

VISITA DOMICILIARIA EN TRABAJO SOCIAL: UN APORTE PARA SU APLICACIÓN.

Recibido: 2 de noviembre 2016

Aceptado: 11 de noviembre 2016

Paula Alejandra Chamorro Montes¹

Trabajadora Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, Investigadora del estudio “La Visita domiciliaria desde el Trabajo Social en Salud” enmarcada en el Concurso de Investigación de Pregrado realizado por la Vicerrectoría de Investigación UC (VRI) Verano 2016, pachmorro@uc.cl.

Resumen: En el presente artículo se exponen aspectos relevantes sobre el uso actual de la visita domiciliaria en Trabajo Social, los cuales fueron identificados en una investigación que tuvo por objeto analizar el proceso de aplicación de la visita domiciliaria en profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en Centros de Salud Familiar Áncora UC. Para ello, el método de estudio contempló la aplicación de dos técnicas de recolección de información: entrevistas semi-estructuradas a cuatro trabajadoras sociales y observaciones no participantes de visitas domiciliarias de éstas mismas. El propósito de este documento es dar a conocer los resultados de dicho trabajo investigativo, el cual permitió generar una propuesta de estructura de la visita domiciliaria y la identificación de las principales dificultades de la misma, pudiendo

aportar con una visión práctica y detallada de cómo se lleva a cabo esta estrategia.

Palabras claves: Visita domiciliaria, Etapas, Dificultades, Trabajo social en salud.

Abstrac: In this article are exposed relevant aspects of the current use of home visits, which were identified in an investigation that aimed to analyze the process of implementation of home visits in social work professionals who work in Family Health Centers Ancora UC. For this, study method contemplates the application of two techniques of data collection: semi-structured interviews to four social workers and non-participating observations of these home visits them. The purpose of this document is publish the results of this research work, which allowed generating a proposed structure of the home visit and identification of the main difficulties, bringing with it a practical and detailed view of how It is carried out this strategy.

Key Words: Home visit, Phases, Difficulties, Social work in health.

1. Introducción

El estudio desarrollado surge en el marco de una Investigación de Pregrado² realizada a comienzos del año 2016 en la línea de investigación de visita domiciliaria en Trabajo Social, la cual buscaba aportar datos empíricos acerca

¹ La autora agradece la disposición y participación de las cuatro trabajadoras sociales que hicieron posible llevar a cabo este estudio. Así también el apoyo de la profesora e investigadora Alicia Razeto Pavez.

² Concurso de Investigación de Pregrado Verano 2016, realizado por la Vicerrectoría de Investigación UC (VRI), titulado “Visita domiciliaria desde el Trabajo Social en Salud”, enmarcado en el Fondecyt Iniciación 11140679, investigadora responsable Alicia Razeto Pavez, académica de la Escuela de Trabajo Social, de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

de una estrategia que ha sido comprendida como acto profesional genuino e histórico desde la profesión de Trabajo Social (González, 2010; González 2013; Razeto 2016; Tonon, 2005), pero de la cual se ha observado una disminución en su utilización y/o en el desarrollo de estudios sobre ésta, siendo escasa la bibliografía sobre el tema. (Campanini & Luppi, 1996; Chamorro & Razeto, 2016; Razeto, 2016; Tonon, 2005).

Si bien se ha constatado en la literatura que son numerosos los estudios acerca de los efectos y/o beneficios que trae consigo la visita domiciliaria, reconociendo con ello su potencial y relevancia para grupos vulnerables, estos estudios se han desarrollado primordialmente desde el campo de la salud y/o psicología y en menor medida desde el área de Trabajo Social (Razeto, 2014; Razeto, 2016). Aquello, a pesar de la tradicional inserción de la profesión en el sector salud, desde el tiempo de la visitación (González, 2009); del reconocimiento de la estrategia de visita domiciliaria como una actividad a realizar por las asistentes sociales en salud (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 1993); y de la actual participación de la profesión en programas estatales (Chile Crece Contigo, 2009).

Es entonces que este estudio, en concordancia con algunos autores³, se propone aportar al perfeccionamiento, re-significación y re-valorización de la visita domiciliaria como estrategia de actuación profesional.

