

Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades – Departamento de Ciclo Vital
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria – Departamento Modelo Atención Primaria

Coordinación y Edición general

Dra. Pilar Monsalve Castillo

Médico Asesor Programa Infancia – Departamento Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Grupo Editor

- EU. Margarita Barria
- Ps. Karla Castro
- Dra. Pilar Monsalve
- OT. Alison Morales

Coautores y/o colaboradores

Soc. M. Teresa Abusleme, MINSAL	Ps. Marcela Aracena, PUC
Dr. Julio Armijo, U. de Chile	EU. Alejandra Araya, PUC
EU. Paulina Bravo, PUC	EU. Margarita Barria, MINSAL
TO. Soledad Bunger, MINSAL	T.S. Ximena Barros, MINSAL
Ps. Karla Castro, MINSAL	AS. Angelica Caprile, Ex MINSAL
EU. Aixa Contreras, PUC	Ps. Natalia Dembowski, MINSAL
AS. Mónica Espinoza, APS, La Florida	Ps. Javiera Erazo, MINSAL
EU. Rina Gonzalez, PUC	Kn. Nanet González MINSAL
Ed. Carmen Godoy, APS, P. Alto	Ed. Sofía González, MINSAL
Dra. Marcela González, Hospital Sótero del Río	Dr. Mauricio Gómez, MINSAL
Dra. M. Paz Guzmán, APS, P. Alto	T.S. M. Soledad Gutiérrez, SS Metropolitano Norte
AS. Mariana Jorquera, APS	Ps. Erika Kopplin. Programa "Emprende Mamá"
Ps. Marcela Lara, SENDA	EU. Bárbara Leyton, MINSAL
Dra. Ximena Luengo, MINSAL	Dra. Ana M. León, APS, Angol
Ps. Katitza Marinkovic, PUC	Ant. Clodoveth Millalen, MINSAL
Dra. Pilar Monsalve, MINSAL	EU. Cecilia Moya, Ex MINSAL
TO. Alison Morales, MINSAL	AS. Jorge Navarro, Área de Salud, P. Alto
EU. Carolina Neira, MINSAL	Dra. Mónica Niveló, U. de Chile
Dra. Ximena Neculhueque, MINSAL	Prof. Claudia Padilla, MINSAL
EU. M. Isabel Pacheco, MINSAL	Ps. Alfredo Peña MINSAL
Ps. Cristian Peña, Hospital de Bulnes	T.O. Constanza Piriz Tapia, MINSAL
Ant. Luis Panguinao, MINSAL	EU. Antonia Rojas, PUC
Mat. Lorena Ramírez, MINSAL	Dra. Isabel Segovia, U. de Chile
Mat. Eduardo Soto, MINSAL	EU. Ana María San Martín, MINSAL
Dra. Paulina Troncoso, MINSAL	Ps. Lorena Valdebenito, Consejo de la Infancia

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	6
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES	7
1. Antecedentes Históricos	7
2. Marco Legal	9
3. Marco Ético de la VDI	10
4. Enfoque de Curso de Vida	13
5. Revisión de la literatura con respecto a Visita Domiciliaria	15
CAPÍTULO II: MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	19
1. Intervención familiar	20
a. Priorización: Familia en Riesgo	22
b. Obtención de la información: Estudio de familia	23
c. Identificación de problemas o situaciones a intervenir	24
d. Plan de Intervención	24
e. Etapa de monitoreo, reformulación y evaluación	25
2. Trabajo en red en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	26
a. ¿Qué es la Red?	27
b. ¿Cuáles son los alcances de la red en salud?	27
c. Instrumentos para trabajar desde la perspectiva de Red en Atención Primaria de Salud	28
CAPÍTULO III: VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	30
1. Definición de Visita Domiciliaria Integral	30
2. Tipos de Visita Domiciliaria Integral	31
3. Etapas de la Visita Domiciliaria Integral	32
a. Etapa de Planificación	33
b. Etapa de Ejecución	37
c. Etapa de evaluación, monitoreo y seguimiento	42
4. Calidad de la Visita Domiciliaria	42
5. El equipo que realiza las visitas y sus competencias	46
CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES EN VDI SEGÚN ALGUNAS SITUACIONES DE RIESGO: FICHAS TÉCNICAS	51

1. Visita domiciliaria integral de gestantes en riesgo	51
2. Visita domiciliaria integral a la gestante adolescente	54
3. Visita domiciliaria integral para gestantes y puerperas con sospecha de consumo de tabaco; alcohol y otras drogas	57
4. VDI en situaciones de maltrato infantil	61
5. VDI para niños y niñas con déficit del desarrollo	65
6. VDI a niños y niñas con padres con trastorno mental severo	69
7. Visita domiciliaria en madres con depresión postparto	74
8. Visita domiciliaria a familias migrantes	77
9. Ficha técnica VDI a padres en situación de discapacidad intelectual	80
10. Visita domiciliaria a familias con adulto mayor	83
11. Visita domiciliaria integral a familias pertenecientes a pueblos indígenas	88
12. Visita domiciliaria integral a personas con cáncer progresivo	92
13. Visita domiciliaria integral a personas con discapacidad	94
ANEXOS	100
Anexo N°1: Programas que cumplen con estándares metodológicos de calidad internacional en visitas domiciliarias en infancia temprana	100
Anexo N°2: Número de visitas domiciliarias integrales realizadas en el país, REM 2016	101
Anexo N°3: Pauta de calidad de visita domiciliaria integral	102
Anexo N°4: Registro de vdi en sistema de registro y monitoreo	103
Anexo N°5: Pauta para la primera visita domiciliaria integral	104
Anexo N°6: Propuesta de consentimiento informado para la visita domiciliaria integral	110
GLOSARIO	111
BIBLIOGRAFÍA	112
1. Desarrollo institucional de la visita domiciliaria integral	112
2. Evidencia sobre la visita domiciliaria con infancia	112
3. Evidencia sobre la visita domiciliaria para adultos y adulto mayor	114
4. Enfoque de curso de vida	115
5. Consideraciones éticas y relación de ayuda	116
6. Modelo de salud familiar y vdi	116

PRESENTACIÓN

El año 2008, la Comisión sobre los determinantes de la salud de la OMS señalaba que, para el fortalecimiento de la equidad en salud, se requiere ir más allá de concentrarse en resolver las causas inmediatas de las enfermedades. Esto significa ir a las “causas de las causas”, es decir, intervenir sobre los determinantes sociales y estructurales de la salud, y en los intermediarios.

Considerar y modificar los determinantes sociales de la salud puede generar beneficios mayores y sostenibles en la salud de las personas. Se hace perentorio, que los equipos de salud comprendan estas “causas de las causas” de los problemas que enfrentan a diario. Se requiere considerar el abordaje integral de los problemas de salud, considerando el modelo biopsicosocial, reconociendo las condiciones en las que las personas viven y crecen para definir cursos de acción coordinados con los actores involucrados en el territorio.

Junto con este enfoque de Determinantes Sociales, es relevante considerar la mirada de curso de vida, que incorpora las etapas propias del ser humano y sus particularidades en interrelación con la familia y su entorno, en un proceso continuo donde cada momento vital afecta a los sucesivos.

Reconocemos la complejidad que significa poder llevar a cabo y, en definitiva, concretar el acompañamiento a las personas y a sus familias en las diferentes etapas de su ciclo de vida y en su contexto cotidiano, con todos los enfoques antes considerados. Tenemos la convicción de que la Visita Domiciliaria Integral (en adelante e indistintamente VDI), es la mejor oportunidad que tiene el equipo para acercarse a estos paradigmas, conocer de cerca la realidad de la familia y realizar intervenciones efectivas y pertinentes dirigidas a contribuir a solucionar aquellos problemas que afectan el desarrollo de los integrantes de familias, en particular de las más vulnerables.

Este documento incorpora elementos e insumos acerca de la Visita Domiciliaria Integral que contribuirán a fortalecer su implementación, resguardando la calidad de la prestación y reconociendo en ésta, una oportunidad en la praxis de hacer efectivo nuestro modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario. Ha sido construido según criterios específicos basados por un lado en la mejor evidencia disponible pero, además, en la experiencia de los expertos, quienes intervienen día a día en la implementación de la VDI en los distintos niveles de atención.

Para efectos de este documento, entenderemos por Visita Domiciliaria Integral como:

“Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable.

Se incluye la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales, se inserta en el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas”¹.

¹Definición de consenso en grupo de experto.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

1. Antecedentes Históricos

La Visita Domiciliaria es una prestación que nace junto con la medicina y el cuidado de los enfermos. En Chile, esta estrategia fue incorporada en distintos programas y en el quehacer de los profesionales y equipos desde los inicios de la década de los 30'. Un grupo de mujeres (profesoras, enfermeras y visitadoras sociales) se beneficiaron de la expansión educacional promovida por el Estado y comenzaron a efectuar visitas a los domicilios. Los elementos centrales de la visita eran los aspectos educativos, higiénicos y epidemiológicos; 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 las personas en situación de vulnerabilidad². Esta intervención tuvo fuerte implicancia en mejorar las condiciones de vida de las personas, impactando favorablemente en hacer frente a enfermedades que provocaban altas tasas de morbilidad, ligadas fuertemente a las condiciones de vida, prevalentes por décadas en poblaciones de menores recursos.



El año 2005, en el marco de la Reforma de la Salud, se incorpora el *Modelo de Atención Integral en salud, con Enfoque Familiar y Comunitario*³. El modelo, que sustenta enfoques centrados en las personas y su calidad de vida, privilegia intervenciones promocionales y/o preventivas planificadas, sectorizadas y de abordaje familiar. Entre estas se encuentra la Visita Domiciliaria Integral (VDI), dirigida fundamentalmente a las personas que están con situaciones de riesgo para su salud.



