



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Calidad de la relación entre profesional de salud matrona y cuidadores/as en la  
visita domiciliaria del Chile Crece Contigo en localidades  
rurales de Los Andes y San Felipe.**

**LINA MARÍA GONZÁLEZ ZAVALA**

Profesor Guía: Marcela Aracena Álvarez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

**Noviembre, 2018  
Santiago, Chile**





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Calidad de la relación entre profesional de salud matrona y cuidadores/as en la  
visita domiciliaria del Chile Crece Contigo en localidades  
rurales de Los Andes y San Felipe.**

**LINA MARÍA GONZÁLEZ ZAVALA**

Profesor Guía: Marcela Aracena Álvarez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

## **Dedicatoria**

A mis colegas, que realizan su labor diariamente entregando lo mejor de cada uno.  
Quienes están constantemente dispuestos a sobrellevar y enfrentar cada desafío profesional de la mejor manera, sabiendo que siempre podemos mejorar nuestro quehacer, para entregar a quienes nos necesitan, una atención de calidad con un trato amable y respetuoso.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a Dios, por guiar mi camino hacia la realización de uno de mis sueños, por llevarme de la mano cuando el sendero hacia la meta iba cuesta arriba.

Durante los últimos tres años, incluí dentro de mis proyectos personales, realizar el Magister de Psicología de la Salud, el cual me ha presentado diferentes desafíos, pero cumplir cada una de estas metas no hubiese sido posible sin el incondicional apoyo de mi familia, quienes me han brindado todo su amor, fuerza y comprensión; son y seguirán siendo mi pilar fundamental.

Gracias a mis amigos, sin duda, este proceso ha sido una prueba para quienes han sabido comprender mis tiempos y me han acompañado en este desafío.

Agradezco también a mis compañeros de trabajo, por contribuir a la realización de este proyecto, que ha sido posible con su constante guía y cooperación.

También quiero agradecer a todo el equipo del FONDEF Proyecto *ViDA*: Modelo de Visita Domiciliaria Avanzada, apoyado por tecnología, para el fortalecimiento de intervenciones biopsicosociales con gestantes y cuidadores primarios de niños/as de 0-6 años, en el sistema de Atención Primaria en Salud (ID16I 10278) por su permanente apoyo a lo largo del proceso de tesis, donde me han aportado con su valioso conocimiento y abierto espacios para el desarrollo de la presente investigación.

## Índice

Resumen .....	1
Introducción .....	2
Artículo de investigación .....	5
Calidad de la relación entre profesional de salud matrn/a y cuidadores/as en la visita domiciliaria del Chile Crece Contigo en localidades rurales de Los Andes y San Felipe.	6
Resumen .....	6
Abstract .....	8
Introducción .....	10
Métodos .....	13
Resultados .....	16
Discusión .....	19
Conclusión .....	23
Bibliografía .....	24
Tablas .....	30
Tabla 1: Características demográficas de los centros de salud familiar participantes y de las visitas domiciliarias realizadas. ....	30
Tabla 2: Categorías del Home Visit Rating Scale A+ y Niveles de calidad.....	31
Tabla 3: Distribución de visitas domiciliarias según promedio de puntaje asignado por evaluadores entrenados de HOVRS-A+ .....	32
Anexos .....	33
Anexo 1: Consentimiento Informado .....	33
Anexo 2: Carta de aprobación de Comité Ético Científico .....	36
Anexo 3: Instrumento de evaluación de la Visita Domiciliaria .....	37

## 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 describir y analizar la relación entre el profesional matrón/a y la familia que accede a la VD, considerando las competencias y habilidades relacionales del visitador/a.

**Métodos:** Se utilizó un diseño observacional con enfoque cualitativo, de alcance exploratorio. Tres matrones que realizan VDs 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 padre-hijo y no intrusividad y colaboración. Estas categorías, en su mayoría, puntuaron con un nivel adecuado. No obstante, se requiere entrenamiento 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, 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 las habilidades relacionales y de manejo de temáticas sensibles a nivel familiar, en los profesionales vinculados a esta actividad.

## **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. Tiene como objetivo acompañar y realizar un seguimiento del desarrollo de todos los niños y niñas chilenas desde la gestación hasta los 9 años (1). Este programa se ha propuesto brindar una atención integral, sistemática y periódica a los niños chilenos desde la gestación, procurando establecer una relación de ayuda entre el profesional matrn/a y las familias de estos niños. Una de las principales estrategias del PADB para trabajar con las familias es la Visita Domiciliaria (VD)(2).

La VD es una estrategia altamente costo-efectiva (3–6) y ha formado parte de distintos programas de salud en Chile desde la década del '50 (6). En la VD se pretende establecer una relación de ayuda (7,8), ya que permite detectar oportunamente situaciones de riesgo biopsicosocial (9), además de entregar apoyo instrumental y emocional a las familias (10–12). La VD también ofrece la oportunidad de brindar herramientas a las gestantes, cuidadores u otros integrantes de la familia, de manera que puedan estimular un óptimo desarrollo de los niños y niñas, permitiéndoles alcanzar un máximo desarrollo de sus potencialidades (13–15). Para cumplir con éste y otros objetivos del programa, existe material desarrollado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Ministerio de Desarrollo Social que entregan orientaciones técnicas a los profesionales, con directrices de las actividades a desarrollar para que se puedan cumplir las estrategias propuestas (1,16).

El modelo propuesto por el ChCC (6), pretende que esta poderosa estrategia sea considerada por distinguir la calidad de la relación establecida entre el profesional 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 el cuidado de los hijos e hijas, teniendo un enfoque de carácter preventivo o detección

e intervención temprana, procurando mantener una mirada biopsicosocial y comunitaria (6,12).

