

Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar

Comprehensive home visit as an intervention in family health

Ximena Cubillos

Resumen

Este texto completo es la transcripción editada y revisada de la conferencia dictada en el marco del VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar, realizado en Santiago entre los días 25 al 27 de septiembre de 2006. El evento fue organizado por la Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

Presidente: Dr. Reinaldo Muñoz.

Historia de las visitas domiciliarias

La visita domiciliaria nació junto a la cama del enfermo y desde su origen tuvo una connotación biopsicosocial. Esta práctica data desde muy antiguo, como lo demuestran ciertos relatos históricos; por ejemplo, en papiros egipcios de más de 2500 años de antigüedad se describe lo siguiente: *“en el domicilio, después de revisar al enfermo, analizar la situación y consultar con los dioses, el médico, antes que emitir un diagnóstico, lo declaraba y la familia tenía que aceptar o rechazar lo que el médico declaraba: ésta es una enfermedad que conozco y curaré, o esta es una enfermedad que conozco y no trataré; o bien, ésta es una enfermedad que no conozco y no trataré”*. Después de esto venía un proceso de negociación del cuidado.

En Chile, un grupo de mujeres que se beneficiaron de la expansión educacional promovida por el Estado comenzó a efectuar visitas a los domicilios en la década del 30; así pudieron reconocer y palpar la miseria en que vivían las familias pobres chilenas, sobre todo en las poblaciones periféricas y en los conventillos o cités. Mujeres de clase media, ejerciendo sus roles de profesoras, enfermeras o visitadoras sociales, apoyadas en carreras universitarias incipientes, fueron las primeras en realizar visitas domiciliarias y rápidamente la literatura demostró que esta actividad beneficiaba en forma positiva a la familia, porque la hacía partícipe del cuidado del paciente. Los elementos centrales de la visita eran los aspectos educativo, higiénico y epidemiológico; las enfermeras organizaron esta actividad desde la perspectiva profesional y las asistentes sociales, que al principio se conocieron como “visitadoras de la miseria”, se encargaron de la aplicación práctica de las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los más pobres. Por su condición de “género femenino” se suponía que estas mujeres estaban habilitadas para educar en los roles de cuidado; esto dio origen a una larga tradición, que perdura hasta hoy.

Definiciones

Es importante precisar algunos términos: no es lo mismo hablar de visita integral, visita domiciliaria de rescate, epidemiológica, con atención domiciliaria o asistencia domiciliaria: son conceptos distintos.

La **atención en domicilio** es la atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor,

actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera sea negociado y concordado con la familia y no impuesto desde el equipo de salud.

La **visita epidemiológica** es una actividad programada que está destinada principalmente a hacer una investigación epidemiológica del caso índice de una enfermedad que está bajo vigilancia, de un evento emergente o de algún evento de riesgo para la población. Se puede realizar en el domicilio, pero no es indispensable; son cosas totalmente distintas y las personas que trabajan con público saben que tienen registros distintos.

La **visita domiciliaria integral** se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

Importancia de la visita domiciliaria en Medicina Familiar

La medicina de familia es narrativa: es un cuento o relato compuesto por las innumerables visitas que el médico realiza a través de los años, estableciendo un principio de continuidad, ya que el equipo de cabecera y el médico acompañan a esa familia en la historia de su vida y participan en los hitos relacionados con los procesos de salud, enfermedad y crisis. El diálogo que el médico sostiene con las familias está marcado por los hitos históricos de la salud de éstas, hitos que constituyen una parte importante de su narrativa.

La principal herramienta de la medicina familiar es la semiología; *semio* significa signo y para co-construir esta narrativa con las familias, se debe considerar a la semiología como el arte de recoger síntomas o signos no sólo en el ámbito biológico, sino en cualquier aspecto que permita al médico establecer un modelo explicativo o hipótesis, desde un rol institucional. Los síntomas o signos del acontecer de la vida cotidiana constituyen las pistas sobre el problema que se enfrenta; la semiología es el arte de saber leer en ellos y de expandir la comprensión, estableciendo nexos entre variables de los ámbitos biológico, psicológico, social y familiar, del cual el médico también forma parte. Por lo tanto, la clínica no es otra cosa que un conjunto de relaciones que se extiende desde lo molecular hasta lo social y el médico tiene la obligación de saber leer y buscar en función del problema que ha decidido abordar.