Los Ángeles, CESFAM Dos de Septiembre

² VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar, septiembre de 2006, Cubillos.

³ Modelo de Atención Integral en salud, Cuadernillo N°1, 2005, MINSAL

Posteriormente, la VDI se ve fortalecida en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), componente de Salud del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC), ya que se instala como una intervención privilegiada para favorecer el Desarrollo Infantil Temprano, siendo considerada como estrategia destinada a los grupos más vulnerables, y relevada a través de la publicación de las *Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia* (2009).

Este desafío ha sido acompañado por capacitación en VDI, a los equipos de salud de nuestro país, en una alianza estratégica con UNICEF. Este proceso se realiza el año 2009 y 2010 a todos los Servicios de Salud del país.

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha emprendido un desafío significativo que apunta a reducir el impacto de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, para ello se desarrolla la *Estrategia Nacional de Salud 2011-2020* (ENS) que es la carta de navegación del sector y que tiene como uno de sus objetivos la *Reducción del rezago en niños y niñas*, incorporando indicadores que apuntan a la calidad desarrollándose criterios, estándares e indicadores de calidad para la prestaciones, entre ellas la Visita domiciliaria Integral (VDI).

Junto a lo anterior, se ha continuado trabajando en diversos aspectos que apuntan a fortalecer la implementación de esta prestación. Estos se resumen en:

Evaluación de efectividad proceso de capacitación en VDI 2009-2010 (UNICEF-MINSAL, 2011). Confirmando el impacto positivo, tanto en los conocimientos, habilidades, actitudes y autoeficacia de los participantes. Esto demuestra la importancia de invertir en fortalecer las capacidades del Recurso Humano para poder generar cambios en la calidad de la prestación⁴.

Cooperación Sur-Sur del Ministerio de Salud de Uruguay -MINSAL, con el propósito de intercambiar las experiencias y asistencia técnica de los avances en Visita domiciliaria en ambos países.

Revisión Sistemática sobre la efectividad de la Visita Domiciliaria para el Desarrollo infantil con niños entre 0 a 6 años⁵ (2012).

Desarrollo de perfil de competencias para profesionales que realizan VDI (2013)⁶.

Análisis de la implementación y funcionamiento de la Visita Domiciliaria Integral del sistema ChCC, 2013, Ministerio de Desarrollo social (MDS), MINSAL. Este análisis es un estudio con metodología mixta, para explorar y describir los principales aspectos de gestión y técnicos en la implementación de las VDIs según los lineamientos propuestos en las orientaciones técnicas de VDI ChCC.

Como parte del compromiso de avanzar en esta estrategia, es que se convoca a un grupo de expertos para desarrollar las Orientaciones Técnicas en Visita Domiciliaria Integral, con foco en curso de vida y que dé cuenta de los tres principios orientadores el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario como son⁷: centrado en las personas, integralidad en la atención y continuidad en el cuidado, que se implementa la red asistencial pública del país.

⁴ Evaluación de efectividad proceso de capacitación en VDI 2009-2010(<http://www.chccsalud.cl/p/vdi.html>)

⁵ Revisión Sistemática sobre la efectividad de la Visita Domiciliaria para el Desarrollo infantil con niños entre 0 a 6 años <http://www.chccsalud.cl/p/vdi.html>

⁶ <http://www.chccsalud.cl/p/vdi.html>

⁷ Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2013

2. Marco Legal

La VDI, como cualquier otra prestación en salud, se rige por las normativas legales vigentes. Las principales normas que deben ser consideradas cuando realizamos VDI son:

Ley Nº20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Esta ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. No hay que olvidar que la VDI es una prestación de salud. Algunos artículos relevantes que se relacionan más cercanamente a la VDI son:

- Artículo 5º: En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia
- Art. 7º: En aquellos territorios de alta concentración indígena, asegurar el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.
- Artículo 8º: Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito.
- Artículo 14: Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, salvo que implique la aceleración artificial del proceso de muerte.

Considerando lo anterior, se hace imperante velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, que no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida (artículo 5º letra a).

Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre (artículo 5º letra b).

Respetar y proteger la vida privada de la persona durante su atención de salud. Esto implica, considerar el consentimiento de las personas y familias y en especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. Para todo lo anterior se requerirá autorización escrita (consentimiento informado) del paciente o de su representante legal (artículo 5º letra c).

Ley Nº20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad.

En su artículo 12 dispone que el Estado promoverá la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones o servicios de apoyo, los que se entregarán considerando el grado de dependencia y el nivel socioeconómico de cada persona. La atención de las personas con discapacidad en situación de dependencia, deberá facilitar una existencia autónoma en su medio habitual y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social.

La VDI en este ámbito, es una herramienta para hacer un buen diagnóstico biopsicosocial detectando brechas para la inclusión social y promoviendo estrategias para reducirlas.

Ley N° 20.066 de violencia intrafamiliar.

De acuerdo al artículo 1° de esta ley, su objeto es prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma. Considera como obligación del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia (artículo 2). El Estado deberá adoptar políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas e implementando medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia (artículo 3).

La VDI es un espacio en donde se pueden observar interacciones más cercanas a la realidad. En ese contexto puede ser un escenario en donde se puede sospechar VIF.

La VDI puede tener diversos objetivos en el contexto de VIF y Maltrato: preventivo y promocional, diagnóstico o de intervención. Es importante considerar que en la develación de la VIF, el domicilio puede tornarse un espacio inseguro para la mujer y otros miembros de la familia, por lo que se sugiere profundizar la temática en el establecimiento de salud.

Artículo 175 letra d) del Código Procesal Penal

Impone a las personas allí mencionadas la obligación de denunciar: “Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito”.

Este artículo recalca la obligatoriedad del equipo en denunciar sospecha de situaciones de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil o cualquier otro hecho constitutivo de delito.

Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes

Este convenio reconoce los derechos colectivos de los pueblos indígenas reforzando la idea de equidad, participación y el derecho a recibir atención de salud según sus necesidades epidemiológicas y prioridades expresados en los territorios. Insta a los gobiernos a tener en cuenta y reconocer en el proceso de atención, sus propios métodos, prácticas y medicamentos que le son propios a su cosmovisión y cultura (Artículo 25 del Convenio).

3. Marco Ético de la VDI

La VDI es una atención de salud más a la que tienen derecho los usuarios del sistema de salud público, por lo que, debe enmarcarse dentro de los mismos lineamientos éticos que conlleva toda acción de salud, esto es resguardando los principios de beneficencia, de no maleficencia, justicia y autonomía.

Por otra parte, siendo la VDI una actividad que se realiza extramuros, es decir fuera del ámbito de los establecimientos de salud, es necesario tener en cuenta que se traslada el espacio de privacidad y confidencialidad que éstos otorgan, al domicilio de la propia familia.

Finalmente, vale destacar que el objetivo de la VDI es profundizar y entender el proceso de salud-enfermedad que enfrenta el paciente y su entorno, con un enfoque biopsicosocial, para contribuir a que las acciones que entreguen los equipos de salud resulten acordes a la realidad de la persona y su grupo familiar esperando con ello obtener un resultado más positivo.

Aspectos generales

De acuerdo a lo anterior y relacionado con los principios éticos, se debe entender que cuando un equipo de salud ofrece esta acción entre sus prestaciones, ha considerado que ésta significará un aporte beneficioso para el conocimiento del proceso de salud y enfermedad del paciente, que no constituirá un daño a su salud o a su bienestar y que el sujeto tiene el derecho a no aceptar la VDI o a no entregar información solicitada en el marco de ésta. Asimismo, se le indicará la confidencialidad de los datos entregados en el marco de la intervención, salvo las excepciones legalmente establecidas.

A mayor detalle, con relación a los principios clásicos de la bioética y los aspectos particulares de la VDI, se debe destacar que:

- **Beneficencia:** hacer el bien. Se entiende que consentir en recibir al equipo de salud en el domicilio en el contexto de una VDI, significará para la persona un beneficio en su atención de salud. El equipo de profesionales podrá contar con un mejor conocimiento del proceso de salud y enfermedad que la aqueja y de su entorno familiar, lo que facilita la comunicación y permite efectuar las intervenciones o entregar indicaciones de salud con una mayor pertinencia a cada caso en particular.
- **No maleficencia:** no dañar. De ninguna manera el hecho que la persona haya aceptado la visita del equipo de salud a su domicilio, puede implicar un daño para ella ni para su familia. La información que se obtendrá tendrá que ser utilizada sólo en su beneficio y habrá que cuidar toda situación o decisión del equipo que pudiera impactar de manera negativa en la persona o su grupo familiar.
- **Autonomía de las personas para la toma de decisiones libres e informadas.** Se debe tener presente que las personas son autónomas para consentir voluntariamente si aceptan o no ser visitadas por el equipo de salud en su domicilio. Así como también una vez en la visita misma, pueden reservarse el derecho a no responder ciertas preguntas o a no aceptar algunas indicaciones, sin que esto afecte el acceso a las atenciones de salud que el sistema le brinda. Todo lo anterior, no libera al equipo de la responsabilidad de velar por su salud. En esos casos, si bien la VDI permite obtener información relevante que en otro contexto de atención es difícil de acceder, el equipo puede ofrecer otras alternativas de intervención para continuar resguardando el cuidado de salud. Esta autonomía está reconocida hoy en la Ley de derechos y deberes que tienen las personas con relación a las acciones de salud (Ley N° 20.584, principalmente artículo 15 y 16).
- **Justicia:** El principio de justicia en este caso, dice relación con la posibilidad que tiene todo paciente de acceder a una VDI en el contexto de las atenciones de salud que se le ofrecen en el centro de atención primaria en el que está adscrito. Se entiende también que habrá un procedimiento para determinar de manera objetiva, la prioridad que tendrá cada caso para ser visitado, dada la limitación del recurso y en una visión de justicia distributiva de éstos.

