

PREINFANT: Programa dirigido a mejorar experiencias prenatales, natales e iniciales de las familias de alto riesgo.

Palabras clave: prevención, maltrato infantil, familias en riesgo, detección precoz, drogodependencias, madres jóvenes, acompañamiento y soporte psicosocial.

El origen de este programa está en la evidencia, constatada tanto desde la práctica profesional como desde la reflexión teórica, de la necesidad de prevenir el maltrato infantil (entendido en el sentido amplio del término: maltrato prenatal, físico, emocional...) en población toxicómana y/o alcohólica, así como en madres jóvenes menores de 21 años sin soporte familiar.

Descripción del colectivo (población diana):

1. Madres jóvenes, adolescentes y/o primerizas (menores de 21 años), embarazadas o con hijos menores de un año, sin soporte contenedor y que desconocen como atenderlos.
2. Familias que esperan un hijo o que tienen uno menor de un año, y que ambos progenitores (madre y padre) o uno de ellos presenta problemática de drogodependencia y/o alcoholismo.

La literatura sobre el maltrato infantil en Cataluña nos indica que entre sus causas juega un papel destacado el “alcoholismo y problemas complementarios” (17,8%) y la “drogadicción” (7,6%). Estos datos nos refuerzan la necesidad de intervenir preventivamente en el colectivo antes indicado.

Los programas (norteamericanos y europeos) que han incorporado la figura profesional del visitador sociosanitario a domicilio ponen de manifiesto una menor tasa de maltrato, y lo atribuyen a la eficacia de la función de control social que ejerce el/la visitador/ra, sobre todo en el caso de madres solteras y jóvenes, así como en familias de pocos recursos sociales.

Otros estudios manifiestan la necesidad de que la madre disponga durante el trabajo del parto y durante el parto del soporte físico y emocional de un referente, observando un incremento de la alimentación natural y reducción de la incidencia del retraso en el crecimiento, maltrato, negligencia y abandono de los lactantes.

El objetivo general es el de disminuir y/o eliminar aquellas situaciones de riesgo infantil que se pueden dar a lo largo del embarazo y del primer año de vida del recién nacido en el seno de un contexto familiar con problemáticas de drogodependencia y/o maternidad prematura, con la finalidad de proteger la salud física y mental del niño@.

Proponemos un conjunto de acciones preventivas que se desarrollen en las fases prenatal, natal y postnatal, y que lleguen a ser un elemento contenedor y preventivo de la posible aparición de maltrato infantil.

El programa se inicia con la presentación de *PREINFANT* a los diferentes servicios que debido a su ámbito de actuación se consideran prioritarios para la detección de embarazos de alto riesgo: centros de tratamiento de drogodependencias, servicios de ginecología, obstetricia y neonatología de diferentes hospitales, servicios sociales

de atención primaria, etc. Esta actuación de tipo informativo, en un primer momento, ha sido una actuación de difusión de información y sensibilización de la problemática de la infancia en riesgo y de sus familias, favoreciendo el debate sobre la necesidad de la detección e intervención precoz y, por tanto, enfatizando la importancia del trabajo preventivo.

La intervención con las familias se inicia cuando la madre embarazada entra en contacto con nuestro programa. Se realiza una entrevista y se valora la inclusión del caso en el programa y se establece un plan de trabajo diseñado y de acuerdo a tres momentos:

1. FASE PRENATAL:

En este período se introduce la figura del **visitador sociosanitario** (psicólogo, trabajador social, enfermera...) que se asigna a la familia durante el embarazo y que continuará haciendo visitas a lo largo del primer año de vida del recién nacido. Es una figura profesional que intenta ser lo más accesible posible a la familia para que ésta pueda recurrir a ella en situaciones de crisis y dar respuesta a las preguntas particulares de la familia. Durante el primer contacto se establece el diagnóstico de necesidades biopsicosociales de los padres y se marcan objetivos de trabajo. Suele tratarse de familias con considerables carencias materiales e instrumentales.

Las principales funciones del visitador familiar son: establecer una relación positiva y de soporte con los padres; vincular a todos los miembros "recuperables" de la familia en los preparativos del nacimiento del recién nacido; instruir a los padres sobre las necesidades de los niño/as; mejorar hábitos de salud de la futura madre; así como

acompañar a los padres a los recursos disponibles en la comunidad (servicios sanitarios: ginecología, pediatría; y sociales: asistente social de zona, programas materno-infantil, guarderías, etc)

Las actividades más relevantes llevadas a cabo en este período son:

- Visitas domiciliarias en las cuales se da información del embarazo, lactancia, ayudas sociales. Fomenta la comprensión sobre lo que significa un niño, sus necesidades y evolución, etc.
- Acompañamiento a los controles ginecológicos.
- Preparación del parto: ya sea grupal, utilizando los recursos existentes en el municipio (educación maternal), ya sean individuales, mediante visitas domiciliarias).
- Realización de pruebas de análisis/ diagnóstico.
- Valoración continuada a nivel médico, social y psicológico de las necesidades existentes (analíticas, ecografías, medicación, tratamiento de enfermedades infecciosas, tramitaciones de pagas, vivienda, necesidades básicas del recién nacido, judiciales, soporte emocional, trabajar la maternidad, la relación madre-recién nacido, tratamiento de su dependencia....)

2. FASE NATAL:

Esta fase contempla las acciones relativas en el momento del parto:

- Coordinación con el hospital donde tendrá lugar el parto.
- Acompañamiento al hospital en el momento del parto
- Soporte y acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

- Soporte psicosocial durante la estancia en el hospital: el/la visitadora/or da apoyo a la familia y a la parturienta.
- Organización de la estancia en el hospital: preparación de lo que tiene que llevarse, información previa sobre el hospital (personal que le atenderá, donde se efectuará el parto)

3. FASE POSTNATAL:

Durante este período se considera relevante la atención *in situ* de la familia justo los días posteriores de la llegada al hogar. Se establece un seguimiento postnatal durante el primer año de vida del recién nacido.

La periodicidad de las intervenciones del/ de la visitador/a será de una vez por semana hasta la primera mitad del año y después pasarán a ser quincenales. Éstas están sujetas a modificaciones según criterio del visitador/a (en función de las necesidades de la familia, de sus redes de apoyo naturales, las habilidades del rol paternal y maternal, la aparición de factores de riesgo no evaluados al inicio...).

Las acciones a realizar en esta fase se organizan en dos subfases.

a) FASE POSNATAL INICIAL (desde que se da el alta hospitalaria hasta el mes de vida).

- Acompañamiento en la vuelta a casa, ayudando a resituar la familia a la vida cotidiana y a la adaptación al recién nacido (dar información y orientación para el desarrollo del rol paterno, ayudar en las tareas de atención al recién nacido, etc).

- Acompañamiento a las visitas pediátricas y ginecológicas.
- Acompañamiento a servicios específicos de SIDA infantil.

b) FASE POSNATAL TARDIA (de 2 meses al año):

- Visitas domiciliarias
- Escuelas de padres: grupos de aprendizaje referidos a las dificultades que puedan aparecer en este primer año de vida del recién nacido, promoviendo el intercambio de experiencias y problemas entre los participantes.
- Acompañamiento a visitas pediátricas y ginecológicas.