protección del Paciente y Atención Sanitaria Asequible, del año 2010, más conocida como *Obamacare*.

David, ¿podría explicarnos qué pretende conseguir este programa y cómo funciona?

El *Home Visiting Program* fomenta los servicios de voluntariado de visitas al hogar basados en pruebas, que se facilitan durante el embarazo y a los padres con

niños pequeños de hasta 5 años. Se ha comprobado que estos servicios mejoran los resultados relativos a la salud materna e infantil en los primeros años de la vida del niño. Aunque existen modelos de visitas al hogar desde hace décadas, nuestro programa constituye la primera implantación a nivel nacional de estos servicios. Los modelos de visitas al hogar tienen un largo y convincente historial de pruebas científicas que avalan su influencia positiva en los resultados relativos al nacimiento, a la mejora de la salud infantil y a la reducción del maltrato infantil, así como su eficacia para promover beneficios a largo plazo para las familias en situación de riesgo y sus hijos. Por lo tanto, los programas de visitas domiciliarias basados en pruebas no son solo una estrategia de reducción de la violencia, como se analiza en los artículos de esta edición de

Espacio para la Infancia, sino que constituyen también una estrategia de salud pública, de educación en la primera infancia, de desarrollo de la mano de obra y de construcción de la comunidad.

Nuestro programa promueve la colaboración y las asociaciones entre los estados y las comunidades locales, los desarrolladores de los modelos de visitas al hogar, las familias y las partes interesadas en la primera infancia. En marzo de 2014, la financiación para el *Home Visiting Program* se prolongó hasta marzo de 2015, partiendo de una inversión de 1.500 millones de dólares en el *Home Visiting Program* para los años fiscales de 2010 a 2014. El programa se destina de forma prioritaria a mujeres embarazadas menores de 21 años y familias que:

- viven en comunidades que están en riesgo
- tienen bajos ingresos
- tienen un historial de maltrato infantil, negligencia o consumo de drogas y alcohol
- tienen algún fumador en casa
- tienen hijos con resultados escolares deficientes, o con retrasos o discapacidades en el desarrollo
- son familias del ámbito castrense.

Cuando comenzó el *Home Visiting Program*, cada estado, territorio y grupo tribal receptor de los fondos realizó una evaluación obligatoria de necesidades para averiguar cuáles eran las comunidades donde se concentraba el mayor número de nacimientos prematuros, de bebés con bajo peso al nacer y de mortalidad infantil. A continuación, como se define en los estatutos, los beneficiarios escogieron entre una lista de modelos aprobados por los Servicios Humanos y de Salud, consistentes en visitas al hogar basadas en pruebas, con el fin de promover:

- mejoras en la salud materna, prenatal y del bebé, y en el desarrollo y la salud del niño
- una mayor madurez escolar
- reducciones en la incidencia del maltrato infantil
- mejores capacidades de crianza en relación con los resultados alcanzados en el desarrollo infantil
- un mejor estatus socioeconómico de la familia
- una mayor coordinación de remisiones a los recursos y servicios de apoyo de la comunidad;

- una reducción de la delincuencia y de la violencia doméstica.

El *Home Visiting Program* es completamente voluntario: las familias escogen participar en él, y pueden abandonarlo en cualquier momento. Asimismo, se administra con flexibilidad en cada localidad y estado, y se basa en décadas de pruebas científicas que demuestran tanto la eficacia como el beneficio económico de las visitas domiciliarias. Según un reciente estudio realizado por el Pew Charitable Trust, cada dólar invertido en las visitas domiciliarias produce un rendimiento de hasta 9,50 dólares para la sociedad. Los servicios de visitas domiciliarias se llevan a cabo en el hogar, a lo largo del tiempo, en numerosas ocasiones y con especial atención al establecimiento de relaciones y al fortalecimiento de la confianza.

¿Cuáles son los programas de visitas al hogar aprobados que pueden implementar los estados?

De conformidad con la legislación, se diseñó la Revisión de las Pruebas de la Eficacia de las Visitas al Hogar (*Home Visiting Evidence of Effectiveness*, HomVee) para proporcionar una revisión exhaustiva, sistemática y transparente de las pruebas obtenidas.¹ Inicialmente, se aprobaron siete modelos de visitas al hogar basados en pruebas, que sirvieron como base para el programa. Y con la revisión en curso de la base de pruebas, HomVee abarca ahora un total de 14 modelos basados en pruebas y aprobados por los Servicios Humanos y de Salud. La mayoría de las inversiones actuales del *Home Visiting Program* favorecen los siguientes modelos:

- Asociación de Enfermeros y Familias (NFP)
- *Healthy Families America* (HFA)
- *Parents as Teachers* (PAT)
- *Early Head Start* – Opción de visitas al hogar (EHS).

La legislación que regula el *Home Visiting Program* fomenta también la innovación, al permitir que hasta el 25% de los fondos apoye enfoques prometedores. Además, dispone que un 3% de la inversión se destine a la evaluación, a la investigación y a la asistencia técnica de acción correctiva, y que el 3% de la financiación se destine específicamente a subvenciones para las tribus

indias (o consorcios de tribus indias), a organizaciones tribales y a las organizaciones indias urbanas.

¿Cuáles han sido los retos principales a la hora de ampliar el alcance del programa?

La implementación del *Home Visiting Program* ha sido un impulso apasionante, rápido y decisivo para muchos estados y comunidades locales. Ha sido necesario realizar evaluaciones de necesidades, firmar contratos con proveedores locales y modelos de visitas al hogar, desarrollar sistemas de datos y de elaboración de informes, crear planes de mejora de calidad y de evaluación, y conseguir la participación de numerosas partes interesadas para garantizar el éxito del programa. Para muchos estados, la inversión de el *Home Visiting Program* se sustenta en décadas de infraestructuras eficaces en el sistema de la primera infancia, lo que les permite aprovechar la expansión a nivel nacional de las visitas domiciliarias de forma innovadora y con un mayor alcance.

Uno de los problemas habituales a la hora de ampliar el alcance de un programa es mantener la homogeneidad en las distintas zonas geográficas. ¿Qué han hecho para conseguirlo?

El *Home Visiting Program* se centra especialmente en la fidelidad, la responsabilidad y la calidad de los programas, sustentados en el conocimiento y en la experiencia de los modelos de visitas al hogar basados en pruebas. Además, para abordar las diferencias en las capacidades de los receptores de las subvenciones, *Home Visiting* cuenta con un programa de asistencia técnica exhaustivo y robusto, creado para garantizar la eficacia.

¿Cuál ha sido la mayor sorpresa que se ha llevado desde que comenzó el Home Visiting Program?

La prevalencia y el alcance del estrés tóxico en las familias y en las comunidades han sido aleccionadores y han supuesto un reto. Las tres grandes cuestiones que se han identificado más claramente como retos para los visitantes al hogar han sido la salud mental de los padres (especialmente, la depresión materna), el consumo de drogas y alcohol y la violencia doméstica. Por supuesto, los visitantes al hogar reciben formación para abordar estos retos, pero el alcance y la severidad de estos riesgos

en algunas comunidades han generado dificultades, especialmente cuando los recursos locales son limitados. Sin embargo, estos retos han impulsado el desarrollo de nuevas colaboraciones, innovaciones y soluciones a nivel local.

¿De qué otros modos el programa ha hecho avanzar la base de pruebas relativa a las visitas domiciliarias?

La legislación que regula las visitas al hogar obligaba a realizar una evaluación nacional del programa en un estudio de asignación aleatoria, que abarcaba aproximadamente 5.100 familias situadas en 85 ubicaciones locales repartidas en 12 estados. Este estudio, denominado MIHOPE (siglas en inglés de Evaluación del Programa de Visitas al Hogar para Madres e Hijos), examinará los resultados para el niño y la familia, así como la implementación y la relación entre el coste y el rendimiento. MIHOPE incluye los cuatro modelos principales de visitas al hogar basados en pruebas, que he mencionado anteriormente: HFA, NFP, PAT y EHS. Además, existe una segunda evaluación nacional llamada MIHOPE-SS, que examinará de manera específica la eficacia de los programas de visitas al hogar de *Healthy Families America* y de la Asociación de Enfermeros y Familias para reducir los nacimientos prematuros, incrementar el peso al nacer y mejorar los resultados en materia de salud materna e infantil.

También hemos desarrollado la Red de innovación y de mejora colaborativa para las visitas al hogar (CoIIN, por sus siglas en inglés), que incluye a los beneficiarios estatales de las subvenciones del programa y a las agencias locales de implementación para centrarse en el desarrollo de la mejora de la calidad y en métodos de ciclo rápido que aceleren las mejoras de los resultados del programa.

¿Qué consejo daría a otros países que piensan en ampliar el alcance de las visitas al hogar?

Que se guíen por las pruebas obtenidas. Que hagan uso de múltiples modelos de visitas al hogar basados en pruebas, no solo uno, de forma que la flexibilidad y la elección aborden las circunstancias locales, los recursos locales y las necesidades locales de las familias. Además,

es imperativo considerar las visitas al hogar como un componente clave de una continuidad de servicios para las familias en situación vulnerable, dentro de los sistemas de salud infantil y de salud pública. La vinculación intencional de recursos, de servicios de salud pública y de visitas al hogar pueden convertirse en estrategias innovadoras para abordar el estrés tóxico y la transmisión intergeneracional del trauma que tanto afecta a la salud en el curso de la vida y a las trayectorias de desarrollo.

Además, es importante mantener una actitud responsiva en la forma de transmitir el mensaje al público: debe hacerse hincapié en que las visitas domiciliarias se integran en una agenda de desarrollo de salud pública y de capital humano, y no tan solo en una agenda de bienestar social. El mensaje de las visitas al hogar debe basarse en un contexto comunitario amplio, para establecer comunidades saludables y garantizar el desarrollo saludable de todos los niños. Las visitas al hogar pretenden ofrecer un refuerzo a las familias que buscan apoyo y que necesitan una orientación más intensiva sobre prácticas adecuadas de crianza. Deben desarrollarse en el contexto de una continuidad de servicios y de ayudas para todas las familias jóvenes.

Nota

¹ La información sobre la Revisión de las Pruebas de la Eficacia de las Visitas al Hogar (*Home Visiting Evidence of Effectiveness*, HomVee) se encuentra disponible en línea, en la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos estadounidense, en: <http://homvee.acf.hhs.gov/>

El programa Madres a Madres

Nancy G. Guerra, catedrática de psicología y vicerrectora para programas internacionales, Universidad de Delaware, Newark, DE (Estados Unidos)



El programa Madres a Madres fue específicamente diseñado para cubrir las necesidades particulares de familias inmigrantes de origen latino. Foto • Jon Spaull/Fundación Bernard van Leer

La replicación de programas para promover prácticas positivas de crianza y basados en pruebas podría no tener tanto éxito como el programa original, si su adaptación a nuevos entornos culturales se realiza únicamente de modo superficial. En este artículo se describe la manera en que el programa de visitas domiciliarias Madres a Madres, de formación parental, partió de los principios de los programas basados en pruebas, pero fue diseñado específicamente para las necesidades particulares que plantean la cultura y el contexto de los inmigrantes latinos llegados recientemente a los EE. UU. Los primeros resultados registrados indican que el programa consigue mejorar las capacidades de crianza.

En las últimas dos décadas, se ha hecho cada vez mayor hincapié en la necesidad de desarrollar una base de

pruebas sobre la eficacia de los programas para prevenir la violencia contra los niños y su victimización. Aunque se han empleado diversos estándares de “pruebas”, una regla de oro de amplia aceptación establece que se requiere un ensayo controlado aleatorizado y al menos un estudio de replicación para poder recomendar una intervención por su eficacia.

Partiendo de dicho estándar, se han documentado diversas mejores prácticas en contextos específicos del desarrollo, como las escuelas, los grupos de iguales, las familias y las comunidades (como ejemplos, véanse los *Blueprints for Violence Prevention* (Planes iniciales para la prevención de la violencia) de la Universidad de Colorado)¹. En estos contextos diversos, la intervención familiar y los programas de prácticas adecuadas de crianza han demostrado ser objetivos especialmente

prometedores para la intervención. De hecho, las intervenciones tempranas que incrementan las capacidades de crianza de los padres pueden llevar a reducir los niveles de castigo severo y de violencia de los padres contra los niños, así como los índices de agresión de unos niños a otros (Sweet y Appelbaum, 2004; Eyberg y otros, 2008).

Sin embargo, un reto clave para la implementación de estos programas en distintos contextos culturales y comunitarios es el grado de pertinencia de las prácticas recomendadas en distintos entornos. La regla de oro de realizar dos estudios de evaluación, a la que a menudo se suma la recomendación de que la implementación siga un protocolo estricto, no aborda de manera adecuada las diferencias culturales y contextuales, que pueden llegar a ser muy importantes, a la hora de implementar programas en distintas poblaciones.

Estas diferencias también pueden variar dentro de grupos específicos de población. Por ejemplo, diversos programas de prácticas adecuadas de crianza para prevenir la agresión y la violencia han sido adaptados y evaluados con los niños y las familias de origen latino. Muchos de esos programas han tenido éxito tras pequeñas adaptaciones, como su traducción al idioma español, la incorporación de valores familiares latinos, y el uso de especialistas de la misma etnia para la intervención (para una revisión, véase Leidy y otros, 2010). Aun así, entre la población latina se han adaptado muy pocos programas específicamente para las familias que han inmigrado recientemente a los EE. UU., y los programas adaptados para las familias latinas en general han resultado ser menos eficaces entre la población inmigrante (Martínez y Eddy, 2005).

Programas adaptados a las familias inmigrantes de origen latino

El programa Madres a Madres nació específicamente para abordar esta carencia. Se desarrolló en el marco de una colaboración entre el Southern California Academic Center of Excellence on Youth Violence Prevention (Centro Académico de California Meridional para la Excelencia en la Prevención de la Violencia Juvenil),

financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y una agencia con sede en la comunidad, *Latino Health Access* (LHA), que prestaba servicio a familias inmigrantes recientes de origen latino y predominantemente mexicano. El CDC tenía interés en implementar y evaluar programas basados en pruebas para prevenir la victimización y la perpetración de la violencia en comunidades con índices elevados de la misma. De manera similar, las familias a las que LHA prestaba servicio sufrían niveles crecientes de violencia en la comunidad, y también habían solicitado a la agencia que les enseñara capacidades eficaces para una crianza positiva.

Puesto que el CDC fomentó el uso de programas basados en pruebas, la colaboración inicialmente seleccionó e implementó un programa con una sólida base empírica, *Families and Schools Together* (Familias junto con escuelas, FAST, por sus siglas en inglés), que se había traducido al español y que parecía adecuarse bien a los valores latinos. Sin embargo, el programa FAST produjo efectos mínimos e insignificantes entre la muestra de inmigrantes recientes (Knox y otros, 2011).

En las entrevistas cualitativas de seguimiento y en los grupos de enfoque, las familias manifestaron que necesitaban información más específica sobre capacidades positivas de crianza, y debatieron varios retos concretos que no se habían abordado en el programa FAST. Por ejemplo, las diferencias en los niveles de aculturación entre los padres y los hijos, el hecho de que los niños hablaran inglés y los padres, solo español (lo que conducía a la inversión de la estructura de poder), el hacinamiento en el hogar, la poca familiaridad con el sistema educativo estadounidense y el temor a las redadas contra la inmigración.

Las familias también tenían dificultades para desplazarse hasta los lugares de intervención y para encontrar cuidadores para otros niños. El coste de implementación del programa LHA en varias comunidades también imposibilitó mantener el proyecto sin recibir una financiación externa continuada (Guerra y Knox, 2008). Dado que estas inquietudes no se

abordaban debidamente en ninguno de los programas disponibles de prácticas adecuadas de crianza basados en pruebas, el siguiente paso fue adaptar un programa a las necesidades específicas de esa población.

De hecho, pensábamos que las capacidades específicas para la crianza que necesitaban las familias latinas de inmigrantes recientes – junto con la importancia de la viabilidad de la provisión del servicio y de los métodos de implementación – exigían desarrollar nuevos programas adaptados. En lugar de tomar un programa existente e implementarlo tal cual, había que partir de los principios validados empíricamente de programas eficaces, pero adaptando el programa a las circunstancias específicas de los participantes. Esa estrategia orientó el desarrollo del programa Madres a Madres. En concreto, fue diseñado de forma que se sustentara en componentes fundamentales de los programas de formación parental basados en pruebas, al mismo tiempo que incorporaba inquietudes concretas de los participantes y tenía en cuenta la viabilidad de implementación para LHA.

