**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**
**FACULTAD DE MEDICINA**
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**
**Cátedra: Enfermería Comunitaria I**

# LA VISITA DOMICILIARIA COMO PROGRAMA PARA EL ABORDAJE DE LA FAMILIA

**Material preparado con fines diagnósticos por:**

**Prof. Asdrúbal Velasco**
**Prof. Marybel Duran**
**Docentes de Enfermería Comunitaria**

**Mérida, Noviembre de 2003**

# LA VISITA DOMICILIARIA COMO PROGRAMA PARA EL ABORDAJE DE LA FAMILIA

**Introducción**
**Objetivo General**
**Objetivos Específicos**

**Tema 1: Consideraciones generales de la Visita Domiciliaria**

1.1. ¿Qué es la Visita Domiciliaria?
1.2. Ventajas y desventajas de la Visita Domiciliaria.
1.3. Criterios para la adscripción de la familia al programa de salud familiar y criterios para la selección de la familia para la visita domiciliaria.

**Autoevaluativo**
**Respuestas al Autoevaluativo**

**Tema 2: Aspectos organizativos de la Visita Domiciliaria**

2.1. Desarrollo de la Visita de Domiciliaria.
2.2. Instrumentos para el desarrollo de la Visita Domiciliaria.

**Autoevaluativo**
**Respuestas al Autoevaluativo**

**Tema 3: Atención del Adulto Mayor en el Programa de Visita Domiciliaria**

3.1. Consideraciones generales de la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.
3.2. La Atención Primaria y el programa de visita domiciliaria.
3.3. La atención familiar: la estrategia de cambio

**Autoevaluativo**

**Respuestas al Autoevaluativo**

**Referencias Bibliográficas**

## Introducción

La guía tiene como propósito ofrecer al participante información de la Visita Domiciliaria, como programa, ventajas y desventajas, criterios de adscripción y selección, así como el desarrollo de la actividad, tanto en la consulta como el domicilio de la familia. Así mismo, se desarrolla un tema específico relacionado con la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria, como población de riesgo y como eje fundamental para la atención según la OMS. La atención domiciliaria es el servicio que se realiza en el domicilio de la persona, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general, mejorando la calidad de vida de las parsonas.

## Objetivo General:

Describir la Visita Domiciliaria como programa y como actividad para la atención a la familia y a grupos de riesgo en el hogar por enfermería y el equipo de salud.

## Objetivos Específicos:

1. Describir los aspectos más resaltantes de la visita domiciliaria como instrumento de atención al grupo familiar en el domicilio.
2. Describir los aspectos organizativos de la visita domiciliaria.
3. Describir la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.

## Tema 1: Consideraciones generales de la Visita Domiciliaria

**Objetivo específico:** Describir los aspectos más resaltantes de la visita domiciliaria como instrumento de atención al grupo familiar en el domicilio.

### 1.1. ¿Qué es la Visita Domiciliaria?

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir los aspectos más resaltantes de la visita domiciliaria.

De acuerdo a Roca y Úbeda citado en Sánchez (*op cit* p. 195), "la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas". Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

Según Salazar (*op cit* p. 116) dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, la visita domiciliaria puede definirse como:

- **Una actividad:** que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.
- **Una técnica:** porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autoresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.
- **Un programa:** porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica. En este sentido, la organización, coordinación, supervisión y evaluación son elementos fundamentales a ser tomados en cuenta.
- **Un servicio:** porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

## 1.2. Ventajas y desventajas de la Visita Domiciliaria

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir las ventajas y desventajas de la visita domiciliaria.

Salazar (op cit p. 117), considera algunas ventajas y desventajas de la visita domiciliaria, entre las cuales se mencionan:

1. ***Ventajas:***

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que ésta se lleva a cabo en su propio medio.
- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades expresos y ocultos y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.

- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.

2. ***Desventajas:***

- Desventajas como tal no presenta la visita domiciliaria, pero pueden surgir o derivar de una falta de organización y programación por parte del servicio de salud y del equipo de visita, lo que puede resultar ser inoportuna y causar rechazo en el grupo familiar.

Esto hace necesario que la visita domiciliaria deba estar justificada y con los objetivos bien precisos, para evitar contratiempos y pérdida de credibilidad del servicio asistencial, así como del equipo de salud.