Aspectos éticos a considerar por los equipos de salud que realizan la VDI

Los funcionarios de salud que realizan una Visita Domiciliaria Integral deben tener presente que entrar a un domicilio es una acción concertada y convenida con la familia y, para ello, además de contar con la competencias técnicas requeridas para esta actividad, es necesario siempre resguardar los aspectos éticos.

- Profesionales idóneos y capacitados: objetivos claros, pertinencia y resultados visibles

Se entiende que los profesionales que realizan las VDI, cuentan con las competencias y la capacitación específica para ello. Se mencionan a continuación, algunos aspectos éticos relevantes de esta actividad a considerar.

- Definir claramente el objetivo de la VDI como una acción de salud y el beneficio que en esa área redundará, de manera de no generar falsas expectativas respecto de beneficios (económicos, sociales u otros) que pudieran esperar los pacientes por el hecho de ser visitados en su hogar y que no dependen del sector salud. Por otra parte, deberá también contar con flexibilidad para reconsiderar el objetivo de la visita, si con base en los hallazgos esto se hace necesario y con la capacidad para realizar el seguimiento.
- Contar con coordinaciones pre establecidas para los casos de salud particulares que los profesionales pesquisen y que puedan requerir derivación urgente o a corto plazo, ya sea a la misma atención primaria de salud así como a otros niveles de mayor complejidad de la red de establecimientos de salud.
- Competencias y capacitación en intervención en crisis, para reaccionar de forma contingente frente a situaciones familiares inesperadas que pueden surgir durante la VDI, tales como duelos, conflictos, VIF, cesantía, entre otros, y orientar o realizar las derivaciones pertinentes. Informarse y respetar las características personales y la cultura a la cual pertenece la persona o familia que se visita. Este requerimiento se hace prioritario en aquellos grupos particulares como: pueblos indígenas, comunidad LGTBI, migrantes, personas con discapacidad, adolescentes, adultos mayores, entre otros. Los funcionarios deben conocer y llevar a cabo las sugerencias establecidas en los protocolos que se establecen según las particularidades de la persona, la cultura y condición de cada familia.
- Resultados visibles: la información recabada en el contexto de la visita debe constituir un importante insumo para el equipo tratante, de manera que el paciente perciba que la entrega de los datos solicitados se tradujo o se reflejó realmente en un aporte para su atención de salud.

Consentimiento Informado

Conforme al artículo 14 de la Ley N° 20.584, no es requisito obtener un consentimiento informado por escrito (firmado), para ser visitado, basta con un acuerdo verbal consignado en la ficha clínica. Sin embargo, un consentimiento manifestado por escrito (ver anexo) comprueba, en concreto, que el usuario(a) y su familia participaron del proceso en que les fue entregada toda la información relativa a la VDI, les fueron aclaradas las dudas y ejercieron el derecho de manifestar su voluntad accediendo a aceptarla, razón por la cual se recomienda su uso.

Independiente que se realice por escrito o no, lo importante de esta acción es considerar que el consentimiento es un proceso, no es sólo la firma de un papel y, por lo tanto, requiere el tiempo necesario para entregar una explicación de la actividad que se está proponiendo, a quién va dirigida, cuánto dura, cuál es él o los objetivos o el motivo por el cual se realiza, entre otros, todo ello explicado en un lenguaje comprensible para el usuario

Privacidad y Confidencialidad

La confidencialidad de la información es una obligación en la atención de salud. En este sentido, las familias deben estar al tanto de este derecho y saber que la información registrada sobre ellos en las fichas clínicas sólo es accesible para las personas autorizadas por Ley.

Es también requisito resguardar la privacidad con que se debe abordar la información que se recoja en la visita, cuidando de no hacer preguntas sensibles delante de otras personas del grupo familiar que se encuentren en el domicilio al momento de la visita.

En el caso de las visitas que tienen como paciente índice un niño/niña/adolescente (menores de edad), éstas deben contar con la autorización expresa y realizarse ante la presencia de al menos un adulto significativo (padre, madre, cuidador).

Asimismo, se debe recordar al paciente que la confidencialidad tiene sus límites en situaciones como cuando se está frente a un riesgo de vida para la persona o de daño para terceros. En estos casos existe el deber de informar a su representante legal, a un adulto familiar o al organismo pertinente, según corresponda.

La confidencialidad en el caso de la VDI no sólo afecta al paciente índice, se debe tener especial preocupación por la información de que se tome conocimiento y que afecte a terceras personas del grupo familiar a quienes no se les ha solicitado su consentimiento para ser visitadas.

FIGURA N°1: EJEMPLOS DE ACCIONES EN VDI VINCULADAS A PRINCIPIOS ÉTICOS



4. Enfoque de Curso de Vida

El enfoque de curso de vida está relacionado con una nueva forma de entender la salud, más allá del modelo biomédico. En lugar de un foco en la enfermedad, se entiende que el trabajo en el área de la salud también involucra el bienestar y la capacidad de las personas para satisfacer sus necesidades y adaptarse positivamente a su entorno (Halfon & Hochstein, 2002), superando una visión dicotómica basada sólo en los conceptos de crecimiento - declinación, y visualizando las ganancias y pérdidas que forman parte de cada etapa del ciclo vital (Parodi). Esta mirada longitudinal de la vida integra sus distintas etapas (prenatal, infancia, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor) y sus características particulares, de forma que cada una se encuentra relacionada con la otra, permitiendo también visualizar influencias y patrones intergeneracionales (Vivas, Benia, Fernández & Levcovitz, 2011; Quinlan-Davidson, 2011). Asimismo, sirve para enfatizar que los derechos humanos deben ser protegidos a lo largo de todo el ciclo de vida, lo cual implica en el campo de la salud un trabajo multisectorial y participativo (Parodi).

Esta mirada del curso de vida es útil para poder entender cómo es que la salud de diferentes personas puede seguir trayectorias tan distintas, afectando variables como expectativa de vida, calidad de vida, presencia de enfermedades crónicas, etc. Este enfoque enfatiza que es la interacción entre la biología y la experiencia lo que determina el desarrollo de la salud de los individuos y poblaciones, y nos permite una comprensión más profunda sobre las causas de la enfermedad y el modo de prevenirlas (Halfon & Hochstein, 2002; Quinlan-Davidson, 2011).

Este modo de entender la salud, implica un cambio de paradigma en nuestra forma de aproximarnos a ella, postulando que la salud es un fenómeno dinámico, complejo, determinado por múltiples factores biopsicosociales, y que influye el funcionamiento de las personas a nivel físico, psicológico y social (Halfon & Hochstein, 2002; Quinlan-Davidson, 2011).

Algunos ejemplos de este paradigma son:

El rol fundamental de las experiencias tempranas se hace evidente en el desarrollo cognitivo de las personas. En este sentido, la evidencia científica apunta a que los primeros años de vida (infancia temprana) son críticos para el desarrollo integral de los individuos, y afectan su experiencia escolar, académica, laboral y la pérdida progresiva de funciones durante la tercera edad (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). Estos resultados evidencian la importancia de diversos factores durante la gestación, pero además de que sus efectos dependen de muchos otros factores posteriores de igual importancia después del nacimiento y durante los primeros años de vida (Lu & Halfon, 2003).

Los fenómenos como el aumento de la expectativa de vida y la disminución de las tasas de nacimiento y mortalidad en Chile y otros países del mundo conllevan al envejecimiento de la población, trayendo nuevos desafíos para los sistemas de salud. Entre éstos, se encuentra la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas y la mejora de la calidad de vida durante la tercera edad (Cotlear, 2011; Quinlan-Davidson, 2011).

Todo lo anterior implica que para cumplir con el objetivo de reducir la desigualdad en la salud y bienestar de las poblaciones, no basta con entregar mayor cobertura y servicios a las personas que ya tienen enfermedades. Se requiere también abordar aquellos factores psicosociales subyacentes, tales como ingreso, educación, calidad de vínculos sociales y familiares, entre muchos otros. Con este nuevo horizonte, la sociedad actual tiene la posibilidad de ejercer un gran poder de influencia sobre sus propias condiciones de salud futuras (Halfon & Hochstein, 2002; Lu & Halfon, 2003; Graham, 2010).

¿Cuáles son los principios básicos del enfoque de curso de vida?

La salud de las personas está determinada por múltiples contextos que afectan el desarrollo de los seres humanos: genético, biológico, conductual, social y económico, entre otros (Halfon & Hochstein, 2002).

El desarrollo de la salud es un proceso adaptativo, que se da gracias a las interacciones entre los contextos genético, biológico, conductual, social y económico, y los sistemas bioconductuales de regulación de los seres humanos (Halfon & Hochstein, 2002).

Las personas siguen diferentes trayectorias de salud que dependen de la combinación entre factores protectores y de riesgo, y la programación del sistema bioconductual a través de periodos críticos y sensibles. Por periodos críticos o sensibles se entienden aquellas etapas durante las cuales se construyen o modifican trayectorias de salud (ej: la adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo de la identidad, creencias y valores que afectan las conductas de salud), o cuando la persona es particularmente sensible a algún factor de riesgo o protección (ej: durante el embarazo, la exposición de la madre a entornos contaminados con sustancias tóxicas puede afectar al feto en su desarrollo neuronal y, a partir de aquello, afectar el desempeño escolar a futuro) (Halfon & Hochstein, 2002).

El ritmo y momento en el cual ocurren los eventos biológicos, psicológicos, culturales e históricos de la vida de una persona influyen sobre la salud y desarrollo de los individuos y las poblaciones (Halfon & Hochstein, 2002).

¿Cómo influye este enfoque en cómo llevamos a cabo la Visita Domiciliaria Integral?

