

EL VÍNCULO EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL: UN COMPONENTE PARADÓJICO DEL ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO

Marcela Aracena Alvarez¹, Orcid: 0000-0002-5602-3960
Fabiola Cortez-Monroy Muñoz², Orcid: 0000-0002-7072-2987
Consuelo Undurraga Infante³, Orcid: 0000-0001-6517-179X

RESUMEN. Este estudio⁴ cualitativo describe las percepciones de profesionales de la salud acerca del componente relacional de un Modelo de Visita Domiciliar Avanzada (ViDA). La implementación del modelo contempló una fase de capacitación de los profesionales y al mismo tiempo su participación en la puesta en práctica. Los datos cualitativos se obtuvieron de la aplicación de una entrevista telefónica a 12 profesionales, una entrevista en profundidad a 6 profesionales, 3 de ellos directores de centros de salud familiar, y del análisis de 85 reportes individuales de 34 profesionales capacitados en el modelo ViDA, pertenecientes a dos comunas de la Región Metropolitana de Chile. Los datos fueron organizados por temas y analizados usando el análisis de contenido. Los resultados señalan que el componente vincular del modelo es percibido como un aspecto clave en la realización de las visitas, siendo valorado positivamente por las y los profesionales. Desde su percepción este componente favorece la vinculación con las personas visitadas, motiva una actitud más favorable al cambio, genera transformaciones más profundas, facilita el logro de los objetivos de la intervención y promueve el empoderamiento de las mujeres. Asimismo, perciben desafíos que la capacitación no resuelve: la mejora en los registros, la planificación de la intervención y la formulación de objetivos de la visita.

Palabras clave: Profesionales de salud; vínculo; intervención social.

O VÍNCULO NA INTERVENÇÃO SOCIAL: UM COMPONENTE PARADOXICO DO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

RESUMO. Este estudo qualitativo descreve as percepções dos profissionais da saúde sobre o componente relacional de um Modelo de Visita Domiciliar Avançada (ViDA). A implementação do modelo considerou uma fase de capacitação dos profissionais e ao mesmo tempo a participação deles na prática. Os dados qualitativos foram obtidos através de uma entrevista telefônica à 12 profissionais, uma entrevista em profundidade à 6 profissionais, 3 deles eram diretores de centros de saúde familiar, e da análise de 85 informes individuais de 34 profissionais capacitados no modelo ViDA, que pertencem a duas comunas da Região Metropolitana do Chile. Os dados foram organizados por temas e trabalhados usando a análise de conteúdo. Os resultados mostram que o componente

¹ Académica Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Académica Escuela de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Este estudio forma parte de una investigación más amplia FONDEF - CONICYT 'Proyecto ViDA: modelo de visita domiciliar avanzada, apoyado por tecnología, para el fortalecimiento de intervenciones biopsicosociales con gestantes y cuidadores primarios de niños y niñas de 0 a 6 años, que se atienden en el sistema de Atención Primaria en Salud'. DNI16110278, financiada por el Fondo Nacional para la Promoción del Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile.



relacional do modelo é percebido como um aspecto central na realização das visitas, sendo valorizado positivamente pelo/as profissionais. A partir da percepção dele/as, este componente favorece a vinculação com as pessoas visitadas, motiva uma atitude mais favorável à mudanças, gera transformações mais profundas, facilita alcançar os objetivos da intervenção e promove o empoderamento das mulheres. Além disso, o/as profissionais também percebem desafios que a capacitação não resolve: a melhora nos registros, a planificação da intervenção e a formulação dos objetivos da visita.

Palavras chave: Profissionais da saúde; vínculo; intervenção social

THE RELATIONSHIP IN SOCIAL INTERVENTION: A PARADOXICAL COMPONENT OF HOME ACCOMPANIMENT

ABSTRACT. This qualitative study describes the insights of health professionals regarding the relationship component in an Advanced Home Visit Model (ViDA). The implementation of this model involved a training stage for professionals along with its participation in the execution stage. Qualitative data were obtained through phone interviews to 12 professionals, in-depth interviews to 6 professionals, being 3 of them directors of family healthcare centers, and the analysis of 85 individual reports from 34 professionals trained in the ViDA model in two districts of the Metropolitan Region of Chile. Data was arranged in subjects and analyzed through content analysis. Results highlight the relationship component of the model is perceived as a key aspect in the home visit schedule and is also valued by the professionals as a positive aspect. From such point of view, this component favors the bonding of visited people, increases a favorable attitude towards change, generates deeper transformations, facilitated the achievement of goals and promotes women empowerment. Also, professionals remarked some challenges the training stage is not solving such as improvement in records, planning of interventions and development of visit purposes.

Keywords: Healthcare professionals; relationship, social intervention.

Introducción

La visita domiciliaria ha demostrado ser efectiva en programas sociales dirigidos a la infancia. Ella es una estrategia de intervención que otorga apoyo a familias y/o individuos en su propio hogar, a través de encuentros de periodicidad variable, realizados por un/a agente visitador/a profesional o no profesional (por ejemplo, un agente comunitario) (Olds & Korfmacher, 1997; Duggan et al., 2007). Acerca de la visita domiciliaria existe evidencia cada vez más abundante sobre sus impactos positivos en el desarrollo infantil, bienestar familiar y prácticas de crianza positiva, cuando cumple con criterios tales como claridad de objetivos, dosis e intensidad de la visita, entre otros (Sama-Miller, Akers, Mraz-Espósito, Coughlin & Zukiewicz, 2019; García-Huidobro et al., 2021). La evidencia y evaluaciones de programas que usan esta estrategia, corroboran que las visitas domiciliarias son efectivas en la promoción de las relaciones familiares positivas, el desarrollo infantil, la prevención del maltrato en niños y niñas, la preparación para el ingreso al colegio, la mejora de la salud materna (Duffee, Mendelsohn, Legano, & Earls, 2017) y la vinculación de las familias a las redes que facilitan la superación de la pobreza (Duffee et al, 2017). Aunque existe abundante evidencia de que la visita domiciliaria es positiva, “[...] sigue siendo una