Estuvimos examinando la literatura en materia de crianza, para averiguar qué capacidades se relacionaban siempre con resultados positivos de los programas. Según las revisiones de programa y un reciente metaanálisis de 77 estudios de resultados de programas sobre prácticas adecuadas de crianza (Kaminski y otros, 2008), hemos identificado diversas de ellas: estrategias de comunicación positiva, el método de tiempo fuera, capacidades coherentes de disciplina y práctica regular de dichas capacidades en las sesiones de intervención. Para responder a las inquietudes de las familias, también hemos incluido información acerca del desarrollo normativo del niño y sobre capacidades específicas para las familias de inmigrantes, debatidas en grupos de enfoque con los residentes de la comunidad. Entre estas capacidades, se encuentran las siguientes: cómo mantener la autoridad cuando los niños hablan inglés y los padres solo hablan español, cómo interactuar con las escuelas y con otras agencias para aprovechar los recursos de la comunidad, cómo defender a sus hijos con eficacia y cómo desarrollar redes de apoyo social.

Para reducir la estigmatización comúnmente relacionada con el cuidado mental entre los latinos e incrementar el escaso uso de servicios entre las poblaciones inmigrantes, el programa se implementó en los hogares de las familias, a donde acudían trabajadoras de los servicios sanitarios de la comunidad sin formación académica (promotoras). Los servicios de visitas al hogar tienen un largo historial de implementación satisfactoria entre las poblaciones con bajos ingresos y marginales, y han sido especialmente eficaces para prevenir el maltrato infantil y otros problemas de salud durante la infancia y los primeros años de vida (Sweet y Appelbaum, 2004). Este enfoque es especialmente útil para las familias que no tienen acceso al transporte normal o no tienen forma de llegar a los centros clínicos ni a los servicios de las agencias de provisión. El hecho de recurrir a trabajadores de la comunidad sin titulación académica facilita también la relevancia cultural y el “ajuste” a las necesidades del cliente, pues los trabajadores de atención sanitaria son igualmente padres y madres que proceden de sus mismas comunidades.

Las promotoras fueron identificadas como asesoras más que como expertas. Se les animó a dedicar un tiempo a entablar una relación con las madres y a ponerlas en contacto con otras personas. En general, este método de provisión del servicio es una estrategia rentable para incrementar la participación en las comunidades que reciben un servicio insuficiente, para proporcionar servicios de intervención sensibles desde el punto de vista cultural, y para difundir prácticas basadas en pruebas (Pérez y Martínez, 2008; Rotheram-Borus y otros, 2012).

El programa Madres a Madres

Dado que Madres a Madres se diseñó con una naturaleza preventiva y fácilmente implementable en condiciones de limitación de recursos, se concibió intencionadamente como un programa breve, y se puso en práctica en el entorno del hogar, con visitas domiciliarias llevadas a cabo por trabajadoras de la comunidad sin formación académica, denominadas promotoras. Aunque también se invitó a participar en el programa a los padres y a otros

miembros de la familia o a cuidadores, solo las madres se inscribieron en la fase piloto inicial. En el curso de cuatro semanas, se ofrecieron cuatro sesiones de 2 horas de duración cada una. La formación se centró en ámbitos fundamentales de contenido específico:

- 1 desarrollo infantil normativo y competencias sociales relacionadas
- 2 técnicas de interacción positiva entre padres e hijos
- 3 estrategias para la gestión positiva del comportamiento
- 4 orientación del servicio para favorecer el acceso a los recursos de la comunidad.

Las familias habían solicitado información específica sobre el desarrollo infantil normativo: qué cabía esperar de sus hijos en las distintas edades, qué comportamiento era normal y qué tipos de comportamiento podían ser causa de preocupación. Para responder a esta necesidad, el programa enseñó conceptos básicos en relación con hitos cognitivos, físicos y emocionales de los niños. También se impartieron técnicas de interacción entre padres e hijos, desarrolladas a partir de la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT, por sus siglas en inglés; McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Se enseñó a las madres a incrementar las interacciones positivas con sus hijos durante un periodo limitado de interacción denominado “los 15 minutos mágicos”, mediante el uso de destrezas como seguir el liderazgo del niño, la escucha reflexiva y el elogio centrado en determinados comportamientos. Durante este periodo, las madres dedicaron un tiempo a actividades especializadas y de comunicación con sus hijos. Las capacidades y las actividades se adaptaban al nivel de desarrollo de los niños: así, consistían en jugar con los niños más pequeños (de entre 6 y 7 años) y en preparar una comida o simplemente hablar con los niños más mayores (de entre 10 y 11 años).

Durante las sesiones, las promotoras enseñaron o repasaron esas capacidades, asesoraron a las madres y, seguidamente, les asignaron una tarea que debían realizar en el hogar durante “los 15 minutos mágicos” varias veces por semana. En cuanto a las estrategias de gestión positiva del comportamiento, se hizo hincapié en enseñar a las madres a no tener en cuenta los

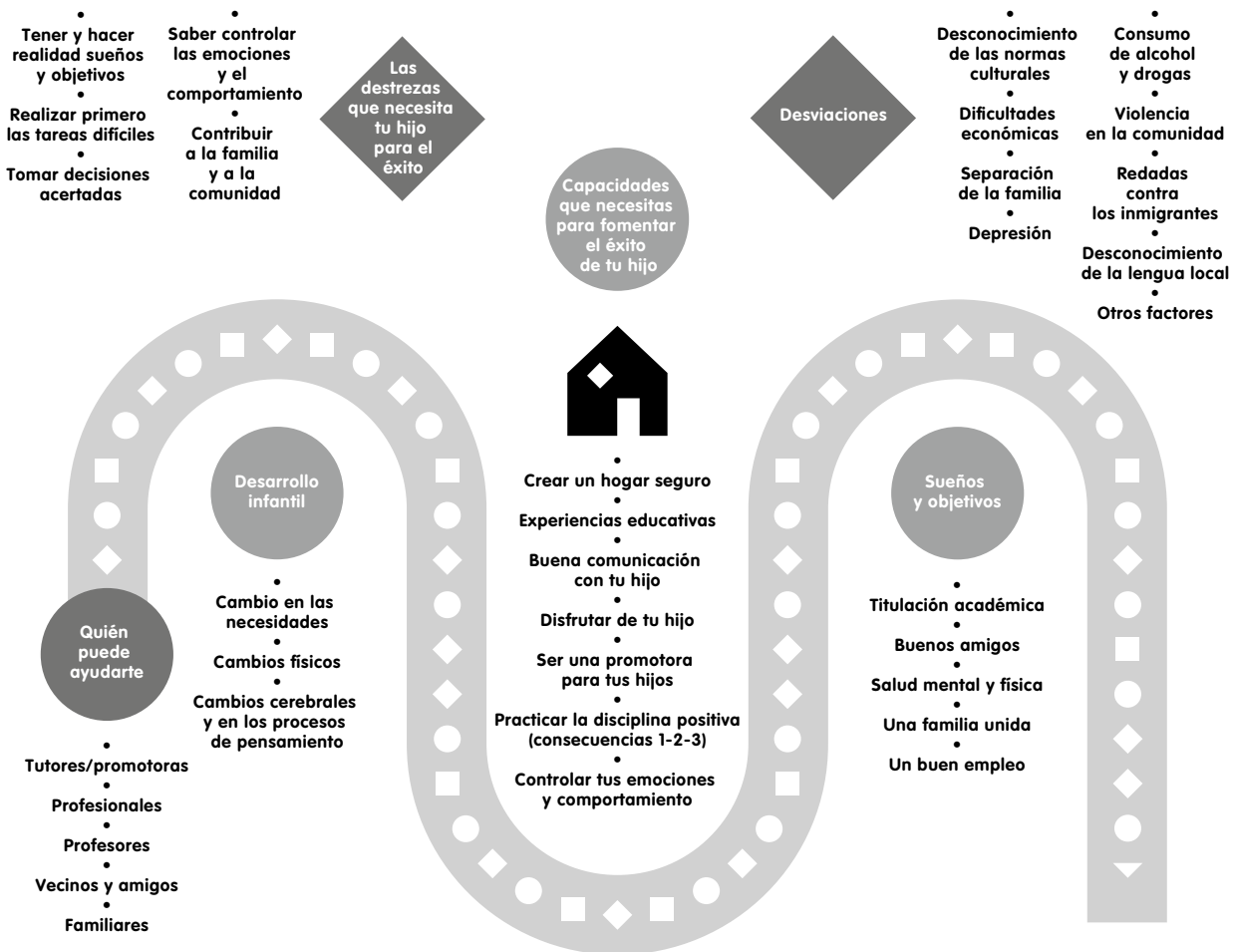
comportamientos inadecuados de menor relevancia, a debatir las normas con los hijos y a implementar un sistema de consecuencias que incluía la asignación de tiempo fuera y un sistema de gestión de contingencias (Forgatch y Patterson, 2010). Para promover el uso de los recursos de la comunidad y la promoción y defensa de la infancia, las promotoras proporcionaron a las madres información relevante sobre los recursos de la comunidad (por ejemplo, sobre vivienda o programas alimentarios, servicios de cuidado infantil extraescolar, etc.). También se invitó a las madres del programa a participar en reuniones mensuales denominadas “cafecitas” o “quermes” (pequeñas ferias benéficas), diseñadas para reunir a las madres de un mismo barrio y para proporcionar oportunidades de vínculo social, apoyo y movilización en torno a las necesidades de las familias en la comunidad.

Como refuerzos a la formación se emplearon materiales visuales, vídeos, representación interactiva de roles y hojas de ejercicios. Los materiales fueron diseñados específicamente para su uso con padres o cuidadores de habla hispana o con bajos niveles de alfabetización, y su contenido era de carácter familiar y relevante para la comunidad. Las sesiones del programa se organizaron en torno a *El Camino de Esperanza*, una herramienta visual de debate, que orientó a los cuidadores en torno a los cuatro componentes de la intervención, mostrados en la Ilustración 1. En la fase piloto, las madres elaboraron también un Registro Personal de Crianza: un plan estratégico propio para fijarse objetivos en cuanto a la gestión del comportamiento del niño. Las promotoras y las madres crearon el Registro Personal de Crianza durante la primera sesión y lo emplearon durante la intervención para realizar un seguimiento de los objetivos y solucionar cualquier problema que pudiera surgir.

Resultados y conclusiones

Aunque Madres a Madres es una intervención de duración breve, las madres que participaron en nuestro estudio piloto informaron de mejoras en las capacidades de crianza y en la dinámica familiar, estadísticamente significativos en comparación con

Ilustración 1 El Camino de Esperanza



Fuente: Southern California Academic Center of Excellence on Youth Violence Prevention, en colaboración con *Latino Health Access*

el grupo de control correspondiente. La mejora de las madres en sus capacidades de crianza revela que las técnicas conductuales de formación para progenitores son aplicables a los padres de origen latino que han inmigrado recientemente a los EE. UU., siempre que las cuestiones abordadas y el formato para su implementación se ajusten correctamente a su nivel cultural. Los resultados demuestran también que los trabajadores sanitarios de la comunidad sin formación académica son capaces de enseñar con éxito estrategias conductuales relativamente complejas. Además, aunque las capacidades impartidas no abordaron directamente

el funcionamiento familiar, las madres informaron de mejoras en el apoyo, en la organización y en la cohesión familiares.

Nos interesaba saber si este programa también generaría mejoras en el equilibrio de los niños. Aunque no encontramos diferencias significativas en la agresión a los menores, los hijos de los padres que participaron en la intervención demostraron reducciones estadísticamente significativas en la prevalencia de la depresión y en la internalización de comportamientos, en comparación con los niños del grupo de control (Williamson y otros,

en prensa). Este hallazgo es interesante, porque nuestra muestra no estaba compuesta por jóvenes remitidos a los servicios clínicos, ni el programa se diseñó específicamente para abordar la depresión en los niños. Quizá los efectos sobre las capacidades de crianza y la dinámica familiar crearon un entorno más positivo en el hogar, que influyó en el equilibrio emocional de los niños.

Aun así, es importante tener en cuenta que este programa fue implementado con una muestra concreta de familias inmigrantes latinas procedentes de México que vivían en el sur de California, desde mediados hasta finales de la década de los años 2000. La cultura de las familias de inmigrantes latinos no es homogénea, y las circunstancias contextuales e históricas pueden variar en gran medida entre los distintos grupos de inmigrantes y los distintos individuos de origen latino. Por lo tanto, como tal este estudio presenta limitaciones para su aplicación generalizada a los inmigrantes de origen latino procedentes de distintos países, así como a los inmigrantes en general. No obstante, lo que indica es que la adaptación de los programas a distintos grupos culturales y a contextos diferentes exige modificaciones que van más allá de las meras transformaciones superficiales (como la traducción al idioma español) de los programas ya existentes. Un enfoque con mayores matices emplea principios de prácticas basadas en pruebas, que se puede relacionar con necesidades, prioridades y retos específicos de los entornos y de las culturas locales.

Referencias

- Eyberg, S.M., Nelson, M.M. y Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37: 215–37. doi: 10.1080/15374410701820117.
- Forgatch, M.S. y Patterson, G.R. (2010). Parent management training – Oregon model: an intervention for antisocial behavior in children and adolescents. En: Weisz, J.R. y A. E. Kazdin, A.E. (eds) *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Guerra, N.G. y Knox, L. (2008). How culture impacts the dissemination and implementation of innovation: a case study of the Families and Schools Together programme (FAST) for preventing violence with immigrant Latino youth. *American Journal of Community Psychology* 41: 304–13. doi: 10.1007/s10464-008-9161-4.
- Kaminski, J.W., Valle, L.A., Filene, J.H. y Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training programme effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36: 567–89. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9.
- Knox, L., Guerra, N.G., Williams, K.R. y Toro, R.I. (2011). Preventing children's aggression in immigrant Latino families: a mixed methods evaluation of the Families and Schools Together programme. *American Journal of Community Psychology* 48: 65–76. doi: 10.1007/s10464-010-9411-0.
- Leidy, M.S., Guerra, N.G. y Toro, R.I. (2010). A review of family-based programmes to prevent youth violence among Latinos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 32: 5–36. doi: 10.1177/0739986309353317.
- McNeil, C.B. y Hembree-Kigin, T.L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy* (2.ª ed.). Nueva York, NY: Springer.
- Martínez, C.P. y Eddy, J.M. (2005). Effects of culturally adapted parent management training on Latino youth behavioral health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73: 841–51. doi: 10.1037/0022-006x.73.4.841.
- Pérez, L.M. y Martínez, J. (2008). Community health workers: social justice and policy advocates for community health and well-being. *American Journal of Public Health* 98: 11–14. doi: 10.2105/AJPH.2006.100842.
- Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D. y Chorpita, B.F. (2012). Disruptive innovations for designing and diffusing evidence-based interventions. *American Psychologist* 67: 463–76. doi: 10.1037/a0028180.
- Sweet, M.A. y Appelbaum, M.I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programmes for families with young children. *Child Development* 75: 1435–56.
- Williamson, A.A., Knox, L., Guerra, N.G. y Williams, K.R. (en prensa). A pilot randomized trial of community-based parent training for immigrant Latina mothers. *American Journal Community Psychology*.

Nota

- 1 Los *Blueprints* están disponibles en el sitio web del Center for the Study and Prevention of Violence de la Universidad de Colorado, Boulder (EE. UU.). <http://www.colorado.edu/cspv/effectiveprograms.html>

Adaptación y evaluación del programa Asociación de Enfermeros y Familias (*Nurse-Family Partnership*) en Canadá

Susan M. Jack, catedrática adjunta, Facultad de Enfermería, y Harriet L. MacMillan, catedrática, Departamento de Psiquiatría y Neurociencias del Comportamiento, y Departamento de Pediatría, Centro Offord de Estudios sobre la Infancia, Universidad McMaster, Hamilton (Canadá)



El NFP es un programa intensivo destinado a madres primerizas y socialmente desfavorecidas. Comienza en la fase prenatal y se prolonga hasta los 2 años de edad. Foto • Jon Spaul/Fundación Bernard van Leer

El programa denominado Asociación de Enfermeros y Familias (NFP, por sus siglas en inglés) es muy conocido a nivel internacional, como una intervención basada en las pruebas halladas sobre la práctica, consistente en visitas domiciliarias que realiza el personal enfermero, y que ha sido implementado en distintos lugares de los EE. UU. Este artículo describe cómo se ha replicado el programa NFP en Canadá, a través de un estudio piloto que destacó las adaptaciones necesarias, y que en la actualidad está siendo evaluado.

