

Artículos de Investigación

Calidad de la relación entre matrones y cuidadores en la visita domiciliaria del Chile Crece Contigo en localidades rurales del Valle de Aconcagua

Quality of the relationship between midwives and caregivers in Chile Crece Contigo home visit in rural locations from the Aconcagua Valley

Lina María González Zavala¹, Marcela Paz Aracena Álvarez¹, Nicole Ghislaine Iturrieta Guaita².

¹ Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago – Chile.

² Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaíso – Campus San Felipe San Felipe – Chile

Correspondencia

Nombre: Lina María González Zavala

Email: lmgonzalez2@uc.cl

RESUMEN

Introducción y objetivos: La visita domiciliaria (VD) es una actividad clave del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) del Chile Crece Contigo (ChCC). Para mejorar su implementación, esta investigación tiene como objetivo analizar la relación entre matrones y la familia que accede a la VD, considerando las competencias y habilidades relacionales de los visitadores.

Métodos: Se utilizó un diseño observacional con enfoque cualitativo, de alcance exploratorio. Tres matrones que realizan VD en centros de salud familiar rurales de la provincia de Aconcagua aceptaron participar y ocho visitas del programa ChCC fueron grabadas, de 30 minutos promedio. El análisis cualitativo se realizó en base al Home Visit Rating Scale A+.

Resultados: Las cuatro categorías que orientaron la evaluación de las visitas fueron responsividad de la familia, relación con la familia, facilitación de la interacción padres - hijo/a y no intrusividad y colaboración. Estas categorías, en su mayoría, puntuaron con un nivel adecuado. No obstante, se requiere entrenamiento en habilidades relacionales para cumplir con una visita catalogada como buena o excelente, sobre todo en las áreas en las que hay que facilitar el vínculo y la interacción entre padre e hijo/a, con el fin de evitar una atención de carácter paternalista.

Conclusiones: Esta investigación pionera en el área rural, entregó información relevante para mejorar la VD en este contexto. Aunque los matrones cuentan con formación técnica en el área biomédica, es importante reforzar y/o capacitar en las características esenciales de una VD, para fortalecer la alianza entre el profesional y la familia.

Palabras claves: Calidad, personal de salud, matrona, visita domiciliaria, visitas a domicilio.

ABSTRACT

Introduction and objectives: The home visit (HV) is a key activity in the Support Program for Biopsychosocial Development of Chile Crece Contigo (ChCC). To improve its implementation, this research aims to analyze the relationship between a midwife and the family that accesses the HV based on the competence and relational skills of the visitor.

Methods: An observational design with a qualitative approach of exploratory scope was used. Three midwives performing HV in rural family health centers in the Aconcagua province accepted to participate, and eight visits of the ChCC program were recorded, with an average of 30 minutes. The Home Visit Rating Scale A + was applied to these visits, for further qualitative analysis.

Results: The four categories that guided the evaluation of the visits were family responsiveness, relationship with the family, facilitation of parent-child interaction and non-intrusion and collaboration. These scored mostly with an adequate level but requires training in relational skills is required to meet a visit rated as good or excellent, especially in areas where it is necessary to facilitate the link and interaction between father and son, evidencing a paternalistic character of the attention model. **Conclusions:** This pioneering research in the rural area, provided relevant information to improve the HV in this context. Although midwives have technical training in the biomedical area, it is important to reinforce and / or train in the essential characteristics of a HV, to strengthen the alliance between the professional and the family.

Keywords: Quality, health personnel, midwife, home visit, house calls.

INTRODUCCIÓN

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) es parte del componente de salud del subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo (ChCC), implementado desde el año 2008 en el sistema público de salud. Este programa tiene como objetivo acompañar y realizar un seguimiento del desarrollo de todos los niños/as chilenas desde la gestación hasta los 9 años, brindando una atención integral, sistemática y periódica¹. Además, el PADB procura establecer una relación de ayuda entre los matrones y las familias de estos niños. Una de las principales estrategias de intervención para trabajar con las familias es la Visita Domiciliaria (VD)²⁻⁶.