preocupación subyacente que con demasiada frecuencia la visita domiciliaria no es de la calidad suficiente para marcar una diferencia significativa en las vidas de los niños vulnerables y sus familias” (Euser, Alink, Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2015; Segal, Sara Opie, & Dalziel, 2012, citado por Korfmacher, Frese, & Gowani, 2019, p.382).

A nivel latinoamericano, la visita domiciliaria se ha convertido en una estrategia de intervención social ampliamente utilizada en programas protección a la primera infancia: Criança Feliz (Brasil), Cuna Más (Perú), Programa de Acompañamiento a la Política de Primera Infancia (Nicaragua), Infancia Mejor (Ecuador), Programa Infancia (Uruguay), Educa a tu Hijo (Cuba), Chile Crece Contigo (Chile), entre otros. Estos programas buscan incrementar las competencias parentales, aumentar la capacidad de las madres, padres y cuidadoras/es para proporcionar un entorno estimulante, afectuoso y seguro para niñas y niños, y conectar a las familias con servicios de salud y otros servicios sociales. Son programas que contemplan visitas de frecuencia variable (desde semanal hasta mensual), cuya duración fluctúa entre los 45 minutos y 2 horas. Están a cargo de profesionales o para-profesionales y los focos de intervención son preferentemente psicoeducativos, abordando temáticas sobre habilidades parentales, cuidados del recién nacido/a, nutrición del hijo/a, entre otros (Leer, López Bóo, Pérez Expósito, & Powell, 2016).

En Chile, la protección de la niñez recae en el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC), cuya implementación se inició en el año 2007, con el propósito de promover el desarrollo integral de niñas y niños desde la concepción hasta los 10 años, a través de la entrega servicios universales para la población infantil de Chile y de prestaciones diferenciadas, orientadas a niñas, niños y sus familias pertenecientes a sectores vulnerables de la población (Chile, 2018a). De acuerdo con la evaluación de Clarke, Cortés y Vergara (2019), Chile Crece Contigo ha tenido éxito en mejorar la salud neonatal en Chile entre los participantes del programa, siendo mayores sus efectos en las familias pertenecientes a sectores vulnerables (población objetivo).

El subsistema Chile Crece Contigo, utiliza como modelo la Visita Domiciliaria Integral (VDI). Este modelo de visita es usado fundamentalmente como estrategia de protección de la niñez temprana, buscando contribuir a mejorar resultados en desarrollo emocional, el lenguaje y la cognición. Dicha estrategia de intervención social, tiene como propósito acompañar a mujeres en condición de vulnerabilidad y también a cuidadores/as de niñas y niños. Su implementación está asociada a las fases específicas del embarazo y/o de hitos del desarrollo de los primeros años de vida, estableciéndose como ejes centrales el fortalecimiento del desarrollo prenatal, el progreso integral de los niño/as y la atención de éstos en situaciones de vulnerabilidad. Si bien la valoración de las visitas domiciliarias en el contexto de Chile Crece Contigo es positiva, demostrando ser “[...] efectivas para varios resultados claves [ellas] enfrentan diversos desafíos de implementación que reducen su impacto” (García-Huidobro et al., 2021, p.2). Se identifica como un aspecto relevante “[...] 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” (González, 2018, p. 23). El estudio realizado por ICCOM (2013, citado por Saavedra, 2015, p. 73), respecto a la implementación y funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo, reporta entre los componentes a mejorar “[...] la capacitación de los ejecutores (49% refiere no haber sido nunca capacitado en Visita Domiciliaria Integral) e intensidad de la prestación en función de impactos esperados (51% de usuarios sólo recibe 1 Visita Domiciliaria Integral)”.

El modelo de visita domiciliaria avanzada: ViDA

Actualmente existe consenso en que bajo el término visita domiciliaria se abarca un amplio rango de modelos, objetivos y tipos de intervención, con el común denominador de ser realizadas en el domicilio de las familias participantes (McNaughton, 2004). En su mayoría son modelos que tienden a combinar diversos marcos conceptuales, integrando focos y estrategias de intervención provenientes de diferentes disciplinas (Chile, 2009). Entre los modelos más recurrentes que se observan en la trabajo con infancia, madres, padres y cuidadoras/es, se ubican: el modelo centrado en el acceso a servicios que busca acercar a las familias beneficiarias a los recursos y redes de la comunidad, ayudando a satisfacer necesidades y carencias en el hogar, aminorando para ello los factores estresores de estas familias; el modelo basado en la entrega de información como estrategia de apoyo y educación, centrado en el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades parentales de crianza y estimulación; el modelo basado en el apoyo y observación del comportamiento, el que busca orientar a los padres y/o cuidadores/as en las respuestas frente a la conducta de los niños/as, con el fin de mejorar su relación, a través de la observación e interpretación previa de su comportamiento; y el modelo basado en la relación entre visitador/a y usuario/a del servicio social, que utiliza como estrategias la asesoría de apoyo (acompañan a las familias en el largo plazo en situaciones vitales específicas) y la psicoterapia, lo que demanda profesionales formados en esta especialidad (Chile, 2009).