Estudios a nivel internacional señalan que la relación establecida entre la familia y el visitador/a, es uno de los principales agentes de cambio (17). Una de las claves para contribuir al éxito de la VD, como estrategia de intervención y seguimiento, es lograr una buena relación entre el agente visitador y las familias (18), ya que permite un mayor compromiso y adherencia de éstas en el programa en el cual se inserta la visita (18,19).

En Chile, un equipo de investigadores de la Pontificia Universidad Católica de Chile, han desarrollado desde hace más de una década, estudios acerca de la VD y en cada una de las investigaciones, ha surgido como factor crucial para la efectividad, la relación entre el/la visitador/a y los beneficiarios (2,3,6,20). Sin embargo, para que esta relación no sólo se genere, sino que se mantenga, es de suma importancia que el profesional de salud tenga habilidades relacionales que vayan en la línea de la amabilidad respeto, empatía, comprensión, honestidad, confianza, compromiso, entre otros (2,5,6,20–22).

Aracena et al. (2016), en su proyecto “*ViDA: Modelo de Visita Domiciliaria Avanzada*”, apoyado por tecnología, para el fortalecimiento de intervenciones biopsicosociales con gestantes y cuidadores primarios de niños/as de 0 a 6 años, en el sistema de Atención Primaria en Salud, menciona que uno de los principales obstáculos detectados en la realización de las VDs, son los problemas en la relación entre el visitador y los usuarios, lo cual se ve finalmente reflejado en la adherencia al PADB y sus resultados. Por otra parte, en el contexto chileno aún no existe una figura de acompañamiento que supervise al visitador, donde posteriormente exista una retroalimentación de su desempeño para considerar instancias de mejoras y/o de formación continua en relación a la VD (23).

Dado lo anterior, y enmarcado dentro del proyecto *ViDA* de la Pontificia Universidad Católica, el presente estudio tiene como objetivo describir y analizar la calidad de la

relación entre profesional matrn/a y la familia usuaria. Esto con el fin de evaluar la interacción con la familia, el nivel de estructuración de la visita y cómo el agente visitador/a fomenta la interacción entre el cuidador/a y el niño/a.

A continuación, el artículo se presenta según los lineamientos de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, a la cual se postulará la publicación de la investigación.

**Artículo de investigación**

**Calidad de la relación entre profesional de salud matrona y cuidadores/as en la visita domiciliaria del Chile Crece Contigo en localidades rurales de Los Andes y San Felipe**

**Quality of the relationship between midwife and caregivers in *Chile Crece Contigo* home visit in rural locations from Los Andes and San Felipe**

Lina María González Zavala

Pontificia Universidad Católica de Chile

Financiamiento FONDEF ID16I 10278

[lmgonzalez2@uc.cl](mailto:lmgonzalez2@uc.cl) +56968454948

## **Calidad de la relación entre profesional de salud matrón/a y cuidadores/as en la visita domiciliaria del Chile Crece Contigo en localidades rurales de Los Andes y San Felipe**

### **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 describir y analizar la relación entre el profesional matrón/a y la familia que accede a la VD, considerando las competencias y habilidades relacionales del visitador/a.

**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 padre-hijo y no intrusividad y colaboración. Estas categorías, en su mayoría, puntuaron con un nivel adecuado. No obstante, se requiere entrenamiento 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 las habilidades relacionales y de manejo de temáticas sensibles a nivel familiar, en los profesionales vinculados a esta actividad.

**Palabras claves**

Visita domiciliaria, Evaluación, Home Visit Rating Scale A+, Calidad de la relación.

## **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 describe and 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 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 there is quality technical training in the biomedical area, it is important to reinforce the relational and management skills of sensitive topics at the family level in professionals linked to this activity.

## Key words

Home visit, Evaluation, Home Visit Rating Scale A +, quality of relationship

Abreviaturas	
Español	Inglés
VD: Visita Domiciliaria	HV: Home visit
ChCC: Chile Crece Contigo	Chile Crece Contigo
HOVRS-A+: Home Visit Rating Scale A+	HOVRS-A+Home Visit Rating Scale A+
MINSAL: Ministerio de Salud	Ministry of Health
CESFAM: Centro de Salud Familiar	Family Health Center
PADB: Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	Support Program for Biopsychosocial Development

## **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. Tiene como objetivo acompañar y realizar un seguimiento del desarrollo de todos los niños y niñas chilenas desde la gestación hasta los 9 años (1). Este programa se ha propuesto brindar una atención integral, sistemática y periódica a los niños/as chilenos/as desde la gestación, procurando establecer una relación de ayuda entre el profesional matrn/a y las familias de estos niños. Una de las principales estrategias de intervencin para trabajar con las familias es la Visita Domiciliaria (VD) (13,14,24–26).

La VD es una estrategia altamente costo-efectiva (3–6); que ha formado parte de distintos programas de salud en Chile desde la dcada del '50 (6). Hoy es una de las principales estrategias del PADB, la cual permite otorgar a los usuarios del sistema de salud pblica, apoyo y cuidados para la recuperacin de la salud. El modelo propuesto por el ChCC (6), pretende que esta poderosa estrategia sea considerada por distinguir, la calidad de la relacin establecida entre el profesional de salud y los cuidadores, como factor de cambio importante que beneficia la salud de todo el grupo familiar (6,17,22). Adem{s, intenta que la VD, llevada a cabo por integrantes del equipo de salud, permita reconocer a los padres y/o cuidadores como figuras principales en el cuidado de los hijos e hijas, teniendo un enfoque de car{acter preventivo o deteccin e intervencin temprana, procurando mantener una mirada biopsicosocial y comunitaria.