## 1.3. Criterios para la adscripción de la familia al programa de salud familiar y criterios para la selección de la familia para la visita domiciliaria.

| |
|---|
| **Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir los criterios para la adscripción de la familia al programa de salud familiar y los criterios de selección de la familia para la visita domiciliaria. |

Según Salazar (*op cit* p. 119), los siguientes son los criterios para adscribir a una familia al programa de salud familiar, así como los que prevalecen para la visita domiciliaria. En este sentido cabe recalcar que son

prácticamente los mismos, pero hay que considerar el hecho de la organización y principios que se generan en cada una de las actividades.

Los criterios de selección para la visita domiciliaria, deben establecerse con base a los criterios de adscripción de la familia al programa de salud familiar.

1. ***Criterios para la adscripción***

- *Criterio socioeconómico:* se le confiere prioridad a los grupos familiares clasificados dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema, derivados de la aplicación del Método Graffar Modificado.
- *Criterio epidemiológico:* se clasifica a la familia con base a los riesgos de salud, considerando aspectos del ciclo de vida familiar, factores endémicos y epidémicos de las enfermedades infectocontagiosas, factores de incapacidad e invalidez, enfermedades ocupacionales, necesidades de atención del enfermo terminal y seguimiento en el hogar de pacientes que no requieren hospitalización.
- *Criterio demográfico:* se considera a los distintos grupos poblacionales. Los menores de 5 años son los más vulnerables, y entre este grupo, los menores de 1 año, siendo aún más susceptibles a enfermar los menores de 1 mes.
- *Criterio administrativo:* está relacionado con los recursos disponibles (técnicos, humanos, materiales y financieros), que redunda en todo caso, con el aumento de la cobertura según la

demanda real del servicio de salud, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar.

2. ***Criterios de selección.*** En este sentido, el criterio epidemiológico es el que prevalece por encima de los restantes para la selección de la familia para la visita domiciliaria.

   - *Criterio epidemiológico:* para la visita domiciliaria se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad e incapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.
   - *Criterio socioeconómico:* se considera igualmente, los estratos socioeconómicos a través del Método Graffar Modificado, como herramienta que mide la calidad de vida y bienestar de la población.
   - *Criterio demográfico:* está relacionado con la estabilidad del domicilio de las familias, es decir, aquellas que hayan permanecido entre tres y cinco años en un mismo sector. Acá se consideran la distribución de la familia en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de salud, además de la estructura etárea y la razón de masculinidad entre otros.
   - *Criterio administrativo:* tomo en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan las visitas domiciliarias: personal,

transporte, recursos de la comunidad y los propios del hogar, además de los servicios de apoyo a la visita.

Según la OMS (1981), existen algunos criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria, con el objeto de proporcionar información, educación y apoyo al individuo (sano o enfermo) y a su familia. Entre éstos criterios se encuentran:

1. Familias con adultos mayores de 80 años.
2. Personas que viven solas o sin familias.
3. Personas que no pueden desplazarse al centro de salud.
4. Familias con enfermos graves o inválidos.
5. Personas con alta hospitalaria reciente.
6. Personas con medicación vital.

Igualmente la OMS, establece algunos objetivos claves con base a éstos criterios, que todo programa de atención domiciliaria debe cumplir, entre ellos está:

1. La proporción de la atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud.
2. La proporción de la información, educación y apoyo al enfermo y su familia.
3. Facilitar la prevención primaria, secundaria y terciaria.
4. Evitar ingresos innecesarios.

5. Unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados: protocolos de actuación, sesiones clínicas control del dolor, prevención de úlceras, etc.
6. Promover la coordinación entre la oferta de servicios sanitarios y sociales.

Así mismo, para garantizar el desarrollo del programa, se requiere de:

1. La participación de todos los miembros del equipo de salud.
2. La valoración integral del enfermo y su familia.
3. La coordinación con los demás recursos sanitarios y sociales.
4. La participación comunitaria, desde la propia familia hasta las diversas asociaciones que existan.

Según la OMS, las actividades que se lleven a cabo van a depender del grado de dependencia del enfermo, de la patología que presente, de las características de la familia que le cuida y de los recursos con que ésta cuenta.

**Autoevaluativo**

**Antes de continuar con el Tema 2, responda las siguientes interrogantes:**

1. ¿Defina Visita Domiciliaria y describa los elementos que la componen?