El modelo ViDA, se dirige a promover la mejora de la calidad de los programas de atención primaria en salud, a través del fortalecimiento de las competencias de los equipos profesionales para la intervención social en el domicilio, con énfasis promocional y preventivo, usando la tecnología. Específicamente, ViDA busca (a) fortalecer conocimientos y desarrollar habilidades profesionales para una intervención social centrada en los recursos de las personas y facilitadora de una vinculación positiva con las familias, (b) favorecer el desarrollo de habilidades de supervisión en los equipos profesionales, que contribuyan a fortalecer su reflexión crítica sobre la intervención que realizan, y aporten a su bienestar y motivación por el trabajo, y (c) fortalecer las habilidades en m-Health de los profesionales de salud, a través del uso de Apps móviles (tabletas), para incrementar la efectividad, regularidad y la calidad en las visitas domiciliarias.

La particularidad del Modelo de Vista Domiciliaria Avanzada (ViDA), que lo distingue de otros modelos, radica en que está compuesto por tres elementos que se articulan y actúan sinérgicamente: supervisión reflexiva para profesionales que realizan visitas, uso de herramientas tecnológicas para mejorar su implementación y gestión, y foco en el vínculo entre profesional y quienes ejercen la parentalidad y el cuidado, contribuyendo a fortalecer la implementación de las visitas domiciliarias y sus resultados⁵.

En el modelo ViDA la supervisión reflexiva cumple un rol relevante para las y los agentes visitadoras/es. Esta supervisión coloca el foco en la o el profesional de modo que pueda reflexionar críticamente sobre su intervención, ofreciéndole la posibilidad de reflexionar acerca de “[...] cómo construye ‘el caso’ y al sujeto que es ‘usuario/a del servicio’” (Taylor, 2020, p. 135, grifo do autor). El supervisor/a acompaña al profesional en su revisión, aclarando dudas y ayudándolo a mirar todas las aristas posibles de los casos, sin dar las soluciones, sino motivando una mirada amplia para el descubrimiento de nuevos aspectos por parte del agente visitador/a que le permitan un mejor abordaje. La supervisión

⁵ Para profundizar en este aspecto, consultar García-Huidobro et al. (2021).

requiere regularidad en el tiempo (como mínimo una vez al mes). Este modelo de supervisión favorece la autoconciencia y la autorreflexión en el desempeño laboral (Cerfogli, 2019) y, al mismo tiempo, contribuye a distinguir elementos para la reformulación de las políticas que sustentan la intervención, convirtiéndose en un ejercicio para una mejora continua.

El componente tecnológico de ViDA es una aplicación móvil que permite al profesional acceder al registro de la intervención, trabajar de manera conjunta con las personas a partir de material educativo diverso (vídeos, fichas, links a páginas web de Chile Crece Contigo) y registrar la experiencia (Cerfogli, 2019). Integran este componente cinco módulos. El módulo N° 1 permite al profesional coordinar sus visitas. En el módulo N° 2 se accede al historial de la intervención y la información de la familia. El módulo N° 3 apoya la intervención durante la visita domiciliaria, a través del acceso a formularios estructurados de registro de la intervención, aplicación de tests, registros de audios, acceso a materiales educativos para utilizar durante la visita, escritura de textos narrativos y programación de las próximas visitas. El módulo N° 4 permite al profesional que realiza la visita, seleccionar, visualizar, acceder a links de videos u otro tipo de archivos pertinentes para cada una de las familias visitadas, de modo de informar y guiar en el proceso de intervención. El sistema asocia el caso con la información contenida en su historial, a partir de lo cual recomienda al visitador/a algunos materiales que han sido ordenados y jerarquizados. El módulo N° 5 corresponde al espacio que tiene la o el profesional para acceder a su información personal, a los casos visitados y corroborar su próximas visitas (Cerfogli, 2019).

Asimismo, el modelo ViDA otorga gran importancia al vínculo que se construye en la visita domiciliaria, como un elemento central del trabajo que se realiza con la familia. El visitador/a, además de entregar información debe actuar como un agente de cambio, manteniendo un diálogo abierto para el logro de acuerdos de trabajo en conjunto (Cerfogli, 2019).

El vínculo: un componente estratégico de la visita domiciliaria

Uno de los aspectos fundamentales en la calidad de las visitas domiciliarias en el contexto de la primera infancia, es el vínculo entre el profesional y los adultos responsables del cuidado de niños y niñas (Korfmacher, Green, Spellmann & Thornburg, 2007; Damashek et al., 2020; Laurenzi, et al., 2020). La evidencia señala que las visitas domiciliarias resultan exitosas cuando, entre otros aspectos, centran su foco en el vínculo de confianza (Sama-Miller et al., 2019). La generación de un vínculo positivo y un proceso de acompañamiento sistemático en el tiempo, mejoran las capacidades parentales en las familias y la adherencia a los programas. “Los hallazgos actuales sugieren que el vínculo está asociado con otros aspectos de proceso del programa, como la participación o la satisfacción general con el programa” (Korfmacher et al., 2007, p. 477). El estudio de Damashek et al. (2020, p. 14), a partir de sus análisis cuantitativos, da cuenta que la “[...] mayor confiabilidad de la competencia cultural percibida del proveedor predijo la participación en los servicios”. Los datos cualitativos del estudio confirman la importancia que tiene la fiabilidad en el agente visitador/a, aportando información sobre aspectos importantes a considerar por el visitador/a domiciliario al momento realizar una intervención social en el hogar, entre ellos: “[...] establecer un vínculo de confianza; poseer habilidades de buena comunicación; proporcionar información y estar informado, ser colaborativo y flexible” (Damashek et al., 2020, p. 14). Sin embargo, este vínculo puede ser influido negativamente por elementos del proceso, tales como la baja frecuencia, intensidad y número total de visitas que se

implementan por hogar y el insuficiente manejo de habilidades sociales por parte del agente visitador/a (Aracena et al., 2013).