La VD es una estrategia altamente costo-efectiva⁷⁻¹⁰ y ha formado parte de distintos programas de salud en Chile desde la década del '50¹⁰. Ésta pretende establecer una relación de ayuda^{11,12}, ya que permite detectar oportunamente situaciones de riesgo biopsicosocial¹³, además de entregar apoyo instrumental y emocional a las familias¹⁴⁻¹⁶. También ofrece la oportunidad de brindar herramientas a las gestantes, cuidadores u otros integrantes de la familia, de manera que puedan estimular un óptimo crecimiento de los niños/as, permitiéndoles alcanzar

un máximo desarrollo de sus potencialidades^{5,6,17}. Para cumplir con ésta y otras actividades del programa, existe material desarrollado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Ministerio de Desarrollo Social, que entregan orientaciones técnicas a los profesionales para que se puedan cumplir las estrategias propuestas^{1,18}.

El modelo propuesto por el ChCC¹⁰, pretende que esta poderosa estrategia sea considerada por distinguir la calidad de la relación establecida entre profesionales de salud y los cuidadores, como factor de cambio importante que beneficia la salud de todo el grupo familiar. Además, pretende que la VD, llevada a cabo por integrantes del equipo de salud, permita reconocer a los padres y/o cuidadores como figuras principales en la crianza de los hijos/as, teniendo un enfoque de carácter preventivo o detección e intervención temprana, procurando mantener una mirada biopsicosocial y comunitaria^{10,16}.

Relevancia de la relación entre visitadores y familia.

Estudios a nivel internacional señalan que la relación establecida entre la familia y visitadores es uno de los principales agentes de cambio en la participación de la familia en la crianza de los niños/as^{12,19-21}, no solo por las habilidades parentales que

potencian o desarrollan éstos, sino que también, para desafiar los modelos de creencias culturales erróneas sobre la alimentación, estimulación, higiene entre otras existentes^{3,8,10}.

Una de las claves para contribuir al éxito de la VD, como estrategia de intervención y seguimiento, es lograr una buena relación entre visitadores y las familias^{13,20-22}, ya que permite un mayor compromiso y adherencia de éstas en el programa en el cual se inserta la visita, generando entre ellos un ambiente de confianza y comodidad al momento de la entrega de servicios e información.

Si bien la efectividad de un programa obedece a múltiples factores, como la estructura, recursos, organización y ejecución, también depende de las características personales que posea el profesional de salud que realiza las actividades^{1,23}. Para que el programa tenga una adecuada receptividad, adherencia y compromiso de los usuarios, se hace necesario establecer con ellos una relación cercana y de confianza¹³. A través de relaciones cálidas, abiertas, receptivas y estables, se potencia el empoderamiento del rol del cuidador²⁴. Las relaciones interpersonales son un aspecto activo, que depende tanto de las características de los visitadores, de como ellos interactúan y acepten la dinámica del grupo familiar que visitan. Además, son consideradas como una dimensión de calidad de la VD²⁵, las que deben ser monitorizadas^{24,26}.

La "caja negra", como se le denomina a los estudios descriptivos de lo que ocurre en la VD, nos entrega información exacta de lo que sucede durante la realización de ésta^{5,9,21}. Sin embargo, medir la calidad de la relación entre las partes, familia y visitador/a es complejo, ya que, hay poca evidencia de cómo se forma esta relación al interior del domicilio². Por otro lado, información específica, con relación a cómo la VD es desarrollada en localidades rurales es limitada^{24, 26}. Solo un reciente estudio de la nueva versión del instrumento Home Visit Rating Scales (HOVRS) realizado en Perú, entrega información en este contexto²⁶. Dicha investigación concluye que el instrumento puede ser aplicado en diversas realidades, tanto en lugares urbanos y muy desarrollados como, por ejemplo, los Estados Unidos, o en localidades rurales de países de Sudamérica.

En Chile, la relación entre los visitadores y beneficiarios es un factor crucial para asegurar la efectividad de la VD^{16,27}. Diversos estudios postulan que, para que esta relación se genere y se mantenga, es importante que profesionales de salud o visitadores tengan habilidades relacionales que vayan en la línea de la amabilidad, respeto, empatía, comprensión, honestidad, confianza, compromiso, entre otros^{9,10,20,24,27}. Aracena et al.²⁷, en su proyecto "ViDA: Modelo de Visita Domiciliaria Avanzada", concluye que uno de los principales obstáculos detectados en la realización de las VDs, son problemas en la relación entre visitadores y usuarios, lo cual se ve finalmente reflejado en la adherencia al PADB y sus resultados.