### **Relevancia de la relación entre visitador/a y familia**

Un componente importante en la realización de una VD, donde los servicios son entregados en un ambiente íntimo, al interior de los hogares, es la relación de ayuda establecida entre el profesional de salud y la familia receptora, la cual es crucial para la adherencia y efectividad del programa (5,8,17–19). Estudios a nivel internacional señalan que la relación establecida entre la familia y el visitador/a, es uno de los principales agentes de cambio (8,17,18,20), no sólo por las habilidades que potencian o desarrollan en los integrantes de la familia, sino que también para desafiar los modelos de creencias existentes (4,6,25). Una de las claves para contribuir al éxito de la VD, como estrategia de intervención y seguimiento, es lograr una buena relación entre el agente visitador/a y las familias (9,18–20), ya que permite un mayor compromiso y adherencia de éstas en el programa en el cual se inserta la visita. Para esto es imprescindible, que se genere un ambiente de confianza y comodidad al momento de la entrega de servicios y/o información. La dinámica de la relación de ayuda puede verse como un componente de la construcción más amplia de la participación de los padres, conectando y utilizando los servicios del programa con una mejor habilidad de los padres (8).

Si bien la efectividad de un programa depende de 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 (1,22). 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 confianza (9). La

importancia de la relación entre el profesional de salud que visita y los beneficiarios del programa es que a través de relaciones cálidas, abiertas receptivas y estables, se potencia el empoderamiento del rol del cuidador (21). Las relaciones interpersonales son un elemento del proceso de calidad de la VD, siendo un aspecto dinámico, que depende tanto de las características del visitador/a y cómo este interactúa y acepta la dinámica familiar del grupo que visita. A pesar de que la “caja negra” nos entrega la información de lo que ocurre durante la VD (5,14,18), medir la calidad de la relación es complejo, además hay poca evidencia de cómo se forma esta relación (24). Por otro lado, información específica en relación a cómo la VD es desarrollada en localidades rurales, es limitada. Solo un reciente estudio de la nueva versión del instrumento Home Visit Rating Scales (HOVRS) realizado en Perú entrega información en este contexto (27), donde concluye que el instrumento puede ser aplicado en diversas realidades, tanto en lugares urbanos y muy desarrollados como los Estados Unidos, o en localidades rurales de Sudamérica.

Dada la relevancia de la relación que se establece entre el/la visitador/a, es considerado como una dimensión de calidad de la VD (28), la cual debe ser considerada en las monitorización de la VD (21,27).

En Chile, un factor crucial que ha sido identificado para asegurar la efectividad de la VD es la relación entre el/la visitador/a y los beneficiarios (2,12). Diversos estudios postulan que para que esta relación no sólo se genere, sino que se mantenga, es de suma importancia que el profesional de salud o el visitador, tenga habilidades relacionales que

vayan en la línea de la amabilidad respeto, empatía, comprensión, honestidad, confianza, compromiso, entre otros (2,5,6,20,21). Aracena et al. (2), 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 el visitador/a y usuarios, lo cual se ve finalmente reflejado en la adherencia al PADBS y sus resultados. Por otra parte, en Chile no existe una figura de acompañamiento que supervise al visitador/a, por lo tanto, no existen las instancias de evaluación y de formación continua que aseguren un mejor desarrollo de esta actividad (23). Además, las evaluaciones del ChCC o PADB no han abordado localidades rurales, por lo que esta investigación es pionera en el área y de gran utilidad para mejorar el PADB (21,23). Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo describir y analizar la relación entre el profesional matrn/a y las familias que acceden a la VD del ChCC, procurando identificar y analizar las habilidades relacionales de los profesionales, el nivel de estructuración de la actividad planificada y la interacción del visitador/a con la familia.

## **Métodos**

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

**Muestra y procedimiento.** Matronas y 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: VD 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 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 (ver Anexo 1). Se realizaron ocho de diez VDs programadas, ya que en dos de las comunas se presentaron situaciones emergentes que evidenciaban alto riesgo psicosocial, lo cual obligó a suspender la grabación (ver Tabla 1). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua (Carta C.E.C. 11/2018) (ver Anexo 2).

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, que tiene como unidad de análisis al visitador y permite medir especialmente aspectos del proceso de la visita y las relaciones establecidas al interior del domicilio (30).

En el HOVRS-A+, según la guía de Roggman (30), existen siete categorías para evaluar lo mencionado anteriormente. La primera categoría mide la responsividad de la visitadora hacia la familia, evaluando el grado de planificación de la visita. La segunda categoría mide la relación de la visitadora con la familia. La tercera categoría reporta la facilitación de la interacción padres-hijo, midiendo el grado en que la visitadora destaca las interacciones positivas que fortalecen el desarrollo. La cuarta categoría, evalúa la no intrusividad y colaboración de la visitadora. Las últimas tres categorías se centran en el compromiso de la familia y la respuesta de los padres durante la visita. Estas escalas

corresponden a la interacción padres-hijo, involucramiento parental e involucramiento del niño tiene dos niveles de dominio del padre y el niño durante la visita. Cada ítem es puntuado en una escala de 7 puntos, los niveles de calidad 1 (requiere entrenamiento), 3 (adecuado), 5 (bueno) y 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. (21), tiene dos dominios distintos: evaluar la práctica y habilidades de el o la visitador/a y evaluar el involucramiento familiar en la VD. Como el objetivo principal del estudio es describir y analizar la relación entre el profesional matrn/a, y la familia usuaria en la VD, identificando y analizando las habilidades relacionarles del visitador/a, el nivel de estructuración de la visita y como fomenta la interacción entre el cuidador y el niño, se utilizó 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<sup>1</sup> capacitados en la aplicación de la escala. La primera, consistió en la observación de los videos, asignándose dos evaluadores a cada visita grabada. El contenido de los videos fue codificado por los profesionales, donde uno de ellos los observó todos y los otros

---

<sup>1</sup> Una matrona y dos psicólogas

dos profesionales 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 puntuación de logro o nivel de calidad. En el caso de haber discrepancias, de más de un nivel de calidad, se incorporaría la puntuación de un tercer codificador, para lograr consenso (Tabla 3). El análisis cualitativo permitió identificar las fortalezas y debilidades asociadas a las calificaciones asignadas según la escala de: 1 (requiere entrenamiento); 3 (adecuado); 5 (bueno) y 7 (excelente) (30).