El modelo ViDA contempla el género como una dimensión transversal al vínculo con padres, madres y cuidadores. La parentalidad no puede disociarse del género, pues su ejercicio guarda estrecha relación con los modos de constitución de las subjetividades femenina y masculina, conteniendo una dimensión identitaria, pues si bien ella es un trabajo material, es también un trabajo sobre sí mismo (Bachmann, Gaberel, & Modak, 2016). Sin embargo, comúnmente la noción de parentalidad esconde esta dimensión, pues “[...] el ejercicio del rol parental, por un lado, no parece estar ligado a un sexo en particular ni a un status determinado y, por otro, sería susceptible de ser transformado con la experiencia y el aprendizaje” (Bachmann et al., 2016, p. 65). El cuidado en el modelo ViDA es visto como una responsabilidad social en la que participa el Estado, las familias, el mercado y las comunidades (Lamaute-Brisson, 2013). En la provisión de los cuidados, “[...] el papel del Estado es central [...] pudiendo actuar –o no– como un gran nivelador de oportunidades –entre hombres y mujeres, y entre clases sociales (Faur, 2014, p. 41).

Método

Este estudio asume un enfoque cualitativo de tipo exploratorio descriptivo. Este tipo de diseño metodológico es consistente con el incipiente desarrollo del tema en nuestro país. La realidad investigada es descrita y analizada desde la perspectiva de los individuos que son parte de ella, así como de la evidencia documental, que corresponde a un método de recolección y verificación de datos, cuyo propósito es acceder a fuentes pertinentes de información escrita. En este estudio, la evidencia documental quedó conformada por los reportes individuales de las y los profesionales capacitados en el modelo ViDA.

Instrumentos

El estudio contempló la realización de entrevistas telefónicas, entrevistas en profundidad y la evidencia documental conformada por reportes individuales de los profesionales capacitados en el modelo ViDA.

Participantes

Participaron 18 profesionales que forman parte de Chile Crece Contigo. Ellos fueron seleccionados al azar y en número proporcional al total de participantes capacitados por comuna. A 12 de ellos se les realizó una entrevista telefónica y a 6 una entrevista en profundidad (3 corresponden a directores de tres centros de salud familiar y 3 a profesionales capacitados en el modelo ViDA y que participaron en su implementación). Asimismo, se analizaron 85 reportes individuales de 34 profesionales capacitados en el modelo ViDA, pertenecientes a dos comunas de la Región Metropolitana de Chile.

La intervención

La capacitación buscó reflexionar críticamente en torno al cuidado en la sociedad contemporánea y los desafíos que éste plantea a las y los profesionales en la

implementación de los programas sociales de salud dirigidos a la primera infancia con enfoque familiar, y profundizar en la comprensión de la importancia de una actitud relacional en el vínculo entre profesionales visitadoras/res y cuidadoras/es de niños/as de 0 a 6 años, que involucre la proximidad, la co-construcción de objetivos y la promoción de derechos, para el desarrollo de recursos personales y parentales en gestantes y/o cuidadoras/es de niños/as de 0 - 6 años

Procedimiento y análisis de los datos

Tanto las entrevistas telefónicas como las entrevistas en profundidad, fueron grabadas y transcritas, previa firma de consentimiento informado. Las entrevistas en profundidad se realizaron en los respectivos centros de salud de los entrevistados. Los reportes corresponden a ejercicios analíticos escritos durante el proceso de capacitación. Se consideró el 100% de los reportes individuales entregados durante la capacitación, provenientes del total de profesionales capacitados, pertenecientes a centros de salud familiar de dos comunas urbanas.

Para el análisis de los reportes individuales, se consideraron los objetivos de la capacitación referidos al vínculo que establece el / la profesional durante la visita domiciliaria con las personas y familias. Se creó una herramienta estándar (matriz de análisis) de modo de capturar los datos cualitativos. Cada reporte examinado, tuvo entre los ejes del análisis, el componente vincular del Modelo ViDA y la percepción de las y los profesionales acerca de cambios en las intervenciones en el hogar derivados de la capacitación. Los datos recopilados a través de las entrevistas (telefónicas y en profundidad) fueron organizados por temas y analizados usando el análisis de contenido.

Aspectos éticos

Este estudio cuenta con la revisión del Comité de ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID Protocolo: 161219005).

Resultados

Los datos cualitativos provenientes de las entrevistas a los profesionales que implementaron el modelo ViDA y los directores de los centros de salud familiar, permitieron conocer su percepción acerca del componente relacional del modelo. Las y los profesionales diferenciaron las visitas basadas en la metodología del modelo ViDA respecto de las visitas que han realizado tradicionalmente en el centro de salud, en el marco del Subsistema Chile Crece Contigo, relevando que el énfasis en la vinculación favorece que las usuarias de este Subsistema se dispongan más favorablemente al cambio. En contraposición, el modelo tradicional de visitas que implica - según la percepción de las y los profesionales de la salud - un vínculo más superficial debido al escaso número de visitas y al cambio frecuente de las y los profesionales visitantes. A su juicio, esto lleva a que el foco se centre más en el cumplimiento de metas (realizar la visita domiciliaria) y no en el abordaje de los temas de interés para las familias.