Por consiguiente, el propósito de la investigación buscó analizar el proceso

³ González, 2013; Tonon, 2005;

de aplicación de la visita domiciliaria, como estrategia de intervención social en profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en Centros de Salud Familiar Áncora UC, desarrollando en este documento dos de sus objetivos específicos más relevantes: describir la forma en que se lleva a cabo la visita domiciliaria y reconocer las dificultades reportadas por las profesionales, de manera de poder conocer ¿cómo aplican la estrategia de visita domiciliaria los profesionales de Trabajo Social?

A continuación, el artículo detalla algunos antecedentes sobre visita domiciliaria y Trabajo Social en salud, seguido por la metodología utilizada en el estudio, finalizando con la presentación de los hallazgos y sus conclusiones.

2. Antecedentes: La visita domiciliaria desde el Trabajo Social en salud

La visita domiciliaria ha sido reconocida como una actividad a realizar por las asistentes sociales en salud, siendo comprendida ésta como:

La atención integral proporcionada en el hogar del individuo o familia con el objeto de conocer la realidad socio-económica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 1993, p.25).

Formando parte esta estrategia, de un nuevo estilo de trabajo desde la profesión, más participativo y en equipo

interdisciplinario, que considera el enfoque familiar y comunitario para la prevención y promoción de la salud (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 1993).

Según la Comisión Nacional de Trabajo Social en Salud, algunas de las acciones necesarias para su realización son: en primer lugar, una "Preparación" que consta de la revisión de antecedentes y definición de objetivos respecto de las familias, en segundo lugar, acciones particulares a desarrollar "Durante la visita", tales como i) Observación y recolección de antecedentes en el domicilio, ii) Diagnóstico de la situación familiar (identificación de los factores de riesgo y priorización de problemas), iii) Tratamiento social y derivación a redes de apoyo si procede y iv) Seguimiento y evaluación (1993). Se establece además, una duración de la ejecución de la visita de 60 minutos al interior del domicilio y registro en ficha clínica y/o ficha social (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 1993).

Actualmente, esta estrategia es reconocida como Visita domiciliaria Integral (VDI) y es considerada una prestación diferenciada de salud o estrategia de entrega de servicios de salud que se realiza en el domicilio, basada en la construcción de una relación de ayuda (Chile Crece Contigo, 2009).

La VDI ha sido utilizada como táctica principal en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial⁴, como

⁴ Programa ejecutado por el Ministerio de Salud de Chile por medio de los servicios de salud públicos, éste se propone el fortalecimiento del desarrollo prenatal, atención personalizada al proceso de nacimiento, mayor cobertura a necesidades

herramienta de soporte, control, vigilancia y promoción de la salud de los niños y niñas (Chile Crece Contigo, 2014). La VDI es desarrollada por profesionales de Trabajo Social, pero no como estrategia particular de la profesión, sino como un campo de acción para cualquier profesional del equipo de salud, enfermera, matrona, médico, psicólogo, entre otros, considerando como recurso humano necesario para su realización una dupla, un profesional de la salud y un técnico paramédico (Chile Crece Contigo, 2009; Melis, 2013).

Dentro de los principales lineamientos de la VDI encontramos las siguientes cuatro etapas:

- i) Programación: Referida al proceso en que el centro de salud debe diagnosticar y evaluar los recursos disponibles para su óptima aplicación, estimando la demanda posible de visitas. En esta etapa los centros deben seleccionar a las familias a visitar y el número de visitas a realizar (Chile Crece Contigo, 2009).
- ii) Planificación: Comienza a partir del primer contacto telefónico con la familia, para obtener el consentimiento informado de manera verbal de la visita, estableciendo fecha y hora de su realización, ubicación del domicilio, formas de traslado y organización de los recursos que se utilizarán para

de niños y niñas de 0 a 4 años y entrega de prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños.