La Asociación de Enfermeros y Familias (NFP) es un programa intensivo destinado a madres primerizas y socialmente desfavorecidas. Comienza desde la fase prenatal y se prolonga hasta que el niño cumple los 2 años de edad. En los últimos 35 años, el programa NFP ha

sido sometido a una rigurosa evaluación en tres ensayos controlados y aleatorizados realizados en los EE. UU., donde ha demostrado beneficios reiterados para la salud infantil y materna, entre los que se incluye la prevención del maltrato y de la negligencia infantiles (Olds y otros, 2007).

A pesar de estas conclusiones positivas, no es del todo obvio si este programa podría alcanzar fuera de los EE. UU. resultados similares a los obtenidos a nivel nacional. Especialmente en un país como Canadá, donde existe un sistema de atención sanitaria universal de financiación pública y un mejor acceso a los servicios sociales, no podemos dar por hecho que el programa NFP vaya a proporcionar los mismos beneficios a las madres que se encuentran en situación vulnerable.

En respuesta al amplio interés a nivel internacional que suscita el programa NFP, el doctor David Olds, que lo desarrolló, y sus colegas del Centro de Investigación Preventiva para la Salud Familiar e Infantil de la Universidad de Colorado, desarrollaron un proceso de cuatro fases para adaptar, experimentar, evaluar e implementar el programa NFP en otros países, además de en los EE. UU. El proceso se encuentra actualmente en fase de evaluación en Canadá, en Australia, en los Países Bajos y en el Reino Unido. Esperamos que la siguiente descripción de cómo el programa NFP ha llegado a Canadá para su evaluación sirva de base para otros intentos de replicación.

Necesidad de un promotor

Es importante destacar que los servicios de visitas al hogar han existido en las provincias y en los territorios canadienses durante muchos años, normalmente facilitados por unidades de salud pública. Sin embargo, existen diferencias considerables entre tales programas, y un conocimiento limitado sobre los beneficios para las familias. Mediante la asociación de investigadores comprometidos y una unidad de salud pública de Ontario dispuesta a reasignar recursos, pudimos emprender los pasos previos necesarios para la replicación del programa en Canadá, que actualmente se encuentra en curso.

¿Qué hemos aprendido a lo largo del camino? En primer lugar, para trasladar una innovación como el programa NFP a un contexto donde existen otros programas de visitas domiciliarias, es importante justificar la necesidad del mismo sin que ello suponga una amenaza para los servicios ya establecidos. Esto requirió que un administrador principal de la salud pública promoviera el programa NFP en la unidad, a lo largo de toda la comunidad local (Hamilton, Ontario) y en los niveles más elevados de toma de decisiones pertenecientes al gobierno provincial. Para los investigadores que habían promovido el programa NFP en Ontario durante muchos años, se hizo obvio que sin este promotor el programa no hubiera podido llegar a Canadá en un breve plazo de tiempo.

Adicionalmente, este promotor pudo garantizar el apoyo político a nivel provincial para redistribuir los fondos existentes de visitas domiciliarias a los servicios del NFP. En conjunto, el personal de salud pública y los investigadores fueron capaces de activar fondos de las agencias locales para realizar un estudio piloto que evaluara la viabilidad y la aceptabilidad del programa NFP en un contexto canadiense urbano (Jack y otros, 2012).

En los EE. UU., los supervisores y los enfermeros del programa NFP encargados de realizar las visitas al hogar reciben directrices sobre qué cuestiones incluir y cómo estructurar dichas visitas, y cuentan con facilitadores de contenidos para orientar su trabajo con las mujeres y sus familias. En concreto, se han desarrollado directrices de contenido específico para las siguientes fases: embarazo y primera infancia (esta última dividida a su vez en dos fases diferentes). Estos materiales requirieron una gran adaptación para su uso en Hamilton (en el contexto canadiense) con vistas a garantizar que el contenido fuera adecuado a nivel cultural, que integrase los estándares canadienses sobre indicios clínicos para abordar cuestiones como programas de inmunización o reglamentos de seguridad, y que reflejara las directrices de mejores prácticas ya existentes.

El siguiente paso exigió preparar a los enfermeros del servicio público de sanidad de Hamilton para que facilitaran el programa respetando los 18 elementos del modelo del NFP.¹ Si bien todos los enfermeros que trabajan en el programa NFP deben tener un mínimo de titulación universitaria en enfermería, esta es una función avanzada dentro de la titulación de enfermería: se requiere un extenso desarrollo profesional para perfeccionar el conocimiento clínico de los enfermeros y sus capacidades de evaluación y de intervención. La oportunidad de que los enfermeros de Hamilton observaran las prácticas de visitas domiciliarias realizadas por visitantes experimentados del programa NFP en los EE. UU. consolidó la educación central para su trabajo en el entorno canadiense.

Cuestiones que plantea el estudio piloto

Necesitábamos contestar a la pregunta “¿Será posible facilitar el programa NFP en un entorno urbano canadiense, y aceptable para las madres socialmente desfavorecidas y sus familias, así como para todos los proveedores de servicios sociales y de salud?”, y para ello inscribimos a 108 jóvenes embarazadas (menores de 21 años) y con bajos ingresos, para que participaran en un estudio piloto del programa NFP.

En el marco de este trabajo piloto, hemos realizado un estudio cualitativo de caso, para identificar y comprender los factores a nivel individual, organizativo y de la comunidad, que influyen en la provisión y la captación del programa NFP. Hemos realizado entrevistas personales con mujeres que participaron en el programa NFP, con sus parejas o con miembros de la familia extendida, así como con profesionales de la comunidad responsables de remitir a dichas mujeres a otros servicios o de proporcionarles directamente servicios sanitarios o sociales de apoyo mientras se encontraban en el programa. También se establecieron grupos de enfoque con los enfermeros del programa NFP, así como con enfermeros y directores de otros programas de visitas domiciliarias que realiza la salud pública.

Los resultados del estudio piloto confirmaron que tenemos la capacidad de adaptar y de implementar el programa NFP en el sistema canadiense de asistencia sanitaria. El equipo consiguió identificar e incluir en el programa a mujeres embarazadas; la mayoría de ellas (el 87%) recibió su primera visita domiciliaria en las primeras semanas del segundo trimestre de embarazo. La inscripción temprana al programa facilita el desarrollo de una relación terapéutica entre el enfermero y la familia, así como el tiempo suficiente para apoyar a las madres a la hora de realizar elecciones saludables durante el embarazo (como acceder a los servicios sanitarios de atención prenatal, dejar de fumar, practicar la alimentación saludable y hacer ejercicio).

Los servicios públicos de atención sanitaria consiguieron también localizar a un grupo de mujeres embarazadas en edad adolescente de difícil acceso; el 77% de ellas

tenía entre 16 y 19 años. Los profesionales, incluidos los médicos y los enfermeros competentes de la comunidad, percibieron el NFP como un importante programa de prevención basado en las pruebas obtenidas con la práctica, que podía satisfacer las necesidades de algunos de sus clientes más desfavorecidos. Y, lo que es aún más importante, los médicos observaron que el programa NFP estaba satisfaciendo las necesidades de una población de niños y de madres en elevado riesgo social, que no recibía todos los servicios necesarios, y a quienes normalmente no accede el sistema de atención sanitaria primaria. Sus experiencias con el programa fueron tan positivas que expresaron su frustración por no poder remitir a él a todas las mujeres embarazadas, incluidas las que ya habían criado a un hijo, las mayores de 21 años de edad y las que se encontraban en una fase más avanzada del embarazo.

El contenido, la estructura y el programa de visitas al hogar fueron aceptables para las mujeres que se habían inscrito en el NFP, para los enfermeros de los servicios de salud pública y para los profesionales de la comunidad. También hubo consenso en que los enfermeros de la sanidad pública reunían las capacidades y el conocimiento necesarios para satisfacer las necesidades sociales y sanitarias de las familias, muchas de las cuales están expuestas a la violencia, al consumo de drogas y alcohol, y a problemas de salud mental.

Sin embargo, en el estudio piloto pudimos implementar solo 16 de los 18 elementos necesarios del modelo con fidelidad, y fue necesario introducir algunas adaptaciones al programa. El cambio más significativo consistió en reducir la cantidad de casos para cada enfermero, de 25 a 20 clientes activos al mismo tiempo. Esto fue necesario después de considerar las condiciones de trabajo y de empleo de los enfermeros en los EE. UU., en comparación con las condiciones de trabajo en Canadá (según parámetros como las mayores distancias de desplazamiento para que los enfermeros lleguen a los clientes, y la diferencia del número medio de horas de trabajo a la semana). Además, se necesitó un tiempo considerable durante el primer año del programa para completar los requisitos educativos del programa NFP, preparar los materiales de las visitas al hogar y

desarrollar procedimientos para la documentación y la integración de la supervisión clínica en el trabajo realizado.

El segundo elemento que el estudio piloto no satisfizo fue la recopilación y la revisión de los datos para mejorar la calidad y para informar las sesiones de supervisión clínica. Se hubieran necesitado amplios recursos y la colaboración a nivel local y provincial para integrar los requisitos relativos a los datos del programa NFP en las bases de datos de salud pública establecidas a nivel provincial.

Esto destaca la importancia de realizar un trabajo piloto antes de dar por hecho que un programa basado en las pruebas obtenidas en la práctica es factible o aceptable en un entorno geográfico distinto. Si bien es cierto que pudimos presentar el programa NFP en el contexto canadiense, fueron necesarias ciertas adaptaciones.

Implementación del ensayo controlado y aleatorizado

Tras el estudio piloto, a pesar de nuestro éxito en Hamilton y del apoyo recibido por parte de otras unidades de salud pública repartidas por la provincia, los intentos de emprender el siguiente paso – un ensayo controlado y aleatorizado que evaluara la eficacia general del programa NFP en comparación con los servicios existentes – no tuvieron éxito en Ontario. Aunque los máximos responsables políticos y numerosas unidades de salud de Ontario se mostraron a favor de realizar el ensayo, no pudo alcanzarse un acuerdo final sobre cómo garantizar los fondos necesarios para implementar el programa NFP en un contexto de investigación. Se sugirió que algunos fondos procedentes del actual programa universal de visitas al hogar facilitado en Ontario se reasignaran a una fase experimental del NFP, siguiendo el modelo del estudio piloto. A pesar de la falta de pruebas sobre la eficacia del modelo existente de visitas al hogar en Ontario para mejorar los resultados de la salud de la madre y del hijo, no pudo alcanzarse un acuerdo para avanzar en este plan.

Sin embargo, los investigadores y el promotor local continuaron trabajando conjuntamente en una

colaboración firme y flexible, y pudieron establecer vínculos con otro investigador reconocido que mantenía sólidas relaciones con los principales responsables de la decisión de las políticas dentro de la autoridad provincial de Columbia Británica. Al contrastar los resultados del programa NFP con la estrategia de salud mental para los niños de Columbia Británica, en el año 2013 surgió la oportunidad de lanzar el ensayo controlado y aleatorizado para poner a prueba la eficacia del programa NFP en Canadá. En paralelo al ensayo controlado y aleatorizado, se está llevando a cabo una evaluación en un proceso que combina distintos métodos, para: describir el modo en que se implementa el programa; considerar nuevas adaptaciones necesarias para satisfacer las necesidades de las familias que viven en comunidades rurales y remotas; medir la fidelidad con respecto a los elementos del modelo NFP; y explorar el modo en que los enfermeros de salud pública del programa NFP colaboran con el sector de bienestar infantil, así como satisfacer las necesidades específicas de las familias expuestas a la violencia en el seno de la pareja o al consumo de drogas y alcohol.

La flexibilidad de la colaboración entre el promotor y los investigadores, así como con el investigador principal de Columbia Británica, condujo a la implementación del ensayo controlado y aleatorizado a pesar de la resistencia mencionada en el ámbito de Ontario. Nuestra experiencia subraya la importancia de las colaboraciones que permiten realizar un proceso de implementación aun cuando las condiciones de partida que se pretenden no sean posibles, siempre que puedan mantenerse aspectos tan importantes como el rigor científico.

Referencias

- Jack, S.M., Busser, L.D., Sheehan, D., González, A., Zwuygers, E.J. y MacMillan, H.L. (2012). Adaptation and implementation of the Nurse–Family Partnership in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 103 (Suppl. 1): S42–8.
- Olds, D.L., Sadler, S. y Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48: 355–91.

Nota

- ¹ Los 18 elementos del modelo están recogidos en el sitio web de *Nurse-Family Partnership*, en: <http://www.nursefamilypartnership.org/Communities/Model-elements>.

“Es un momento apasionante para lanzar un programa a nivel nacional”

Klaas Kooijman es un empleado veterano del Nederlands Jeugdinstituut (Instituto de los Países Bajos para la Juventud), que ha pasado la última década acercando a los Países Bajos la Asociación de Enfermeros y Familias (NFP, por sus siglas en inglés, o VoorZorg, como se denomina en neerlandés). En esta entrevista, habla con Espacio para la Infancia sobre el modo en que el programa se adaptó, se puso a prueba y se evaluó; los resultados del programa, entre otras cosas, en la prevención de la violencia; los actuales planes para llevar el programa a escala nacional; y una nueva iniciativa para poner a prueba un componente adicional de estimulación en la primera infancia.

¿Cuándo y por qué se interesó su organización por primera vez en transferir el modelo de la Asociación de Enfermeros y Familias a los Países Bajos?

Sabíamos que las pruebas obtenidas en los ensayos controlados aleatorizados habían revelado que se trataba de un programa de eficacia probada en los EE. UU. En el año 2003 entramos en contacto con el creador de la NFP, David Olds, que nos dio permiso para adaptarlo al contexto holandés. Tradujimos los manuales y los materiales de formación, realizando pequeños ajustes allí donde fue necesario debido a las diferencias entre los sistemas estadounidense y holandés, tales como el modo en que se combinaría el programa con la función de las matronas. A continuación formamos a los enfermeros, y las primeras familias se incorporaron al programa en el año 2004.

David Olds impuso una condición: que procediéramos a poner a prueba el programa mediante un ensayo controlado aleatorizado, para saber si seguía siendo eficaz en un nuevo entorno nacional. Esa tarea la llevó a cabo el Centro Médico de la Universidad Libre, entre los años 2006 y 2012. En un ensayo doble ciego con grupos paralelos, 237 embarazadas primerizas fueron asignadas al grupo de intervención y recibieron la visita de enfermeros formados del programa VoorZorg entre 40 y 60 veces a partir del segundo trimestre del embarazo y hasta que sus hijos cumplieron los dos años de edad, mientras que 223 madres fueron asignadas al grupo de control y recibieron las formas habituales de atención.

¿Cuáles fueron las conclusiones del ensayo controlado aleatorizado?

Los resultados fueron muy positivos. Entre los efectos hallados, las madres que habían participado en el programa registraron una probabilidad un 50% inferior de fumar durante el embarazo y tras el nacimiento del bebé, y superior al 50% de seguir amamantándole después de los 6 meses.

En cuanto al tema que aborda esta edición de *Espacio para la Infancia*, los resultados también fueron muy sólidos. Se descubrió que, para cuando los niños alcanzaban los 2 años de edad, el número de denuncias de sospechas de maltrato infantil entre los participantes del programa VoorZorg era de casi la mitad que en el grupo de control. La incidencia de la violencia doméstica también fue menor entre los participantes del programa.

Hemos quedado muy satisfechos con los resultados del ensayo controlado aleatorizado, que fueron publicados de manera oficial el año pasado. Así, el programa VoorZorg ha resultado ser uno de los más importantes en los Países Bajos, tanto para la prevención del maltrato infantil como para promover el desarrollo de los niños. Y con ello David Olds nos dio su aprobación para lanzar el programa a nivel nacional.

¿Cómo está funcionando?

En este momento, en los Países Bajos nos encontramos en un periodo de transición, en el que los municipios están asumiendo la responsabilidad de las políticas de cuidado infantil, por lo que nos planteamos persuadirles de que conviene adoptar el programa VoorZorg. Debido al presente estado de fluctuación, son tiempos apasionantes para lanzar un programa a nivel nacional.

Según nuestra experiencia hasta la fecha – en la actualidad tenemos a unos 40 enfermeros con formación, y a cerca de 400 familias en el programa – hemos calculado que el coste de inscribir a una madre en el programa VoorZorg es de unos 13.000 euros, para un periodo de dos años y medio. Expresado en términos de beneficio, desde el punto de vista de los municipios que deben decidir si adoptar el programa o no, la investigación independiente muestra una

compensación del 20%, teniendo en cuenta el dinero que de otra forma los municipios tendrían que gastar en abordar una mayor incidencia de problemas como el maltrato infantil. Por consiguiente, además de ser una intervención eficaz para las madres y para los bebés en situación de riesgo, también ahorra dinero público a medio plazo.