El enfoque de curso de vida se complementa con el enfoque biopsicosocial de salud familiar y comunitaria, transformando a la VDI en una intervención dinámica, comprensiva, que aborda múltiples contextos, aporta a una mirada multidimensional, más allá del corto plazo, y que es consciente de

su rol fundamental dentro del conjunto de prestaciones de salud, para la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación de la salud y bienestar a lo largo de toda la vida de las personas. Implica también la comprensión de que la VDI deberá cambiar sus objetivos y características según la etapa de la vida de las familias, sus experiencias y el contexto en que vivan, así como el gran potencial de intervenir sobre su vida cotidiana (Vivas, Benia, Fernández & Levcovitz, 2011).

5. Revisión de la literatura con respecto a Visita Domiciliaria

El concepto de “Visita Domiciliaria integral” se acuña en nuestro país a raíz de la incorporación del nuevo modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que se sustenta en un enfoque biopsicosocial y ecológico de la salud y se enmarca dentro de un plan de intervención diseñado y ejecutado en la APS.

Al realizar la revisión de literatura sobre VDI, se puede apreciar la amplia experiencia existente a nivel nacional, pero la escasa sistematización e investigación al respecto. Es necesario señalar, que la visita domiciliaria integral como tal es un concepto “local”. Por lo tanto, a nivel internacional es posible encontrar bastante evidencia sobre visita domiciliaria (VD) en sus diversas modalidades, pero no específicamente sobre VDI.

La evidencia científica sobre el impacto de la visita domiciliaria data desde hace más de 30 años. En este sentido, existen distintas revisiones y análisis que señalan que la visita es efectiva en los fines que persigue, pero que sus efectos varían según el tipo de visita realizada, sus objetivos y su contexto (Korfmacher, 2011). Gran parte de la investigación en VD se ha llevado a cabo en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y países de Europa. Mientras en Chile y Latinoamérica, como se había señalado anteriormente, se cuenta con mucha experiencia en visita domiciliaria, pero no con publicaciones. A pesar de ello, la investigación nacional hasta la fecha sugiere que la visita domiciliaria brinda importantes beneficios en contextos específicos y con objetivos claros (Aracena et al. 2009)

Así también, a la hora de evaluar la efectividad de una visita domiciliaria, es importante considerar que los estudios sobre VD en general, son muy disímiles entre sí y que varían en cuanto a las características de la muestra, al foco y a las características de la intervención (frecuencia y número de visitas, la duración), al personal que realiza la visita, en su interconexión con otras prestaciones y en las medidas de resultado.

Si bien la VDI no es completamente homologable al concepto de Visita Domiciliaria presente en la literatura internacional, revisar la evidencia sirve como guía de orientación. A continuación se describirá brevemente lo que señala la literatura al respecto, fundamentalmente en los dos grupos donde existen mayores estudios disponibles: primera Infancia y adulto mayor.

Visita Domiciliaria en Infancia

Existen más de 20 revisiones sistemáticas relacionadas con la efectividad de la visita domiciliaria como una estrategia para ayudar a los niños, niñas y sus familias a alcanzar diversos resultados (Olds, Henderson, Kitzman, Eckenrode, Cole & Tatelbaum, 1999; Sweet & Appelbaum, 2004). A nivel general, la VD en infancia propone contribuir a la promoción del bienestar y prevención de enfermedades, a la salud física, mental y al desarrollo integral de los niños, niña y adolescente, favoreciendo que tengan mayores posibilidades de desplegar sus potencialidades tanto a corto como a largo plazo.

Una de las investigaciones más recientes es la de Peacock, Konrad, Watson, Nickel y Muhajarine (2013). A nivel general, sus resultados arrojan que la visita domiciliaria es más efectiva cuando:

- Existe un **vínculo positivo y de confianza** entre el agente visitador y la familia.
- Las familias muestran un nivel de **riesgo moderado** (gestantes en contextos vulnerables, excluyendo cuadros psicológicos severos, tales como depresión, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, entre otros), siendo mejor atender a los casos graves por medio de otros servicios más especializados.
- Se comienza a trabajar tempranamente con las madres (a partir de la **gestación**).
- Se realizan visitas durante un tiempo **prolongado (más de un año)**.
- El equipo se enfoca en uno o dos **objetivos específicos** en vez de abordar varios objetivos en forma simultánea y,
- Los agentes visitadores reciben una buena **formación y supervisión continua**, y focalizada en responder a las necesidades de las familias que atienden.

Mathematica Policy Research INC (2016) ha entregado una sistematización de los 19 mejores programas de visitas domiciliarias en infancia temprana (ver anexo 1) que cumplen con estándares metodológicos de calidad internacional. Todos ellos cuentan al menos con un resultado estadísticamente significativo alto o moderado en dos o más dominios o resultado moderado o alto en un mismo dominio en muestras independientes en las siguientes áreas: (1) salud infantil, (2) salud materna, (3) desarrollo infantil y apresto escolar, (4) prácticas de crianza positivas, (5) reducción de delincuencia juvenil, violencia familiar o crimen, (6) reducción de maltrato infantil, (7) auto sustento económico de la familia o (8) vinculación o referencia a las redes.

La sistematización concluye que los 19 programas cuentan con múltiples efectos favorables, todos los programas siguen teniendo impacto positivo después de un año de ingresado al programa y los resultados no se limitan a subgrupos. Es importante señalar, que la mayoría de los 19 modelos presentaron muestras que diferían en sus características demográficas.

En cuanto a los resultados por área: sólo algunos de los 19 programas (7/19) han encontrado diferencias significativas en la disminución maltrato infantil, (6/19) en autosuficiencia económica familiar y 4/19 en vinculación o referencia a las redes (Avellar, Paulsell, Sama-Miller, Del Grasso, Akers y Kleinman, 2016).

Según la revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria para el desarrollo infantil con niños de 0 a 6 años (Araujo y cols., 2012) se pueden extraer las siguientes conclusiones:

VD	Área
Desenlaces sobre los cuales VD tienen mayor impacto potencial	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia • Prevención de lesiones no intencionales
Atributos y condiciones de las VD	<ul style="list-style-type: none"> • Programas pre y postnatales, respecto de los que abarcan sólo un período. • VD ejecutadas por profesionales • Programas orientados primariamente a la prevención del abuso
Contextos en los que las VD tienen mayor impacto potencial	<ul style="list-style-type: none"> • Población de riesgo de abuso infantil • Población de embarazadas con riesgo de depresión o ansiedad • Padres con discapacidad intelectual • Familias con niños de bajo peso de nacimiento
Promoción	Costo-efectividad muy dudosa y no parece aconsejable (exceptuando lactancia, si se realizan 4 a 8 visitas)
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención del abuso y maltrato, en familias con riesgo de este tipo de evento. • La prevención de la depresión en el embarazo o postparto en grupos de riesgo de Depresión. • Mejorar la seguridad del entorno del niño en familias con padres con discapacidad Intelectual. • Prevenir lesiones no intencionales en niños con condiciones de alto riesgo para este tipo de accidente (ej., madres solas, pobreza extrema). • Las madres/familias de niños de bajo peso de nacimiento.

Araujo, M., Ramírez, y Hoogma, A., y S., Zamora, C. (2012). Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria para el desarrollo infantil con niños de 0 a 6 años. Documento no publicado.

Visita Domiciliaria para Adulto mayor

Al realizar una revisión de 19 publicaciones científicas reportadas desde el año 2000 en adelante, analizando críticamente los resultados obtenidos en ellos, se pudo obtener que la evidencia científica en relación a la visita domiciliaria en el adulto mayor (Bravo y col. MINSAL 2015) describe a la visita domiciliaria como una de las herramientas que puede apoyar a los equipos en la entrega de servicios oportunos para adultos mayores cuando cumplen las siguientes condiciones:

- Tipo de profesional: aun cuando no existe evidencia que identifique resultados diferentes de acuerdo al profesional que realiza la visita, la multidisciplinariedad de los equipos que asisten a domicilio exhibe mejores resultados.
- Tipo de intervención: cuando las visitas son programadas para un objetivo específico (por ejemplo, mejoramiento de la funcionalidad, identificación de riesgos en el hogar, alimentación saludable, entre otros), y los profesionales que realizan las visitas son fieles a la intervención propuesta, los resultados obtenidos son más efectivos que cuando las intervenciones son menos estructuradas. Adicionalmente, aquellas visitas que poseen en su diseño un componente educacional reportan mejores resultados en la promoción de estilos de vida saludable.
- Periodicidad de la intervención: respecto a la frecuencia, las intervenciones únicas y esporádicas son menos efectivas que aquellas que consideran seguimiento y continuidad en la ejecución.
- Tipo de usuario: Diversas investigaciones han demostrado ser más efectivas para adultos mayores en situación de fragilidad, con dificultad para acceder a servicios de salud y de apoyo social debido a limitaciones físicas o mentales.