- efectuarla (Chile, Crece Contigo, 2009).
- iii) Ejecución: Es la realización de la VDI según lo acordado, la cual se divide en “fase inicial”, entendida como saludo social y primer intercambio desde la llegada al hogar, luego le sigue la “fase de desarrollo”, en donde se debe llevar a cabo una exploración o evaluación de la situación familiar del niño o niña y llevando a cabo las acciones planeadas según objetivos propuestos. Por último, “fase de cierre”, en donde se comienza a dar finalización a la visita, resumiendo los temas tratados y temas pendientes para el próximo encuentro (Chile, Crece Contigo, 2009).
- iv) Evaluación: Última etapa en donde se analiza la apreciación de la dupla que realizó la visita, evaluando el cumplimiento de los objetivos para planificar los próximos (Chile, Crece Contigo, 2009).

Como características de la VDI resaltan: una duración total de 90 minutos, contemplando 60 minutos como mínimo en el hogar; el uso de materiales variados según sea el objetivo de la visita, tales como manuales o guías; un registro de lo observado en “hoja de registro” que debe ser incluida en ficha familiar y en registro REM (Resumen Estadístico Mensual); una interconexión con otras atenciones universales de salud; y una atención integral, que se enfoca en el desarrollo integral del niño o niña y ambiente relacional. Sin dejar de lado las

consideraciones éticas, siendo la primera, contar con el acuerdo explícito de las familias para acudir al hogar y con la firma de un consentimiento informado (Chile, Crece Contigo, 2009).

3. Método de estudio

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó un enfoque metodológico cualitativo que permitió reconocer las percepciones y el quehacer profesional de cuatro trabajadoras sociales, acerca de cómo se está llevando a cabo la práctica de la visita domiciliaria en la actualidad. De modo que la unidad de análisis la constituyen las trabajadoras sociales que aplican esta estrategia, siendo la forma de selección de esta muestra, no probabilística e intencionada, ya que supone un procedimiento orientado por las características de la investigación (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2014). Para su realización, el estudio contempló la aplicación de 2 técnicas de recolección de información: i) Entrevistas semi-estructuradas realizadas a 4 Trabajadoras sociales que se desempeñan en 3 Centros de Salud Familiar Áncora UC⁵, ubicados en las comunas de La Pintana y Puente Alto, ii) Observaciones no participantes con estas

⁵ La red de Centros de Salud Familiar Áncora fue un proyecto desarrollado por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2004, con el propósito de contribuir a mejorar la atención de salud a personas vulnerables. Esta propuesta buscó recoger la experiencia de salud primaria chilena introduciendo innovaciones significativas tales como, un modelo mixto público-privado para el financiamiento y la prestación de servicios, basado en un enfoque familiar, con gestión informatizada, efectividad clínica, entre otros. (<http://redsalud.uc.cl/ucchristus/centros-de-salud-familiar/>)

mismas 4 trabajadoras sociales, a quienes se les acompañó en la realización de 4 visitas domiciliarias, una con cada profesional. (Ver Anexo 1).

Respecto al análisis de datos cualitativos, luego de transcritas las entrevistas y observaciones, éste se realizó a través del software Nvivo 11, que codifica unidades de contenido en base al esquema diseñado por el propio investigador (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2014). Además, el estudio fue guiado por la Teoría Fundamentada, la cual permite que el investigador produzca una explicación general o teoría respecto a un fenómeno que se aplica a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2014).

4. Resultados: La visita domiciliaria en Centros de Salud Familiar Ancora UC

A modo de contextualización, las entrevistadas resaltan algunas particularidades importantes de la institución. En primer lugar, el uso de un “*Enfoque Familiar-Comunitario*” como marco general que guía las intervenciones y les permite considerar no solamente a todo el grupo familiar, sino también el lugar y contexto en el que se sitúan, observando sus necesidades de manera biopsicosocial. Un segundo elemento se refiere al trabajo en “*Equipos integrales de salud*”, en donde los profesionales laboran de manera interdisciplinaria, coordinada y en conjunto, lo que permea la

forma de llevar a cabo las visitas domiciliarias.