_____
_____
_____

2. Describa la Visita Domiciliaria como Actividad:

_____
_____
_____

3. Describa tres ventajas de la Visita Domiciliaria:

_____
_____
_____

4. ¿En qué consiste el criterio epidemiológico en la selección de la familia para la Visita Domiciliaria?

_____
_____
_____

5. ¿Cuáles son los criterios mínimos que establece la OMS para la atención domiciliaria?

_____
_____
_____

**Si tiene dudas con las respuestas dadas revise de nuevo la lectura o consulte con el facilitador, de lo contrario continúe con la lectura y estudio del Tema 2.**

**Respuestas al Autoevaluativo**

*1. La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Los elementos que conforman la definición son: actividad, domicilio, detección, problemas, individuo, familia mejoramiento y calidad de vida.*

*2. Como actividad es el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.*

*3. A) Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio, B) Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que ésta se lleva a cabo en su propio medio, y C) Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.*

*4. El criterio epidemiológico es el que prevalece por encima de los restantes para la selección de la familia para la visita domiciliaria. Se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad e incapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.*

*5. Según la OMS, existen algunos criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria: familias con adultos mayores de 80 años, personas que viven solas o sin familias, personas que no pueden desplazarse al centro de salud, familias con enfermos graves o inválidos, personas con alta hospitalaria reciente y ersonas con medicación vital.*

## Tema 2: Aspectos organizativos de la Visita Domiciliaria

**Objetivo específico:** Describir los aspectos organizativos de la visita domiciliaria.

### 2.1. Desarrollo de la Visita de Domiciliaria

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir las etapas para el desarrollo de la visita domiciliaria.

Una vez establecido los criterios de adscripción y selección de la familia para la visita domiciliaria, es importante considerar que para el desarrollo de la actividad, debe establecerse una relación de igualdad y cooperación con la familia, ya que su participación es fundamental.

Según Antón (1998) citado en Sánchez (*op cit* p. 204), la visita domiciliaria requiere de distintas etapas:

1. **Preparación de la visita:** antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como da la familia, y evitar situaciones inoportunas. De ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. Por otra parte, es fundamental el equipo de trabajo (maletín de visita domiciliaria), con todos los implementos de trabajo.

2. **Presentación en el domicilio:** la presentación a la familia es fundamental, así cómo decir de qué institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez. En este sentido, la percepción inicial que tenga la familia de dicho profesional puede condicionar las opiniones y las relaciones que se establezcan en el futuro.
3. **Valoración:** es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia. El personal de salud debe respetar las negativas de los miembros de la familia, si se producen, o a responder a determinadas preguntas o dudas, si llegan a surgir.

Se debe tener presente que la atención domiciliaria comienza un día determinado, pero puede continuar a lo largo de mucho tiempo.

4. **Planificación de los cuidados:** en esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales:
    - Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables.
    - Establecer acuerdos o pactos con la familia.
    - Identificar y movilizar los recursos disponibles: la familia y el cuidador de la familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.

5. **Ejecución de cuidados:** éstos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.
6. **Evaluación de la visita:** sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.
7. **Registro de la visita**: una vez realizada la visita, se procederá al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrados, fecha de la próxima visita, entre otros elementos.

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del marco de la familia, el establecimiento de relaciones de cooperación e igualdad entre el equipo de salud y el grupo familiar, y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud. Para ello, es necesario la planificación de la visita teniendo en cuenta:

- El trabajo interdisciplinario.
- La coordinación entre niveles asistenciales.
- La movilización de recursos disponibles.
- La relación de ayuda y la educación para la salud.

## 2.2. Instrumentos para el desarrollo de la Visita Domiciliaria.

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir e interpretar los distintos instrumentos de registro del desarrollo de la visita domiciliaria.

Para asegurar la calidad en el cumplimiento de la visita domiciliaria, es importante que exista una documentación clínica, para uso del equipo y familia, donde se constate todos aquellos datos que interesan a ambos, y permitan constituirse en instrumentos técnico – científicos para facilitar y hacer posible la medición y la comparabilidad de las actividades que se cumplen en el nivel operativo. (Bahsas, 1996 p.3)

Entre estos instrumentos tenemos:

1. La Carpeta familiar
2. Familigrama
3. APCAR familiar

### 1. La Carpeta familiar

La Carpeta familiar (Anexo 1), es un instrumento que permite conocer las características sociodemográficas, económicas, educativas y epidemiológicas del grupo familiar, así como del resto de la población de la comunidad. Es útil para la planificación, programación y evaluación del proceso asistencial y docente a través de la participación comunitaria y del equipo de salud.