También están poniendo a prueba un componente adicional del programa VoorZorg, sobre estimulación en la primera infancia. ¿Cuáles son sus antecedentes?

Cuando adaptamos inicialmente la implementación de la NFP, hubo algunos módulos que decidimos excluir, porque la formación adicional para los enfermeros habría sido costosa y se producía cierta solapamiento con los servicios existentes en el contexto holandés. Teníamos ya un modo de ayudar a los padres a interactuar con bebés de hasta 9 meses, mediante el uso de vídeos, pero estábamos perdiendo un buen componente del programa para estimular relaciones entre padres e hijos desde la edad de 9 meses hasta el final del programa *VoorZorg*, a la edad de 2 años.

Con el apoyo financiero de la Fundación Bernard van Leer, estamos poniendo a prueba ese módulo, que se basa en un programa holandés ya existente, denominado *Instapje*, que ha sido bien investigado y cuya eficacia se ha comprobado. Hemos desarrollado un manual con hojas de ejercicios para que los enfermeros lo utilicen en las visitas al hogar, para dar a los padres alguna idea sobre los tipos de juego que podrían practicar, lo que el niño aprende con dichos juegos, y por qué esa actividad es importante. Hay sugerencias de formas creativas de juego, con objetos baratos o de uso cotidiano en el hogar, como por ejemplo rollos de papel, copas apilables de plástico y pelotas de ping-pong.

El objetivo de este nuevo componente es ayudar a los padres a observar cómo se desarrolla su hijo, y adaptar su comportamiento al del niño, para promover el apego entre ambos y el desarrollo cognitivo infantil.

¿Cómo se está evaluando el componente de estimulación en la primera infancia?

Es un estudio preliminar de viabilidad, más que una evaluación propiamente dicha, por lo que solicitamos a los enfermeros que rellenen los formularios de evaluación para expresar sus impresiones sobre lo que creen que funciona, lo que piensan de la implementación y si observan cualquier cambio en el comportamiento de los padres y en el desarrollo del niño. Según las respuestas recibidas hasta la fecha, las primeras experiencias parecen ser positivas, pero el programa piloto se mantendrá hasta finales de año.

Parenting for Lifelong Health: de Sudáfrica a otros países de rentas medias y bajas

Catherine L. Ward, catedrática adjunta, Departamento de Psicología, Iniciativa de Seguridad contra la Violencia, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, y Christopher Mikton, director técnico, equipo para la prevención de la violencia, Organización Mundial de la Salud; Lucie Cluver¹, Peter Cooper², Frances Gardner³, Judy Hutchings⁴, Jamie McLaren Lachman⁵, Lynne Murray⁶, Mark Tomlinson⁷ e Inge M. Wessels⁸



La formación de paraprofesionales (personal sanitario perteneciente a la comunidad) es un componente clave para el desarrollo del programa. Foto • Cortesía de Clowns Without Borders South Africa

En la actualidad, no existen programas de prácticas adecuadas de crianza que se basen en pruebas y que sean asequibles para los países de rentas medias y bajas, que es precisamente donde son más necesarios. Parenting for Lifelong Health⁹ (Crianza para la salud a lo largo de la vida) pretende cubrir esa carencia. Este artículo establece el contexto de violencia y de prácticas de crianza en países de rentas medias y bajas, y describe los programas que actualmente se están evaluando en Sudáfrica.

Aunque la violencia contra los niños es un problema de alcance global, los estudios sugieren que es especialmente prevalente en países con rentas medias y bajas (véase, por ejemplo, Reza y otros, 2009; UNICEF, Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención

de Enfermedades, y Universidad de Muhimbili, Facultad de Medicina y Ciencias Conexas, 2011; UNICEF, Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, y Consejo Nacional de Estadística de Kenia, 2012).

Sudáfrica, en el nivel superior de países con rentas medias, no es una excepción. Un estudio representativo a nivel nacional realizado en el año 2009 concluyó que la tasa de homicidio infantil en Sudáfrica prácticamente duplicaba la media mundial, y casi la mitad de esos homicidios guardaba relación con la negligencia o con el maltrato infantil (Mathews y otros, 2013).

Estos datos no sorprenden, pues la pobreza – que por definición está muy extendida en los países de rentas

medias y bajas – representa un riesgo particular para la crianza. No solo afecta a la capacidad de los padres para proporcionar nutrición y cuidado sanitario adecuados, sino que también afecta a los procesos de crianza. Los padres en situación de pobreza:

- tienen mayor probabilidad de padecer depresión, lo que suele dar lugar a una crianza más severa e inconstante (Elder y otros, 1995)
- tienen menor probabilidad de ser cariñosos con sus hijos y de vigilarlos, y mayor tendencia al uso del castigo corporal (Bradley y otros, 2001)
- tienen menor probabilidad de recibir el apoyo social que ayuda en la crianza a los padres que se encuentran en mejores circunstancias económicas (Duncan y otros, 1994).

En conjunto, estas condiciones incrementan la probabilidad de maltrato infantil (Hashima y Amato, 1994). Además, estas son precisamente las formas de crianza que aumentan la probabilidad de agresión infantil y juvenil (Essau y otros, 2006; Jackson y otros, 1998). Las tasas de violencia juvenil son más elevadas en los países de rentas medias y bajas que en los de rentas altas (Mercy y otros, 2002).

Para romper este ciclo de violencia, debe darse prioridad a las intervenciones que fomentan las prácticas adecuadas de crianza en países de rentas medias y bajas. Existen pruebas de que las prácticas positivas de crianza amortiguan los efectos de la pobreza en los niños (Conger y Ge, 1994). Los programas sobre prácticas adecuadas de crianza han demostrado su eficacia tanto para mejorar las prácticas de crianza como para mejorar los niveles cognitivos y el comportamiento de los niños (Knerr y otros, 2013; Mejía y otros, 2012). Ciertos tipos de intervenciones para promover prácticas adecuadas de crianza (como las evaluaciones de riesgos y las intervenciones de prácticas conductuales en las clínicas pediátricas) han demostrado que reducen la incidencia del maltrato infantil, y existen indicios prometedores de los efectos beneficiosos de las visitas domiciliarias y de otros programas para la reducción de dicho maltrato (Mikton y Butchart, 2009; Peacock y otros, 2013; Selph y otros, 2013).

“Ciertos tipos de intervenciones para promover prácticas adecuadas de crianza han demostrado que reducen la incidencia del maltrato infantil, y existen indicios prometedores de los efectos beneficiosos de las visitas domiciliarias para la reducción de dicho maltrato.”

Diseño y testado de programas

Desafortunadamente, aunque la necesidad de programas sobre prácticas adecuadas de crianza es mayor en los países de rentas medias y bajas, la mayor parte de las pruebas obtenidas sobre su eficacia procede de países de rentas altas (Knerr y otros, 2013; Mejía y otros, 2012). Aunque se ha comprobado que los programas pueden transferirse de un país a otro sin perder eficacia (Gardner y otros, en preparación), no es algo que pueda darse por hecho en todos los casos.

Existen dos razones principales por las que no pueden transferirse siempre los programas, especialmente desde entornos de rentas altas a los de rentas medias y bajas. En primer lugar, las diferencias culturales: un conjunto de factores – por ejemplo, el idioma, la cultura, la alfabetización, la pobreza, y los sistemas de atención social y sanitaria – podría debilitar o incluso anular los efectos del programa en el nuevo entorno (Mikton, 2012). En segundo lugar, el coste: muchos programas basados en pruebas han sido registrados, y son demasiado costosos para implantarlos en países donde los recursos son muy limitados.

Por estas razones, nuestro grupo de investigación (una colaboración entre el Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad, de la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Stellenbosch de Sudáfrica, la Universidad de Ciudad del Cabo de Sudáfrica, la Universidad Bangor de Gales y las Universidades de Oxford y Reading de Inglaterra) ha emprendido un proceso de testado de diversos programas sobre prácticas adecuadas de crianza que podrían

ser adecuados para países de rentas medias y bajas. Sudáfrica es el punto de partida donde estos programas se desarrollan inicialmente.

A este conjunto de programas lo denominamos *Parenting for Lifelong Health*. La idea es diseñar programas basados en pruebas, ponerlos a prueba, formar a las organizaciones contrapartes para que los implementen y, después, llevar a cabo nuevos procesos de testado independientes. Nuestro compromiso para desarrollar programas adecuados a los contextos de bajos recursos abarca distintas dimensiones.

En primer lugar, estamos formando a paraprofesionales (personal sanitario perteneciente a la comunidad) para proporcionar los programas, dado que existen muy pocos profesionales para prestar incluso servicios clínicos a las familias necesitadas, y mucho menos para realizar un trabajo preventivo (Barberton, 2006). En segundo lugar, se mantendrá el bajo coste de los materiales (por ejemplo, el uso de viñetas impresas para ilustrar los principios de la crianza adecuada, en lugar de recurrir a la producción de costosos vídeos). En tercer lugar, todos los materiales tendrán la licencia de Creative Commons y estarán a disposición gratuita de todas las personas interesadas (además, se prohibirá su uso con ánimo de lucro).

No ignoramos que la razón por la que muchos programas han quedado registrados es, al menos en parte, para cubrir los costes de la formación y la supervisión de quienes los implementan, y garantizar de esa forma que el programa se implemente fielmente. Si no se implementan los programas de forma que respeten fielmente el manual que los acompaña y sus intenciones, es probable que no sean eficaces. Por supuesto, esto representa un problema cuando los materiales están disponibles de manera gratuita y, por lo tanto, nuestro cuarto compromiso es desarrollar y buscar financiación para un grupo de formadores que pueda favorecer la implementación eficaz en todo el mundo.

En este momento, estamos poniendo a prueba cuatro programas, que abarcan tres grupos etarios:

0-2 años

Hasta ahora, se han desarrollado dos intervenciones para el grupo etario de la primera infancia, y ambas se han puesto a prueba en Khayelitsha, un asentamiento informal de la periferia urbana cercano a Ciudad del Cabo, que se caracteriza por niveles elevados de carencia económica.

El programa *Thula Sana*¹⁰ anima a las madres a mantener interacciones sensibles y responsivas con sus hijos pequeños. Se realizan dos visitas domiciliarias durante el embarazo, una a la semana durante las 8 semanas posteriores al parto, una cada dos semanas durante los 2 meses siguientes y, después, una al mes durante otros 2 meses, lo que equivale a 16 visitas en total.

Se ha constatado que las madres del grupo de intervención mostraron mucha más sensibilidad hacia sus hijos y un comportamiento menos intrusivo; por otra parte, sus hijos mostraban mayor seguridad en sus vínculos con sus madres que los niños del grupo de control (Cooper y otros, 2009). El apego – el vínculo entre la madre y el hijo – es parte integral del proceso por el que los niños forman un prototipo para otras relaciones con iguales, parejas y sus propios hijos (Belsky, 1993; Norton y otros, 2012), con lo que una relación deficiente o violenta con la madre se convierte en pauta para lo que el niño espera de los demás y de sí mismo en sus relaciones posteriores. En consecuencia, la falta de apego durante la primera infancia se considera uno de los modos en que el maltrato infantil se transmite de generación en generación, y uno de los mecanismos que hace que los niños maltratados incurran posteriormente en prácticas violentas (Belsky, 1993; Norton y otros, 2012). Por lo tanto, existen buenas razones para sostener que las intervenciones que mejoran el apego pueden prevenir el maltrato infantil y la violencia en los jóvenes.

Por el momento, los primeros niños que recibieron el programa *Thula Sana* tienen 13 años, y se está realizando un estudio de seguimiento de campo que evaluará, entre otras cosas, su comportamiento agresivo en esta fase de su desarrollo. El *Parent Centre* está implantando en la actualidad una versión adaptada del programa *Thula Sana* en diversos lugares de Ciudad del Cabo.

Otra intervención para niños pequeños que podría favorecer la crianza responsiva y proporcionar estimulación cognitiva para dichos niños también ha sido puesta a prueba en un pequeño ensayo controlado aleatorizado (Cooper y otros, 2014). Esta intervención combinaba sesiones de grupo y de apoyo individual, donde las madres aprendían sobre el intercambio “dialógico” de libros (Whitehurst y otros, 1988) durante un periodo de 6 semanas. Además de las prácticas adecuadas de crianza, la estimulación cognitiva también ha demostrado reducir la violencia entre los jóvenes (Walker y otros, 2011).

Las madres que recibieron la intervención mostraron mayor sensibilidad hacia las necesidades de sus bebés (tanto durante el intercambio de libros como durante el juego) y, por otra parte, mejoró la capacidad de atención y de uso del lenguaje de los niños. Recientemente se ha completado un ensayo controlado aleatorizado a mayor escala, en el mismo contexto de la periferia urbana sudafricana, que ha confirmado estas conclusiones positivas (Vally y otros, en preparación). Actualmente estamos recaudando fondos y buscando una organización contraparte para implementar y llevar más lejos este programa.

2-9 años

El programa *Sinovuyo*¹¹ de familias cuidadoras para niños pequeños abarca al grupo etario de entre 2 y 9 años, y ha sido puesto a prueba en un pequeño ensayo controlado aleatorizado, también en Khayelitsha. El programa abarca técnicas destinadas a mejorar la relación entre padres e hijos (por ejemplo, padres que dedican un tiempo a jugar con sus hijos a juegos que dirigen estos últimos), gestión de las emociones (por ejemplo, padres que aprenden a reconocer sus propias emociones y las de sus hijos) y enfoques para la gestión positiva del comportamiento (como elogiar el buen comportamiento y usar alternativas a la disciplina severa).

La prueba inicial halló mejoras en las prácticas positivas de crianza en el grupo que había recibido el programa, en comparación con el grupo de padres que no lo había recibido. Consiguió también índices

de asistencia elevados (75%) y una alta satisfacción de los participantes, fue muy aceptable a nivel cultural y fue implementado con fidelidad por los facilitadores paraprofesionales de la comunidad. En la actualidad el programa está siendo implementado por nuestra organización contraparte, *Clowns Without Borders South Africa* (Payasos sin Fronteras Sudáfrica).

10-17 años

Por lo general, se considera que el maltrato infantil es un problema que afecta a los niños pequeños, pero existen pruebas suficientes de que los adolescentes también lo sufren en niveles elevados (Finkelhor y otros, 2009; Meinck y otros, en prensa). El programa *Sinovuyo* de familias cuidadoras para adolescentes se ocupa de este grupo etario y ha sido puesto a prueba inicialmente en una zona rural de la provincia del Cabo Oriental de Sudáfrica, una de las provincias más pobres de las nueve del país. También ha sido implementado por Payasos sin Fronteras, con el apoyo de UNICEF Sudáfrica.

Este programa basado en el grupo emplea el aprendizaje social y los principios de la formación en gestión parental, con sesiones de grupo para padres, adolescentes y dúos de padre-adolescente. Emplea un enfoque de aprendizaje colaborativo, basado en la realización de actividades, la representación de roles y las prácticas en el hogar (Webster-Stratton, 1998). Las sesiones abarcan los siguientes temas: el establecimiento de un tiempo especialmente dedicado a los padres y adolescentes, la expresión de elogios de forma inmediata y específica, la forma de encarar el estrés y la ira, el establecimiento de normas y responsabilidades, y la respuesta a las situaciones de crisis. La prueba preliminar realizada en el año 2013 halló una reducción en el uso de violencia y malos tratos por parte de los padres para corregir el comportamiento de sus hijos, así como en el comportamiento agresivo y rebelde de los adolescentes. Los datos resultantes se han empleado para seguir desarrollando el manual del programa, y se está llevando a cabo otra prueba, cuyos datos se prevé que estén disponibles a finales de 2014.

Pasos futuros

Estos programas constituyen la base de *Parenting for Lifelong Health*. En el futuro, se pondrá a prueba cada programa en al menos otros dos países de rentas medias y bajas, y se creará un grupo que pueda ayudar con la adaptación y la implementación de gran fidelidad en otros países. Esperamos que los programas estén listos para su implantación a gran escala en el año 2020; es decir, esperamos que para entonces se haya recopilado una sólida base de pruebas y que esté disponible de forma general para todos los países de rentas medias y bajas.