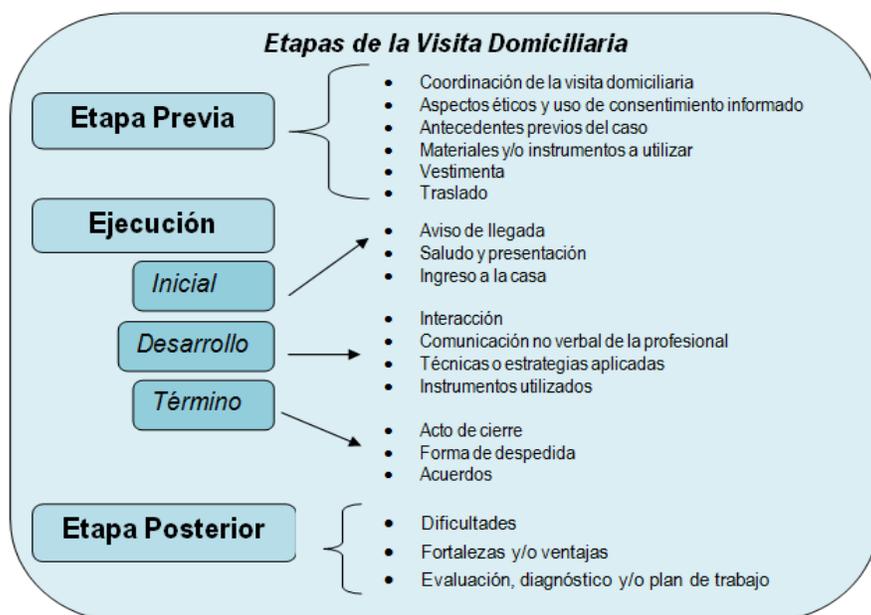
4.1 Estructura de aplicación de la visita domiciliaria

Si bien en la literatura antes revisada se distinguen 2 o 4 grandes etapas en las cuales se organiza la visita domiciliaria, se reconoce en las observaciones realizadas que son 3 los momentos centrales en los que se podría estructurar ésta: en primer lugar, una “**Etapla previa a la aplicación**” semejante a la instancia de planificación o preparación, en segundo lugar la “**Etapla de ejecución**”, momento que considera toda la estancia del profesional en el domicilio y que se divide en tres fases: *Inicial*, *Desarrollo* y *Término*, y por último, la “**Etapla posterior a su realización**” o de evaluación.

A continuación, se detallan cada una de éstas (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1: Etapas de la Visita domiciliaria

Elaboración Propia (Microsoft Office)



4.1.1 Etapa previa a la aplicación

Esta instancia considera las acciones realizadas por las profesionales antes de la ejecución de la visita propiamente tal, momento en que es posible reconocer las siguientes variables: cómo se lleva a cabo la coordinación de la visita con el/la paciente⁶ y/o familia, el aviso de consentimiento informado, revisión de los antecedentes del caso y de los materiales que se requieren para su desarrollo, identificar cómo se maneja el traslado al domicilio y la vestimenta que utilizan.

- Coordinación de la visita domiciliaria: Ésta se dio para los 4 casos de dos formas: en primer lugar, la visita puede ser agendada por la misma trabajadora social por medio de llamadas telefónicas o encuentro con la paciente en el centro de salud familiar (CESFAM). O en segundo lugar, puede ser agendada por otro profesional de la institución, el cual considera necesaria la visita de la trabajadora social al hogar.
- Aspectos éticos y uso de consentimiento informado: Se observó que la visita domiciliaria fue avisada por la trabajadora social en 3 de las visitas realizadas, mientras que en 1 caso no se tiene seguridad de si fue avisada o no, dado que fue agendada por otro profesional. A pesar de ello, tan solo una profesional preguntó por el consentimiento para el acompañamiento de la investigadora al domicilio.

⁶ Las profesionales utilizaban el término “paciente”, comúnmente utilizado en las ciencias de la salud, para referir a los sujetos de intervención.