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

## **Resultados**

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo a 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 para la actividad. Esto se expresa en los tópicos escogidos para abordar en la VD, antecedentes recopilados según características de la familia y los materiales preparados por el visitador/a. Pero, por ejemplo, en dos visitas, cuando aparecieron necesidades emergentes, no se pudo resolver la situación, ya que no se llevaba el material necesario, lo que implicó que el usuario necesariamente debe acudir al CESFAM. 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, hace un aporte importante sobre aspectos psicosociales de la gestación, sin embargo, el visitador/, no entrega respuesta alguna.

### **Relación con la familia**

En cuanto a la capacidad que tiene el visitador/a para la interacción social y emocional con la familia, se destaca la familiaridad en el trato, expresión de emociones positivas, respeto por la dinámica familiar y estilo de vida de cada familia que tienen los visitadores. Sin embargo, es difícil para ellos integrar a los otros familiares presentes en las actividades de la VD, como también abordar con discreción, criterio y empatía temas sensibles, tales como relaciones de pareja, conflictos familiares, regularización de situación migratoria u otras.

Se observa que en todas las VDs el visitador/a, se siente cómodo y se han visto en controles previos, además conocen algunos antecedentes familiares. Sin embargo, se

observa que en dos de las visitas donde hay niños presentes (no los niños visitados), no se interactúa con ellos.

### **Facilitación de la interacción padre-hijo**

En solo dos VDs fue posible evaluar todos los ítems, ya que fueron vistas realizadas en el puerperio. Las otras seis fueron realizadas con gestantes, donde solo una de ellas tiene hijos presentes en el momento de la visita.

Una de las tareas importantes del visitador/a es la generación de interacción positiva entre madres y padres, y los hijos, las cuales fortalecen el desarrollo de éstos. 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. En las visitas a gestantes, la atención se concentra en la mujer, y no se favorece el vínculo prenatal con el hijo o hija por nacer. Esto se observa en tres visitas donde, estado presente madre-padre e hijo, no se ofrece la instancia para que ellos interactúen, solo se aborda el desarrollo del niño/a desde la teoría.

### **No intrusividad y colaboración**

En la función de apoyo a los padres en su rol de educador primario, el visitador/a ocasionalmente entrego indicaciones o sugerencias acerca de actividades que los padres pueden realizar con sus hijos para favorecer su desarrollo. Más bien, predomina el estilo directivo, donde el visitador/a modela 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.

A modo de ejemplo, el visitador/a le indica la realización de algunos ejercicios a la usuaria y le muestra como se realiza, pero no da espacio a que ella lo haga, para que el/la matrona le entregue una retroalimentación.

Entre las características que el HOVRS-A+ nos permitió observar en los visitadores fueron 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.

Debido a que las matrones que realizaron las VDs, son los mismos que están a cargo del control de la gestación, les permite tener una relación de confianza con la persona visitada y de buena llegada al hogar. Además, esta relación les permitió manejar antecedentes de la familia que sería intervenida.

## **Discusión**

Actualmente no existen estudios chilenos que aborden la VD, ni la implementación del ChCC en zonas rurales del país, por lo que este estudio tiene gran relevancia en términos de entregar una visión objetiva de cómo 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 (11,13,14), pero principalmente en el desarrollo de competencia parentales (4,18,19,31). Es aquí donde el profesional matrn/a cobra 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 (6,26). Sin embargo, para lograr este objetivo es fundamental que el profesional matrn/a logre construir una relación de confianza con la familia, quien pueda ser un modelo para la relación madre/padre e hijo. Korfmacher (8), 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 (7,8), lo que se observa en las VDs analizadas en este estudio.

Sin embargo, es importante contar con profesionales idóneos en este tipo de intervenciones. Existen algunos estudios que definen características específicas de los visitantes que faciliten la relación de confianza con las familias, como la amabilidad, respeto y empatía entre otros, lo cual ha sido considerado como un modelo positivo (5,6,16,22,33).

Por otro lado, la VD ha sido catalogada como una estrategia altamente costo efectiva en la entrega de herramientas para el apoyo de la crianza (3). Aunque los matrones evaluados en este estudio 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 recursos humanos y materiales disponibles en los CESFAM, los cuales han sido reconocidos como fundamentales para asegurar la efectividad de un programa (1). Por ejemplo, se ha establecido que idealmente para el desarrollo de una VD, al menos dos profesionales de la salud puedan asistir con el objetivo de que en una sola visita, se puedan abordar otros temas relacionados a la familia y que estén aquejando a los miembros de esta (6,16,22). Sin embargo, en la actualidad, los recursos son limitados y aunque los profesionales matrones y matronas 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 (1,6,16), los servicios de salud no cuentan con los recursos suficientes o la distribución de estos no es la mejor para obtener buenos resultados tanto para los profesionales como para las familias (1,6).

Además, es importante considerar que, en los sectores rurales, los profesionales que realizan VDs tienen que recorrer largas distancias para llegar al domicilio, ya sea desde el CESFAM hacia los hogares, como también entre una visita y otra. Lo cual hace que el uso de la VD sea idealmente optimizado para abordar a más de una persona en cada una de ellas. Esto sumado a que muchas de ellas fueron programadas en horarios fuera de la jornada laboral, en donde el cansancio profesional limitó los posibles resultados.