Referencias

- Barborton, C. (2006). *The Cost of the Children's Bill: Estimates of the cost to government of the services envisaged by the comprehensive Children's Bill for the period 2005 to 2010. Report for the National Department of Social Development*. Disponible en: <http://ci.org.za/depts/ci/plr/pdf/subs/CBFinalCostReport.pdf> (último acceso, abril de 2014).
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin* 114: 413-34.
- Bradley, R. H., Corwyn, R.F., McAdoo, H.P. y Coll, C.G. (2001). The home environments of children in the United States, Part I: Variations by age, ethnicity and poverty status. *Child Development* 72(6): 1844-67.
- Conger, R.D. y Ge, X. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development* 65(2): 541-61. doi: 10.1111/1467-8624.ep9405315143.
- Cooper, P.J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Moltano, C., Stein y otros (2009). Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 338: 974-81.
- Cooper, P.J., Vally, Z., Cooper, H., Radford, T., Sharples, A., Tomlinson, M. y Murray, L. (2014). Promoting mother-infant book sharing and infant attention and language development in an impoverished South African population: a pilot study. *Early Childhood Education Journal* 42: 143-52. doi: 10.1007/s10643-013-0591-8.
- Duncan, G.J., Brooks-Gunn, J. y Klebanov, P.K. (1994). Economic deprivation and early child development. *Child Development* 65(2): 296-318.
- Elder, G.H., Eccles, J.S., Ardelt, M. y Lord, S. (1995). Inner-city parents under economic pressure: perspectives on the strategies of parenting. *Journal of Marriage and Family* 57(3): 771-84.
- Essau, C.A., Sasagawa, S. y Frick, P.J. (2006). Psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Journal of Child and Family Studies* 15(5): 595-614. doi: 10.1007/s10826-006-9036-y.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. y Hamby, S.L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 124: 1411-23.
- Gardner, F., Knerr, W., Montgomery, P. y Sundell, K. (en preparación). To what extent can evidence-based parenting interventions be transported from one country to another? A systematic review.
- Hashima, P.Y. y Amato, P.R. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development* 65(2): 394-403.
- Jackson, C., Henriksen, L. y Foshee, V.A. (1998). The Authoritative Parenting Index: predicting health risk behaviors among children and adolescents. *Health Education and Behavior* 25(3): 319-37.
- Knerr, W., Gardner, F. y Cluver, L. (2013). Reducing harsh and abusive parenting and increasing positive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prevention Science* 14: 352-63.
- Mathews, S., Abrahams, N., Jewkes, R., Martin, L.J. y Lombard, C. (2013). The epidemiology of child homicides in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 91: 562-68. doi: 10.2471/BLT.12.117036.
- Meinck, F., Cluver, L., Boyes, M. y Ndlovu, L. (en prensa). Risk and protective factors for physical and emotional child abuse in vulnerable populations in South Africa. *Child Abuse Review*.
- Meija, A., Calam, R. y Sanders, M.R. (2012). A review of parenting programs in developing countries: opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children. *Clinical Child and Family Psychology Review* 15(2): 163-75.
- Mercy, J.A., Butchart, A., Farrington, D. y Cerdá, M. (2002). Youth violence. En: Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (eds) *Informe mundial sobre violencia y salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Mikton, C. (2012). Two challenges to importing evidence-based child maltreatment prevention programs developed in high-income countries to low- and middle-income countries: Generalizability and affordability. En: Dubowitz, H. (ed.) *World Perspectives on Child Abuse* (Vol. 10). Aurora, CO: International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Mikton, C. y Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization* 87(5): 353-61.
- Norton, W.E., McCannon, J.C., Schall, M.W. y Mittman, B.S. (2012). A stakeholder-driven agenda for advancing the science and practice of scale-up and spread in health. *Implementation Science* 7: 118-23.
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D. y Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 13: 17-30.
- Reza, A., Breiding, M.J., Gulaid, J., Mercy, J.A., Blanton, C., Mthethwa, Z. y otros (2009). Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet* 373: 1966-72.
- Selph, S.S., Bougatsos, C., Blazina, I. y Nelson, H.D. (2013). Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine* 158(3): 179-90.
- UNICEF, Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, y Universidad de Muhimbili, Facultad de Medicina y de Ciencias Conexas (2011). *Violence against Children in Tanzania: Findings from a national survey 2009*. Dar es Salaam: United Republic of Tanzania/UNICEF.
- UNICEF, Oficina nacional de Kenia, Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, y Consejo Nacional de Estadística de Kenia (2012). *Violence against Children in Kenya: Findings from a 2010 National Survey*. Nairobi, Kenia: UNICEF/CDC/KNBS.
- Vally, L., Murray, L., Tomlinson, M. y Cooper, P.J. (en preparación). The impact of training in dialogic reading on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community.
- Walker, S.P., Chang, S.M., Vera-Hernández, M. y Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics* 127: 849-57.
- Webster-Stratton, C. (1998). Parent training with low-income families: promoting parental engagement through a collaborative approach. En: Lutzker, J.R. (ed.) *Handbook of Child Abuse Research and Treatment*. Nueva York: Plenum Press.
- Whitehurst, G.J., Falco, F.L., Lonigan, C.J., Fischel, J.E., DeBaryshe, B.D., Valdez-Menchaca, M.C. y Caulfield, M. (1988). Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology* 24: 552-59.

Notas

- 1 Catedrática adjunta, Departamento de Intervención y Política Social, Universidad de Oxford (Inglaterra).
- 2 Catedrático, Facultad de Psicología y Ciencias Clínicas del Lenguaje, Universidad de Reading (Inglaterra).
- 3 Catedrático, Departamento de Intervención y Política Social, Universidad de Oxford (Inglaterra).
- 4 Catedrática, Centro para la Intervención Precoz basada en Pruebas, Universidad de Bangor (Gales).
- 5 Estudiante de Doctorado, Departamento de Intervención y Política Social, Universidad de Oxford (Inglaterra), y directora ejecutiva, Payasos sin Fronteras Sudafricana.
- 6 Catedrático, Facultad de Psicología y Ciencias Clínicas del Lenguaje, Universidad de Reading (Inglaterra).
- 7 Catedrático, Departamento de Psicología, Universidad de Stellenbosch (Sudafrica).
- 8 Estudiante de doctorado, Departamento de Psicología, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudafrica).
- 9 Más información sobre *Parenting for Lifelong Health* en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud, en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/plh/en/
- 10 *Thula Sana* significa "Calla, pequeño" en isiXhosa, la lengua principal de las tribus indígenas africanas de las provincias de Cabo Oriental y Cabo Occidental de Sudafrica.
- 11 *Sinovuyo* es un término de la lengua isiXhosa que significa "Somos felices" o "Disfrutamos".

Desarrollo de una base de pruebas para la prevención de la violencia contra los niños en los países de rentas medias y bajas

Sara Bensaude de Castro Freire, directora de programa, y Sarah Sommer, oficial de comunicaciones, Red de Fundaciones Europeas, Bruselas (Bélgica).

El *Children and Violence Evaluation Challenge Fund* (Fondo para el Reto de la Evaluación sobre los Niños y la Violencia) financia actualmente evaluaciones rigurosas de programas destinados a prevenir la violencia contra los niños en países de rentas medias y bajas, como los programas de prácticas adecuadas y responsivas de crianza. Aunque los resultados de estas evaluaciones están previstos entre 2015 y 2016, en este artículo se expone el avance del fondo conseguido hasta la fecha y sus planes futuros.

En la última década, diversos informes han destacado la necesidad de mejorar la calidad de los datos y de la investigación sobre los elementos eficaces para prevenir la violencia contra los niños en los países de rentas medias y bajas.¹ Reconociendo este hecho, en el año 2011 un grupo de fundaciones constituyó la Red de Fundaciones Europeas (NEF, por sus siglas en inglés) para establecer un fondo compuesto con el objetivo de poner fin a la falta de conocimiento.²

El *Children and Violence Evaluation Challenge Fund* se estableció para mejorar los programas y políticas sobre la prevención de la violencia y la protección infantil en países de rentas medias y bajas y para proporcionarles la información necesaria, de tres modos diferentes:

- generando pruebas más rigurosas a través de evaluaciones sólidas
- potenciando la capacidad de las organizaciones que trabajan en este ámbito para apreciar, encargar y utilizar de manera correcta tales evaluaciones
- difundiendo las pruebas generadas entre las distintas partes interesadas.

Los fondos se asignan mediante un proceso competitivo de convocatorias para recibir propuestas. Las organizaciones aptas para recibirlos presentan un informe conceptual de sus propuestas de evaluación, que es revisado por un equipo de valoración ad hoc y compuesto por expertos a nivel global y regional en materia de protección infantil, evaluación y prevención de la violencia. Posteriormente, se invita a los solicitantes preseleccionados a presentar su propuesta de evaluación completa para la segunda fase, que es

de nuevo revisada por el equipo de evaluación, cuyas recomendaciones conducen a decidir quiénes serán los receptores de las subvenciones.

Desde el establecimiento del fondo, se han celebrado dos convocatorias de propuestas, en los años 2011 y 2012. Ambas tuvieron un amplio ámbito de aplicación, que abarcaba la violencia física, emocional o sexual, así como niños de mayor y menor edad. La primera convocatoria abordó la reducción de riesgos en los entornos familiares, mientras que la segunda se centró en la prevención. Se tuvieron en cuenta tres tipos de intervenciones: grandes, pequeñas e innovadoras, así como componentes de intervenciones más amplias que han tenido efectos indirectos en la prevención de la violencia, aunque no se hayan diseñado directamente para ello.

En total, el fondo apoya en la actualidad 17 proyectos de evaluación con distintos alcances geográficos, ámbitos de interés y metodología de evaluación. Abarcan países de tres continentes: Burkina Faso, Burundi, Etiopía, Kenia, Tanzania, Uganda y Sudáfrica; China, Indonesia, India y Jordania; y México, República Dominicana y Ecuador.

Seis de las intervenciones que se están evaluando examinan específicamente programas sobre prácticas adecuadas de crianza (véase recuadro inferior). Las restantes consisten principalmente en mecanismos de protección de la infancia con base en la comunidad, en programas de desarrollo de destrezas para la vida diaria, en sistemas de visitas domiciliarias o en intervenciones que abordan los determinantes más amplios que llevan a la violencia. Entre los receptores se encuentran diversas ONG a nivel local e internacional, así como universidades. Las metodologías de evaluación varían desde los ensayos controlados aleatorizados hasta los diseños cuasiexperimentales, pasando por la combinación de distintos métodos.

Programas de prácticas adecuadas de crianza que están siendo evaluados

Programa de visitas domiciliarias Families First – Indonesia

Implementado por: Save the Children Suiza.

Evaluado por: Universidad McGill y Centre de Santé et des Services Sociaux de la Montagne; Universidad de Indonesia, Centro para la Protección Infantil.

Fecha prevista de finalización: noviembre de 2016.

Mediante las visitas al hogar realizadas por trabajadores voluntarios de los servicios de salud de la comunidad y con formación específica, este programa pretende prevenir la violencia en el hogar y la innecesaria institucionalización de los niños.

The Faithful House – Tanzania

Implementado por: Selian Aids Control Programme.

Evaluado por: Savannas Forever.

Fecha prevista de finalización: julio de 2015.

The Faithful House es un currículo sobre desarrollo de capacidades, de 5 días de duración e impartido por un centro religioso, para favorecer a las familias afectadas por el VIH mediante el fomento de capacidades para la comunicación y la resolución de conflictos. Emplea los valores de la fe como punto de partida para abordar actitudes hacia los roles de género y la violencia doméstica.

Junconi – Ecuador y México

Implementado por: Fundación Junto con los Niños.

Evaluado por: Facultad Baylor de Medicina.

Fecha prevista de finalización: diciembre de 2016.

Mediante visitas semanales al hogar, centradas en las estrategias de apego entre padres e hijos, el programa pretende reducir la violencia familiar y la incidencia de las condiciones que obligan a los niños a vivir en las calles.

Programa Internacional de Desarrollo Infantil – Colombia

Implementado por: International Child Development Programme (ICDP) Colombia.

Evaluado por: Universidad de Oslo y University College London.

Fecha prevista de finalización: agosto de 2015.

Este programa de desarrollo psicosocial en la primera infancia pretende reducir el riesgo de impartición de una disciplina excesivamente severa, mediante la mejora de las capacidades positivas de crianza y las relaciones entre padres e hijos.

Educación universal sobre prácticas adecuadas de crianza para prevenir la violencia contra los niños en las familias – China

Implementado por: Departamento de Educación de Fuxín, Instituto de formación del profesorado de Fuxín.

Evaluado por: Universidad de Pekín, Centro de Ciencias de la Salud.

Fecha prevista de finalización: noviembre de 2014.

Esta intervención, basada en manuales de autoadministración, pretende mejorar el conocimiento y las destrezas de crianza para una disciplina no violenta y para la promoción del desarrollo infantil.

Violencia contra los niños en colegios y familias – Albania

Implementado por: Save the Children, Oficina Nacional de Albania y Autoridades Educativas Regionales.

Evaluado por: Maria Antonia Di Maio y Migena Buka (asesoras independientes).

Fecha de finalización: julio de 2012 (en la actualidad se está considerando una posible estrategia de difusión).

Este programa pretende reducir el uso de la violencia física y psicológica contra los niños como métodos de corrección del comportamiento en las familias, en los centros escolares y en las comunidades, mejorando las prácticas de crianza y las capacidades de enseñanza, y proporcionando a los niños los recursos necesarios para reconocer y denunciar casos de maltrato.



Uno de los objetivos del Fondo es desarrollar una cultura del aprendizaje mediante la consolidación de la capacidad de las organizaciones participantes para colaborar con equipos de investigación. Foto • Jon Spauill/Fundación Bernard van Leer

Fortalecimiento de la capacidad de evaluación

Como se ha indicado anteriormente, uno de los objetivos del fondo es desarrollar una cultura del aprendizaje mediante la consolidación de la capacidad de las organizaciones que trabajan en la prevención de la violencia para colaborar con equipos de investigación. Durante la primera convocatoria de propuestas, quedó claro que la mayoría de las ONG locales que se presentaron tenían una capacidad limitada de evaluación, y con frecuencia no estaban en condiciones de identificar a buenos evaluadores. Ello se reflejó en un índice de éxito de tan solo el 2% para las ONG locales, frente al 40% alcanzado por las universidades extranjeras.

En parte, ese problema se abordó en la primera convocatoria de propuestas, al ofrecer una pequeña subvención en metálico (de hasta 5.000 euros) a seis ONG locales que no estaban afiliadas a universidades ni a institutos de investigación para que pudieran obtener ayuda profesional a la hora de desarrollar una propuesta de evaluación completa. Tres de las seis ONG fueron finalmente seleccionadas para recibir financiación destinada a su proyecto de evaluación. No obstante, el proceso para hallar a los expertos externos resultó ser más complejo de lo esperado. Hubo una clara necesidad de reflexión sobre este aspecto del programa, pues la dificultad de los investigadores locales para acceder al apoyo de otros académicos suponía un evidente problema de equidad.

En la segunda convocatoria de propuestas, se exigió que los implementadores a nivel local se presentaran en colaboración con evaluadores expertos. El fortalecimiento de capacidades fue abordado de forma más sistemática, pues el fondo asignó mentores a los candidatos seleccionados. Se ofreció a cinco solicitantes la posibilidad de escoger entre dos o tres mentores, a quienes se pidió que les orientaran para desarrollar la propuesta de evaluación completa y, si resultaban seleccionados, también a lo largo de la implementación del proyecto de evaluación.

Difusión y futuras actividades

Se espera obtener la mayoría de las conclusiones de la evaluación hacia finales de los años 2015 y 2016, cuando el fondo implemente una estrategia de comunicación y difusión sistemática. Este es un elemento fundamental del programa para garantizar que los profesionales y los responsables políticos pertinentes tengan acceso a los resultados de las evaluaciones y que finalmente éstos se traduzcan en políticas y programas más adecuados.

El fondo actualmente analiza esta cuestión de la transferencia de conocimiento. Un sistema de revisión de la calidad garantizará la veracidad de las conclusiones, y se desarrollará un informe de pruebas para cada proyecto de evaluación: un breve documento que presente el contexto del proyecto y los principales hallazgos, en un

formato y un lenguaje accesibles. El sitio web actual del fondo3 también está siendo reestructurado para facilitar la accesibilidad y el trabajo en red.