Las y los profesionales de los centros de salud familiar declaran que el componente vincular del modelo ViDA otorga la posibilidad de construir un vínculo profesional – gestante, madre, cuidadora – de mejor calidad, con mayor horizontalidad y que facilita el

empoderamiento de las mujeres. En contraposición, la visita tradicional mantiene la verticalidad de la relación desde el que sabe al que 'no sabe'.

[...] es como más una cercanía, es como dar herramientas, pero sin solucionar el problema a la gente, si no que ellos mismos vayan canalizando la información y buscando entre ellos mismos su ayuda (ARIII, 3).

[...] es como un apoyo a la familia. Sin tener que ser tan asistencialistas. Porque a lo mejor en un momento la gente está como más acostumbrada a lo asistencial, de resolver las cosas más pronta, tienen algún problema y llegan acá y pretenden la solución al tiro. En cambio, con el programa, de alguna forma, vamos avanzado, pero tratando de darles herramientas que ellos tienen y no saben que las tienen ahí mismo [...] es como empoderar a la gente para que ellos también puedan hacer las cosas (ARIII, 4).

Asimismo, el modelo ViDA, en opinión de las y los profesionales promueve un vínculo con las gestantes, madres y cuidadoras de mayor confianza y compromiso, lo que facilita el logro de objetivos de la intervención social, a diferencia del modelo tradicional, que genera una relación más formal y superficial. “[...] a la gente le gusta también que uno esté ahí, como apoyando, como [...] no solucionándoles, pero sí que esté ahí. Que ellos sepan que uno puede contar con alguien que los recibe de buena forma” (ARIII, 3).

A juicio de los entrevistados la cantidad y regularidad de las visitas en el tiempo crea un vínculo que favorece la adherencia a la visita y al centro de salud.

[...] En cuanto a la cantidad de 8 visitas, yo encuentro que no, que no es malo. Porque, por ejemplo, una gestante que inicia el ingreso a las 7 semanas, 8 semanas, con que le hiciéramos una por mes, yo creo que eso es bueno, porque uno va siguiendo el proceso de la madre y también lo va guiando. Que no se nos arranque del control prenatal, que no falte al control con la nutricionista, o sea, se puede tener continuidad (ARIII, 6).

Desde la perspectiva de los directores de centros de salud familiar, también es importante generar a través del modelo ViDA una vinculación. En su opinión, la focalización en el vínculo y en el acompañamiento como potenciador del cambio, produce una modificación positiva en la actitud de usuarias/os de los centros de salud hacia la visita domiciliaria.

[...] yo creo que es muy buen objetivo generar un vínculo, porque si finalmente generamos un vínculo podemos buscar cambiar algo [...] y si no hay vínculo, ellos lo van a seguir tomando como una formalidad nomás: ‘me vinieron a ver y ya’ [...] o sea, tiene que haber un vínculo entre el profesional que va y la persona visitada [...] Tiene que lograr un vínculo...si no logra un vínculo, yo creo que no hay cambio (DRI, 11).

[...] ¿Por qué me vienen a ver tanto?, ¿tengo algún problema?, ¿me pasa algo? Esa estigmatización de la visita domiciliaria, ehh [...] creo que fue lo [...] lo que se perdió. (DBII, 3).

Las y los profesionales también señalan que el modelo de visita ViDA promueve un enfoque preventivo.

[...] que vean el centro, en el fondo, como un lugar para poder desarrollar distintas estrategias preventivas, finalmente. Que no, no vean solamente como el acompañamiento de que ‘estoy embarazada’, sino que lo relacionen con que es un lugar en que yo puedo ir a tomarme los exámenes que sea, puedo consultar si tengo algún problema, si tengo alguna duda (DBII, 4).

La información proveniente de la evidencia documental (reportes individuales), permitió describir la percepción de las y los profesionales acerca de cambios en la intervención en el domicilio vinculados a la formación recibida (Tabla 1).

Tabla 1. Cambios percibidos por las y los profesionales después del proceso de formación.

Sin capacitación	Con capacitación
1. Cuentan con habilidades de vinculación	Profundizan y desarrollan las habilidades de vinculación tales como el diálogo, la reflexión, la confianza y la comprensión.
2. Sólo se vinculan con la gestante	Se vinculan con la gestante y los otros miembros familiares.
3. Perciben como inquietud adecuarse a la persona y su familia en la sociedad actual.	Se vinculan mediante el reconocimiento de individualidades de la familia y permanecen atentos a prejuicios
4. Los objetivos de la visita no se condicen con la modificación conductual	La gestante o cuidador/a percibe la ayuda y esto facilita la obtención de resultados en la intervención y su disposición al cambio.
5. Foco en el vínculo entre el agente visitador y la gestante.	Transferencia del vínculo positivo entre el supervisor, los agentes visitadores, la persona visitada y la familia de ésta.

Elaboración: Dominique Jana - Mayra Martínez, equipo FONDEF - CONICYT 'Proyecto ViDA: modelo de visita domiciliaria avanzada, apoyado por tecnología, para el fortalecimiento de intervenciones biopsicosociales con gestantes y cuidadores primarios de niños y niñas de 0 a 6 años, que se atienden en el sistema de Atención Primaria en Salud. DNI16110278.

Con respecto al componente relacional, luego de la capacitación, las y los profesionales perciben un fortalecimiento de sus habilidades de vinculación, logrando mayor cercanía, horizontalidad y empatía.

[...] reflejé la empatía suficiente para que la madre se sintiera acogida y comprendida y entendí que por ese momento mis capacidades técnicas no eran lo que esa familia necesitaba. Necesitaba que fuera humana y no la kinesióloga que estaba realizando una visita de evaluación (RD, Rep 1).