Diversas investigaciones internacionales que incluyen experiencias en Norteamérica, Europa y Asia han descrito los siguientes efectos positivos de la visita domiciliaria para el adulto mayor que se muestran en el siguiente cuadro:

Efectos positivos de la Visita Domiciliaria

Aumento en la calidad de vida y bienestar	Aumento en su funcionalidad física y cognitiva, se refleja en mejores indicadores de calidad de vida y bienestar y menor institucionalización de los participantes (A. M. Beck et al., 2013; Frese, Deutsch, Keyser, & Sandholzer, 2012).
Mejoras en el autocuidado y autoeficacia	Aumentan su autonomía, salud mental, seguimiento de indicaciones y dieta saludable. Aumento en la percepción de autoeficacia (Favela et al., 2013; Hosseini, Torkani, & Tavakol, 2013; Kawagoe et al., 2009).
Disminución de las caídas y eventos adversos	Identificación de elementos riesgosos para las caídas, previniendo con ello eventos adversos dentro del hogar (Imhof, Naef, Wallhagen, Schwarz, & Mahrer-Imhof, 2012; Nikolaus & Bach, 2003; Suttanon et al., 2013).
Mejor utilización y acceso a servicios de apoyo sociales y de salud:	Optimizan el uso de los servicios, accediendo a ellos en forma oportuna (R. A. Beck, Arizmendi, Purnell, Fultz, & Callahan, 2009; Kono et al., 2012).
Aumento de la percepción de redes de apoyo	Las experiencias descritas por adultos mayores es satisfactoria cada vez que reciben a un profesional capacitado en su hogar, haciéndolos sentir visibles a la sociedad (Behm, Ivanoff, & Ziden, 2013; Nicolaidis-Bouman, van Rossum, Habets, Kempen, & Knipschild, 2007) La inclusión de la familia (cuando está presente) es un elemento a considerar para asegurar la efectividad de la intervención (Dalby et al., 2000; Hosseini et al., 2013; Thume, Facchini, Tomasi, & Vieira, 2010).
Cuidado post-hospitalario	Los adultos mayores que reciben visitas domiciliarias después de una hospitalización tienen un menor riesgo de ser readmitidos en centros hospitalarios (Avlund, Jepsen, Vass, & Lundemark, 2002; Rytter et al., 2010; Sinclair, Conroy, Davies, & Bayer, 2005).

Es importante observar para la estrategia de visita domiciliaria los costos involucrados. Algunas investigaciones, han descrito que las visitas domiciliarias son menos costosas que las intervenciones propuestas en el cuidado estándar, es decir aquel que no incluye visitas (Kronborg, Vass, Lauridsen, & Avlund, 2006; Sahlen, Lofgren, Mari Hellner, & Lindholm, 2008).

Recomendaciones

La recomendación para la visita domiciliaria integral, basada en la mejor evidencia disponible, indica que estas intervenciones deben estar a cargo de equipos multidisciplinarios entrenados para desarrollar esta estrategia, en habilidades como comunicación en salud, cuidado centrado en la persona y salud participativa. La intervención en visita domiciliaria, debe tener un objetivo claro, operacionizable y medible. Además las visitas deben mantenerse en el tiempo y llevar un claro registro de las acciones realizadas lo que permita asegurar la continuidad del cuidado profesional en el hogar y el vínculo con otras intervenciones fuera de la casa. El apoyo telefónico para consultas de profesionales y usuarios aumenta la efectividad de la intervención domiciliaria.

Adicionalmente, para resguardar la fidelidad de la intervención, la ejecución de las visitas, el desempeño de los profesionales y los resultados obtenidos deben ser monitoreados periódicamente, promoviendo con ello su efectividad. Con esto se facilitaría la discusión de los casos entre los profesionales procurando el mejoramiento continuo de las intervenciones.

CAPÍTULO II: MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, componente clave en la reforma de salud instaurada el año 2005, está basado en el enfoque integral del ser humano, y entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos, los que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos.

Este modelo de atención se ha redefinido como un “Modelo de relación de los miembros del equipo de salud del sistema sanitario con las personas, su familia y comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema socio cultural diverso y complejo donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud Integral, oportuna, de alta calidad y resolutive en toda la red de prestadores, la que además es cultural y socialmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de la personas, la participación social en todo su quehacer- incluido el Intersector y la existencia sistemas de salud indígena. En este modelo se entiende la Salud como un bien social y la Red de Salud como la acción articulada de la red de prestadores, organismos municipales, la comunidad organizada y las organizaciones sociales intersectoriales”⁸.

El modelo integral de salud familiar y comunitaria se basa en que los equipos de salud asumen el cuidado de la salud de una población a cargo, en un trabajo colaborativo y de corresponsabilidad con acciones orientadas a estilos de vida más saludables con ellos. Ello implica contacto cercano y permanente del equipo de cabecera y/o tratante, con dicha población y en todo el curso de vida, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en una red articulada de servicios. Esta visión impone exigencias a los equipos con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad sociocultural, étnica, de género y los determinantes sociales de la salud en las distintas comunidades y territorios. Entendiendo lo anterior, se debe considerar distintos niveles de grupos objetivos: la persona, la familia y la comunidad del territorio en el que están insertos y de dónde provienen sus usuarios, información que los equipos de salud deberán conocer para desarrollar las acciones en salud.

El enfoque Familiar es uno de los aspectos relevantes de la implementación del Modelo de atención Integral de salud. Bajo este enfoque, considerando una perspectiva práctica y sólo para efectos del presente documento, definiremos *familia* como el “Conjunto de personas unidas por lazos de parentesco o relación afectiva, que viven bajo un mismo techo y que comparten recursos y/o responsabilidades”⁹. Sin perjuicio de ello, desde una perspectiva integral, familia es el conjunto de personas que son reconocidas como tal por quién las describe, es decir, cada cual define su familia, la que incluso podría incluir miembros que no vivan bajo el mismo techo.

Nuestro Modelo de Atención está basado en el enfoque familiar, lo que implica que considera al individuo y su familia como un sistema. Desde ese paradigma implica que en la práctica diaria se considera que:

⁸ Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. MINSAL 2013

⁹ Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud, cuaderno 18, MINSAL

1. Incluye a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo, considerando la influencia de la familia sobre la salud de sus miembros y cómo la enfermedad afecta al sistema familiar.
2. Involucra a la familia como parte de los recursos que los individuos tienen para mantenerse sanos o recuperar la salud. Una familia cumple entre otras funciones, la función de protección y cuidado, y ésta cuando es satisfecha, fomenta el desarrollo de sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas en salud¹⁰.
3. Introduce a la familia como unidad de cuidados, como entidad propia distinta al individuo, donde el cuidado planificado del grupo tiene beneficios mayores que la suma de intervenciones aisladas en cada uno de los miembros.

Los equipos de salud ocupan un lugar privilegiado para comprender e intervenir en las familias dado que las acompañan en varios hitos de la vida familiar, a través de su oferta programática. Esta oferta programática está orientada indirectamente a la familia cuando es una actividad específica (control de salud, exámenes preventivos, entre otros) y directamente cuando hay una situación de riesgo que requiere actividades más complejas como una intervención familiar, en donde la visita domiciliaria integral es parte de ella. Desde esta perspectiva es importante considerar la VDI como una gran oportunidad para concretar acciones con la mirada de enfoque familiar.

El trabajo con familias requiere de elementos y metodologías que les permitan a los equipos de salud profundizar el conocimiento de éstas, con un enfoque sistémico, considerando las estrategias promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras, en la atención primaria y toda la red asistencial.

Para ello es importante considerar¹¹:

- Las teorías que sustentan el trabajo con familias.
- Comprender las dimensiones de la familia.
- Evaluar en forma estandarizadas a las familias, aplicando instrumentos.
- Conocer y combinar el abordaje clínico derivado del enfoque biopsicosocial y del enfoque familiar.
- Planificar el cuidado de los miembros de la familia y el grupo.

1. Intervención familiar

La Intervención Familiar es una serie de acciones planificadas y coordinadas por el equipo de salud de forma colaborativa con las personas y sus familias en situación de riesgo, con el objeto de promover estilos de vida saludable y prevenir situaciones de daño de algún miembro de la familia o de la totalidad de ella.

Se propone diferentes niveles de Intervención:

- Nivel 1: Mínimo énfasis.
- Nivel 2: Información y consejería informativa.
- Nivel 3: Sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis.

¹⁰ Consideraciones sociológicas acerca de las relaciones entre familia y atención primaria de salud (Florenzano, Horwitz)

¹¹ Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud(serie cuaderno 18), MINSAL

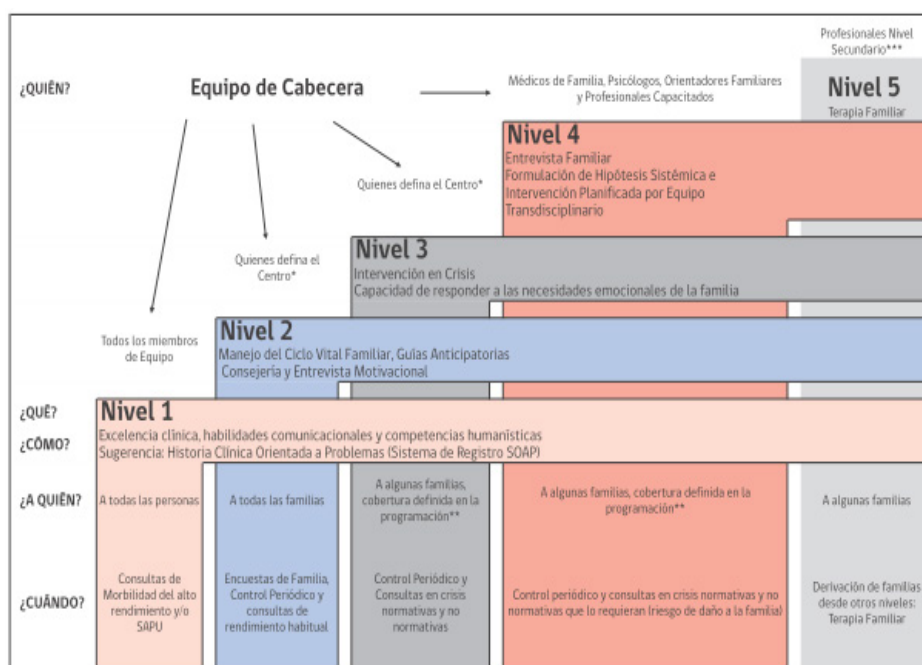
- Nivel 4: Evaluación funcional e intervención planificada.
- Nivel 5: Terapia familiar.