Por otra parte, en Chile no existe una figura de acompañamiento que supervise a los visitadores, como tampoco instancias de evaluación y de formación continua que aseguren un mejor desarrollo de esta actividad²⁸. Las evaluaciones del ChCC o PADB han abordado solo zonas urbanas^{24,28}. La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre el profesional matrn/a y la familia que accede a la VD, considerando las competencias y habilidades relacionales del visitador/a. Esta investigación es pionera en el área de gran utilidad para mejorar el PADB.

MÉTODOS

Diseño. Se utilizó un diseño observacional con enfoque cualitativo, de alcance exploratorio.

Muestra y procedimiento. Matrones de seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Provincia de Aconcagua fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio en base a los siguientes criterios de inclusión: VDs que sean parte del PADB del ChCC y correspondan a localidades rurales del sector al que pertenezca su CESFAM.

Las familias a las que se les realizó la VD, fueron seleccionadas de forma aleatoria, pero se excluyeron las que fueron puntuadas con riesgo psicosocial alto, según la pauta Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)²⁹. Tres profesionales de tres CESFAM aceptaron participar en este estudio y fueron responsables de coordinar las VDs con las familias que dieron su consentimiento para realizar la videograbación de la visita. Durante los meses de mayo a septiembre del año 2018, se videograbaron

ocho de diez VDs programadas, ya que en dos de ellas se presentaron situaciones emergentes que evidenciaban alto riesgo psicosocial, lo cual obligó a suspender la grabación (ver Tabla 1).

El instrumento que se utilizó para evaluar la calidad de la relación entre el visitador y la familia es el Home Visit Rating Scales—Adapted and Extended (HOVRS-A+). Este instrumento de observación tiene como unidad de análisis al visitador y permite medir especialmente aspectos del proceso de la visita y las relaciones establecidas al interior del domicilio³⁰. En el HOVRS-A+, según la guía de Roggman et al. 30, existen siete categorías para evaluar lo mencionado anteriormente (ver Tabla 2). Cada ítem es categorizado utilizando números para facilitar la evaluación. El nivel de calidad 1 indica “requiere entrenamiento”, el 3 “adecuado”, el 5 “bueno” y el 7 “excelente”.

Técnica de recolección de datos. La técnica de recolección de datos fue la videograbación, realizada por la investigadora observante, utilizando una cámara GoPro® de pequeño tamaño, por ende, menos disruptiva, pero de amplio rango visual.

Análisis. El instrumento seleccionado para el análisis, acorde a Schodt et al.²⁴, tiene dos dominios distintos: evaluar la práctica y habilidades de los visitadores y evaluar el involucramiento familiar en la VD. Como el objetivo principal del estudio es analizar la relación entre matrones y la familia usuaria en la VD, identificando y analizando las habilidades relacionales, el nivel de estructuración de la visita y como fomenta el visitador/a la interacción entre cuidadores y el niño/a, se utilizaron solo los cuatro ítems iniciales del instrumento original (ver Tabla 2).

El análisis de los datos obtenidos se realizó en etapas consecutivas, a cargo de tres profesionales (una matrona y dos psicólogas) capacitados en la aplicación de la escala. La primera, consistió en la observación de los videos. El contenido de los videos fue codificado por los tres profesionales, donde uno de ellos los observó todos y los otros dos observaron cuatro cada uno, quedando siempre una diada como observadora. La codificación se realizó en función de las cuatro primeras categorías y sus respectivos ítems, del instrumento antes señalado, dando lugar a una categorización de logro o nivel de calidad. En el caso de haber discrepancias, de más de un nivel de

calidad, se incorporaría la evaluación de un tercer codificador, para lograr consenso (ver Tabla 3). El análisis cualitativo permitió identificar las fortalezas y debilidades asociadas a las calificaciones asignadas según la escala establecida para el instrumento³⁰.

El instrumento permitió evaluar un total de 192 ítems, donde la discrepancia fue en 7 ítems, lo cual corresponde solo a un 3% del total analizado. Cabe destacar que debido a que la discrepancia en la categorización, observada principalmente en la primera categoría, no superó en un nivel de calidad, no fue necesaria la incorporación de un tercer codificador para lograr consenso.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua (CartaC.E.C. 11/2018).

RESULTADOS

Para contextualizar la entrega de resultados, es importante destacar algunas características de cómo se desarrollaron en terreno las VDs utilizadas en este estudio (ver Tabla 1). Estas VDs fueron realizadas en sectores rurales, donde los profesionales que realizan esta actividad tienen que recorrer largas distancias para llegar al domicilio, ya sea desde el CESFAM hacia los hogares, como también entre una visita y otra. Esto hace que el uso de la VD sea idealmente optimizado para abordar a más de una persona en cada una de ellas. Además, se observó el cansancio en los participantes, los que debieron realizar muchas de las visitas fuera del horario laboral. Es posible que esta situación haya limitado su desempeño profesional.