Es probable que este tipo de situaciones sumado a la falta de apoyo para el desarrollo de la VD puedan afectar la motivación de los profesionales de realizar VD. Como ha sido descrito por investigadores vinculados a esta área (6,17,21,34), la motivación juega un factor fundamental en la relación que se establece con la familia. Como fue visto en este estudio, a pesar de que el visitador/a se mostró con respeto hacia la familia, se pudo percibir que no todos se encontraban motivados de realizarla lo cual puede ser atribuido a múltiples factores, como su disposición a realizar la actividad, el horario en el que se realiza la actividad o su percepción de autoeficacia para realizar la visita con los recursos otorgados por el centro, entre otros. Factores que pueden ser analizados en posteriores estudios.

Finalmente, como gran desafío en la formación profesional del área de la salud, es importante que puedan ser entrenados en habilidades para abordar temas sensibles o delicados para las familias, sobre todo cuando existen temas que fueron tratados en la consulta y que son confidenciales para el resto de la familia o temas que para un profesional de la salud sean cotidianos y que para los usuarios no sea así (9,26,35).

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 como para hacer las primeras aproximaciones de lo que sucede al interior de las VDs y tipo 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 vió 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, es que hubo interés por parte otros profesionales matrones y matronas a participar en esta investigación, lo cual es importante considerar a futuro otras investigaciones 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 profesionales en habilidades relacionales para que la visita cumpla su objetivo primordial que es establecer una fuerte alianza entre el profesional y la familia ya que esto lo que finalmente contribuirá a que las familias logren niveles de confianza en su rol protector y educador.

## **Bibliografía**

1. Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Catálogo de Prestaciones 2017. 2017.
2. Aracena M, Cerfogli C, Condeza A, María C, Soto M, Sapaj J, et al. III Concurso IDeA en dos Etapas. Santiago; 2016.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Moraga C. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. *Chile Crece contigo.* 2009;120.
7. 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* [Internet]. 1997;25(1):9–25. Available from: [http://doi.wiley.com/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199701\)25:1%3C9::AID-JCOP2%3E3.0.CO;2-V](http://doi.wiley.com/10.1002/(SICI)1520-6629(199701)25:1%3C9::AID-JCOP2%3E3.0.CO;2-V)

8. Korfmacher J, Green B, Spellmann M, Thornburg K. The Helping Relationship And Program Participation In Early Childhood Home Visiting. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2007;28(1):459–80. Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/55588/>
9. McNaughton D. A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nurs* [Internet]. 2000;17(6):405–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115138>
10. Raisler J. Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned? *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2000;45(1):20–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10772732>
11. 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.
12. 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: (Ed.) IRA& RANC, editor. *Visitação Domiciliar*. São Paulo: Edusp.; 2016. p. 237–262.
13. 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).
14. 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 J*.

- 2014;18(5):1142–54.
15. 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.
  16. MINSAL. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo [Internet]. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. 2008. 360 p. Available from:  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24acd68e04001011e013bfb.pdf>
  17. Korfmacher J, Filene J, Duggan A, Neill KO. What happens in home visits? A conceptual model of early child home visitig practice. 2011;1–70.
  18. 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.
  19. 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.
  20. Korfmacher J, Marchi I. The Helping Relationship in a Teen Parenting Program. *Framework.* 2002;(November):21–6.
  21. Schodt S, Parr J, Rubio-codina M, Araujo MC, Rubio-codina M. La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias. 2015; Available from: Home Visit Rating Scales-Adapted and Extended to Excellence (HOVRS-A+
  22. MINSAL. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el. 2018;117. Available from: <https://diprece.minsal.cl/wp->

content/uploads/2018/06/2018.04.17\_OT-VISITA-DOMICILIARIA-  
INTEGRAL.pdf

23. Cerfogli C, Contreras P. Formación continua en visita domiciliaria. Análisis cualitativo de una metasupervisión reflexiva. *Rev Trab Soc.* 2016;41–53.
24. 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.
25. 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* [Internet]. 2012;33(1):22–33. Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/55588/>
26. 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.
27. Rubio-Codina Marta Dormal Caridad Araujo DOCUMENTO DE TRABAJO DEL BID N° 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 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.iadb.org/es/proteccionsocial>
28. Paulsell D, Avellar S, Martin ES, Grosso P. Home Visiting Evidence of Effectiveness Review. *Exec Summ Novemb 2010.* 2010;
29. Cordero M. Pauta de Riesgo Psicosocial. Chile crece contigo [Internet]. 2010;1:21. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp->

content/uploads/2010/12/Nota-Methodologica-EPsA\_2010.pdf

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.
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.
33. Chile Crece Contigo. Análisis de la Implementación y funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo. 2013;151. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/05/082003-Informe-Final-VDI-ChCC.pdf>
34. Grau Rubio C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Rev Española Discapac* [Internet]. 2013;1(1):195–212. Available from: <http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/42/34>
35. Leer J, Boo FL, Perez A, Powell C. A Snapshot on the Quality of Seven Home Visit Parenting Programs in Latin America and the Caribbean. 2016.
36. Ilustre Municipalidad Santa María. Plan De Salud Comunal 2018. San Felipe; 2018.
37. Ilustre Municipalidad San Esteban. Plan de Salud Comunal 2018. Los Andes; 2018.