Probablemente el trabajo de los equipos de cabecera deberá tener predominio en los Niveles 2, 3 y 4; en donde dentro de las estrategias deberá ser considerada la VDI.

En la intervención familiar se propone considerar las siguientes **etapas** que permiten ordenar este proceso:

- Priorización: a quién realizar la Intervención (familia Objetivo- Familia en Riesgo).
- Obtención de la Información: etapa de diagnóstico (Estudio de familia).
- Identificación de problemas o situaciones a Intervenir (evaluación de necesidades).
- Proponer intervenciones vinculadas a estos problemas (plan de Intervención consensuado).
- Monitoreo, reformulación y evaluación.

FIGURA N°2: NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD CON LAS FAMILIAS A CARGO¹²



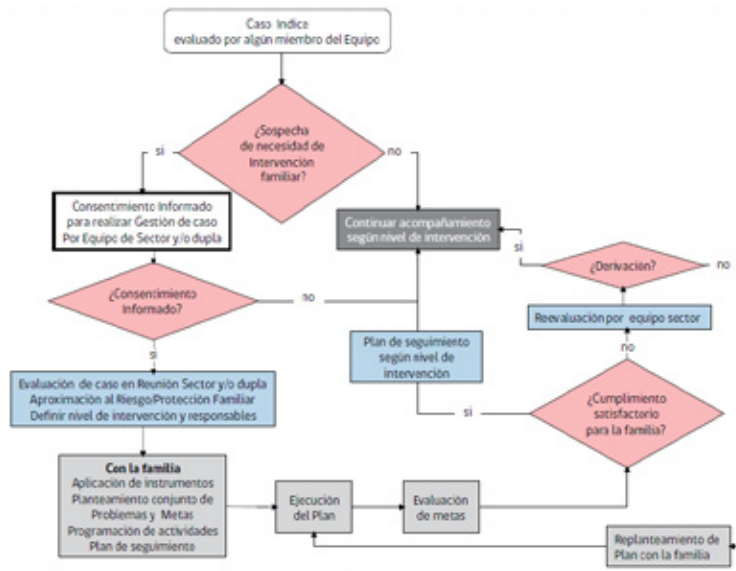
* Depende de quienes ejecuten las actividades programadas para los niveles 2 y 3

** Según la Matriz de Cuidados a lo largo del Ciclo Vital pueden estimarse las familias que se encontrarán en crisis normativa. Las crisis no normativas pueden estimarse apoyándose en los ingresos control de patologías crónicas y de salud mental, por ejemplo.

***Donde lo defina la Red de Salud local. Algunos centros cuentan con este nivel de especialización.

Es en la etapa 2,3 y 4, donde se puede incorporar la estrategia de VDI para el cumplimiento de estos objetivos. Actualmente los equipos priorizan la VDI con el propósito fundamental de obtener mayor información (etapa B) y contar con un estudio acabado de la familia. Sin embargo es importante, para mejorar el impacto en salud, considerar la VDI como un **espacio de Intervención** inserto en un Plan de Acción con objetivos y contenidos específicos, frecuencia ajustada al plan y enfocado en aquellos problemas de salud donde la VDI ha demostrado mayor efectividad.

¹² Orientación para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar MINSAL 2013

FIGURA N°3: PROCESO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR¹³

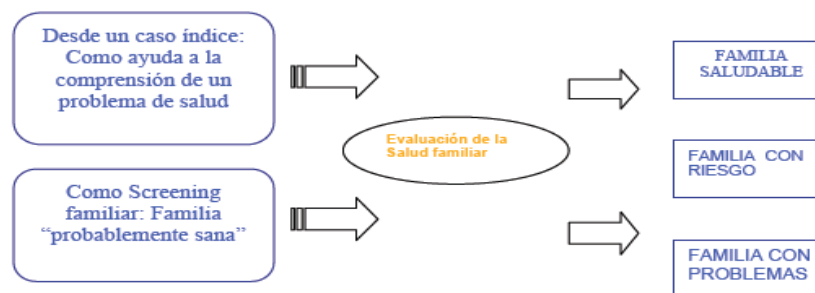
a. Priorización: Familia en Riesgo

Toda Intervención familiar surge de la decisión del equipo de cabecera, al considerar una o más situaciones de riesgo de un individuo y/o su familia, que ameriten ser abordados para prevenir situaciones no deseadas o impactos negativos en salud.

Un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS). Es aquello que da cuenta de una estimación estadística de la probabilidad de que la familia y/o el individuo puedan generar un estado de salud peor (daño) por características de su propia dinámica y/o por el contexto en el cual se desenvuelve.

Habitualmente la aproximación a esta situación de riesgo es a través de un caso índice, identificando una situación problema en una consulta espontánea o a través de la aplicación de un tamizaje o Screening sin un problema evidenciado o explícito.

FIGURA N°4. FORMA DE APROXIMACIÓN A UNA FAMILIA EN RIESGO



Un ejemplo de esta última situación, es la aplicación de la Evaluación psicosocial Abreviada (EPSA) durante la gestación, pauta que se incorpora dentro de las acciones del Programa de apoyo al desarrollo Biopsicosocial (PADBP) del Chile Crece Contigo (ChCC). Esta pauta es aplicada en el primer control de embarazo y se mantiene según la evaluación de cada caso por el equipo de cabecera¹⁴.

Este tamizaje es de auto-reporte e intenta detectar situaciones de vulnerabilidad vinculadas a desarrollo infantil (ingreso tardío al control, escolaridad menor de 6° Básico, embarazo adolescente,

¹³ Orientación para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar MINSAL 2013

¹⁴ <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/archivo-historico/>

sospecha de trastorno depresivo, abuso de sustancias, violencia intrafamiliar y discapacidad, entre otras). Dicha información de vulnerabilidad detectada, es posible de obtener como herramienta de gestión clínica a nivel local (cada establecimiento) y a través del Sistema de Registros y Monitoreo (SDRM¹⁵), plataforma rutificada, en donde se registran todas las situaciones de riesgo de las gestantes, sus hijos y las acciones que la red comunal realiza en relación a éstas. En función de esta información, es necesario que los equipos desplieguen una serie de recursos en el marco de un *Plan de Acción o de Intervención consensuado*, para generar respuestas de intervención efectivas.

Por otra parte, para favorecer la identificación de estas familias de riesgo, algunos equipos de salud a nivel local han desarrollado instrumentos para clasificar el riesgo en el que se encuentran expuestas las familias, considerando dimensiones biopsicosociales por una parte, como individuales y familiares. Se hace imprescindible que los equipos de salud puedan contar con un conocimiento básico de todas sus familias a cargo para decidir adecuadamente a quiénes y cómo intervenir.

La importancia de considerar y conocer a las familias en riesgo es que:

- Aporta a la mirada preventiva de las acciones de salud, coherente con nuestro modelo de atención.
- Permite focalizar los recursos, dado que las acciones debería ser diferenciadas según la situación de riesgo presente.
- Permite medir impactos de intervención dada la posibilidad de modificación de estos factores de riesgo.

Dentro de esta priorización, es importante considerar la versatilidad de esta situación de riesgo (posibilidad de cambio) y en donde la “costo-efectividad” de las acciones sea favorable. Es frecuente que los equipos se comprometan con las familias que presentan más problemas, sin embargo, habitualmente las familias de más riesgo consumen energías y esfuerzos de los equipos, sin lograr necesariamente el impacto deseado. Muchas de estas familias complejas requieren intervenciones especializadas, como terapias familiares o intervenciones intersectoriales vinculadas a problemas sociales. Ciertamente estas decisiones pasan por variables éticas para los equipos, por lo que no se debe abandonar estos casos, pero si establecer objetivos factibles de alcanzar, privilegiar la acción sobre los miembros más susceptibles al cambio, acudir a las redes sociales y generar estrategias multisectoriales, que aumenten la probabilidad de obtener los resultados esperados.

En anexo se proponen fichas de VDI para personas y/o familias con situaciones de riesgo específicas. Estas fichas orientaran a los equipos en estas situaciones particulares.

b. Obtención de la información: Estudio de familia

El contar con antecedentes más completos acerca de la familia, no es sinónimo de una intervención familiar, pero ciertamente es el inicio para profundizar y entender el conocimiento del proceso de salud-enfermedad desde el enfoque Biopsicosocial y ayudar a los equipos a que la toma de decisiones represente la realidad de las familias.

Para aproximarse a las familias, es importante considerar los siguientes aspectos:

- Estructura Familiar que incluya Nombre, edad, actividad, educación, etc.
- Generaciones.
- Subsistemas, interacciones, triangulaciones, roles, tipología familiar, límites.

¹⁵ <http://gestion.crececontigo.cl>

- Etapa ciclo vital.
- Funcionalidad.
- Acceso a redes de apoyo.
- Eventos vitales.
- Creencias y valores.
- Terapias médicas indígenas y/o complementarias.
- Habitabilidad.
- Factores de riesgos y factores protectores.
- Recursos Familiares.
- Demandas familiares.

Para obtener esta información familiar, es importante que el equipo cuente con habilidades de entrevista y de observación familiar, lo cual se puede complementar con una serie de instrumentos de abordaje familiar que son útiles, por lo que se deben conocer y utilizar (genograma, círculo familiar, APGAR familiar, eco mapa, entre otros¹⁶). Por otra parte, la VDI debe ser considerada como una estrategia fundamental para complementar el estudio de familia. Es importante que de todos los instrumentos se deje constancia en la ficha clínica y se guarden junto a ella (ver Anexo: Pauta para la primera VDI).

c. Identificación de problemas o situaciones a intervenir

Se propone considerar el modelo de Historia Clínica Orientada a Problemas (HCOP). Esta metodología propuesta en un comienzo para hacer un registro dinámico de información del proceso diagnóstico y terapéutico, tiene dentro de sus fortalezas incorporar eventos y elementos que no habían sido considerados, proponiendo el concepto de “problemas “en vez de diagnóstico. El “problema” se define como todo aquello que requiera manejo posterior, o interfiera en la calidad de vida, de acuerdo con la percepción del paciente (Weed 1966), otra conceptualización es, cualquier ítem fisiológico, patológico, psicológico y social, que sea de interés para el profesional o el paciente (Rakel 1995). Esta nueva conceptualización no permite una “semiología ampliada” considerando aspectos psicosociales de nuestros usuarios y sus familias, que complementarán los clásicos aspectos biomédicos.