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con las cuatro primeras categorías del HOVRS-A+ analizados en este estudio.

Responsividad de la Familia

Esta categoría analiza la planificación de la visita en torno a las necesidades manifestadas por los cuidadores. Se observa que las visitas fueron realizadas con algún nivel de planificación, donde acudían con lo básico requerido. Sin embargo, ante las necesidades emergentes durante la VD, no se pudo resolver la situación, ya

que no se llevaba el material necesario, lo que implicó que el usuario necesariamente debiese acudir al CESFAM. Esto se observó cuando el visitador

necesitaba gestionar próximos controles de la usuaria y no contaba con acceso al sistema. Además, los visitadores responden escasamente a los aportes, situaciones de interferencia, requerimientos e información emergente entregada por la familia en el transcurso de la visita. Por ejemplo: una de las personas visitadas, entrega información importante sobre aspectos psicosociales de la gestación; sin embargo, el visitador/a, no entrega respuesta alguna.

Relación con la familia

En cuanto a la capacidad que tienen los visitadores para la interacción social y emocional con la familia, se destaca la cercanía y confianza en el trato, expresión de emociones positivas y respeto por la dinámica familiar y estilo de vida del grupo. Se observa que en todas las VDs los matrones se sienten cómodos y se han visto en controles previos, además conocen algunos antecedentes familiares.

Visitador: Hola...¿cómo está? ¡Que gusto verla!

Visitada: Hola... Muy bien ¿y usted? Adelante, lo estaba esperando

Visitador: Este embarazo ha sido mejor que el anterior parece, la veo con más ánimo.

Visitada: ¡Si! Esta vez no se me han hinchado tanto los pies y no he tenido contracciones

(Visita Número 3)

Sin embargo, es difícil para ellos integrar a los otros familiares presentes en el hogar. Por ejemplo, en dos de las visitas, donde hay niños presentes (no los niños visitados), no se interactúa con ellos. Además, el abordar con discreción, criterio y empatía temas sensibles, tales como relaciones de pareja, conflictos familiares, regularización de situación migratoria u otros temas confidenciales, son complicados de tratar en el hogar en presencia de todos los integrantes.

Facilitación de la interacción padres-hijo/a

Una de las tareas importantes de los visitadores es la generación de interacción positiva entre padres o cuidadores y los hijos/as, las cuales fortalecen el desarrollo de éstos. En solo dos VDs fue posible evaluar todos los ítems, ya que fueron visitas realizadas en el puerperio. Las otras seis fueron realizadas con gestantes, donde solo una de ellas tiene otros hijos presentes en el momento de la visita. Se observó facilidad de los visitadores para interactuar con los distintos miembros de la familia, no

así para generar interacción y dinámicas relacionales entre éstos. Por ejemplo, uno de los visitadores hace sugerencias sobre algunas actividades, tomando el control de éstas sin dejar espacio para la interacción entre padres e hijos/as en ese momento. Además, no se favorece el vínculo prenatal con el hijo/a por nacer en las visitas a gestantes, ya que la atención se concentra en la mujer.

No intrusividad y colaboración

En la función de apoyo a los padres en su rol de educador primario, los visitadores ocasionalmente entregaron indicaciones o sugerencias acerca de actividades que los padres pueden realizar con sus hijos/as para favorecer su desarrollo. Más bien, predomina el estilo directivo, donde los visitadores modelan la acción. Otro rasgo es el paternalismo, donde el profesional sustituye la iniciativa parental, realizando las actividades destinadas a ser aplicadas posteriormente por los padres o cuidadores. Por ejemplo, el visitador/a le muestra la realización de algunos cuidados del recién nacido, sin dar pie a la práctica de éstos por parte de la madre.

Entre las características que el HOVRS-A+ permitió observar en los visitadores fue la amabilidad, respeto, empatía, honestidad, no juzgar, confianza, compromiso, escucha activa, entre otras, por lo que sus resultados entregaron una visión concreta del perfil del profesional a cargo en su desarrollo.