Según el punto de vista de las y los profesionales, el enfoque en el vínculo ayuda a mejorar la calidad de la relación con las personas y familias, experimentando mayor confianza, cercanía y horizontalidad (RD, RK, Rep 2). En su opinión, esto permite que exista mayor receptividad, se perfeccione la calidad de la información obtenida y, por ende, se realice una mejor intervención (BI, BH y BE, Rep 2). Se logra establecer una relación en que la gestante percibe positivamente la intervención del profesional y la consecución de objetivos se condiga con la modificación conductual (BI, Rep 1).

También los y las profesionales perciben un fortalecimiento de las habilidades profesionales para establecer el vínculo, ya no solo con la persona, sino también con su familia. Declaran que antes de la capacitación, durante sus visitas, se vinculaban casi exclusivamente con el cuidador/a y el niño/a, sin incluir a otros adultos o niños presentes. Después de la capacitación, incluyen y se vinculan con otros-miembros de la familia.

[...] entro de los elementos valorables de este modelo, por sobretodo el resto, a mi parecer, se encuentra la formación del vínculo no sólo con el niño, sino que con toda su familia. En general, solemos enfocarnos principalmente en el niño y el cuidador principal, restando importancia a quienes conforman la familia (RD, Rep 4).

[...] en esta recreación de visita domiciliaria, se pueden identificar varios aspectos desde el enfoque vincular, por ejemplo, la co-construcción de un proceso terapéutico, que el paciente se haga y sienta que es parte de su propio proceso de intervención, el énfasis en un marco de confianza y compromiso mutuo para alcanzar los objetivos propuestos entre las partes, la realización de una relación basada en el tiempo, implicación de trabajo en equipo y en red (RJ, Rep 2.).

Las y los profesionales también perciben desafíos que no se resuelven con la capacitación, referidos a la mejora de la planificación y los objetivos de la visita domiciliaria, así como en el registro. La claridad de los objetivos y la planificación son fortalezas apreciadas por solo algunos agentes visitadores (BI, BE y BF, Rep 1), pero que también son desafíos e inquietudes para otros (BG, RM y RQ, Rep 1). La cantidad de las visitas por familia (en promedio 8), se menciona como inquietud (BD, BC y BI, Rep 1).

[...] cómo conciliar en la práctica, la cantidad de visitas domiciliarias exigidas, con los casos que realmente ameritan visita domiciliaria y que a veces no están incluidos en los grupos prioritarios, o bien, cuando una parte importante de la población puede no interesarle la visita domiciliaria (BI, Rep 1).

[...] me gustaría que no se delimite el número de visitas, dado que hay familias resistentes, pese a la vinculación que la profesional pueda generar (BC, Rep 1).

Discusión

Los resultados del estudio dan cuenta de que las y los profesionales que fueron formados en el modelo ViDA y los directores de los centros de salud, muestran una alta valoración del modelo, destacando los beneficios del componente referido al vínculo. Desde su perspectiva, el modelo ViDA mejora la disposición al cambio por parte de las familias, facilitando la comunicación y el establecimiento un vínculo más horizontal y de confianza. A su vez, el modelo promueve un mayor compromiso de parte de las personas que se atienden en el centro de salud, favoreciendo la adhesión a las visitas y al centro de salud, lo que facilita un trabajo preventivo con la población. Asimismo, comparan el modelo ViDA respecto del modelo tradicional de visita domiciliaria. Según su percepción, el modelo tradicional usado en su intervención, tiende a generar de parte de las usuarias/os una actitud más defensiva. La relevancia otorgada al componente relacional por las y los profesionales, corrobora hallazgos de otras investigaciones referidos al vínculo profesional-usuarias/os de los servicios sociales, cuidadoras/es de niñas y niños, donde la vinculación también aparece como uno de los aspectos fundamentales de la calidad de las visitas domiciliarias y del logro de resultados positivos en el contexto de la primera infancia (Korfmacher et al., 2007; Damashek et al., 2020; Laurenzi et al., 2020). Los profesionales perciben que el refuerzo de sus habilidades de vinculación a través de la formación recibida, mejora la disposición al cambio en cuidadoras y cuidadores, logrando incluso cambios más profundos. Su percepción es coincidente con la evidencia que da cuenta de que el vínculo establecido entre la familia y visitadores es uno de los principales agentes de cambio en la participación de las familias en la crianza de niñas/os (Nygren, Green, Winters, & Rockhill, 2018). Sin embargo, siguiendo a Haramoto y Verdugo (2016), esta percepción de mejora en los cambios obtenidos, devela una percepción en la que sólo se requieren de ciertas condiciones para mejorar la calidad de vida infantil: contenidos educativos e información, empoderamiento para terminar estudios y estabilidad emocional, obviando que “[...] desgraciadamente, muchas veces la falta de bienestar, salud y educación que viven los infantes es una decisión activa del cuidador que es provocada por la falta de sentido y no por la falta de condiciones o información” (Haramoto & Verdugo, 2016, p. 4). Siguiendo esta línea, cabe señalar que, si bien el vínculo es relevante para la intervención social que realizan los y las profesionales, requiere estar acompañado de otros elementos claves, como por ejemplo claridad en los objetivos y la planificación, aspectos que para algunos de los profesionales que participaron en este estudio se mantienen como desafíos. Estos resultados orientan las intervenciones con familias en el domicilio realizadas en el ámbito