Con el apoyo de sus fundaciones colaboradoras, el fondo planifica en la actualidad su segundo periodo programático, con la apertura de una nueva convocatoria de propuestas. Se prevé que esté más orientada a los objetivos, y que se base en un análisis de carencias que examine las pruebas existentes en el ámbito y el trabajo de otras partes interesadas, para identificar el impulso y las oportunidades actuales. Se prevé que esto lleve a elaborar una lista de alrededor de tres subtemas estratégicos sobre los cuales existe una necesidad particular de incrementar la posibilidad de extraer conclusiones o recomendaciones sobre todo aquello que funciona.

Se están estudiando otras futuras actividades para seguir desarrollando una mayor capacidad, tales como talleres temáticos y regionales que aúnen a las ONG, a los equipos de investigación y quizá también a otras partes interesadas, y se está confeccionando un conjunto de directrices prácticas que proporcionen información acerca de qué elementos tener en cuenta cuando se lleven a cabo evaluaciones de impacto.

Referencias

- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (eds). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf?ua=1 (último acceso, junio de 2014).
- Naciones Unidas. (2013). *Informe anual de la Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños* (A-68-274). Nueva York, NY: Consejo de la ONU para los Derechos humanos. Disponible en: http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/documents/docs/A-68-274_ES_0.pdf (último acceso, junio de 2014).
- Pinheiro, P.S. (2006). *Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas*. Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf) (último acceso, junio de 2014).

Notas

- 1 Entre estos se encuentran el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS (Krug y otros, 2002), el Estudio sobre la Violencia contra los Niños de las Naciones Unidas (Pinheiro, 2006), y el *Informe anual 2013 de la Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños* (Naciones Unidas, 2013).
- 2 Los tres proveedores iniciales de fondos fueron la Fundación Bernard van Leer, la Fundación Oak y la Fundación UBS Optimus. A comienzos del año 2013 se les unió también un cuarto proveedor de fondos: Wellspring Advisors.
- 3 La información sobre el *Children and Violence Evaluation Challenge Fund* se encuentra disponible en su sitio web: <http://www.evaluationchallenge.org/>

MAMA: uso de la mensajería móvil para promover una crianza responsiva

Tara Morazzini, investigadora adjunta, *Mobile Alliance for Maternal Action* (Alianza móvil para la acción materna), Washington, DC (Estados Unidos)



Los mensajes de MAMA facilitan el apego y las interacciones positivas entre padres e hijos: tocar, hablar, ofrecer cuidados y jugar con los niños. Foto • Cortesía de *Mobile Alliance for Maternal Action* (MAMA)

La creciente penetración de la tecnología móvil en países de rentas medias y bajas posibilita aumentar la concienciación sobre las prácticas de crianza responsiva, mediante la transmisión de mensajes adecuados en cada momento para las madres embarazadas y primerizas. En este artículo se describe cómo la *Mobile Alliance for Maternal Action* (MAMA) emplea la telefonía móvil para llegar a los padres de Sudáfrica y de Bangladés.

MAMA es una innovadora asociación público-privada en la que participan la Agencia estadounidense para el desarrollo internacional, Johnson & Johnson, *mHealth Alliance*, la Fundación pro Naciones Unidas y el destacado sitio web sobre embarazo y prácticas de crianza *BabyCenter.com*. Los programas nacionales de MAMA

en Bangladés y Sudáfrica actualmente llegan a más de 600.000 mujeres y familias, a través de mensajes que se sincronizan con el estado de embarazo de la mujer o con la edad de su hijo. Los mensajes son o bien gratuitos, gracias a una subvención, o a un coste asequible para los usuarios. Los mensajes se prolongan hasta que el niño cumple un año, y el programa de Bangladés se está ampliando para llegar hasta su quinto cumpleaños.

Los mensajes proporcionan información, ofrecen apoyo, terminan con los mitos, destacan señales de advertencia y conectan a las mujeres embarazadas y a las madres primerizas con los servicios locales de salud. También promueven la crianza responsiva; es decir, el apego y las interacciones positivas entre padres e hijos, y favorecen un modo positivo de impartir disciplina,

en lugar del castigo severo. Asimismo, incrementan la concienciación de los padres acerca del desarrollo infantil, de forma que estos pueden aplicar prácticas de crianza adecuadas al nivel de desarrollo de sus hijos. Como se describe a continuación, abordan también factores de riesgo a nivel individual y familiar para reducir el maltrato infantil.

La violencia sistemática contra las mujeres y los niños presenta grandes retos, tanto en Sudáfrica como en Bangladés. Sudáfrica ha sido descrito como el país del mundo donde hay mayores tasas de violencia (Norman y otros, 2010). Las madres experimentan índices elevadísimos de violencia y de problemas de salud mental, y se calcula que el 50% de los niños sudafricanos habrá sufrido algún tipo de maltrato antes de alcanzar la edad de 18 años (Krever, 2014, en línea). En Bangladés, casi dos tercios de las mujeres sufrirán violencia de género a lo largo de su vida (Fondo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2014, en línea).

Mientras tanto, en ambos países la penetración de la telefonía móvil es elevada y va en aumento. Son más los sudafricanos que utilizan el teléfono móvil que los que ven la televisión o escuchan la radio; hay ya más suscripciones a servicios de telefonía móvil que número de personas, en una relación de 131 a 100 (Banco Mundial, 2012). Si bien Bangladés todavía no ha alcanzado ese nivel, la tecnología móvil es una herramienta disponible con facilidad que permite llegar a gran parte de su población: 63 de cada 100 personas tienen acceso a suscripciones móviles (Banco Mundial, 2012, en línea).

MAMA Sudáfrica (MAMA SA) utiliza cuatro canales móviles para llegar a mujeres de distintos niveles de ingresos, a través de tecnologías de telefonía móvil que ya utilizan y con las que se encuentran cómodas. Dichos canales son los siguientes: un programa gratuito de SMS (mensajes de texto) que se ofrece a través de seis clínicas del centro de la ciudad, en Hillbrow (Johannesburgo); un portal dinámico para la comunidad, en askmama.mobi; un servicio interactivo de preguntas y respuestas basado en USSD (Servicio suplementario de datos no

estructurados); y un portal en Mxit, conocida red social móvil de Sudáfrica.

El programa MAMA de Bangladés se denomina *Aponjon* (que significa “El cercano/querido” en idioma bengalí). *Aponjon* proporciona información a los suscriptores dos veces por semana, a través de mensajes SMS o de respuesta interactiva de voz (ivr). Los mensajes de voz consisten o bien en una pequeña representación con actores locales que interpretan los papeles de un médico, una mujer embarazada, una madre y una suegra, o bien una narración más directa. *Aponjon* ofrece también una línea de asesoramiento a los suscriptores como canal directo para comunicarse con un médico.

Mensajes para la crianza responsiva

Mediante estos servicios, los programas nacionales de MAMA fomentan la capacidad de respuesta de los padres: “una crianza que responde de manera rápida, supeditada al comportamiento del niño y adecuada a sus necesidades y a su estadio de desarrollo” (Bornstein y Tamis-LeMonda, 1989). La capacidad de respuesta suele plasmarse en la teoría como un proceso de tres pasos: observación, interpretación y acción (Engle y Ricciuti, 1995). Los mensajes de MAMA abordan los tres pasos: animan a la madre o al cuidador a observar las indicaciones del niño, ayudan al cuidador a interpretar dichas señales correctamente, y fomentan la acción adecuada y oportuna para satisfacer las necesidades del niño. Por ejemplo:

Tómame un tiempo cada día para ver cómo respira tu hijo. Si su respiración es rápida y poco profunda, podría estar enfermo y requerir tratamiento médico.

Los mensajes de MAMA facilitan el apego y las interacciones positivas entre padres e hijos: tocar, hablar, ofrecer cuidados y jugar con los niños. Así, promueven el desarrollo psicosocial del niño (a nivel social, emocional, mental y físico), que descansa sobre el amor, la estimulación física y verbal, y el juego. Por ejemplo:

Puedes jugar hoy con tu bebé al “cucú-tras”. Le encantará. Así aprende que un objeto podría seguir estando ahí aunque desaparezca de su vista.

A tu bebé le encanta el sonido de tu voz. Háblale y cántale cada día. Estable contacto visual con él y sonríele. ¡Él también te sonreirá!

Además, los mensajes de MAMA hacen hincapié en la lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida del bebé, y en la lactancia complementaria hasta que este cumple los 2 años. La lactancia es un componente del desarrollo psicosocial temprano, ya que normalmente tiene lugar mientras el niño es “sostenido, acariciado y emocionalmente cuidado” (Woodward y Liberty, 2005, en línea). La lactancia favorece un apego seguro del bebé y desempeña un papel importante para facilitar “intercambios emocionales entre la madre y el hijo, que contribuyen a afianzar en el niño la sensación de que es escuchado” (Epstein, 1993). Esta investigación sugiere también que la lactancia contribuye al desarrollo materno, pues las madres adquieren experiencia en la comprensión e interpretación de las señales y respuestas de los niños, como se observa en este mensaje de MAMA:

Un bebé bien alimentado lucirá una tripita llena y una sonrisa soñolienta.

Los mensajes de MAMA proporcionan a los padres consejos basados en la edad y en la fase de desarrollo del niño, además de información, de forma que sepan qué pueden esperarse y cómo reaccionar adecuadamente. Las definiciones de Butchart de estrategias positivas de corrección del comportamiento alternativas al castigo subrayan los problemas que tienen lugar cuando los padres albergan expectativas incorrectas sobre el desarrollo de sus hijos, lo que puede influir en cómo deciden inculcarles la disciplina (Butchart y otros, 2006). Los mensajes de MAMA potencian la concienciación sobre el desarrollo infantil y las prácticas adecuadas de crianza en función del nivel de desarrollo del niño:

¿Tu hijo hace siempre lo mismo, de forma repetida? Lo hace porque su memoria todavía no es muy buena. Procura ser paciente; se trata solo de una fase pasajera.

Los mensajes promueven también estrategias positivas de corrección del comportamiento, en lugar del castigo. Las estrategias positivas de corrección del

comportamiento consisten en ayudar a los niños a desarrollar el juicio, los límites, el autocontrol y una conducta social positiva. En cambio, el castigo consiste en aplicar medidas físicas o emocionales que reflejan la ira o la desesperación del cuidador (Kağıtçıbaşı y otros, 2001; Aracena y otros, 2009; Oveisi y otros, 2010). Tal castigo implica poder y dominio, y suele ser inadecuado para la fase de desarrollo del niño (Butchart, 2006). Los mensajes de MAMA orientan a los padres sobre estrategias positivas de corrección del comportamiento:

¿Tu hijo pega? No respondas pegándole. Estable un contacto visual con él y dile con firmeza que te ha hecho daño y te ha puesto triste.

También dan consejos sobre la conducta social positiva:

Elogia a tu hijo cuando se porta bien, en lugar de castigarlo si se porta mal. Es un mejor modo de enseñarle normas y disciplina.

Cómo abordar factores de riesgo para la familia

Finalmente, los mensajes de MAMA abordan factores de riesgo para los padres a nivel individual y en el ámbito familiar, que podrían hacerles caer en el maltrato infantil, como la depresión posparto (Gilbert y otros, 2009):

¿Te sientes triste todo el tiempo? Habla de ello con tu médico de confianza. Pide ayuda a tu familia para poder alimentarte bien y descansar lo suficiente.

Dificultad para estrechar vínculos con el recién nacido (Djeddah y otros, 2000):

En ocasiones, ser madre puede ser difícil. ¿Por qué no tratas de hablar con tu madre o con un pariente más mayor? Que no te asuste pedir ayuda.

O el consumo de alcohol:

Beber alcohol puede reducir la cantidad de leche que tu hijo ingiere al mamar. Beber un poco de vez en cuando no es perjudicial, pero procura no beber demasiado.

La violencia en el seno de la pareja es un factor de riesgo muy grave en el ámbito familiar para caer en el maltrato infantil, pues los niños suelen quedar atrapados con facilidad en el fuego cruzado que se desata a nivel emocional y físico. Los mensajes de MAMA fomentan el comportamiento positivo entre los miembros de la pareja:

El hecho de tener un hijo cambia la relación con tu pareja. Para mantener el vínculo que os une, intentad dedicar cada día un tiempo para vosotros dos.

Y sugieren que si bien los desacuerdos son algo normal, es preferible discutir cuando el niño no está presente:

Toda relación tiene sus partes buenas y sus partes malas. Es normal que tú y tu pareja discutáis (todo el mundo lo hace). Aun así, tratad de no discutir delante del niño: no lo entenderá, y además podría asustarse. Intentad ir a otra habitación, o esperad hasta que el niño esté dormido, antes de expresar vuestras frustraciones.

Otro factor de riesgo a nivel familiar que aborda MAMA es el apego a los roles tradicionales de género, y en particular a las definiciones de masculinidad en torno a la dominancia y a la falta de participación en la provisión del cuidado. Los mensajes animan a las mujeres a implicar a sus compañeros en el cuidado infantil:

Tu pareja podría sentirse excluida. Sugierele que bañe al bebé: eso contribuirá a que padre e hijo se sientan más unidos, y además será divertido.

Los programas nacionales abordan también los riesgos y las oportunidades específicas de cada país. En Bangladés, existe un conjunto específico de mensajes para los padres, basado en una investigación y en un programa piloto que reveló que incluir a los responsables de la toma de decisiones en el hogar, como los maridos y las suegras, promueve mejores prácticas en el hogar en cuanto a la nutrición, a las visitas al centro sanitario antes del parto, a la preparación para el parto y a otros tipos de cuidado que son importantes para las mujeres embarazadas. Dnet, la empresa social que implementa el servicio *Aponjon* de MAMA, concluyó que cuando los maridos aprecian la utilidad de *Aponjon*, se sienten más inclinados a permitir que sus mujeres accedan a sus teléfonos (menos del 60% de las mujeres tiene teléfono propio). Los maridos mostraron mayor disposición que las mujeres a pagar por el servicio, lo cual es curioso, teniendo en cuenta que el 97% de las facturas de teléfono las paga el marido.

En Sudáfrica, las características dinámicas del sitio web móvil de MAMA inspiran sesiones de preguntas y respuestas, de relato de cuentos y de aprendizaje autoguiado sobre una variedad de temas centrales para la salud de la madre, del recién nacido y del niño. El sitio web móvil es ampliamente accesible gracias a la elevada penetración en el mercado de los teléfonos móviles de nivel medio con acceso a Internet, así como por el bajo coste de los servicios de datos, en comparación con los mensajes SMS. El sitio está orientado tanto a hombres como a mujeres. Existe una “Guía del buen papá” y artículos que incluyen consejos para los hombres acerca de la crianza responsiva y del apoyo a la pareja durante el embarazo, el nacimiento y la crianza del niño. El contenido se centra también en cuestiones como la crianza cuando se padece el VIH, la depresión postparto y la violencia doméstica.

Pruebas de la eficacia

En Bangladés, las tres primeras encuestas telefónicas periódicas llevadas a cabo por Dnet en los años 2012 y 2013 revelaron que porcentajes significativamente más elevados de suscriptores de *Aponjon* habían informado de la adopción de comportamientos saludables, en comparación con los promedios nacionales registrados en la Encuesta sobre Demografía y Salud de Bangladés del año 2011 (BDHS) (National Institute of Population Research and Training, Mitra y Asociados, e ICF International, 2013). Las conclusiones de la encuesta anual, más sólida, realizada por Dnet en los hogares de *Aponjon*, llamada el Estudio de muestra, corroboran los resultados de la encuesta telefónica.

Dado que no había datos de partida sobre conocimientos, actitudes, comportamiento y niveles de práctica con anterioridad al servicio, y puesto que la Encuesta BDHS es reciente y abarca muchas prácticas relevantes para *Aponjon* relativas a la maternidad, a los cuidados del recién nacido y a la salud infantil, los directores del programa concluyeron que la Encuesta BDHS era un elemento de comparación eficiente en relación con los hallazgos de la encuesta telefónica.

Tabla 1 Encuesta telefónica Aponjon 2012

	Suscriptores de Aponjon	Media nacional (datos BDHS)
Asistencia a cuatro visitas médicas antes del parto	63%	32%
Parto en instalaciones médicas	45%	29%
Alimentación exclusivamente por lactancia	83%	64%

La Encuesta telefónica reveló también que cerca de tres cuartas partes de las mujeres y de los miembros de la unidad familiar informaron de que tenían la capacidad de emprender acciones para mejorar la salud de la madre o del bebé gracias a los mensajes de MAMA.