Los objetivos del censo son recoger, de las fuentes primarias, información adecuada sobre las características de la población, vivienda y ambiente del sector, y estimular la participación activa de la comunidad conjuntamente con el equipo de salud desde las etapas iniciales del proceso.

Es importante que la que la población esté sectorizada, así como debe existir una cartografía de la zona para facilitar la recogida de la información. En este sentido, la participación activa de la comunidad es esencial, por lo que éstos deben estar de alguna forma capacitados.

## 2. Familigrama

El familigrama (Anexo 2), es una representación gráfica de la estructura familiar. La estructura de la familia no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia continuamente con relación a las etapas del ciclo de vida familiar y los acontecimientos vitales que ocurren en el seno familiar. (Bahsas, *op cit* p. 24)

El familigrama es de gran importancia porque permite estudiar los antecedentes familiares, clínicos, patológicos, biológicos y sociales que pudieran originar problemas en algún miembro de la familia, así como permite obtener información de sus miembros a lo largo de varias generaciones.

El familigrama como representación gráfica, requiere de una simbología que esquematice en forma general la estructura y dinámica de

sus integrantes, de manera que permita conocer la situación de cada uno de ellos. En este sentido, las figuras y líneas representan personas y sus relaciones.

El familigrama ayuda a organizar la información de la familia, las características de sus miembros, entender los patrones multigeneracionales del sistema familiar, conocer las relaciones existentes entre cada uno de los miembros y recoger datos que orientan a los miembros del equipo de salud, sobre la conducta a seguir con relación a cada uno de los miembros que componen el sistema, influir en la modificación de la dinámica y en la solución de la problemática.

Con una mirada rápida al familigrama, se puede estimar la composición de la familia y determinar si es una familia nuclear, extensa o extensa compuesta; el número y la edad de cada uno de los miembros, tanto de los integrantes como de los que han fallecido; sus interrelaciones (separaciones, lazos afectivos, de conflictividad, rechazos, etc.), así como las situaciones de enfermedad.

La base del familigrama se sustenta en el estudio de la genealogía, la cual utilizando el geneograma, registra símbolos convencionales que se interpretan como equivalentes de ascendientes, descendientes, línea de consanguíneos y líneas entre cónyuges. El familigrama también es conocido como Genograma, Familiograma, Pedigree o árbol familiar.

Para la elaboración del familigrama se requiere de varias entrevistas, obteniéndose la información inicial del primer miembro de la familia que es

atendido, bien sea en la consulta del centro asistencial o en el hogar durante la visita domiciliaria.

El familigrama consta de varias partes:

- Cara anterior del instrumento: está relacionada con la identificación institucional (nombre del establecimiento, sector, consultorio, fecha, numero de Carpeta Familiar, numero de Historia Clínica, código, apellidos y nombre de la familia y responsable), y con el diagrama.

El diagrama, que es la información representada en símbolos, incluye tres o más generaciones y los nombres de los integrantes, la edad o fecha de nacimiento de los miembros de la familia, los problemas de la familia y la demarcación de los miembros que viven bajo el mismo techo.

Los símbolos se unen de acuerdo al estado civil y tipo de unión que presentan, por ejemplo:

**- Matrimonio** _____

**- Concubinato** .....

**- Unión libre**

**- Divorcio** - - - - - - - - - - - - - - - - -

**- Separación** _____ /_____

Las generaciones están representadas en tres secciones. La primera corresponde a la generación de los abuelos, la segunda a la de los padres y

la tercera a la de los hijos. Los datos de la primera generación corresponden a los abuelos paternos y maternos de la familia en estudio.