Junto con el problema como nuevo concepto, propone una serie de elementos y pasos a considerar: base de datos del usuario, plan inicial de acción, notas de evolución para cada problema consignado y hojas de flujos, todo lo anterior muy compatible con el proceso de intervención familiar propuesto con anterioridad^{17,18}. Es importante considerar que del total de problemas identificados se debe realizar una priorización juntos con la familia, pues no todos los problemas podrán ser necesariamente intervenibles por el equipo y/o considerar una conducta o acción con el fin de resolverlo.

d. Plan de Intervención

El Plan de Intervención (o plan de Acción) es un proceso que nos permite elaborar y formular los objetivos estableciendo un orden de prioridad, luego de haber identificado todos los problemas en todas las dimensiones posibles. Este Plan orienta la intervención a realizar a la familia para conseguir estos objetivos definidos. Un Plan bien elaborado impactará positivamente en resultados favorables,

¹⁶ En el camino a centro de salud Familiar, MINSAL. 2008.

¹⁷ Cantale Carlos R., Historia Clínica Orientada a Problemas; El Generalista N° 1, 2002.

¹⁸ Orientaciones Técnicas para la implementación del Modelo. Anexo N°7

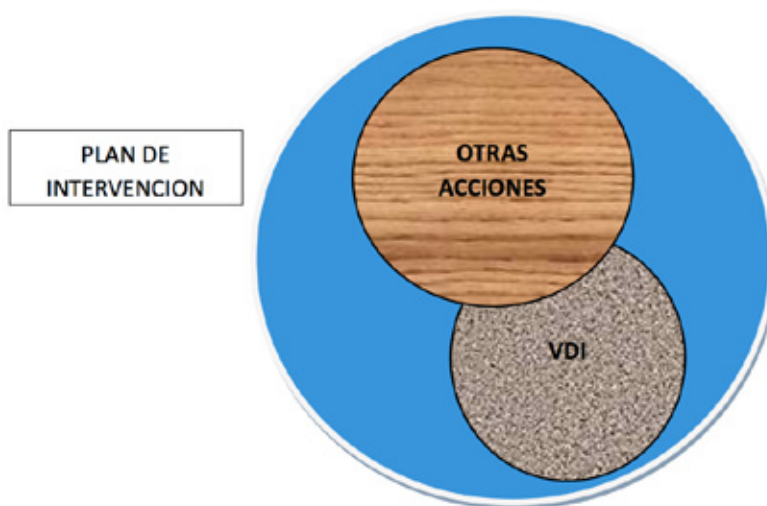
para ello es importante que se relacionen coherentemente: objetivos, acciones, recursos y técnicas a aplicar, así como es importante facilitar la medición y evaluación de los resultados obtenidos. El Plan de Intervención debe ser un proceso continuo, su acción no termina con su formulación, sino que se prolonga durante la fase de “ejecución”, debido a que se trata de un proceso de co-construcción y, por lo tanto, los primeros encuentros con la familia deberán utilizarse para fortalecer el vínculo familia- equipo de salud, la comprensión de la situación de la familia y de las hipótesis elaboradas, objetivos a corto y largo plazo que se proponen en el plan de intervención y la duración prevista de la intervención.

Es conveniente recordar determinados riesgos en el diseño de un Plan de Intervención, que nos pueden llevar al fracaso del mismo, por ejemplo: que sea desorganizado en establecer los pasos precisos para el logro de las metas u objetivos específicos; que sea incoherente, sin relación entre objetivos, acciones, medios; que sea irreal, es decir que los objetivos que se quieren lograr, no son posible de alcanzar con los recursos que contamos, ya que son situaciones de alta complejidad que requieren intervenciones más especializadas. Para que el Plan de Intervención sea operativo debe comprender de los siguientes elementos:

- Áreas de intervención.
- Objetivos a lograr por áreas.
- Actividades para el logro de objetivos.
- Recursos (RRHH, Tiempo, etc.).
- Indicadores de evaluación.

Dentro de las actividades a realizar es donde está considerada la VDI.

FIGURA N°5. VDI COMO PARTE DE UN PLAN DE ACCIÓN



e. Etapa de monitoreo, reformulación y evaluación

Como se mencionó con anterioridad, es importante dar continuidad a la Intervención familiar que hemos planificado y evaluar cuánto de los objetivos se han cumplido. Se hace relevante entender que el dinamismo y la complejidad que implica una Intervención familiar puede inducir a que se reformulen en forma frecuente los problemas, dificultando la evaluación. Es importante que a pesar de ello propongamos objetivos realista, alcanzables y posibles de evaluar. Es necesario que con posterioridad esta evaluación se haga efectiva para ver si nuestras acciones han tenido impacto.

Esquema de registro para monitoreo y evaluación de un Plan de acción

Problemas	Objetivos/ Resultados	Actividades	Priorización Plazos	Responsables	Recursos	Cumplimiento de la actividad

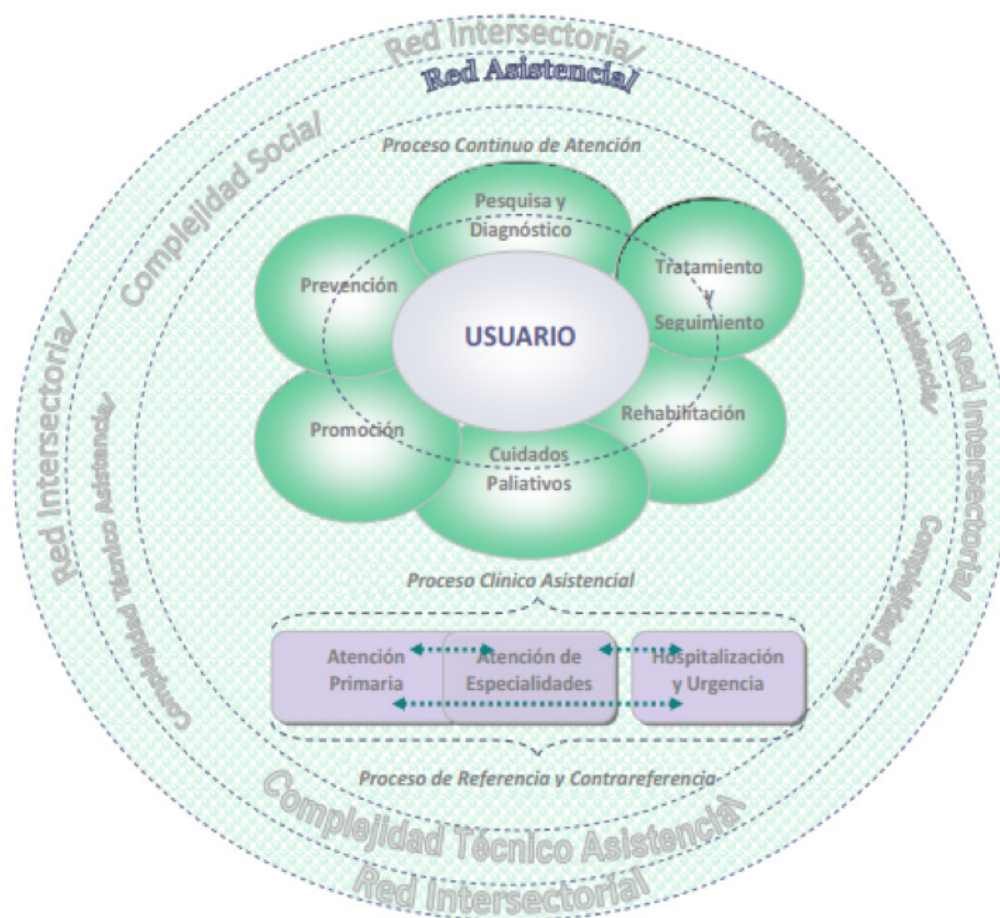
2. Trabajo en red en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

En el contexto de las sociedades modernas, se han graficado las relaciones entre las personas y las instituciones por medio de formas piramidales que instalan mecanismos de relación jerárquicos y unidireccionales entre los diferentes actores. Desde una perspectiva crítica, surgen otras formas de comprender las redes, donde se concibe que por medio de la interacción del ser humano con el mundo emergen éstas, que responden a estructuras heterogéneas, multidireccionales y no meramente instrumentales.

Desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, se comprende que las personas son seres sociales que pertenecen a distintas realidades físicas y culturales, por lo cual las acciones realizadas desde los equipos de salud, no pueden concebir a un sujeto aislado, al contrario deben velar por acciones integrales.

Dado lo mencionado, la VDI adquiere un rol fundamental para las personas y sus familias, ya que favorece el desenvolvimiento autónomo y vinculación relacional con las redes comunitarias tanto las próximas como las institucionales.

Por otra parte, es importante considerar que uno de los elementos conceptuales claves junto con el modelo de Atención Integral de Salud, es el Modelo de Gestión de Redes Asistenciales que tiene como desafío permanente considerar en su diseño las necesidades de las personas (demanda) incorporando al usuario en este proceso, no meramente desde la oferta y de lo que el sistema sabe hacer y ofrecer.

FIGURA N°6. DISEÑO GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO EN RED¹⁹

a. ¿Qué es la Red?