- Antecedentes previos: En esta etapa las profesionales revisan el caso a visitar, siendo los antecedentes más frecuentes; el nombre de el/la paciente, edad, con quién vive y problemáticas principales del caso tales como: “embarazada en riesgos por violencia de pareja”, “embarazada con dificultades en el trabajo, con la pareja y con familiares”, “violencia infantil”, “violencia intrafamiliar”. Ésta información proviene de la Ficha Clínica de cada paciente en el CESFAM, llenada para los casos revisados por la matrona, enfermera o la misma trabajadora social.
- Materiales y/o instrumentos a utilizar: En relación a los insumos, las entrevistadas comentan llevar y utilizar una pauta, esquema o guía de visita domiciliaria, que justamente organiza la ejecución de ésta y sus partes, manifestando también incluir en la aplicación instrumentos tales como genograma y/o ecomapa. “Y en el Chile Crece Contigo hay una pauta que no es muy distinto a lo que uno sabe, que es como de la visita domiciliaria [...], pero que en el fondo es hacer el genograma, ver las condiciones de vivienda, ver como el tema de ingresos económico, situación educacional...” (E2). Además de lo antes señalado, las profesionales también mencionan que es posible utilizar instrumentos para evaluar y aplicar índices o escalas de medición, por ejemplo “índice de Barthel” (E3) y tan solo una entrevistada menciona algunos materiales, tales como cuaderno y lápiz para dar seguimiento a los casos que visita. Sin embargo, son estos últimos materiales mencionados los únicos que fueron utilizados por las profesionales durante las visitas

observadas. Solamente en un caso se llevaba además un mapa con la dirección del domicilio.

- Vestimenta: El atuendo utilizado para realizar las visitas fue principalmente ropa casual, tan solo una de las profesionales llevaba su uniforme gris institucional.
- Traslado: Este aspecto es reconocido como una característica y ventaja por las entrevistadas, ya que se da por medio de un móvil institucional con el que cuentan todos los profesionales que realizan visitas en estos centros. Se pudo observar que las profesionales indicaban la dirección al chofer y éste se dirigía al domicilio. En un caso, la trabajadora social fue guiando al chofer, dado que el domicilio quedaba alejado del CESFAM. Los traslados duraron entre 3 a 10 minutos.

4.1.2 Etapa de Ejecución de la visita domiciliaria

Esta etapa considera toda la estancia de el/la profesional en el domicilio y está dividida en tres momentos: *inicial*, *desarrollo* y de *término*.

Sobresalen del momento **inicial**, aspectos relacionados al saludo social y primer intercambio también considerados en la VDI:

- Aviso de llegada: Éste se daba de manera tradicional, tocando la puerta y diciendo “alo” o llamando por el nombre a el/la paciente.
- Saludo y presentación: La profesional comenta ser “la asistente social del consultorio”, acercándose a saludar de manera cercana (beso en la mejilla) a el/la paciente y familiares presentes.

- Ingreso a la casa: La trabajadora social es invitada a tomar lugar en el living o comedor para los cuatro casos en estudio.

La etapa de **desarrollo** comienza desde el momento en que el/la profesional ingresa a la casa y se acomoda en algún espacio del hogar. Es entonces que durante este proceso se tratan los principales temas que impulsaron la visita, visualizando en esta instancia las siguientes variables:

- Interacción entre la visitadora y el/la paciente y familia: En general las relaciones fueron cercanas y de cooperación, ya que durante las conversaciones se bromea alegremente, se agradece, la profesional sonríe y se alegra de mejoras o buenas noticias de la paciente y existe complicidad entre ambas partes, “*La Trabajadora social se alegra de la actual situación de la paciente con su pareja, la visitada comenta que su pareja ‘la hizo calmarse un poco y ser su cable a tierra’, luego bromea y se comienza a reír, en eso ella sigue comentando que su pareja es muy responsable [...] Ahora la profesional se muestra relajada e incluso bromea.*”(OB3). Durante las visitas, también se dieron instancias de desacuerdo en donde la interacción fue conflictiva, ya sea porque no coincidían los puntos de vista presentados, mostrándose firme la profesional en sostener su postura o porque la paciente se ve molesta de que la profesional pida conversar con algún otro familiar. “*La Trabajadora social insiste en que la forma de castigar de esa manera no es la correcta. El abuelo dice que su nieta no comunica,*



no habla mucho con ellos, la profesional trata de dar mucho énfasis en la forma de castigar, debate la forma de pensar del abuelo y me doy cuenta de que está algo molesta con su postura [abuelo] que busca justificar su actuar, algo que ella no acepta, pero todo el tiempo utiliza un tono de voz muy suave y calmado, a pesar de su malestar algo evidente” (OB2).