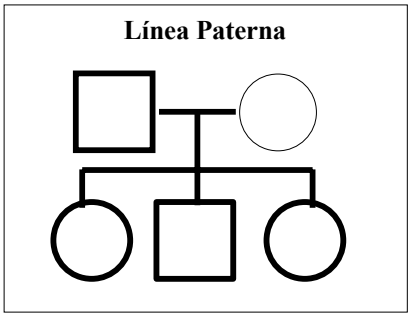
Las generaciones deben señalarse mediante el uso de números romanos y cada una de ellas ocupa una sola línea horizontal, por ejemplo:

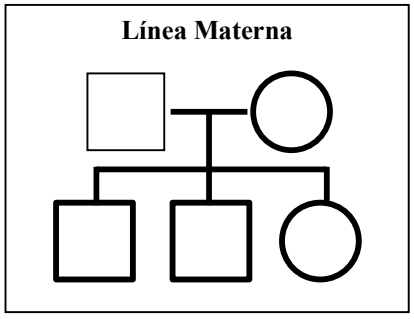
**Generaciones**

| | |
|---|---|
| **ABUELOS** | |
| **PADRES** | |
| **HIJOS** | |

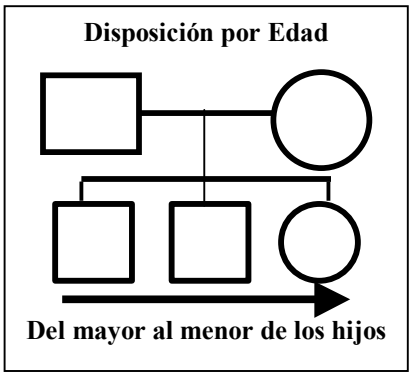
Las líneas descendentes son las líneas familiares. La línea paterna se registra en el lado izquierdo del formato y la línea materna se registra en el lado derecho, por ejemplo:

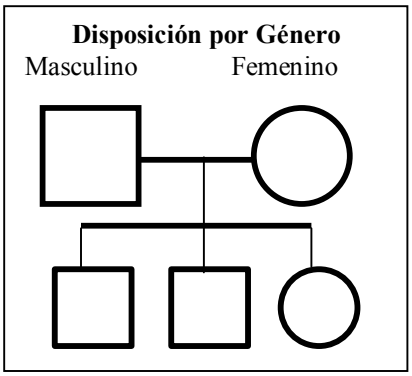
**Líneas descendentes**



La disposición por edad y género se inician con la primera generación. El símbolo del hombre es cuadrado y va siempre a la izquierda, y el de la mujer es un círculo y va a la derecha. De la línea de unión debe salir una línea perpendicular, la cual da inicio a la generación de los hijos, y se representa de mayor a menor y de izquierda a derecha.




- Cara posterior del instrumento: esta relacionada con la narración del familigrama y su interpretación que hace el médico y/o la enfermera o enfermero del equipo acerca del sistema familiar en estudio.

La narración es la información detallada de las relaciones y posiciones de los miembros de la familia, es decir, datos importantes difíciles de explicar con los símbolos. Acá debe incluirse:

- Comunicación entre sus miembros (horizontal, diagonal o vertical).
- Movimientos de la familia de un pueblo a otro. (emigraciones, migraciones o inmigraciones)
- Eventos catastróficos (separaciones, uniones repetidas y muerte)

- Asuntos conflictivos, hijos de otros matrimonios, aporte de dinero.
- Afiliación religiosa, cultural, social y étnica de la familia.

La interpretación tiene que ver con:

- Reglas y patrones de interacción con la familia.
- Patrones de transmisión multigeneracional.
- Principios de opresión en momentos de estrés.
- Asuntos conflictivos.
- Relevancia de la familia extendida.
- Influencia de algún miembro de la familia sobre otro u otros.
- Miembros del grupo familiar que viven con otras familias o independientes de ellos y que aún influyen en la toma de decisiones.
- Sobreprotección de los padres hacia los hijos o hacia algún miembro de la familia.

### 3. APCAR familiar

El APCAR familiar (Anexo 3), es un instrumento que permite evaluar y estimar de forma rápida la funcionalidad familiar. Su utilidad estriba en que cada una de las preguntas explora las áreas de importancia de la vida psicofamiliar del paciente o miembro de la familia. El instrumento consta de dos partes:

**Parte I:** mide la funcionalidad y solidaridad de la familia, así como la satisfacción de los diferentes miembros con cada uno de los componentes de

la función familiar (**A**daptación, **P**articipación, **C**recimiento, **A**fecto y **R**esolución).