La medicina de familia trabaja con esta semiología ampliada y la visita domiciliaria integral es uno de los escenarios más ricos para aplicarla, pero no es el único; de hecho, en las últimas programaciones entregadas por el Ministerio de Salud se ha incorporado a la visita laboral como una actividad propia de la atención primaria, en la cual se trabaja con esta semiología ampliada. Dentro de la canasta todavía faltan las visitas escolares, como una instancia de reunión de padres, profesores, escolares o adolescentes y otros elementos importantes de la vida de estos alumnos y del equipo de salud, para resolver muchos problemas que se presentan diariamente en la atención primaria.

La semiología ampliada permite ver al individuo y más allá de éste, porque incluye todo su contexto: dónde vive, con quiénes vive, las personas, sus relaciones y las circunstancias en las que se desarrolla su

acontecer mental; en este contexto, siempre se debe recordar que es una de las actividades más invasivas que puedan realizar los profesionales de la salud, por lo tanto es una actividad de riesgo y no se puede hacer sin una preparación previa. Para todos los seres humanos, el hogar es un espacio privado que deben proteger; quienes realizan las visitas deberían imaginar lo que pasaría si llegara una persona a su casa a señalarles que tienen determinado problema de salud; así comprenderían que la relación de asimetría que se da en este ámbito, sobre todo en los sectores más desposeídos, no les da derecho a invadir los domicilios de las familias sin cumplir ciertos requisitos, de los cuales el más importante es que se haya establecido un vínculo previamente. Una visita epidemiológica o de rescate puede ser efectuada por cualquier persona, pero en el caso de la visita domiciliaria, que tiene un carácter integral y tiene como objetivo evaluar al ser humano en su contexto, es imprescindible que exista un vínculo previo al menos con uno de los integrantes del equipo, para que la actividad se pueda enmarcar en la narrativa de la familia y otorgue continuidad a la atención. Por lo tanto, esta actividad debe ser planificada y autorizada, en una negociación que se debe hacer previamente.

Los objetivos de la visita familiar, desde el punto de vista del sistema y en función de las necesidades de los usuarios, son: conocer el hogar, el entorno y la situación familiar; detectar necesidades, recursos y redes; evaluar a la familia como unidad de cuidado; mejorar la definición de los problemas de salud y diferenciar los diagnósticos de las personas. Esto permite visualizar a las personas, no como una patología, sino como seres humanos que tienen un problema de salud; los diagnósticos CIE 10 son necesarios para evaluar el resultado de las acciones dirigidas a disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad, pero en términos relacionales, y considerando que la principal labor médica es lograr que los seres humanos cambien su conducta y adopten hábitos más saludables, la costumbre de ver al paciente sólo como un diagnóstico no es tan útil. Cuando se tocan los problemas de salud en la visita domiciliaria, la relación debe ser obligadamente mutua entre el usuario o caso índice y la familia y el equipo de salud; incluso debiera incluir vecinos y amigos. Para lograr esto es indispensable mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y las familias.

Etapas de la visita domiciliaria

Las etapas de la visita domiciliaria son: programación, planificación, ejecución, evaluación y registro.

Programación: a nivel institucional, se deben definir los grupos y el número de visitas; desde el proceso de salud y enfermedad, se debe elegir en forma estratégica el momento más adecuado para efectuar esta actividad, de modo de mantener y reforzar la relación de continuidad en la forma más eficiente posible. Es importante recordar que se trata de una actividad invasiva y además, cara, ya que el rendimiento es de uno por hora y a veces se realiza en duplas o tripletas.

Planificación: se debe tener muy claro el motivo de la visita y darse el tiempo necesario para recolectar todos los antecedentes. Por lo general la población está identificada, de modo que se debe organizar esa información, fijar los objetivos y diseñar una pauta de observación. Se debe obtener el consentimiento de la familia, tomar todas las medidas de la confidencialidad y precisar día, fecha y hora. En la segunda fase se negocian los objetivos: a la familia le interesan ciertos aspectos y al equipo le interesa el aspecto socio-sanitario, de modo que se debe negociar y lograr los puntos comunes. Así se logrará que la visita al domicilio sea verdaderamente integral; que la familia tenga muy claro el beneficio que va a obtener con la visita y que no queden con la sensación de que expusieron su intimidad para nada.