- Comunicación no verbal de la profesional: Un aspecto a resaltar durante esta etapa, es la comunicación kinésica de las profesionales, una de ellas es su postura, el mantenerse sentadas con el cuerpo cargado hacia adelante, como si trataran de estar más cerca de los pacientes, poder escuchar mejor o simplemente por mostrar interés. Otra forma de comunicación que sobresale, tiene relación con el tono de voz de las visitadoras, el cual fue bajo y calmado durante todas las visitas.
- Técnicas o estrategias aplicadas por las profesionales: Destacan principalmente, la observación para evaluar estado de vivienda, parafrasear, insistir en una pregunta, ayudar a recordar palabras, acercarse para escuchar mejor, interactuar con distractores y mirar a la observadora (investigadora) para resaltar momentos o situaciones importantes.
- Instrumentos usados: Estos fueron; cuadernos, lápices, genograma, ecomapa, preguntas de protocolo del programa Chile Crece Contigo y test de preguntas para evaluación de memoria.

Por último, la etapa **de término**, en donde cada profesional debe cerrar la instancia de la visita.

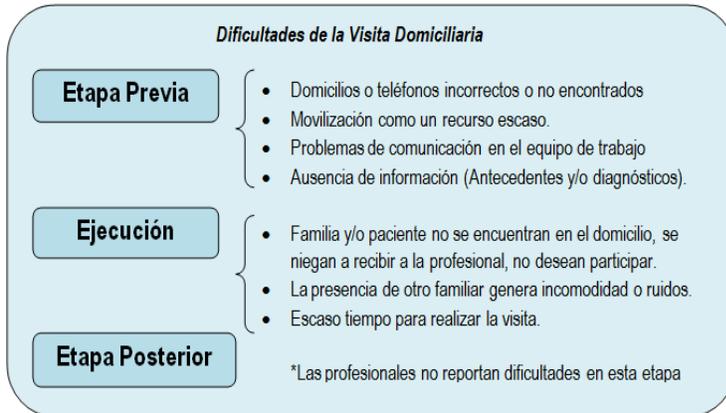
- Acto de cierre: Cada profesional utiliza un actuar distinto para dar paso a esta etapa, ya sea comenzar a agradecer por el espacio dado, presentar las tareas que quedaran pendientes para la profesional, mirar la hora, pedir permiso para llamar al chofer o simplemente comentar que debe retirarse.
- Forma de despedida: Al igual que el saludo, se da por medio de un beso en la mejilla, también abrazos en algunos casos o despedidas de palabra para algún familiar.
- Acuerdos: Se establece como compromiso en todos los casos, una tarea de la profesional de contactar a las familias por llamado telefónico para proseguir con la intervención. “La Trabajadora social le comenta que le gustaría se juntaran, la derivará, así que la llamará para ponerse de acuerdo” (OB1) “La Trabajadora social comienza a despedirse y les dice que ella los llamará para acordar una hora, en eso comienza a levantarse” (OB4).
- Duración: Entre 30 y 60 minutos desde la salida del CESFAM.

4.1.3 Etapa posterior a su realización

Por último, en esta etapa se lleva a cabo una evaluación y reflexión de la visita realizada, obteniendo de ello; dificultades y fortalezas de la estrategia, valoración del cumplimiento del objetivo propuesto y conclusiones respecto de algún diagnóstico y/o plan de trabajo a seguir.

- **Dificultades:** Según lo obtenido, éstas se presentan en 2 de los momentos principales (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2: Dificultades de la Visita domiciliaria



Elaboración Propia (Microsoft Office)

En primer lugar, las dificultades en la **coordinación práctica de la visita** en la **etapa previa** a su aplicación, en donde sobresalen problemas con los domicilios o teléfonos incorrectos o no encontrados, en la movilización dada la distancia de algunos domicilios o por lo demandado del recurso móvil. De igual modo, problemas relacionados con el equipo de trabajo de los centros de salud, en términos de coordinación con los pacientes. *“Lo que no podría ser favorable para la visita es la comunicación entre el paciente y el profesional, que a lo mejor la enfermera le dijo o no le dijo que iba a ir la asistente social a la casa...”* (E3). Asimismo, algunas de las limitaciones reportadas por las profesionales en las observaciones, refieren a la ausencia de información, ya sea de antecedentes de la familia y/o del diagnóstico médico de el/la paciente.