Cada uno de éstos componentes mide:

- **Adaptación:** la capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua y/o utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado.
- **Participación o compañerismo:** la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
- **Crecimiento:** el logro de la madurez emocional y física y de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.
- **Afecto:** la realización del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
- **Resolución:** la capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

Cada uno de los componentes del APCAR familiar se relaciona con una pregunta y tres posibles respuestas: casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) y casi nunca (0 puntos). Las preguntas son:

- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?

- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos del interés común, y comparte la solución del problema conmigo?
- ¿Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?
- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?
- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos?

Una vez obtenido el puntaje total se procede a la calificación correspondiente y sugiere:

- De 7 a 10 puntos = Familia funcional.
- De 4 a 6 puntos = Disfuncionalidad moderada.
- De 0 a 3 puntos = Disfuncionalidad severa.

**Parte II:** sirve para identificar a las diferentes personas, con su edad y sexo, que viven con el paciente, sean o no de su familia, así como, si sus interrelaciones son buenas, regulares o malas. Permite además, conocer la o las personas que puedan, en determinados casos, colaborar con él en la resolución de la problemática de salud del paciente. Por otro lado, mide el tamaño y la composición de las relaciones sociales y las características de esas relaciones.

El conocimiento de éstas relaciones, con cada una de las personas que viven allí, pueden ayudar a la solución de problemas familiares, y ofrece además, información de la relación del miembro encuestado con los otros

individuos del grupo familiar, amigos o compañeros de trabajo. El APCAR familiar en la parte II, se califica como: Bien, Regular o Mal.

**Autoevaluativo**

**Antes de continuar con el Tema 3, responda las siguientes interrogantes:**

1. ¿Cuáles son las etapas de la Visita Domiciliaria?

_____
_____
_____

2. Mencione algunos de los instrumentos que permite llevar registro del desarrollo de la Visita Domiciliaria:

_____
_____
_____

3. ¿Cuál es el objetivo del Familigrama?

_____
_____
_____

4. ¿Cuál es la finalidad del APCAR Familiar?

_____
_____
_____

**Si tiene dudas con las respuestas dadas revise de nuevo la lectura o consulte con el facilitador, de lo contrario continúe con la lectura y estudio del Tema 3.**

**Respuestas al Autoevaluativo**

*1. La visita domiciliaria requiere de distintas etapas: a) preparación de la visita, b) presentación en el domicilio, c) valoración, d) planificación de los cuidados, e) ejecución de los cuidados y f) registro de la visita.*

*2. Para asegurar la calidad en el cumplimiento de la visita domiciliaria, es importante que exista una documentación clínica, para uso del equipo y familia y donde se constate todos aquellos datos que interesan a ambos. Entre éstos instrumentos están: la Carpeta Familiar, el Familigrama y el APCAR Familiar.*

*3. El familigrama ayuda a organizar la información de la familia, las características de sus miembros, entender los patrones multigeneracionales del sistema familiar, conocer las relaciones existentes entre cada uno de los miembros y recoger datos que orientan a los miembros del equipo de salud, sobre la conducta a seguir con relación a cada uno de los miembros que componen el sistema, influir en la modificación de la dinámica y en la solución de la problemática.*

*4. El APCAR familiar es un instrumento que permite evaluar y estimar de forma rápida la funcionalidad familiar. Su utilidad estriba en la exploración de las áreas de importancia de la vida psicofamiliar del paciente o miembro de la familia.*

## Tema 3: Atención del Adulto Mayor en el Programa de Visita Domiciliaria.

**Objetivo específico:** Describir la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.

En vista de que entre los criterios de adscripción de la familia al programa de salud familiar, se encuentra el criterio epidemiológico, se consideró de gran importancia tratar el aspecto de la incapacidad e invalidez como elementos fundamentales para la prioridad en el momento de la inclusión. Por esto, de manera sencilla se describe la atención del adulto mayor como miembro de riesgo del grupo familiar, y su cuidado brindado por el resto de la familia.

### 3.1. Consideraciones generales de la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir algunas consideraciones generales de la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.

La población en muchos países, ha sufrido en la ultima década una marcada transición demográfica desde poblaciones jóvenes a envejecidas, esos cambios se deben, ente otras razones, al descenso de la natalidad y al aumento de la las esperanzas de vida por disminución de la mortalidad.