El Centro Internacional para la investigación sobre la enfermedad diarreica, de Bangladés (ICDDR, B, por sus siglas en inglés) actualmente lleva a cabo una evaluación de resultados mediante la combinación de distintos métodos, para *Aponjon*/MAMA Bangladés, a partir de un diseño cuasiexperimental con una muestra objetivo de 2080 personas, para examinar los efectos de *Aponjon* sobre los indicadores relativos al nivel de resultados (conocimiento, actitud, comportamiento y uso del servicio).

En Sudáfrica, la información cualitativa durante la fase de prueba por parte del usuario reveló que la mayoría de los usuarios consideraban que el servicio proporcionaba conocimientos nuevos sobre cómo cuidar de sus hijos, tales como cuándo introducir alimentos sólidos, cómo supervisar los momentos clave del desarrollo y cuándo suministrar las vacunas necesarias a los niños.

MAMA SA, dirigido por el Instituto Wits de Salud Sexual y Reproductiva, VIH y Enfermedades Conexas, va a comenzar un estudio controlado aleatorizado de carácter científico para examinar los efectos del servicio de SMS en las mujeres que conviven con el VIH. Este estudio evaluará el impacto de los mensajes sobre la salud, en particular en lo que se refiere a la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo.

Ampliación del alcance del programa

Se necesita establecer sólidas relaciones tanto con los gobiernos como con los operadores de telefonía móvil para poder ampliar el alcance de programas de *mHealth* (salud móvil) como MAMA. Los operadores de telefonía móvil ofrecen bases considerables de clientes, solidez en la relación con los abonados, eficaces capacidades de marketing y extensas redes de distribución (Burchell y Smith, 2014, en línea). En cuanto al apoyo gubernamental, como expresó UNICEF (2011):

Las políticas nacionales sirven como marco necesario para hacer realidad un entorno donde la provisión del servicio sea eficaz, y donde las familias y las comunidades cuiden verdaderamente de los niños durante sus primeros años de vida.

MAMA SA colabora estrechamente con el mayor operador de telefonía sudafricano, Vodacom. Este operador alberga el sitio web móvil de MAMA en su plataforma operativa, *Vodafone Live!*. Vodacom proporciona también a 25 millones de clientes acceso gratuito al contenido de MAMA y apoya a 6.000 mujeres, patrocinando sus mensajes de SMS para MAMA. *Aponjon* se ha integrado con cinco operadores cuya cobertura del mercado es del 98,8% y está en negociaciones con el sexto.

El Gobierno de Bangladés ha participado en *Aponjon* desde la fase piloto. El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar es el colaborador oficial del Gobierno en el programa *Aponjon* y se ocupa de la iniciativa a través de un consejo asesor compuesto por representantes de las agencias gubernamentales pertinentes. Otra importante contribución del sector público procede de la Comisión Reguladora de las Telecomunicaciones de Bangladés (BTRC, por sus siglas en inglés), que se coordina con operadores de telecomunicaciones en nombre de *Aponjon*. La Comisión BTRC aprobó la línea de asesoramiento de *Aponjon* y proporciona acceso y ayuda para la gestión de códigos cortos (números especiales de teléfono, más cortos, que pueden utilizarse para remitir mensajes SMS y MMS desde teléfonos móviles o fijos de determinados proveedores del servicio).

Actualmente MAMA SA está iniciando una colaboración con el Departamento Sudafricano de Salud para lanzar

un registro nacional de embarazos. El proceso de registro adaptará la tecnología desarrollada y testada originariamente para el programa MAMA SA. Este registro mejorará enormemente la exactitud de las estadísticas sobre salud materna e infantil de Sudáfrica, y potenciará también una mejor calidad de la asistencia.

MAMA también se dispone a lanzar un nuevo programa nacional en la India, en el año 2014. Pretende seguir ofreciendo información sobre la crianza responsiva a los cuidadores, capacitándoles para convertirse en embajadores de la crianza responsiva en sus respectivas comunidades del mundo real, y abordando la violencia contra los niños: se trata de conseguir que cada bebé reciba el amor y los cuidados que necesita.

Referencias

- Aracena, M., Krause, M., Pérez, C., Méndez, M.J., Salvatierra, L., Soto, M. y otros (2009). A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 14(7): 878–87.
- Banco Mundial (2012, en línea). Datos: suscripciones a telefonía móvil (por cada 100 personas). Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/IT.CEL.SETS.P2> (último acceso, abril de 2014).
- Bornstein, M.H. y Tamis-LeMonda, C.S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children. En: Bornstein, M.H. (ed.) *Maternal Responsiveness: Characteristics and consequences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Burchell, J. y Smith, A. (2014, en línea). The importance of partnerships to mobile operators' value added services. GSMA Intelligence: Mobile for Development. Londres: GSMA Intelligence. Disponible en: https://wiki.gsmainelligence.com/gsma_kb/images/8/80/The_importance_of_partnerships_to_mobile_operators_value_added_services.pdf (último acceso, abril de 2014).
- Butchart, A., Harvey, A.P., Mian, M. y Furniss, T. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Negligencia Infantiles.
- Djeddah, C., Facchin, P., Ranzato, C. y Romer, C. (2000). Child abuse: current problems and key public health challenges. *Social Science & Medicine* 51: 905–15.
- Engle, P.L. y Ricciuti, H.N. (1995). Psychosocial aspects of care and nutrition. *Food Nutrition Bulletin* 16: 356–77.
- Epstein, K. (1993). The interactions between breastfeeding mothers and their babies during the breastfeeding session. *Early Child Development and Care* 87: 93–104.
- Fondo para el Logro de los ODM (MDG Achievement Fund) (2014, en línea). Bangladesh: Programa conjunto de las Naciones Unidas para abordar el problema de la violencia contra la mujer en Bangladesh. Disponible en: <http://www.mdgfund.org/es/program/intunprogrammeaddressviolenceagainstwombangladesh> (último acceso, junio de 2014).
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373(9657): 68–81.
- Kağıtçibasi, Ç., Sundar, D. y Beckman, S. (2001) Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Journal of Applied Development Psychology* 22(4): 333–61.
- Krever, M. (2014, en línea). The end of innocence: photojournalist documents child sexual abuse. *CNN* 26 de febrero. Disponible en: <http://amanpour.blogs.cnn.com/2014/02/26/the-end-of-innocence-in-south-africa-children-raping-children/> (último acceso, abril de 2014).
- National Institute of Population Research and Training, Mitra y Asociados y ICF International. (2013). *Bangladesh Demographic and Health Survey*. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR265/FR265.pdf> (último acceso, abril de 2014).
- Norman, R., Schneider, M., Bradshaw, D., Jewkes, R., Abrahams, N., Matzopoulos, R. y Vos, T. (2010). Interpersonal violence: an important risk factor for disease and injury in South Africa. *Population Health Metrics* 8: 32.
- Oveisi, S., Eftekhare Ardabili, H., Dadds, M.R., Majdzadeh, R., Mohammadkhani, P. y Alaqband Rad, J. (2010). Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: a randomized-controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 34: 206–213.
- UNICEF (2011). *Early Childhood Development: The key to a full and productive life*. Nueva York, NY: UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.org/dprk/ecd.pdf> (último acceso, abril de 2014).
- Woodward, L.L. y Liberty, K.A. (2005, en línea). Breastfeeding and child psychosocial development. En: *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Disponible en: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Woodward-LibertyANGxp.pdf> (último acceso, abril de 2014).

Política nacional de apoyo a la crianza en Jamaica: orígenes y primera implementación

Maureen Samms-Vaughan, catedrática de salud infantil, desarrollo y comportamiento infantil, Universidad de las Indias Occidentales, y presidenta de la Comisión para la Primera Infancia, Jamaica; y Rebecca Tortello, asesora en cuestiones de crianza, Jamaica



La visión de la Política nacional de apoyo a la crianza manifiesta que se trata del primer intento llevado a cabo en Jamaica por codificar un entendimiento amplio sobre las cuestiones relativas a la crianza y por fortalecer y mejorar los servicios de apoyo a nivel nacional.

Foto • Peter de Ruiter/Fundación Bernard van Leer

Las decisiones políticas de los gobiernos suelen basarse en actividades o en acciones previas llevadas a cabo por partes interesadas de otros ámbitos, como las instituciones académicas, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales. La aprobación de la *National Parenting Support Policy* (Política nacional de apoyo a la crianza) de Jamaica, en octubre de 2012, es un ejemplo en este sentido. En este artículo se examinan los antecedentes al desarrollo de tal política, así como las primeras fases de su implementación.

La primera descripción que se publicó sobre la vida familiar jamaicana fue *My Mother Who Fathered Me* (Mi madre que fue mi padre), de la autora Edith Clarke, en el año 1957. Este detallado estudio etnográfico proporcionó estadísticas sobre la estructura familiar y una

información muy precisa sobre las prácticas de crianza en el país.

No obstante, en la Universidad de las Indias Occidentales, de la recientemente independizada Jamaica, los estudios sobre familias realizados entre los años 1962 y 1980 se centraron principalmente en la estructura familiar y en las relaciones de parentesco, y prestaron poca atención a la crianza, como pone de manifiesto una revisión de la literatura acerca del desarrollo infantil durante dicho periodo (Semaj, 1984).

Dos factores propiciarían el cambio para que los estudios académicos se ocuparan también de las prácticas de crianza, en particular en lo que respecta a la crianza del niño pequeño. En primer lugar, la prevalencia de la malnutrición (y en especial del *kwashiorkor* y del

marasmo) condujo a un estudio intensivo de los niños malnutridos, realizado por investigadores de la Unidad de Investigación de Medicina Tropical de la Universidad de las Indias Occidentales. En principio, la atención se centró meramente en los aspectos médico y bioquímico; sin embargo, ante el desarrollo mental notablemente retardado de los niños afectados, se empezó a trabajar en la mejora del desarrollo infantil, mediante la influencia en las prácticas de crianza de los padres y, más concretamente, en la estimulación. Los esfuerzos preventivos llevaron a crear programas de intervención en materia de crianza para garantizar la estimulación de los niños que no presentaban problemas de malnutrición (Grantham-McGregor y otros, 1975), y se editaron numerosas publicaciones en este ámbito, que han continuado presentándose hasta hoy.

De forma simultánea, en los años sesenta y setenta emergió el movimiento en pro de la primera infancia, cuyo centro estaba en la Universidad de las Indias Occidentales y en un principio se centró en mejorar la calidad de la estimulación en los centros de educación preescolar para niños de entre 3 y 6 años, proporcionando programas de formación para profesionales que no habían recibido formación oficial. A finales de los años setenta y hasta principios de los ochenta, la inquietud sobre la crianza en concreto para los niños de entre 0 y 3 años condujo a que los integrantes del movimiento en favor de la primera infancia estudiaran prácticas adecuadas de crianza para este grupo de menor edad (Grant y otros, 1983).

Entre los años ochenta y dos mil, se publicaron numerosos estudios sobre prácticas de crianza en Jamaica (Evans, 1989; Leo-Rhynie, 1997; Brown y Chevannes, 1998). Los primeros estudios tendían a centrarse de forma casi exclusiva en los padres de grupos socioeconómicos más bajos, y solían concentrar la atención en las deficiencias, con lo que sugerían que quienes necesitaban la intervención eran principalmente los padres que vivían en la pobreza, y que en ese grupo había pocos puntos fuertes en materia de crianza. No obstante, estudios posteriores comenzaron a detectar fortalezas desde el punto de

vista cultural y familiar en distintos niveles sociales, lo que fue el punto de partida para que las intervenciones modificaran las prácticas ineficaces. Entre los retos observados en materia de crianza estaban la limitada interacción entre padres e hijos, la participación limitada del padre, los recursos insuficientes para proporcionar estimulación en el hogar, y las diferencias de género en cuanto a las expectativas para los niños y para las niñas.

Estudios longitudinales

Los estudios longitudinales epidemiológicos realizados a gran escala iban a añadir una nueva dimensión a la información sobre prácticas de crianza. En el *Jamaican Perinatal Mortality and Morbidity Study* (Estudio jamaicano sobre morbilidad y mortalidad perinatal) (1986), basado en la pauta del Estudio británico de cohorte de nacimiento (1958), participaron 10.000 niños y sus familias, o el 94% de los nacidos en septiembre y octubre de 1986 (Ashley y otros, 1988). Se evaluó a un gran subconjunto de estos niños, aproximadamente a 1.700, que vivían en las zonas más urbanas de Kingston y de St. Andrew, a las edades de 11–12 años y de 15–16 años.

Uno de los principales objetivos del estudio era determinar los factores que repercuten en el desarrollo y el comportamiento infantiles; mientras que la estructura y la función parentales se encontraban entre los factores considerados más importantes para el estudio. En el intervalo entre el contacto con los niños a los 11–12 años y a los 15–16 años, se realizó otro estudio epidemiológico sobre su desarrollo, el *Profiles Project* (Proyecto Perfiles), pero en esta ocasión se usó una muestra nacional formada por 500 niños de entre 5 y 6 años (Samms-Vaughan, 2005), que fueron examinados de nuevo a la edad de 9 años. La metodología de estos estudios, que utilizó muestras basadas en la población, garantizó que fueran incluidas familias de todo tipo y de toda procedencia socioeconómica. En el año 2004, se incluyó un módulo sobre prácticas adecuadas de crianza en el estudio nacional anual de hogares, el Estudio jamaicano sobre condiciones de vida, lo que aportó también datos nacionales relativos a las prácticas de crianza. Sin embargo, hasta el año 2009 no se publicó la



A pesar de los retos, Jamaica sigue siendo uno de los pocos países que han desarrollado una política nacional de apoyo a los padres.
Foto • Peter de Ruijter/Fundación Bernard van Leer

información completa derivada de este estudio (Ricketts y Anderson, 2009).

Los estudios longitudinales (Samms-Vaughan, 2001, 2004) detectaron cambios en la estructura familiar de los niños a medida que estos crecían. Tan solo el 55% de ellos había nacido en un matrimonio o en una pareja de hecho. Para la edad de 6 años, solo dos tercios de los niños tenía a sus padres biológicos como las principales figuras paternas, y para cuando alcanzaban los 11-12 años, la mitad de las uniones parentales había terminado y el porcentaje de matrimonios se había incrementado ligeramente, pasando del 18% al 26%. Cuando finalizaba la unión de los padres, las madres solían continuar con su función de crianza (82% y 86%) pero, en los pocos casos en que no era así, la figura materna la asumía por lo general una abuela u otra

mujer de la familia. Cuando el progenitor masculino estaba ausente (en el 65% y el 70% de los casos), con frecuencia no había ninguna figura paterna (11%) o había diversas figuras a medida que la madre cambiaba de pareja. La migración de las madres (28% y 33%) y de los padres (21% y 27%) era la razón principal para que los padres se separasen de los niños. La separación física solía estar acompañada de la separación emocional, pues el 17% de las madres y el 25% de los padres que vivían separados de sus hijos no mantenían el contacto cuando los niños tenían entre 11 y 12 años.

Se observó que la crianza repercutía de muy diversas formas en los resultados obtenidos entre los niños. Se midió el estrés parental entre los padres de niños de 6 años de edad, que resultó ser uno de los cuatro factores que afectaba a los resultados; los demás factores fueron

la pobreza, la educación de los padres y la calidad del entorno de aprendizaje en el hogar. A los 11–12 años, los niños que vivían en condiciones de pobreza y que habían obtenido mejores resultados escolares y cognitivos eran aquellos cuyos padres biológicos mantenían relaciones estables, cuyos padres biológicos eran las principales figuras paternas y cuyas figuras paternas presentaban mayores niveles educativos y tenían una edad de entre 40 y 49 años. La colaboración de los padres, la asistencia a la iglesia y la participación en actividades extraescolares fueron otros factores protectores asociados a un mejor rendimiento escolar. Por el contrario, la ausencia de los padres biológicos en el hogar y la presencia de múltiples figuras maternas guardaban relación con el desarrollo de mayores problemas de comportamiento en los niños.

Las principales recomendaciones para la crianza fueron la necesidad de convertir en prioridades nacionales la mayor información a los padres y la reducción de su nivel de estrés, debido a las numerosas consecuencias que estos factores tenían para los niños.

Primeras iniciativas estatales

En el año 1991, el ministro de Educación invitó a grupos de padres a una reunión orientada a fortalecer los esfuerzos del ministerio por promover la crianza a través de las Asociaciones de Padres y Profesores. Con el apoyo inicial del ministerio y de UNICEF, la Coalición para una Mejor Crianza se constituyó en organización no gubernamental que congregaba a grupos de padres y un centro de recursos con materiales relativos a la crianza. Cuando cesó la financiación de UNICEF en el año 2001, los recursos de la coalición para mantener una amplia variedad de actividades eran limitados, pero ha seguido existiendo como organización que apoya las prácticas adecuadas de crianza.