Ejecución: la visita es una entrevista, por tanto tiene las mismas fases que todas las entrevistas. Se utiliza como herramienta la semiología ampliada para observar dos tipos de elementos: estructurales y relacionales. En este sentido, el caso índice es un ser humano que tiene una dimensión bio-psicosocial y espiritual, que está inmerso en una familia la que, a su vez, está dentro del hogar; por lo tanto, hay una estructura que es el hogar, que se relaciona con otras unidades del barrio y es en ese contexto en donde está ocurriendo este proceso de salud y enfermedad. La visita domiciliaria comienza cuando el equipo camina hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, cómo se viste la gente, cómo y cuánto habla, cómo utiliza el espacio público, el grado de seguridad, el nivel de contaminación. De esta manera se conocerá el marco de protección, cuidado, socialización y satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve esta familia en su proceso de salud o enfermedad.

Una vez dentro el hogar, el equipo debe observar, nuevamente, los elementos estructurales y relacionales y entre los segundos, un elemento clave es quién abre la puerta, quién espera y recibe al equipo de salud, quién lo saluda y cuál es la actitud de todos los miembros de la familia. Esta primera parte de la visita es una fase social y es muy importante, porque en ella se va creando el clima de confianza y el acercamiento necesario para entrar en temas de mayor profundidad.

En lo estructural, la casa habla por sí sola de la vida de la familia, más allá de las diferencias socioeconómicas: hay casas prolijas, desordenadas, luminosas, lúgubres; hay casas que están en el pasado, todos los objetos son del pasado y eso se debe relacionar con la etapa del ciclo vital que está viviendo esa familia; hay casas con ambiente futurista, pero que no dicen nada: casas de clase media alta donde todo combina con todo, los colores, los objetos, pero no se ve la esencia de las personas; hay casas con historias, casas sin rostro, casas alegres, tristes, etc. Lo importante es que todas dicen algo sobre la vida de la familia que las habita. A medida que se avanza en esta fase social, se pueden ir respondiendo diversas interrogantes: ¿Están satisfechas las necesidades básicas? ¿Se acepta al equipo de salud? ¿Cómo está la búsqueda de sentido de este hogar, la autoestima, la competencia? ¿En esta casa hay apertura a nuevas experiencias? ¿Cómo se está construyendo la resiliencia en esta familia? Costaría mucho preguntar a una familia de nivel socio económico bajo cómo es su resiliencia, habría que explicarles el concepto y después traducirlo, por lo tanto, hay que deducir su estado a través de la conversación, el diálogo y la observación del entorno. La invitación es a que se haga uso de las herramientas y conocimientos que brinda la salud familiar.

Siguiendo en la misma línea, se debe analizar el color, el olor, el sentido estético, las fotos, los adornos, los cuadros, el uso del espacio; se debe tomar contacto con la vida íntima de la familia, ver dónde acostumbran sentarse: no es lo mismo hacerlo en el patio, en el living o en la cocina; ver qué pasa con las puertas cerradas, qué dicen esos lugares prohibidos que suelen tener las familias; es útil hacer la visita alrededor de la hora de una comida, para ver la mesa y fijarse en los puestos, lo que habla de la jerarquía familiar, ver quién se sienta a la cabecera, si comen con el televisor encendido, cómo se da el proceso de comunicación, si comen todos juntos, cómo son los ritos y rutinas. Por otra parte, el dormitorio es el lugar donde se descansa, sufre y sueña y es importante fijarse en los objetos personales que están en esa habitación; en las casas muy pobres puede que este espacio no exista o sea compartido. La observación del dormitorio permite comprender cómo se dan las relaciones al interior de las familias, entendiendo que lo que se va observar y a diagnosticar es un estilo de vida, entendido como un patrón cognitivo, afectivo-emocional y conductual permanente y consistente en el tiempo.