Gran parte de estas personas ancianas tiene problemas de salud que requieren atención medica y un porcentaje importante de ellas, tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria o sufren procesos

motores, cognitivos o sensoriales que limitan su vida de relación y en muchas ocasiones los recluyen en su hogar.

La situación de esta población anciana, imposibilitada o con dificultades para salir del hogar, requiere una respuesta organizativa capaz de dar una satisfacción a las complejas demandas de este grupo etario.

La sociedad esta cada vez mas sensibilizada ante este problema, por ello no es de extrañar que se alcen voces exigiendo a los poderes públicos soluciones sociales y sanitarias para los problemas de los mayores y que los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión) sensibles ante estas demandas se preocupen por la situación de los ancianos, especialmente por los que tiene algún déficit motor y cognitivo, que suponen una carga de trabajo insostenible para las familias.

Podemos tener una falsa impresión de que la solución del problema de los mayores, queda limitado a los aspectos sociales y en consecuencia requieren soluciones de instituciones gubernamentales o no gubernamentales del ámbito de los servicios sociales y que desde este campo se transfieran, en casos puntales, a aquellos casos que necesitan de los servicios sanitarios.

Este planteamiento esta alejado de la realidad, ya que un porcentaje muy alto de las personas mayores, tienen múltiples problemas de salud crónicos, que afectan en mayor o menor medida en sus actividades cotidianas

Estamos ante un problema complejo, que es, a la par, sanitario y social y que requiere un nuevo modelo de atención, capaz de aunar los aspectos que tiene que ver con la salud y con el contexto social.

## 3.2. La Atención Primaria y el programa de atención domiciliaria.

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir la importancia la atención primaria como eje fundamental para la atención del adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.

Parte de lo que les ocurre a los a los mayores enfermos se dirime en el escenario del hogar, en él, a través de la atención domiciliaria, se intenta una asistencia clínica, orientada a conseguir en los pacientes, el mayor grado de independencia, la potenciación del autocuidado y una mejora de la calidad de vida en relación con los problemas de salud que les afectan.

La atención domiciliaria, es el espacio donde confluyen profesionales procedentes de distintos niveles sanitarios y de estamentos sociales no sanitarios. Esta proliferación de profesionales, instituciones y organizaciones, procedentes de los servicios sociales y sanitarios crea mucha confusión y no rentabilizan los recursos y los esfuerzos que esta actividad genera. Esta claro que para resolver los problemas de la atención domiciliaria deberemos implementar modelos de organización, que faciliten la incorporación y colaboración de otras instituciones con responsabilidades en la gestión de este tipo actividades que permitan ofertar una atención a domicilio integrada de calidad.

Creemos que la Atención Primaria esta en buena disposición para abordar la atención domiciliaria ya que los miembros del equipo de salud familiar, pueden dar una mejor respuesta a los problemas de salud al ofrecer una atención longitudinal, integral e integrada.

Con esta nueva visión que encierra en un todo, lo biológico y psicosocial, lo sanitario y lo social, en un escenario y con una estrategia de intervención específicos, el hogar y la atención domiciliaria; el medico de familia y los restantes profesionales de atención primaria deberán asumir el reto de una atención integral, individual y familiar, dirigida a las personas mayores que sufren enfermedades crónicas, que están inmovilizados o se encuentran en situación terminal. Para poder afrontar con éxito esta nueva labor, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales.

### 3.3. La atención familiar: la estrategia del cambio.

**Objetivo terminal:** Revisada y analizada la lectura el participante estará en capacidad de describir los aspectos de la atención de la familia al adulto mayor en el programa de visita domiciliaria.

Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la relación de los procesos crónicos de las personas mayores con su entorno social y familiar.

Para poder trabajar con familias necesitamos un plan que permita entender los fenómenos que se producen en las familias y su entorno social y de que manera afectan a cada uno de sus miembros y al conjunto del sistema.

Existen distintos aspectos que relacionan la familia con la enfermedad crónica, entre los que destacamos los siguientes:

- La enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, efectos que actúan sobre la función y organización familiar.
- La familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico.
- La familia es la fuente principal de recursos y apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

La atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holistico, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que esta

sometida la familia cuando uno de sus miembros ancianos sufre una enfermedad crónica.