Un segundo aspecto limitante comentado por las entrevistadas refiere a las **familias y pacientes** que atienden y se da en la **etapa de ejecución** de la visita, ya sea que la familia o paciente no se encuentren en el domicilio o no quieran recibir a la visitadora, que no deseen participar durante la visita, que tengan problemas internos que dificulten su realización, que se sientan amenazados por la llegada de la profesional y por último, cuando el/la paciente se niega a recibir internos o practicantes del CESFAM, impidiendo su realización. *“Que la familia no te recibía o bien, que hayan miembros de la familia que quieran la visita y hayan miembros de la familia que se molesten o no quieran participar o genere un ambiente hostil, que también puede pasar”* (E4). Fue justamente este ámbito uno de los más dificultosos de trabajar en las visitas domiciliarias a las que se asistió, resaltando la presencia de otro familiar como incomodidad para conversar, habiendo ocasionado en algunos casos ruidos molestos. *“La Trabajadora Social comenta que la presencia de la madre en algún minuto fue dificultosa, ya que ella no sabía si la madre estaba al tanto o no de la visita y de lo que conversaban con la paciente...”* (OB3), También, una limitación reconocida tanto en las entrevistas como en las observaciones refiere al escaso tiempo para llevar a cabo la visita domiciliaria o *“corto tiempo para conversar”* (OB1).

- **Fortalezas y/o ventajas:** Las entrevistadas comentan que la visita

domiciliaria permite que los distintos profesionales puedan aportar durante su realización, considerando el trabajo en equipo que desarrollan. Además, faculta observar la realidad en su contexto y generar una relación cercana con las personas y familias que se visitan, ya que su asistencia al hogar refleja una preocupación por su bienestar.

- Evaluación, Diagnóstico y plan de trabajo resultante: Como diagnóstico de las visitas observadas se obtuvo lo siguiente; i) que los riesgos antes previstos están solucionados, ii) que la etapa de violencia de pareja es ahora “luna de miel”, iii) que el/la paciente es muy vulnerable, iv) que se dio o no cumplimiento al objetivo propuesto y v) que se necesita un trabajo de acompañamiento con el/la paciente.

5. Conclusiones:

La presentación de los resultados expuestos, espera ser un aporte y guía para los profesionales que utilizan o que recientemente se enfrentan a la realización de la visita domiciliaria. La proposición de una estructura de esta estrategia, busca encaminar los esfuerzos hacia el perfeccionamiento de la misma, develando las especificidades a considerar para su uso y las principales dificultades con las que es posible encontrarse. Así también, poder contribuir al estudio empírico de esta estrategia desde la mirada del Trabajo Social, destacando una organización de la visita domiciliaria en tres momentos principales: etapa previa, en la cual la coordinación con el/la paciente no contemple solo el acuerdo de visita, sino también la revisión de antecedentes, la preparación del traslado, el aviso de

consentimiento informado, entre otros. Una etapa de ejecución, en la cual resaltan las estrategias utilizadas por las profesionales y la importancia implícita de la comunicación no verbal. Y por último una etapa posterior, que considera la evaluación del proceso y reconocimiento de las dificultades que podrían mejorarse. Si bien la aplicación de esta estrategia está permeada por el contexto institucional y nacional de salud, se considera que sus hallazgos pueden ser un aporte para las distintas áreas en que se desempeñan los profesionales. Se deja como desafío a abordar, seguir aportando trabajos investigativos sobre la estrategia, que permitan construir una metodología de la visita domiciliaria desde el ámbito del Trabajo Social.