La *Early Childhood Commission* (ECC, Comisión para la Primera Infancia) fue establecida por el Gobierno de Jamaica en noviembre de 2003, en respuesta a una revisión estratégica del sector de la primera infancia en Jamaica. Esta revisión identificó diversas actividades que se realizaban en el ámbito de la primera infancia,

pero cuya coordinación dejaba mucho que desear. En consecuencia, se recomendó el establecimiento de una entidad única para el desarrollo en la primera infancia. La competencia de la ECC es hacer avanzar el desarrollo en la primera infancia a través de diversas funciones reguladas en la legislación, entre las que se encuentra el asesoramiento al ministro de Educación acerca de las políticas a seguir; facilitar, coordinar y realizar un seguimiento y una evaluación de los programas y planes para el desarrollo en la primera infancia; regular los centros para la primera infancia; llevar a cabo investigaciones; y la educación pública. La ECC está regida por un Consejo de comisionados de carácter multisectorial, que representa a agencias gubernamentales, a ministerios y a profesionales con formación en diversos aspectos del desarrollo en la primera infancia (educación, salud y nutrición). Las actividades de la ECC se implementan a través de su rama operativa.

Reconociendo la importancia de la crianza para el desarrollo en la primera infancia, el Consejo de la ECC emprendió una serie de acciones para garantizar que la crianza fuera un aspecto central de sus actividades. A mediados del año 2004, se recomendó al Ministerio de Educación que se incluyera en el Consejo a un profesional que representara a una organización para la crianza y, a principios de 2005, la ECC recomendó al ministro seguir una política para orientar las actividades nacionales en materia de crianza.

Se tomaron dos decisiones importantes con respecto a las políticas en materia de crianza. En primer lugar, se decidió que la política proporcionara el apoyo y la orientación que necesitaban todos los padres, y que no se limitara a los padres en situación de riesgo. En segundo lugar, la política debía centrarse en la educación y en el apoyo de los padres, y no debía ser punitiva. Esto dio lugar a la inclusión deliberada del término “apoyo” en el nombre: la *National Parenting Support Policy* (Política nacional de apoyo a la crianza). Se consideró que la Ley de protección y cuidado al menor (2004) incluía ya sanciones para actos no adecuados en la crianza, ya fuera por comisión (por ejemplo, un castigo demasiado

severo) o por omisión (por ejemplo, negligencia). De manera adicional, una política nacional de crianza no podría limitarse únicamente a los años de la primera infancia, pues la crianza continuaba hasta la edad de 18 años y, según algunos, incluso después. Por lo tanto, la ECC solicitó y recibió el permiso del Ministerio de Educación para desarrollar una política que abarcara todo el periodo comprendido desde el nacimiento hasta los 18 años.

El Consejo recomendó también que la ECC se estructurara para apoyar y promover actividades relacionadas con las prácticas positivas de crianza. En diciembre de 2005 se estableció un Subcomité de Crianza e intervención en la comunidad. En aquel momento, esa era la única reunión habitual de profesionales implicados en programas sobre prácticas adecuadas de crianza. Además, se ampliaron las funciones del coordinador de la intervención en la comunidad perteneciente a la Comisión, para convertirse en el coordinador de la intervención en la comunidad y la crianza. Igualmente, se iniciaron actividades de investigación en el ámbito de la crianza para que se pudieran tomar decisiones fundadas en ese terreno: se desarrolló una estrategia para la crianza positiva (2005), se registraron los programas de prácticas adecuadas de crianza ya existentes en el país, y se realizó una auditoría del material educativo existente sobre prácticas adecuadas de crianza (2006).

Las directrices del Gobierno de Jamaica sobre el desarrollo de la política requieren un proceso de consultas múltiples, pues el informe del concepto original atraviesa diversas fases y revisiones. El extenso proceso culminó en la aprobación de la Política nacional de apoyo a la crianza en el Parlamento jamaicano, en octubre de 2012, con el sólido apoyo de los dos partidos principales.

Estrategia y política actuales

La visión de la Política nacional de apoyo a la crianza es:

Todos los padres de Jamaica –ya sea por el hecho de haber engendrado a un hijo, por haberlo adoptado o por ser su tutor – reconocen, aceptan y asumen su deber de garantizar que los derechos de los niños sean siempre defendidos, que se promuevan

sus mejores intereses y que sus hijos sean siempre amados y se les faciliten las oportunidades y los recursos para alcanzar su pleno potencial y su plena realización en entornos seguros, afectivos y comprensivos.

(Gobierno de Jamaica, 2012)

Los cinco objetivos de la política son:

- 1 Que todos los jamaicanos tomen las decisiones correctas en relación con la paternidad y que consideren la crianza una prioridad.
- 2 Que todos los niños jamaicanos sean amados, criados y protegidos de manera instintiva e incondicional por sus padres.
- 3 Que cada padre comprenda y aplique prácticas positivas para una crianza eficaz.
- 4 Que exista un marco de trabajo institucional que facilite y apoye la crianza.
- 5 Que los principios y las consecuencias de la crianza eficaz se comuniquen al público de formas sencillas y claras que permitan la comprensión del material.

El documento de expresión de la política manifiesta que se trata del primer intento llevado a cabo en Jamaica por codificar un entendimiento amplio a nivel nacional sobre las cuestiones relativas a la crianza y por expresar sus compromisos por fortalecer y mejorar los servicios de apoyo a nivel nacional. Manifiesta también que sienta las bases para actividades futuras, y proporciona directrices para que los sectores y las agencias avancen en el desarrollo de planes operativos anuales. Los objetivos de las políticas son: definir y comunicar un marco de trabajo común para las prácticas eficaces de crianza (esbozados en una Carta de la Crianza, accesible para el usuario); identificar, movilizar y coordinar a las partes interesadas y los recursos a nivel nacional para promover y facilitar una crianza eficaz; proporcionar una plataforma para la promoción y defensa; sentar las bases para un Plan nacional de acción sobre apoyo a la crianza; definir un marco jurídico de trabajo coordinado; e incrementar el uso de estrategias eficaces de crianza. La extensa investigación sobre crianza, en su mayor parte realizada por los investigadores locales, proporciona la base necesaria para el desarrollo de las políticas.

Al mismo tiempo, la ECC desarrolló el primer Plan nacional estratégico de Jamaica para el desarrollo en la primera infancia 2008–2013 mediante un proceso consultivo (ECC, 2008). El Plan nacional tenía siete objetivos estratégicos, localizados según la secuencia del ciclo vital. Así, la crianza era el primero de los objetivos estratégicos, y las actividades para alcanzar ese objetivo pretendían mejorar la calidad de los programas de apoyo a la crianza durante la primera infancia y el acceso a ellos. Esto se llevó a cabo mediante el desarrollo de una estrategia nacional de apoyo a la crianza y mediante el establecimiento de estándares para la misma. Al igual que con la política relativa a la crianza, aunque la hubiera iniciado la ECC, la estrategia y los estándares de crianza no se limitaron a los padres de los niños menores de 8 años.

La Estrategia nacional para la crianza consiste en programas de prácticas adecuadas de crianza suministrados a través de *Parents' Places* (Lugares de padres). Un *Parents' Place* es un lugar conocido del barrio que recibe y apoya a todos los padres y a las familias en la crianza adecuada de sus hijos. El concepto promueve el uso de edificios ya existentes en las comunidades para ofrecer servicios diversos y flexibles, en lugar de destinar los limitados recursos a la construcción de nuevos centros. Estos edificios podrían estar situados o vinculados a una amplia variedad de servicios públicos o privados, como centros de atención sanitaria, colegios, bibliotecas, agencias de servicios sociales o iglesias. Hay tres tipos de *Parents' Places*:

- Nivel I** facilita a los padres la información.
- Nivel II** ofrece también programas formativos de apoyo a la crianza, impartidos por facilitadores cualificados.
- Nivel III** incluye también la funcionalidad de remisión a servicios especializados.

Se identificaron seis estándares para los programas de prácticas positivas de crianza, que abordaban el entorno físico, el diseño del programa (contenido y duración), la administración del programa, los recursos humanos, los materiales del programa y la evaluación y seguimiento

del mismo. Se animó a los programas existentes de prácticas adecuadas de crianza a que presentaran su solicitud para convertirse en *Parents' Places*.

Desafíos para la implementación

El desarrollo de la política debe contar con el apoyo de un plan para su implementación. Dado que la ECC no podía ocuparse de la implementación de la política para todos los grupos etarios, se recomendó el establecimiento de una *National Parenting Support Commission* (NPSC, Comisión Nacional de Apoyo a la Crianza), cuya constitución fue similar a la de la primera. El Consejo de Comisionados de la NPSC cuenta con representantes de los ministerios clave, del sector privado, de la comunidad religiosa, de la recientemente establecida Asociación nacional de Padres y Profesores de Jamaica, y de diversas ONG. La NPSC también tiene capacidad jurídica para orientar al ministerio acerca de cuestiones relativas a la crianza; para coordinar y evaluar los programas existentes sobre prácticas adecuadas de crianza, así como realizar un seguimiento de ellos; y para promover la creación de nuevos programas que satisfagan las necesidades detectadas. La Comisión Nacional en la actualidad está creando *Parents' Places* en centros de enseñanza primaria de todo el país, mientras que la ECC está creando *Parents' Places* en el sector específico de la primera infancia.

La implementación de la estrategia *Parents' Places* ha sido problemática debido a las limitaciones de recursos humanos: muchas comunidades, aunque han encontrado una ubicación física, no han dado con facilitadores formados en prácticas de crianza que operen como voluntarios, y no tienen los recursos para pagar a tales profesionales. En consecuencia, *Parents' Places* ha logrado mayor éxito allí donde ya existían instituciones gubernamentales con personal establecido, como las escuelas.

A pesar de estos retos, Jamaica continúa siendo uno de los pocos países que ha desarrollado una política nacional de apoyo a la crianza. Los elementos impulsores para el desarrollo de la política fueron la existencia de investigadores locales que señalaron la necesidad de apoyo a la crianza, y un áncora institucional que apoyó

el desarrollo de la política (ECC). Juntos, han promovido también la implementación de la política, en particular mediante el establecimiento de una institución concebida especialmente para cumplir esa función (NPSC). La implementación de la política para la crianza se encuentra todavía en sus primeros estadios y tendrá que ser evaluada en los próximos años.

Referencias

- Ashley, D, McCaw-Binns, A. y Foster-Williams, K. (1988). The perinatal morbidity and mortality survey of Jamaica 1986–1987. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2(2): 138–47.
- Brown, J. y Chevannes, B. (1998). *Why Man Stay So: Tie the Heifer, Loose the Bull. An examination of gender socialisation in the Caribbean*. Kingston: UWI/UNICEF.
- Clarke, E. (1957, 2000). *My Mother Who Fathered Me: A study of the families in three selected communities of Jamaica*. Kingston: University of the West Indies Press.
- Early Childhood Commission (ECC) (2009) *National Strategic Plan for Early Childhood Development in Jamaica 2008-2013*. Kingston: ECC.
- Evans, H. (1989) Perspectives on the socialisation of the working class. *Jamaican Child, Social and Economic Studies* 38(3): 177–203.
- Gobierno de Jamaica (2012). *National Parenting Support Policy*. Kingston: Ministerio de Educación.
- Grant, D.R.B., Leo-Rhynie, E. y Alexander, G. (1983). *Life Style Study: Children of the lesser world in the English-speaking Caribbean. Volume V: Household structures and settings*. Kingston: Fundación Bernard van Leer
- Grantham-McGregor, S.M. y Desai, P. (1975). A home visiting intervention programme with Jamaican mothers and children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 17(5): 605–13.
- Leo-Rhynie, E. (1997) Class, race and gender issues in childrearing in the Caribbean. En: Roopnarine, J.L. y Brown, J. (eds) *Caribbean Families: Diversity among ethnic groups*. Greenwich, CT/Londres: Ablex/JAI Press.
- Ricketts, H. y Anderson, P. (2009). *Parenting in Jamaica*, Social Policy Analysis Programme Working Paper No. 9. Kingston: Planning Institute of Jamaica.
- Samms-Vaughan, M.E. (2000). *Cognition, Educational Attainment and Behaviour in a Cohort of Jamaican Children*, Social Policy Analysis Programme Working Paper No. 5. Kingston: Planning Institute of Jamaica.
- Samms-Vaughan, M. (2005). *The Jamaican Pre-School Child: The status of early childhood development in Jamaica*. Kingston: Planning Institute of Jamaica.
- Semaj, L.T. (1984). *Child Development in the Caribbean: An annotated bibliography*. Kingston: University of the West Indies Press.

Invirtiendo en el futuro de los niños pequeños

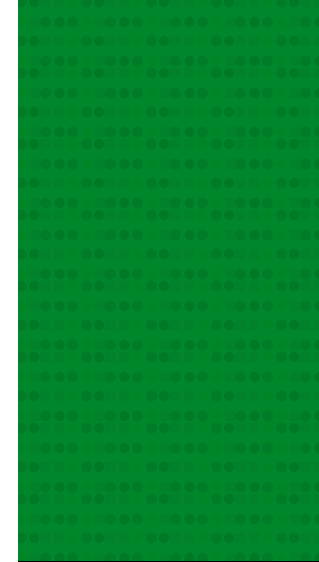
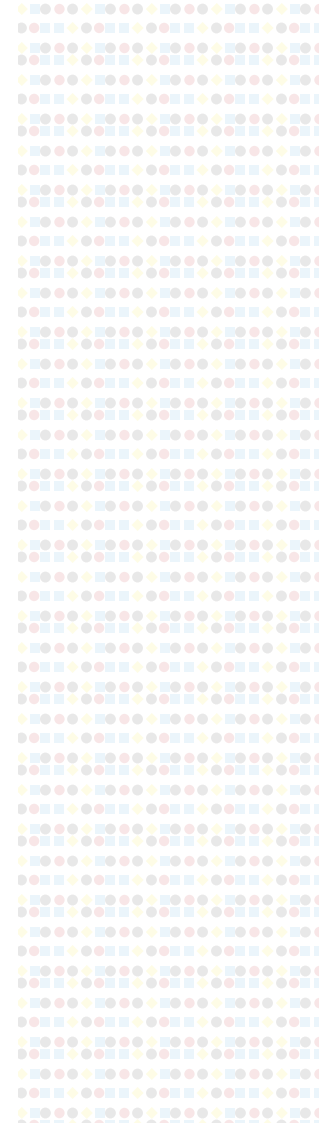
La Fundación Bernard van Leer financia y comparte conocimiento sobre el trabajo en el desarrollo de la primera infancia. La Fundación se estableció en 1949, con sede en los Países Bajos. Sus ingresos proceden de la venta de la empresa Royal Packaging Industries van Leer N.V., legada a la Fundación por el industrial y filántropo holandés Bernard van Leer (1883-1958).

Nuestra misión es mejorar las oportunidades para los niños de hasta 8 años de edad que crecen en circunstancias sociales y económicas difíciles. Consideramos que constituye tanto un valioso fin en sí mismo como un medio a largo plazo para promover sociedades más cohesionadas, consideradas y creativas, con igualdad de oportunidades y de derechos para todos.

Principalmente trabajamos dando apoyo a programas implementados por organizaciones contrapartes locales, ya sean públicas, privadas o con base en la comunidad. Trabajamos con contrapartes en el terreno con el fin de desarrollar la capacidad local, promover la innovación y la flexibilidad, y contribuir a asegurar que el trabajo desarrollado respete la cultura y las condiciones del contexto local.

Asimismo, se pretende impulsar el impacto creado en colaboración con aliados influyentes para la defensa de los niños pequeños. Las publicaciones gratuitas de la Fundación difunden las lecciones que se han extraído de las propias actividades de financiación, e incluyen contribuciones de expertos externos que determinan la agenda que se debe seguir. Así, se pretende informar e influenciar las políticas y las prácticas, no sólo en los países en los que se opera sino también en el resto del mundo.

El actual Plan Estratégico persigue la consecución de tres objetivos: llevar a escala el aprendizaje temprano de calidad, reducir la violencia en la vida de los niños pequeños, y mejorar el entorno físico en el que viven. Los países en los que centramos nuestros esfuerzos son: Perú, Brasil, India, los Países Bajos, Israel, Uganda, Turquía y Tanzania; asimismo, se ha adoptado un enfoque regional en la Unión Europea.



**Bernard
van Leer**
FOUNDATION