DISCUSIÓN

Actualmente no existen estudios chilenos que aborden la VD, ni la implementación del ChCC en zonas rurales del país, por lo que esta investigación tiene gran relevancia en términos de entregar una visión objetiva, de como las VDs son realizadas en estos sectores de la población.

La VD, como intervención en atención primaria de salud, ha demostrado ser efectiva en diversas áreas 5,6,15, pero principalmente en el desarrollo de competencia parentales 8,21,22,31. Es aquí donde los matrones cobran relevancia en el desarrollo de la VD. Araujo (2012), en su revisión sistemática 32, destaca que, para asegurar buenos resultados, la VD debe realizarse desde la gestación y por un profesional entrenado. Por lo que contar con este profesional como responsable del cuidado del trinomio durante la gestación, asegura que esta actividad se realice con

un profesional competente en el área^{4,10}. Sin embargo, para lograr este objetivo es fundamental que los matrones logren construir una relación de confianza con la familia, quienes puedan ser un modelo para la relación madre/padre e hijo/a. Korfmacher et al.¹², sugiere que la relación de ayuda establecida con el profesional de salud es un factor importante para predecir los resultados positivos del programa. Además, investigadores, han comenzado a dimensionar que la clave del éxito en los resultados de los objetivos propuestos en las VDs es la relación de ayuda que se ofrece durante la primera infancia^{11,12}, lo que se observa en las VDs analizadas en este estudio. Sin embargo, es importante contar con profesionales idóneos y/o formarlos en este tipo de intervenciones.

La VD ha sido catalogada como una estrategia altamente costo efectiva en la entrega de herramientas para el apoyo de la crianza⁷. Aunque los participantes se encuentran capacitados para responder a aspectos biomédicos en temas emergentes durante la visita y son capaces de recopilar información de salud familiar relevante para el resto del equipo en el centro de salud, existe rigidez respecto al objetivo de la visita. Esta situación puede atribuirse a que existen limitaciones para el desarrollo de esta actividad, principalmente relacionados a recurso humano y materiales disponibles en los CESFAM, los cuales han sido reconocidos como fundamentales para asegurar la efectividad de un programa¹. Sin embargo, en la actualidad, los recursos son limitados y aunque los matrones han recibido formación en la técnica de VD a nivel de pregrado y de los beneficios que tiene para el manejo integral de la familia^{1,10,18}, los servicios de salud no cuentan con los recursos suficientes o la distribución de éstos no es la mejor para obtener buenos resultados tanto para los profesionales como para las familias^{1,10}.

Por otro lado, el contexto en el que se realizan las VDs, además de la falta de apoyo para su desarrollo, puede afectar la motivación de los profesionales, lo cual es un factor fundamental para establecer una relación estrecha con la familia^{10,19,24,33}. En este estudio, a pesar de que los visitantes mostraron respeto hacia las familias, se pudo percibir que no todos se encontraban motivados para llevar a cabo la

actividad, lo que puede ser atribuido a múltiples factores, como su disposición, el horario en el que se ejecuta o su percepción de autoeficacia, considerando los recursos otorgados por el centro, entre otros. Factores que pueden ser analizados en estudios posteriores.

Finalmente, es importante enfatizar que estos resultados no son generalizables debido a que solo se analizaron las VDs de tres profesionales. No obstante, este estudio sirve para hacer las primeras aproximaciones de lo que sucede al interior de las VDs e identificar los tipos de dominios que pueden y deben ser medidos en un programa de VD para garantizar la calidad de la implementación.

Una gran limitación del estudio fue el tiempo disponible para el desarrollo de esta investigación, el que se vio afectado por la propia gestión del proyecto. Lo anterior involucró la presentación al Comité de Ética del estudio, invitación a los CESFAM de la provincia y a los profesionales que participaron en él, así como la logística propia de la recolección de datos en terreno.

Un aspecto positivo, fue el interés por parte de los matrones a participar en esta investigación, lo cual es importante para futuros estudios en el área y especialmente con los profesionales del Valle de Aconcagua.