de la crianza por profesionales de la psicología, trabajo social, enfermería, medicina y ciencias de la salud. En efecto, ellos refuerzan la necesidad de considerar a las personas con las que se interviene en su singularidad histórica y existencial, de modo de lograr una comprensión profunda de los sujetos. Tomar conciencia de la singularidad, significa reconocer que “[...] cada sujeto es único e irrepetible y que, por lo tanto, cada intervención clínica lo es también [...] no es posible planificar intervenciones clínicas ‘en serie’ ” (Ituarte, 2017, p. 33, grifo do autor). Asimismo, estos resultados relevan la necesidad de que las y los profesionales consideren que la intervención social nunca es efecto de una causa o directo resultado del exterior, no basta una buena planificación, los resultados dependen siempre del sistema objeto de intervención (Mascareño, 2011), es decir, de que las familias encuentren sentido a la propuesta de intervención, que observen en ella una posibilidad cierta para mejorar sus condiciones de vida y de que esta no se convierta en una prescripción o mecanismo de control, sino en una proposición que pueden aceptar o rechazar.

Tanto las y los directores de los centros de salud como las y los profesionales visitantes, observan que el fortalecimiento de sus habilidades profesionales favorece la adhesión y un mayor compromiso por parte de las y los cuidadores, a las visitas domiciliarias y a los centros de salud. Cabe mencionar la existencia de estudios que vinculan la adherencia a los programas de visitas domiciliarias basados en la comunidad a otros factores. En efecto, el estudio de Chiang et al. (2018, p. 114), constata que “[...] los cuidadores que contaban con un mejor apoyo social tenían más probabilidades de permanecer hasta el final del programa”. Estos autores destacan que es necesario profundizar en el análisis de los elementos que influyen en la adherencia, pues solo cuando se conozcan

[...] qué factores están asociados con qué nivel de participación y cómo eso impacta en los resultados, seremos capaces de coincidir en las estrategias para hacer participar a varios subgrupos de familias por un tiempo suficiente para que se beneficien (Chiang et al., 2018, p. 125).

En este sentido, si bien en esta investigación el fortalecimiento de las habilidades de vinculación de los profesionales emerge como un aspecto que favorece la adhesión de las familias a las intervenciones domiciliarias, así como su asistencia a los centros de salud, se mantiene como desafío para los equipos profesionales continuar profundizando en el análisis de otros elementos que, además de la calidad del vínculo, podrían influir también en estos resultados.

Llama la atención que sea un número menor de profesionales quienes perciben que, la mejora en la relación facilita el empoderamiento de las mujeres, en un sentido de darles de herramientas para que solucionen las situaciones que deben enfrentar. Esta idea de empoderamiento planteada por las y los profesionales es coherente con políticas públicas enmarcadas en un Estado neoliberal, como es el caso de Chile donde esta noción queda reducida a “[...] una capacidad de acción individual que reposa sobre una capacidad de hacer elecciones racionales, útiles, efectivas e intencionales” (Bacqué & Biewener, 2025, p. 143). Se dejaría de lado en la intervención social, “[...] la construcción de una conciencia crítica sobre las condiciones estructurales de la dominación [...] facilitar una toma de conciencia que permita desarrollar subjetividades de resistencia y subjetividades radicales” (Bacqué & Biewener, 2025, p. 143). En términos de Matus (2018), una política social neoliberal pensada para simplemente compensar los mecanismos de pobreza y desigualdad a través de transferencias, no se diseñará ni implementará para generar competencias o habilidades que lleven a las personas a contar con un conjunto de

herramientas que las vuelvan más autónomas. La intervención social, no requiere solo de la aceptación del otro, sino de un acuerdo en común (Matus, 2018). Fortalecer las habilidades de vinculación de los profesionales puede paradójicamente reforzar un ejercicio asimétrico de poder y de posible manipulación de las personas y familias con las que se interviene. Por tanto, el proceso de vinculación interpela éticamente a las y los profesionales de la salud acerca del uso del poder a través del vínculo. En términos de Taylor (2020), es posible afirmar que las y los profesionales requieren de una práctica reflexiva crítica, que se haga cargo de cómo opera la micropolítica del poder a través del vínculo que establecen con las y los usuarias/os de los programas y los servicios sociales.

Consideraciones finales

El principal aporte de este estudio, considerando su objetivo de describir las percepciones de profesionales de la salud acerca del componente vincular del modelo ViDA, es dar cuenta de la necesidad de innovar en la forma tradicional en que se realizan las visitas domiciliarias y de la relevancia que el vínculo tiene para la intervención social. Este estudio pone de manifiesto la valoración de las y los profesionales de la salud de contar con una educación permanente en temas claves para el trabajo que realizan y de su necesidad de reflexionar de manera crítica sobre su actuar profesional. En este sentido, el componente vincular del modelo, podría servir como procedimiento de inducción de profesionales jóvenes, facilitador de la interdisciplinariedad. Asimismo, este estudio deja ver la importancia de que las universidades fortalezcan la formación en el trabajo vincular, como uno de los ejes fundamentales en las intervenciones sociales. De esta manera se postula que se puede mejorar la calidad de la oferta de intervención de las políticas públicas dirigidas a sectores de pobreza y exclusión social.