38. Ilustre Municipalidad San Felipe. Plan De Salud Comunal 2017. San Felipe; 2017.

## Tablas

**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
<b>Características demográficas (36–38)</b>				
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%
<b>Características de las VD realizadas</b>				
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 visitantes	Edad Promedio	37 años	37 años	37 años
	Género	Femenino	Masculino	Masculino
	Años de experiencia laboral (promedio)	15 años	15 años	15 años
<b>Nota:</b> CESFAM: Centro de Salud Familiar, VD: Visita domiciliaria (*) Horario fuera de la jornada laboral ordinaria				

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

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

**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
<b>Responsividad de la familia</b>								
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
<b>Relación con la familia</b>								
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	NA	7	5	3	5	5	NA	NA
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
<b>Facilitación de la interacción padre-hijo</b>								
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	NA	NA	NA	5	5	NA	NA	NA
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	NA	NA	NA	5*	3*	NA	NA	NA
<b>No intrusividad/colaboración</b>								
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	NA	NA	NA	5*	5	NA	NA	NA
Mantenimiento de los padres en rol de educador	NA	NA	NA	5	5	NA	NA	NA
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	NA	NA	NA	5	5	NA	NA	NA
Nota VD: visita domiciliaria NA: No Aplica 1: requiere entrenamiento; 3: adecuado; 5: bueno; 7: excelente *evaluación con discrepancia en la evaluación								

## **Anexos**

Anexo 1: Consentimiento Informado

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
COMITE ETICA CIENTIFICA/

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADORES PARTICIPANTES**

**“Calidad de la relación entre profesional de salud matrona y cuidadores/as en la visita de Chile Crece Contigo en localidades rurales de Los Andes y San Felipe.”**

Lina María González Zavala  
Escuela de Psicología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador.

Este estudio no cuenta con financiamiento externo y los gastos están siendo cubiertos por la investigadora.

#### **¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El objetivo de esta investigación es observar y analizar la relación establecida entre el profesional de salud matrón/a con los cuidadores o padres durante la realización de la Visita Domiciliaria del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Chile Crece Contigo. Esta visita se realiza a las familias con hijos menores de seis años, que se atienden en centros de salud públicos. Usted ha sido invitada a participar como usuaria del establecimiento de salud.

#### **¿En qué consiste su participación?**

Si usted acepta participar en la investigación, recibirá la visita domiciliaria regular proporcionada por el sistema Nacional Chile Crece Contigo y con el objetivo de conocer cómo se están implementando estas visitas en su comuna, éstas serán grabadas audiovisualmente a través de una cámara en miniatura que manipulará la investigadora que acudirá junto a su matrón/a que realizará la visita. Sus datos serán tratados con el máximo respeto y cuidado, garantizando en todo momento su confidencialidad.

#### **¿Qué significa para usted participar?**

Su participación en el estudio implica su autorización para realizar las visitas domiciliarias en su hogar y acceder a ser filmada.

La participación en este estudio no supone riesgos para su salud física o mental.

La participación en este estudio no presenta beneficios personales directo para usted, sin embargo, el levantamiento de información podría significar un beneficio indirecto para el centro de salud en el se atiende y esperamos que los resultados de este trabajo contribuyan a mejorar la calidad de las visitas domiciliarias en nuestro país.

### **¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?**

La información recolectada en el estudio será absolutamente CONFIDENCIAL. No obstante, el acuerdo de confidencialidad podría verse quebrantado, si durante el estudio se obtiene información que indicara que usted o algún otro se encuentran en peligro inminente, con el objetivo de prevenir daños.

Los videos y cualquier otro documento de esta investigación nunca llevarán sus datos identificativos, sino que se guardarán con un código de identificación generado al azar por un computador. La filmación será guardada únicamente en el computador de la investigadora principal en un archivo encriptado

Ninguna persona ajena a esta investigación tendrá acceso a información que permita individualizar a los participantes, y cualquier publicación de los datos se hará en base a resultados grupales, sin incluir información individual o personal alguna. Con este consentimiento usted autoriza el uso de los videos con fines exclusivamente de investigación.

Los resultados serán difundidos en congresos y otras actividades de difusión en los que participen los investigadores y publicaciones en revistas científicas.

Los documentos con información que la puedan identificar serán almacenados durante 3 años, bajo la responsabilidad de Lina González. Las bases de datos anonimizadas de este estudio serán conservadas y podrán usarse para futuras investigaciones.

### **¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?**

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna. Su participación en este estudio no interferirá con la atención de salud que usted recibe en este centro.

Si en algún momento de la visita usted desea interrumpir la grabación, puede hacerlo. En cualquier momento usted puede solicitar al investigador que le responda todo tipo de inquietudes respecto al estudio y pedir mayor información sobre las implicancias de su participación.

### **¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable, teléfono 9 68454948, email: [lina.gonzalez@uv.cl](mailto:lina.gonzalez@uv.cl)

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación Científica, usted puede llamar a Claudia Camerati, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 2492998, o al mail: [claudia.camerati@redsalud.gob.cl](mailto:claudia.camerati@redsalud.gob.cl).

## FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- He leído y discutido la descripción de la investigación con el investigador. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio.
- He entendido que el propósito de este proyecto.
- Mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento sin necesidad de dar una justificación.
- Si, durante el transcurso del estudio, llega a estar disponible nueva información significativa que haya sido desarrollada y se relaciona con mi voluntad de continuar participando, el investigador deberá entregarme esta información.
- Cualquier información derivada del proyecto de investigación que me identifique personalmente no podrá ser publicada o revelada sin mi consentimiento particular.
- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con la conducción de la investigación, mi participación, o mis derechos puedo contactarme directamente con la investigadora, Lina González, quien responderá mis preguntas a través del teléfono 9 68454948 o de su correo electrónico [lina.gonzalez@uv.cl](mailto:lina.gonzalez@uv.cl). También puedo contactar el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Aconcagua si tiene preguntas acerca de mis derechos como participante en una investigación Científica, llamando a Claudia Camerati, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 2492998, o al mail: [claudia.camerati@redsalud.gob.cl](mailto:claudia.camerati@redsalud.gob.cl).
- Recibo una copia del presente consentimiento informado.
- Mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en este estudio.