CONCLUSIÓN

Esta investigación pionera en el área rural, entregó información relevante para mejorar esta estrategia de salud en la provincia de Aconcagua. Aunque existe formación técnica de calidad en el área biomédica, se demostró que es importante reforzar o capacitar a los matrones en las características esenciales de una VD, destacando las habilidades relacionales y el manejo de temáticas sensibles a nivel familiar como fundamentales para fortalecer la alianza entre el profesional y la familia. Lo anterior, finalmente contribuirá a que las familias logren niveles de confianza en su rol protector y educador.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Catálogo de Prestaciones 2018 [citado 05 de mayo de 2018]. Disponible en URL: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp->

- content/uploads/2018/01/Catalogo-Prestaciones-ChCC-2018-Ok.pdf. Acceso 9 de agosto de 2020.
2. Leer J, Lopez Boo F, Perez Expósito A, Powell C. A Snapshot on the Quality of Seven Home Visit Parenting Programs in Latin America and the Caribbean. Doc BID Nota técnica IDB-TN-1083. 2016;(August):79 [citado 05 de mayo de 2018]. Disponible en Paginas URL: <https://publications.iadb.org/en/publication/12534/snapshot-quality-seven-home-visit-parenting-programs-latin-america-and-caribbean>. Acceso 9 de agosto de 2020.
 3. Humphries M, Korfmacher J. The Good, The Bad, And The Ambivalent: Quality Of Alliance In A Support Program For Young Mothers. *Infant Ment Health J* . 2012;33(1):22–33.
 4. Olds D, Robinson J, O'Brien R, Luckey D, Pettitt L, Ng R, et al. Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 2002;110(3):486-96.
 5. Lutenbacher M, Gabbe PT, Karp SM, Dietrich MS, Narrigan D, Carpenter L, et al. Does additional prenatal care in the home improve birth outcomes for women with a prior preterm delivery a randomized clinical trial. *Matern Child Health* 2014;18(5):1142–54.
 6. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;13(1):17.
 7. Aracena M, Krause M, Pérez C, Méndez MJ, Salvatierra L, Soto M, et al. A cost- effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *J Health Psychol*. 2009;14:878–87.
 8. Kotliarenco M, Gómez E, Muñoz M, Aracena M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. *Rev Salud Pública*. 2010;12(2):184–96.
 9. Aracena M, Undurraga C, Errazuriz P, Marinkovic K, Aldana C, Velasco C. Visita Domiciliaria con monitoras comunitarias de salud a mujeres gestantes primigestas en condiciones de vulnerabilidad social. Un estudio cualitativo. 2013; 1–23. Informe de Proyecto FONDECYT 2012-2013.
 10. Chile, Ministerio de Salud, Moraga C. Orientaciones Técnicas: Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. Chile Crece contigo. 2009;120 [citado 05 de mayo de 2018]. Disponible en URL: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>. Acceso 9 de agosto de 2020.
 11. Olds D, Kitzman H, Cole R, Robinson J. Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *J Community Psychol*. 1997;25(1):9–25.
 12. Korfmacher J, Green B, Spellmann M, Thornburg K. The Helping Relationship And Program Participation In Early Childhood Home Visiting. *Infant Ment Health J*. 2007;28(1):459–80.
 13. McNaughton D. A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nurs* . 2000;17(6):405–14.
 14. Raisler J. Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned? *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(1):20–36.
 15. Blondel B, Bréart G. Home visits during pregnancy: Consequences on pregnancy outcome, use of health services, and women's situations. *Semin Perinatol*. 1995;19(4):263–71.
 16. Aracena M, Gómez E, Klapp J, Undurraga C, Leiva L. A Visita Domiciliar a Famílias Vulneráveis: Percepção das Mulheres Visitadas sobre Tipo de Relacionamento, Metodologia e Resultados. In: IRA& RANC, editor. *Visitação Domiciliar*. São Paulo: Edusp.; 2016. p. 237–62.
 17. Sweet M, Appelbaum M. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta- Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. *Child Dev*. 2004;75(5):1435–56
 18. Chile, Ministerio de Salud, División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. 2008 [citado 10 de mayo de 2018]. 360 p. Disponible en URL:<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24acd68e04001011e013bfb.pdf>. Acceso 9 de agosto de 2020.