6. Referencias:

- 1) Campanini, A; Luppi, F. (1995). “Servicio social y modelo sistemático: una nueva perspectiva para la práctica cotidiana”. Barcelona Editorial Paidós, España.
- 2) Chamorro, P; Razeto, A. (2016). “Visita domiciliaria en Trabajo Social: ¿cómo la valoran y utilizan un grupo de estudiantes de la profesión?” *Revista Trabajo Social, (En prensa), 18p.*
- 3) Chile. Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud. (1993). “Orientaciones y normas técnicas para el asistente social en Salud”. División de programas de Salud Departamento de atención primaria, Unidad de participación Social, Chile.
- 4) Chile. Chile Crece Contigo. (2009). “Visita domiciliaria integral para el desarrollo bio-psicosocial del niño,



- Orientaciones técnicas”. Protege, red de protección social, Ministerio de Salud, Chile.
- 5) Chile. Chile Crece Contigo. (2014) “Catálogo de prestaciones 2014” Recuperado de: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/protocolo_padb_-2014.pdf
 - 6) González, K. (2009). “Equipos interdisciplinarios: Nuevas formas de prestar servicios de salud, nuevas oportunidades para el Trabajo Social”. *Revista de Trabajo Social*, No. 76, p. 79-92.
 - 7) González, M. (2010). “Historias del Trabajo Social en Chile 1925-2008: contribución para nuevos relatos”. *Técnicas de Educación Superior*, Santiago, Chile.
 - 8) González, V. (2013). “Cambios familiares contemporáneos: el reflejo de las relaciones familiares en el espacio doméstico y su conocimiento a través de la visita domiciliaria en el Trabajo Social”. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, N°10, p. 150-178.
 - 9) Hernandez, R; Fernandez, C; Baptista; M. (2014.) “Metodología de la investigación”. Sexta Edición. Mc Graw Hill Education, México.
 - 10) Melis, M. (2013). “Servicios de facilitación y sistematización de reuniones de expertos y revisión de estudios, para la elaboración de perfil de competencias profesionales, diseño del modelo y matriz operacional de capacitación, para personal que realiza visita domiciliaria en el sistema público de salud chileno”. Informe Final, Propuesta técnica N° 757-398-L112, Licitación Pública.
 - 11) Razeto, A. (2014). “La visita domiciliaria como estrategia de intervención social para aumentar la participación de los padres en la educación de sus hijos en escuelas básicas municipales”. (Proyecto FONDECYT 2014/11140679), Chile.
 - 12) Razeto, A. (2016). “Estrategias para promover la participación de los padres en la educación de sus hijos: el potencial de la visita domiciliaria”. *Revista de Estudios Pedagógicos*, (En prensa), 16p.
 - 13) Tonon, G. (2005). “Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social”. Espacio Editorial, Argentina.



7. Anexos:

Anexo 1: Síntesis del trabajo de campo realizado.

Técnica	Cita	Fecha de realización	Lugar	Duración	Entrevistadora/ Observadora
Entrevista Trabajadora Social 1 (TS1)	E1	29 Diciembre 2015	CESFAM UC Puente Alto	42:29 minutos	Paula Chamorro
Observación No Participante (TS1)	OB1	12 Enero 2016	Comuna Puente Alto	30:00 minutos	Paula Chamorro
Entrevista Trabajadora Social 2 (TS2)	E2	30 Diciembre 2015	CESFAM UC La Pintana	26:14 minutos	Paula Chamorro
Observación No Participante (TS2)	OB2	7 Enero 2016	Comuna La Pintana	60:00 minutos	Paula Chamorro
Entrevista Trabajadora Social 3 (TS3)	E3	5 Enero 2016	CESFAM UC Puente Alto	34:49 minutos	Paula Chamorro
Observación No Participante (TS3)	OB3	14 Enero 2016	Comuna Puente Alto	60:00 minutos	Paula Chamorro
Entrevista Trabajadora Social 4 (TS4)	E4	6 Enero 2016	CESFAM UC Puente Alto	28:13 minutos	Paula Chamorro
Observación No Participante (TS4)	OB4	14 Enero 2016	Comuna Puente Alto	41:00 minutos	Paula Chamorro

Elaboración Propia (Microsoft Office)