---

Firma del/la Participante

---

Fecha

---

Nombre del/la Participante

---

Firma de la Investigador/Investigadora

---

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)

## Anexo 2: Carta de aprobación de Comité Ético Científico



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO/**  
EU. CCS/cbv

San Felipe, 03 de Mayo de 2018

### Carta-C.E.C 11/2018

**ESTIMADA:  
LINA MARÍA GONZÁLEZ ZABALA  
INVESTIGADOR PRINCIPAL  
UNIVERSIDAD CÁTOLICA DE CHILE  
PRESENTE**

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó el Estudio: "**Calidad de la relación entre profesional de salud matrn/matrona y cuidadores/as en la visita de Chile Crece Contigo en localidades rurales de Los Ande y San Felipe**", en este contexto se informa que se definió **Aprobado**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológicos y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.



**DR. PATRICIO NEIRA GUERRA  
PRESIDENTE  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**Distribución:**

✓ Oficina de Partes CEC-SSA

Anexo 3: Instrumento de evaluación de la Visita Domiciliaria <sup>2</sup>

**Home Visit Rating Scales—Adapted and Extended to Excellence (HOVRS-A+) v2.0**

Lori A. Roggman, Gina A. Cook, Mark S. Innocenti, Vonda K. Jump, Katie Christiansen, Lisa K. Boyce, Utah State University  
Nikki Aikens, Kim Boller, Diane Paulsell, & Kristin Hallgren, Mathematica Policy Research

**RESPONSIVENESS TO FAMILY: Plans with parent input, identifies family strengths to support child development**

Overall:  1  2  3  4  5  6  7

**1. To plan activities and topics of the home visit with the parent, the home visitor**

- 1 = shows no evidence of planning for this home visit or future home visits.  
3 = shows evidence of planning but no evidence of parent input.  
5 = shows evidence of planning with parent input.  
7 = shows evidence of planning with parent input and evidence of parent deciding activity, materials, or who provides them.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**2. To prepare for the home visit using parent-selected activities, the home visitor**

- 1 = does not have necessary materials for the visit.  
3 = is prepared for activities of the home visit (e.g., has necessary materials).  
5 = brings or does activities selected by parents.  
7 = emphasizes parent-selected activities and organizes home visit around them.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**3. To get information about the family's strengths and child's development, the home visitor**

- 1 = rarely asks questions to get information about family's strengths or child's development.  
3 = occasionally gets more information by asking open-ended or follow-up questions.  
5 = frequently gets more information by asking open-ended or follow-up questions.  
7 = gets information from open-ended or follow-up questions and uses the information to increase effectiveness of home visit.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**4. To provide feedback on family strengths for supporting child development, the home visitor**

- 1 = is not attentive to what parent and child are doing.  
3 = observes parent and/or child but does not always respond or react to what parent and child are doing when necessary.  
5 = observes and reacts to parent and child by making comments, providing information, or suggesting activities.  
7 = observes, reacts, and provides reflective feedback, ideas, and developmental information about parent-child interactions or child's development.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**5. To adapt activities to the family's interests and needs, the home visitor**

- 1 = persists with activity that does not meet parent's or child's interests or needs.  
3 = occasionally follows parent's and child's lead in activities.  
5 = frequently follows parent's and child's lead in activities, changing pace or activities to meet family interests or needs.  
7 = follows parent's and child's lead in activities, and acknowledges these interests or needs.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**6. To respond to family input for the agenda and activities of the home visit, the home visitor**

- 1 = directs agenda and activities of home visit OR does not set or follow an agenda.  
3 = allows some input from parent on agenda and activities of home visit.  
5 = sets agenda and activities for home visit after getting input from family.  
7 = follows parent-suggested agenda and activities and provides additional related information to supplement activities.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

<sup>2</sup> Se cuenta con la primera versión en español, realizada por una psicóloga Florencia Rodriguez, miembro del equipo FONDEF (ID16I 10278)

**RELATIONSHIP WITH FAMILY: Interacts with family members with warmth, positive emotions, and respect**

Overall:  1     2     3     4     5     6     7

**1. To interact sociably with parent(s), focusing on child development, the home visitor**

1 = appears uncomfortable interacting with parent(s).

3 = occasionally interacts sociably with parent(s)

5 = seems relaxed and obviously enjoying interacting with parent(s).

7 = appears at ease, enjoys interacting, and readily engages parents in discussions of child development and parenting.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**2. To set the tone for positive interactions, the home visitor**

1 = seems critical, condescending, tense, or detached with parent(s).

3 = interacts with little to no tension but is not overly warm with parent(s).

5 = is warm and respectful of the parent(s).

7 = shows warmth, respect, and appreciation to parent(s).

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**3. To express positive emotions about the home visit, the home visitor**

1 = does not appear to enjoy the home visit.

3 = occasionally appears to enjoy the home visit (positive emotions & statements).

5 = frequently appears to enjoy the home visit (positive emotions & statements).

7 = consistently enjoys the home visit and shows understanding, humor, or familiarity with the family.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

4. There is no Item 4 on this scale, proceed to Item 5

**5. To engage other family members if present during the home visit, the home visitor**

NA = no other family members present.

1 = ignores family members other than parent and child.

3 = interacts with family members other than parent and child but does not involve them in activities.

5 = attempts to involve everyone in the room in activities.

7 = involves everyone in the room in activities and with each other.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

6. There is no Item 6 on this scale, proceed to Item 7

**7. To reflect on family's life and activities in relation to child's development, the home visitor**

1 = shows little to no familiarity with what is happening with family.