Referencias

- Aracena, M., Krause, M., Pérez, C., Bedregal, P., Undurraga, C. & Álamo, N. (2013). Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. *Atención Primaria*, 45(3), 157-164.
- Bachmann, L., Gaberel, P. E., & Modak, M. (2016). *Parentalité: perspectives critiques*. Lausanne, CH: Editions EESP.
- Bacqué, M. E., & Biewenwer, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice?*. Paris, FR: La Découverte.
- Cerfogli, C. (2019). *Protocolo visita domiciliaria avanzada – ViDA* (Proyecto FONDEF N°ID16 I 10278. Documento de trabajo N°1), Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Chiang, C., Jonson-Reid, M., Kim, H., Drake, B., Pons, L., Kohl, P., ... Auslander, W. (2018). Service engagement and retention: lessons from the early childhood connections program. *Children and Youth Services Review*, 88(1): 114-127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.028>
- Chile. Ministerio de Salud (2009). *Orientaciones técnicas visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp->

content/uploads/2015/11/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf

- Chile. Ministerio de Desarrollo Social. (2018). *10 Years of Chile grows with you (Chile crece contigo). Key components and lessons learned for the setting up of comprehensive child development support system* (World bank documents). Recuperado de <http://documents1.worldbank.org/curated/en/992351537159031673/pdf/129940-WP-PUBLIC-Chile-Crece-Contigo-10-a%C3%B1os-FINAL-July-2018.pdf>
- Clarke, D., Cortés, G., & Vergara, D. (2019). *Creciendo juntos: evaluando la equidad y eficiencia de Chile crece contigo*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/04/Estudio-equidad-y-eficiencia-ChCC.pdf>
- Damashek, A., Kothari, C., Berman, A., Chahin, S., Lutzker, J., Guastaferro, K., ... Self-Brown, S. (2020). Engagement in home visiting services during the transition from pregnancy to postpartum: a prospective mixed methods pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 11-28. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01641-z>
- Duffee, J., Mendelsohn, A., Kuo, A., Legano, L., & Earls, M. (2017). Early childhood home visiting. *Pediatrics*, 140(3), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2150>
- Duggan, A., Caldera, D., Rodríguez, K., Burrell, L., Rohde, C. & Crowne, S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 801-827. DOI:10.1016/j.chiabu.2006.06.011
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el Siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, AR: Siglo Veintiuno Editores.
- García-Huidobro, D., Vergés, A., Basualto, P., Calvo, C., Boetto, C., Soto, M., ... Aracena, M. (2021). Mixed-methods evaluation of the initial implementation of advanced home visits in Chile. *Health Promotion Practice*, 20(10), 1-11. DOI: 10.1177/1524839920982674
- González, L. (2018). *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* (Tesis Magíster en Psicología de la Salud). Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22173>
- Haramoto, K., & Verdugo, P. (2016). Análisis crítico de la teoría de cambio en intervenciones de visitas domiciliarias en el programa Chile Crece Contigo. *Revista Trabajo Social*, 89(1), 3-14. DOI: <https://doi.org/10.7764/rts.89.3-14>
- Ituarte, A. (2017). Actualidad y pertinencia del trabajo social clínico. In A. Ituarte (Coord.), *Prácticas del trabajo social clínico* (p. 19-44). Valencia, ES: Nau libres.
- Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg K. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Ment Health Journal*, 28(1), 459-480. DOI: <https://doi.org/10.1002/imhj.20148>
- Korfmacher, J., Frese, M., & Gowani, S. (2019) Examining program quality in early childhood home visiting: from infrastructure to relationships. *Infant Mental Health Journal*, 40(3), 380-394. DOI: <https://doi.org/10.1002/imhj.21773>

- Lamaute-Brisson, N. (2013). Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas. In C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas* (Cuadernos de la CEPAL, 101, p. 69-125). Santiago, CH: Impreso en Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27874/S2012875_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Laurenzi, C., Gordon, S., Skeen, S., Coetzee, B., Bishop, J., Chademana, E., & Tomlinson, M. (2020). The home visit communication skills inventory: Piloting a tool to measure community health worker fidelity to training in rural South Africa. *Research in Nurse & Health*, 43(1), 122-133. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.22000>
- Leer, J., López Bóo, F., Pérez Expósito, A., & Powell, C. (2016). *A snapshot on the quality of seven home visit parenting programs in Latin America and the Caribbean* (Technical note IDB-TN-1083). Recuperado de https://publications.iadb.org/publications/english/document/A_Snapshot_on_the_Quality_of_Seven_Home_Visit_Parenting_Programs_in_Latin_America_and_the_Caribbean.pdf
- McNaughton, D. (2004). Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. *Public Health Nursing*, 21(3), 207-219. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.021303.x>
- Mascareño, A. (2011). Sociología de la intervención: orientación sistémica contextual. *Revista Mad*, 1(25), 1-33.
- Matus, T. (2018). *Punto de fuga* (Tomo 1). Buenos Aires, AR: Espacio.
- Nygren, P., Green, B., Winters, K., & Rockhill, A. (2018). What's happening during home visits? Exploring the relationship of home visiting content and dosage to parenting outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 52-61.
- Olds, D., & Korfmacher, J. (1997). The evolution of a program of research on prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 1-7. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199701\)25:1<1::AID-JCOP1>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199701)25:1<1::AID-JCOP1>3.0.CO;2-2)
- Saavedra, C. (2015). *¿Qué es el Chile crece contigo?*. Santiago, CH: Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>
- Sama-Miller, E., Akers, L. Mraz-Esposito, A., Coughlin, R. & Zukiewicz, M. (2019). *Home visiting evidence of effectiveness review: executive summary September 2019* (OPRE Report #2019-93). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Service.
- Taylor, C. (2020). La intervención reflexiva y crítica. In M. Gray, & S. Webb (Eds.), *Nuevas agendas políticas para el trabajo social* (p. 117-139). Santiago, CH: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Recebido em 01/05/2021

Aceito em 09/07/2021