19. Korfmacher J, Filene J, Duggan A, Neill KO. What happens in home visits? A conceptual model of early child home visiting practice. 2011;1–70. Documento no publicado.
20. Korfmacher J, Marchi I. The Helping Relationship in a Teen Parenting Program. Framework. Zero to three. 2002; (November):21–6.
21. Riley S, Brady AE, Goldberg J, Jacobs F, Easterbrooks MA. Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Child Youth Serv Rev.* 2008;30(5):597–612.
22. McCurdy K, Daro D, Anisfeld E, Katzev A, Keim A, LeCroy C, et al. Understanding maternal intentions to engage in home visiting programs. *Child Youth Serv Rev.* 2006;28(10):1195–212.
23. Chile, Ministerio de Salud. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 2018 [citado 30 de junio de 2018]; p. 117. Disponible en URL: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf. Acceso 9 de agosto de 2020.
24. Schodt S, Parr J, Rubio-codina M, Araujo MC, Rubio-codina M. La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias. 2015 [citado 30 junio de 2018]. Disponible en URL: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17034/la-medicion-de-la-calidad-de-los-servicios-de-visitas-domiciliarias-una-revision>. Acceso 9 de agosto de 2020.
25. Paulsell D, Avellar S, Martin ES, Del Grosso P. Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. *Mathematica Policy Research*; 2010 Nov 15. Disponibe en: <https://ideas.repec.org/p/mpr/mprrs/5254a2ab30e146ce900220dbc4f41900.html>. Acceso 9 de agosto de 2020.
26. Rubio-Codina M, Dormal M, Caridad Araujo M. Documento de trabajo del BID No MM. Medición de la calidad y caracterización de las visitas domiciliarias de Cuna Más: Validación del HOVRS-A+2 en Perú y de una corta lista de verificación para su uso a escala Protección Social y Salud Banco Interamericano de Desarrollo. 2018.
27. Aracena M, Cerfogli C, Condeza A, María C, Soto M, Sapaj J, et al. III Concurso IDEa en dos Etapas. Santiago; 2016. FONDEF ID 16110278. Documento no publicado.
28. Cerfogli C, Contreras P. Formación continua en visita domiciliaria. Análisis cualitativo de una metasupervisión reflexiva. *Rev Trab Soc.* 2016; (89):41– 53.
29. Chile, Ministerio de Salud, Cordero M. Pauta de Riesgo Psicosocial. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). Nota metodológica complementaria para profesionales y equipos de salud. 2010 [citado 15 de septiembre del 2018]; p 21. Disponible en URL: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/12/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf. Acceso 9 de agosto de 2020.
30. Roggman LA, Cook GA, Innocenti MS, Jump VK, Christiansen K, Boyce LK, et al. Home Visit Rating Scales-Adapted and Extended to Excellence (HOVRS-A+) v2.0. 2014. Disponible en URL:<http://www.coastfraseridpsc.ca/wp-content/uploads/2014/10/HOVRS-v-2-for-Website.pdf> . Acceso 9 de agosto de 2020
31. Peterson Luze, G., Eshbaugh, E., Jeon, H. & Ross, K. C. Enhancing Parent- Child Interactions through Home Visiting: Promising Practice or Unfulfilled Promise? *J Early Interv.* 2007;29(2):119–40.
32. Araujo M, Ramírez S, Hoogma A, Zamora C. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria para el desarrollo infantil con niños de 0 a 6 años. 2012. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/13-Informe-final-Revision-sistemica-literatura-efectividad-visita-domiciliaria-.pdf> . Acceso 9 de agosto de 2020.
33. Grau Rubio C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Rev Española Discapac.* 2013;1(1):195–212 2.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características demográficas de los centros de salud familiar participantes y de las visitas domiciliarias realizadas.

		CESFAM participantes		
		CESFAM 1	CESFAM 2	CESFAM 3
Características demográficas (*)				
Tipo de población		Rural	Rural	Mixto
Índice de ruralidad		38%	47%	12%
Distribución por edad de la población bajo control	0 - 14 años	21,2%	21.3	20,5%
	15 - 64 años	67,4%	67.5	69%
	> 65 años	11,4%	11.2	10,5%
Población según sexo	Hombres	50,2%	48.7	50,9 %
	Mujeres	49,8%	51.3	49,1%
Características de las VD realizadas				
Número de visitas programadas		4	3	3
Número de visitas realizadas		4	2	2
Tipo de visita		Gestantes	Gestantes	Puérperas
Horario de la visita (jornada laboral)		Tarde	Mañana	Extensión horaria (**)
Duración promedio de la VD (minutos)		30	15	60
Tiempo de traslado (minutos)		20	30	40
Tipo de traslado		Ambulancia	Vehículo de traslado	Vehículo de traslado
Características de los visitadores	Edad Promedio	37 años	37 años	37 años
	Género	Femenino	Masculino	Masculino
	Años de experiencia laboral (promedio)	15 años	15 años	15 años

CESFAM: Centro de Salud Familiar, VD: Visitas domiciliarias

(*) Fuentes: Ilustre Municipalidad Santa María. Plan De Salud Comunal 2018. San Felipe; 2018. <https://es.calameo.com/read/005441091a56926ff02d4>. Acceso el 9 de agosto de 2020.