3 = shows some familiarity with what is happening with family but does not ask questions beyond those dictated by home visit.

5 = shows familiarity and interest in what is happening with the family by asking relevant questions.

7 = asks relevant questions and asks how family situations affect child.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**8. To show respect and acceptance of the family, home, culture, and lifestyle, the home visitor**

1 = does not show respect or acceptance of the family system.

3 = appears to be accepting of the family system.

5 = shows clear respect and acceptance of the family system.

7 = shows respect, acceptance, and talks about these characteristics as family strengths.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**9. To discuss sensitive issues respectfully and reflectively, the home visitor**

1 = brings up issues in an insensitive or disrespectful manner or avoids sensitive issues.

3 = tries to bring up issues in a sensitive or respectful manner but not always effectively.

5 = home visitor brings up issues in a sensitive or respectful manner.

7 = brings up issues respectfully and asks questions to help parent reflect on parenting.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**FACILITATION OF PARENT-CHILD INTERACTION: Elicits positive developmentally supportive parent-child interactions**

Overall:  1  2  3  4  5  6  7

**1. To elicit ongoing parent-child interactions during the home visit, the home visitor**

1 = rarely addresses parent-child interactions.

3 = tries to facilitate interactions, even if not always effectively.

5 = frequently facilitates parent-child interactions.

7 = frequently facilitates parent-child interaction and supports ongoing interaction as needed without interrupting.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**2. To promote developmentally supportive interactions, the home visitor**

1 = directs parent's interaction with child, telling parent what to do OR rarely addresses parent-child interaction.

3 = occasionally supports parent's positive interactions with child, by commenting on observed parent-child interactions.

5 = encourages parent's developmentally supportive interactions with child, by discussing how observed interactions support child's development.

7 = promotes developmentally supportive interactions by describing, linking to this child's development, and expanding to other ways and places to do something similar.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**3. To engage parent and child together, the home visitor**

1 = interacts with either parent or child but not both.

3 = interacts with both parent & child but occasionally directs attention to only parent or child when there are opportunities to interact with both.

5 = frequently interacts with both parent & child, excluding neither.

7 = frequently interacts with both parent & child and helps sustain engagement of child with parent.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**4. To support parent responsiveness to child cues, the home visitor**

1 = rarely comments on child cues or parent responsiveness.

3 = observes and occasionally comments on child's cues or gives feedback about responsiveness.

5 = observes and comments on child's cues and makes suggestions, offers feedback, or asks questions to promote responsive interactions.

7 = uses comments, suggestions, feedback, or questions to promote responsive interactions and describes child's response to parent (e.g. "speaking for the child") OR links to child's development.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**5. To directly encourage or reinforce positive parent-child interactions, the home visitor**

1 = does not provide encouragement or reinforcement for positive parent-child interactions.

3 = occasionally provides encouragement or reinforcement for positive parent-child interactions.

5 = frequently provides encouragement or reinforcement for positive parent-child interactions.

7 = encourages or reinforces and prompts similar positive parent-child interactions for this or other contexts.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**6. To help parents use available resources to support child development, the home visitor**

1 = brings expensive or hard-to-find materials to the home for home visit activities.

3 = brings common inexpensive materials or activities to the home to promote parent-child interactions.

5 = uses materials already in the home and/or family routines to promote parent-child interaction.

7 = uses home's materials and routines and guides parents to identify new ways to use what the family already has or does to support child's development.

- (1) Needs training  - (3) Adequate  - (5) Good  - (7) Excellent

**NON-INTRUSIVENESS/COLLABORATION: Fully supports parent(s) in primary teaching role without interrupting**

Overall:  1     2     3     4     5     6     7

**1. To encourage the parent's ideas and interests for interactions with child, the home visitor**

1 = often tells parent what to do OR rarely make suggestions for what parent could do.

3 = makes suggestions for what parent could do, but not excessively.

5 = seeks and responds to parent ideas & interests for interactions.

7 = seeks and responds to parent interests for interactions and encourages those interactions during home visit.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**2. To avoid intruding on or ignoring parent-child interactions, the home visitor**

1 = takes over activities OR fails to provide guidance for parent-child interaction.

3 = occasionally guides aspects of parent-child interaction (e.g., provides reinforcement to child).

5 = sits back when parent-child interaction is ongoing and allows parent to control/direct interaction.

7 = sits back when parent-child interaction is ongoing and actively observes, as evident from later reflective comments.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**3. To keep parent in the "teacher" role, the home visitor**

1 = plays with or teaches child herself OR fails to hand toys or other materials to parent to use with child.

3 = sometimes hands materials to child, sometimes to parent.

5 = frequently hands toys or other materials to parent, for parent to use with the child.

7 = consistently hands toys or other materials to parent and asks how parent wants to use materials.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**4. To follow the lead of parent and child in pace and activities, the home visitor**

1 = persists with activity too hard for or not of interest to parent or child OR fails to respond to parent's & child's cues by changing pace or activities.

3 = occasionally responds to parent's or child's cues (e.g., lack of interest, difficulty with task) by changing pace or activities.

5 = frequently responds to parent's or child's cues (e.g., lack of interest, difficulty with task) by changing pace or activities when needed.

7 = adapts pace or activities to parent or child cues and asks parent questions to help parent adapt or enrich interaction or activities with child.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent

**5. To allow parent-child interactions to continue uninterrupted, the home visitor**

1 = is directive and frequently intrudes on OR interrupts the parent-child interaction.

3 = occasionally intrudes on or interrupts the parent-child interaction.

5 = rarely intrudes on or interrupts the parent-child interaction.

7 = does not intrude on or interrupt parent-child interactions.

- (1) Needs training     - (3) Adequate     - (5) Good     - (7) Excellent