En lo relacional, es fundamental observar la dinámica familiar: descubrir quién está escuchando detrás de la puerta, quién habla, quién calla, quién autoriza, quién manda. Esto es importante en caso de sospecha de abuso sexual. Hay que ver quién colabora, quién esta ausente y dónde está ese ausente, quién es el cómico y quién es el que rompe el clima de tensión; esa persona será un aliado muy importante a la hora de realizar una intervención. Ésta es la oportunidad para fortalecer los factores protectores y para esto hay que recurrir al refuerzo positivo, felicitando a los integrantes de la familia por haber incorporado medidas de autocuidado, protección y prácticas saludables, aunque sean elementales. Lo mismo con los factores de riesgo: se debe señalar el problema y empezar de inmediato a negociar la búsqueda de soluciones prácticas. Se debe aplicar un enfoque anticipatorio de eventos previsibles y, por supuesto, apoyar a los cuidadores para actuar, en términos de lograr mayor accesibilidad. Siempre hay un integrante de la familia que no está en la visita domiciliaria o se perciben situaciones difíciles o secretos familiares que impiden seguir avanzando en la co-construcción de salud. Se debe trabajar sobre estos temas, deliberar y negociar todo lo que sea necesario para disminuir el peso de los factores de riesgo y potenciar los factores protectores. Se debe trabajar el tema de los satisfactores en la práctica cotidiana como un elemento para potenciar solución de conflictos, identificar los roles de cuidado y señalar conductas de resiliencia. Finalmente, es importante no apurar la despedida y fijarse quién sale a despedir al equipo; muchas veces es el que no pudo hablar adentro y va a aprovechar esta salida para entregar datos muy importantes: un temor, una confesión, un dato perdido.

Evaluación y Registro: la evaluación de la visita comienza cuando el equipo de salud se retira: en el hogar se comenta la visita y se espera que ésta actúe como un catalizador de procesos, pero también puede producir daño; y el equipo de salud se deberá reunir para analizar los datos obtenidos y extraer conclusiones. La importancia de esta etapa no es menor; en ella se debe reflexionar e intercambiar impresiones, sensaciones y percepciones para, finalmente, elaborar una descripción y evaluación de la actividad.. Con todo esto se deberá elaborar una hipótesis acerca de los problemas y sus posibles soluciones, hipótesis que se deberá confrontar con los demás integrantes del equipo y, posteriormente, con la familia, en un nuevo encuentro. Es importante considerarlas como *hipótesis* y no como *diagnósticos*.

Todo esto se debe registrar en los elementos disponibles para ese fin. La etapa de registro asegura la continuidad y el contacto del próximo encuentro, proporciona una relación permanente y documentada de la acción realizada del equipo de salud y permite programar la investigación y acciones futuras.

Beneficios de la visita domiciliaria

- Mejora la atención de salud
- Incrementa la participación y responsabilidad de la familia en el proceso de cuidado.
- Mejora la calidad de vida de los usuarios.
- Otorga una sensación de intimidad y bienestar, ya que la gente siente que este tipo de asistencia personalizada es más humana.
- Mejora la entrega de educación.
- Previene la falta de inserción social, beneficio que sólo se puede conseguir en la atención primaria, no a nivel secundario ni terciario.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.



Este texto completo es la transcripción editada y revisada de la conferencia dictada en el marco del VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar, realizado en Santiago entre los días 25 al 27 de septiembre de 2006. El evento fue organizado por la Sociedad Chilena de Medicina Familiar.
Presidente: Dr. Reinaldo Muñoz.



Expositora: Ximena Cubillos[1]

Filiación:

[1] Universidad de Concepción; Servicio Salud Maule, Concepción, Chile



Citación: Cubillos X. Comprehensive home visit as an intervention in family health. *Medwave* 2007 Ago;7(7):e949 doi: 10.5867/medwave.2007.07.949

Fecha de publicación: 1/8/2007



Comentarios (0)

Nos complace que usted tenga interés en comentar uno de nuestros artículos. Su comentario será publicado inmediatamente. No obstante, Medwave se reserva el derecho a eliminarlo posteriormente si la dirección editorial considera que su comentario es: ofensivo en algún sentido, irrelevante, trivial, contiene errores de lenguaje, contiene arengas políticas, obedece a fines comerciales, contiene datos de alguna persona en particular, o sugiere cambios en el manejo de pacientes que no hayan sido publicados previamente en alguna revista con revisión por pares.

Aún no hay comentarios en este artículo.

Para comentar debe iniciar sesión



Medwave publica las vistas HTML y descargas PDF por artículo, junto con otras métricas de redes sociales.

Se puede producir un retraso de 48 horas en la actualización de las estadísticas.

- Usage
- Medwave - Full Text Views: 50
- Social Media
- Facebook - Shares, Likes & Comments: 52