Ilustre Municipalidad San Esteban. Plan de Salud Comunal 2018. Los Andes; 2018. Documento no publicado

Ilustre Municipalidad San Felipe. Plan De Salud Comunal 2017. San Felipe; 2017. <http://www.sanfelipesalud.cl/dsm/wp-content/uploads/PSC-2018-29-diciembre-2018.pdf> Acceso el 9 de agosto de 2020

(**) Horario fuera de la jornada laboral ordinaria

Tabla 2. Categorías del Home Visit Rating Scale A+ y Niveles de calidad

Categorías	
I.	Responsividad de la familia (*)
II.	Relación con la familia (*)
III.	Facilitación de la interacción padre-hijo (*)
IV.	No intrusividad/colaboración (*)
V.	Interacción padres e hijos
VI.	Involucramiento parental
VII.	Involucramiento del niño/a
*Categorías utilizadas para la evaluación	
Niveles de Calidad	
1	Requiere entrenamiento
3	Adecuado
5	Bueno
7	Excelente

Fuente: Roggman LA, Cook GA, Innocenti MS, Jump VK, Christiansen K, Boyce LK, et al. Home Visit Rating Scales-Adapted and Extended to Excellence (HOVRS-A+) v2.0. 20

Tabla 3. Distribución de visitas domiciliarias según promedio de puntaje asignado por evaluadores entrenados de HOVRS-A+

Categorías e ítems	Videos de VD							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Responsividad de la familia								
Planificación de actividades y tópicos de las visitas domiciliarias con los padres	3	3	3	5	3	3	1	1
Preparación para la visita domiciliaria utilizando actividades seleccionadas por los padres	3	3	3	3	3	3	1	1
Obtención de información sobre las fortalezas de la familia y el desarrollo del niño	1	1	3*	3	3	1	1	1
Retroalimentación acerca de las fortalezas de la familia para apoyar el desarrollo del niño	3	3	3	5	5	5*	3	3
Adaptación de las actividades acorde a los intereses y necesidades familiares	3	1	1	3*	3	3	1	1
Incorporación de los aportes de las familias a la organización de la actividad	1	3	3	3	3	1	1	1
Relación con la familia								
Interacción social con los padres	3	5	5	5	5	5	3	3
Favorecimiento de interacciones positivas	3	5	5	7	7	5	3	3
Expresión de emociones positivas sobre la visita	3	7	7	7	7	5	3	3
Involucramiento de otros miembros de la familia, si están presentes en la visita	-	7	5	3	5	5	-	-
Familiaridad con la vida de los visitados y actividades	5	5	5	3	5	3	3	3
Demostración de respeto y aceptación por el estilo de vida y cultura por el hogar	3	5	5	5	5	5	3	3
Discusión de temas potencialmente sensibles para la familia	3	3	3	5	5	3	1	1
Facilitación de la interacción padre-hijo								
Énfasis en las interacciones entre padre e hijo que se dan durante la visita	1	1	1	3	5	1	1	3
Promoción de las interacciones que fortalecen el desarrollo del niño	3	3	3	5	3	5	1	1
Interacción con los padres y el hijo	-	-	-	5	5	-	-	-
Fortalecimiento de la respuesta de los padres a las señales de los hijos	1	1	1	5	5*	1	1	1
Incentivo directo en las interacciones padre e hijo	1	1	1	5	3	3	1	1
Apoyo en la utilización de recursos disponibles para fortalecer el desarrollo infantil	-	-	-	5*	3*	-	-	-
No intrusividad/colaboración								
Fomento de ideas e intereses de los padres para la interacción con su hijo	1	1	3	5	5	3	1	1
Intromisión o ignora de las interacciones de los padres con sus hijos	-	-	-	5*	5	-	-	-
Mantención de los padres en rol de educador	-	-	-	5	5	-	-	-
Seguimiento del ritmo de las actividades entre padres e hijos	3	3	5	5	3	3	1	1
Permitir interacción entre padre e hijo sin intromisión	-	-	-	5	5	-	-	-

Nota VD: visita domiciliaria

- : No Aplica 1: requiere entrenamiento; 3: adecuado; 5: bueno; 7: excelente

* evaluación con discrepancia en la evaluación