Desde esta nueva perspectiva de la atención domiciliaría centrada en la atención familiar, el abordaje de la enfermedad crónica en ancianos inmovilizados o discapacitados deberá cumplir el objetivo general de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud en las personas mayores, desde la triple perspectiva, individual, familiar y social, en el domicilio del paciente.

Consideramos que los profesionales, medico, enfermero y trabajador social, implicados en un programa de atención domiciliara y atención familiar, deberán prepararse para realizar las siguientes actividades:

- Diagnosticar del problema clínico.
- Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.
- Transferir lo clínico a lo psicosocial.
- Estudiar el problema clínico y psicosocial en el contexto familiar, analizando las repercusiones de la enfermedad crónica del mayor sobre la familia y viceversa, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.
- Analizar la carga de trabajo que sufre la cuidadora principal y las repercusiones sobre su salud, y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales.
- Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.

- Realizar el diagnostico y decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.

Especial mención merece la detección, estudio y abordaje de las familias de riesgo, ya que requerirán estrategias globales de coordinación a nivel interprofesional e interinstitucional y a trabajar con enfoque de riesgo para establecer una adecuada intervención sociosanitaria, así como, para desarrollar políticas de trasformación social, que prevenga y detenga estos procesos de deterioro.

Es importante señalar que las familias de riesgo socio-sanitario son aquellas familias que tienen a una persona mayor con una enfermedad crónica, en la que por el tipo de problema de salud, la situación cronológica de la enfermedad, la importancia de la discapacidad, y de forma especial por la presencia problemas en la función y organización de la familia o por la existencia de problemas socioeconómicos, requiere una intervención sanitaria, socio-sanitaria o social de emergencia. El descubrimiento de una familia de riesgo socio-sanitario, obligara a una reunión urgente del equipo de salud, ampliada con el trabajador social, para evaluar el caso y decidir la intervención pertinente

Es por esto, que la visita domiciliaria, que es una actividad propia de la atención primaria, adquiere un enfoque nuevo cuando se utilizan los conceptos y técnicas de la atención familiar, y esto permite mejora la calidad de la asistencia a los mayores inmovilizados o discapacitados.

**Autoevaluativo**

**Antes de continuar con la Unidad III, responda las siguientes interrogantes:**

1. Describa algunas consideraciones generales de la atención del adulto mayor en el domicilio:

_____

_____

_____

2. Explique la importancia de la atención familiar al adulto mayor en el programa de Visita Domiciliaria:

_____

_____

_____

**Si tienes dudas con las respuestas dada revise de nuevo la lectura o consulte con el facilitador.**

**Respuestas al Autoevaluativo**

*1. El médico de familia y los restantes profesionales de atención primaria deben asumir el reto de una atención integral, individual y familiar, dirigida a las personas mayores que sufren enfermedades crónicas, que están inmovilizados o se encuentran en situación terminal. Para poder afrontar con éxito esta nueva labor, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales.*

*2. La atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holistico, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que esta sometida la familia cuando uno de sus miembros ancianos sufre una enfermedad crónica. Desde esta nueva perspectiva de la atención domiciliaría centrada en la atención familiar, el abordaje de la enfermedad crónica en ancianos inmovilizados o discapacitados deberá cumplir el objetivo general de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud en las personas mayores, desde la triple perspectiva, individual, familiar y social, en el domicilio del paciente.*

**Referencias Bibliográficas**


- ✓ Antón M. (1998) **Enfermería y Atención Primaria de Salud. De enfermeras de médico a enfermeras de comunidad.** En: Sánchez M.A., Aparicio V., Germán C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) **Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud.** Tomo 3. McGraw-Hill/Interamerica de España, S. A.,
- ✓ Bahsas, F. (1996) **Instrumentos en el Ejercicio de Medicina de Familia.** Trabajo de Ascenso. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida.
- ✓ OMS. (1981) **Proceso de Gestión para el Desarrollo de la Salud. Normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000.** Ginebra
- ✓ Roca M. y Úbeda I. (2000) **Atención Domiciliaria.** En: Sánchez M.A., Aparicio V., Germán C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. (2000) **Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud.** Tomo 3. McGraw-Hill/Interamerica de España, S. A.,
- ✓ Salazar de V. C. (1993) **La Visita Domiciliaria en el Programa de Salud Familiar.** Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.