La noción de red implica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones comunitarias y/o personas, que establecen relaciones recíprocas, con fines de generar un entramado social, que pueda sostener a una persona y su familia, cuando cursan una situación compleja a lo largo de su ciclo vital familiar e individual. Es decir "La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Las redes se caracterizan por ser un sistema **abierto, multicéntrico y recíproco** que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos". (Dabas, 1998).

b. ¿Cuáles son los alcances de la red en salud?

Desde los equipos de salud, se plantea realizar una Intervención en Red, donde en conjunto con la persona y su familia se debe levantar las redes que permitan dar respuesta a sus necesidades en los ámbitos de salud, y todas aquellas variables vinculadas a los determinantes sociales de ésta proporcionando apoyo material, emocional, afectivo, informacional, etc.

¹⁹ Orientación para la planificación y programación en Red. MINSAL 2014

En esta intervención se deben contener las **redes sociales personales y comunitarias**.

Para fines prácticos comprenderemos que la red **social personal** es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Por otro lado, la **red social comunitaria** se entenderá como la relación que establece la persona y su familia con las instituciones del territorio.

Los **campos básicos** a considerar en la visita domiciliaria integral para lograr una comprensión de la red personal del sujeto y de la familia son:

- **Familia:** precisando en este punto no sólo como está compuesta, sino las relaciones que resultan más significativas. Desde este punto de vista, es importante precisar tanto los integrantes de la familia nuclear como la extensa, sin prescindir de aquellas que estén geográficamente distantes. Esto pueden plasmarlo los integrantes de la familia con el *Círculo Familiar*, que es un instrumento de evaluación familiar. Se deben también considerar las funciones en que pueden apoyar los integrantes significativos de la familia.
- **Amistades:** éstas resultan altamente significativas en diferentes momentos del ciclo vital familiar, por ejemplo, durante la adolescencia y juventud o a través de ciertas situaciones de vida. Tal es el caso de las migraciones, que implican una pérdida o disminución de las relaciones familiares de sostén. Es importante indagar por las relaciones de vecindad y de la historia de vida, que pueden constituirse en apoyos importantes para la persona.
- **Redes laborales o escolares:** muchas veces estas relaciones son las únicas que una persona posee fuera de su ámbito familiar. La cotidianidad de estos vínculos hace que resulten sumamente importantes, tanto para brindar información como para las funciones de acompañamiento y apoyo.
- **Redes comunitarias, de servicio o de credo:** pueden conformar un mundo significativo de pertenencia y que puede ser activado en caso de ser necesario.

c. Instrumentos para trabajar desde la perspectiva de Red en Atención Primaria de Salud.

Dentro del Modelo de Redes se utilizan diferentes instrumentos que nos permiten graficar las redes tanto personales como sociales, dentro de los cuales se consideran el genograma, el eco mapa, mapa de red, línea de vida familiar y APGAR familiar²⁰.

El ejercicio de diagramar las relaciones con que cuenta la persona y su familia, posibilita visualizar los recursos que se pueden tener y transformarlos en acciones concretas, que trascenderán a todos los aspectos de la vida cotidiana del núcleo familiar. Este registro se debe llevar idealmente en la carpeta o ficha familiar, en donde se debe registrar la red social personal después de realizada la visita, y siempre considerando ampliar o modificar en el plan de trabajo la red.

Con este conocimiento de redes el equipo podrá vincular a la familia con sus recursos comunitarios intra e intersectoriales que permiten el fomento y la adquisición de factores protectores y la modulación de sus factores de riesgo.

²⁰ Orientaciones para la Implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Minsal 2013

Es importante:

- La conexión a las redes sectoriales e intersectoriales debe ser uno de los objetivos del Plan de Intervención (o Acción).
- Contar con un catastro actualizado de la red de servicios y oportunidades en la comuna.
- Contar con un responsable de la gestión de la Red según se requiera.
- No olvidar que la VDI permite pesquisar necesidades en relación a las redes (salud, educación, apoyo económico, entre otros) y que deben ser abordadas como parte de un Plan de Acción. Este abordaje no requiere necesariamente una respuesta de salud, ya que muchos aspectos están vinculados al intersector. Sin embargo, es importante que salud medie esta vinculación.
- Contar con un resumen de la información por escrito de la oferta de servicios y beneficios sociales y que pueda ser utilizado en el momento de la VDI si fuera necesario (Catastro de Servicios y Oportunidades de la comuna, oferta programática del CESFAM y Catastro de Instituciones, beneficio y servicios).
- En caso de derivación, que el equipo asegure dar indicaciones claras y actualizadas. Por otra parte, la familia debe estar de acuerdo con esta decisión. Y por último, esta derivación debe ser monitoreada (recordemos que se trata generalmente de familias en situación de vulnerabilidad, por lo tanto, no debemos “suponer” que siempre al derivar ocurre finalmente lo que planificamos).
- Delimitar y reforzar nuestro compromiso profesional con los resultados que son posibles de alcanzar.

La existencia de un **gestor de casos**, aquella persona del equipo del sector /o del equipo de cabecera que es el encargado del seguimiento del plan de acción, deberá administrar la oferta del sector y ser la contraparte con el intersector. Finalmente, organiza la respuesta del Estado siempre en función del usuario y monitorea el contacto y la efectividad de la Red.

CAPÍTULO III: VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

1. Definición de Visita Domiciliaria Integral

La Visita Domiciliaria Integral se ha definido como:

“Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluyendo la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales, se inserta en el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas”²¹.

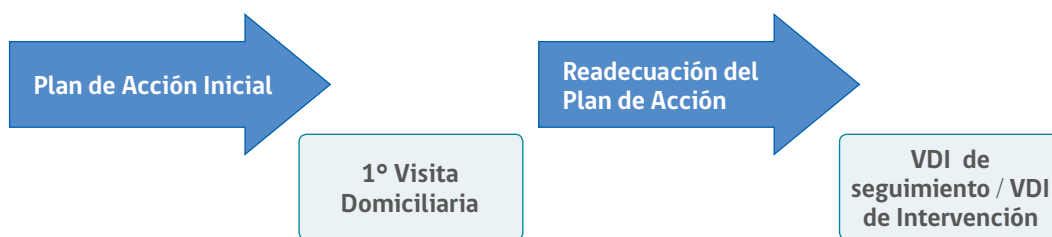
Esta definición incorpora conceptos relevantes como:

- Que es una estrategia no sólo de intervención de situaciones de daño, si no también promocional y preventiva.
- Que considera a toda la familia y todas las situaciones individuales de riesgo que ésta tenga, a las que hay que dar respuesta.
- Que considera una mirada integral y ecológica, con un enfoque Biopsicosocial, que incorpora la mirada biomédica pero complementada con la mirada psicosocial.
- Qué no puede ser improvisada, sino que requiere de planificación y debe ser parte de un Plan de Intervención o Acción que dé cuenta de todas las situaciones de riesgo.
- Que considera aspectos relacionales que permiten una vinculación efectiva y finalmente un impacto positivo en los objetivos a lograr.
- Que requiere de personal con competencias adecuadas.

Es importante recordar que esta estrategia tiene como fin último poder contar con intervenciones efectivas y pertinentes para nuestros usuarios.

La VDI, como se dijo en capítulos anteriores, es parte de un Plan de Intervención, Plan que podrá también ser modificado en la medida que se incorpore más información, se establezcan prioridades de intervención juntos con la familia, etc.

FIGURA N°7. RELACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN CON LA VDI



²¹ Definición de consenso en grupo de experto .Perfil de competencias del Visitador, MINSAL 2013 <http://www.chccsalud.cl/p/vdi.html>

2. Tipos de Visita Domiciliaria Integral

Se pueden distinguir dos tipos de visitas en relación al momento y objetivos de ella:

a. Visita Domiciliaria Integral de Primer contacto:

Es aquella visita a la familia que se realiza por primera vez en el domicilio, considerando la situación particular de riesgo que la motivó.

Surge de un Plan de Intervención inicial y se realiza fundamentalmente para establecer el primer contacto, fortalecer el vínculo con la familia, complementar el diagnóstico (estudio de familia, idealmente comenzado en el establecimiento) y planificar las siguientes intervenciones junto con la Familia.

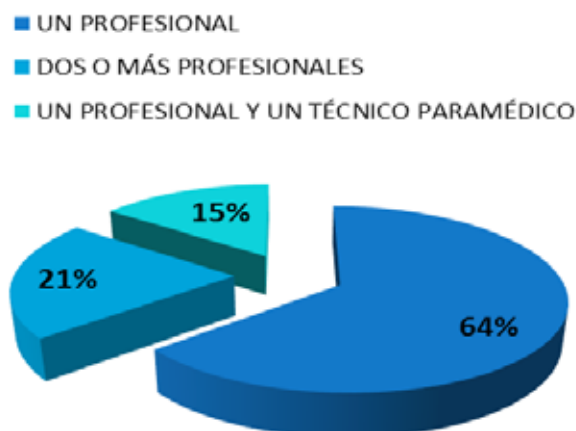
b. Visita Domiciliaria Integral de seguimiento

Son aquellas visitas posteriores a la primera visita, que son parte de un Plan de Intervención familiar en donde se considera a la VDI como parte de la estrategia para dar respuesta a este plan. Uno de los objetivos de esta visita es realizar el seguimiento de este Plan de Intervención o parte de este plan. Son en estas visitas de seguimiento donde se podrán hacer intervenciones específicas según situaciones de riesgo o problemas detectados con anterioridad.

A pesar que en estos momentos, la gran mayoría de las familias son visitadas en una oportunidad, se espera que se considere la realización de una serie de VDI, sobre todo, en aquellas situaciones de riesgo que están priorizadas en las directrices técnicas y en donde hay evidencia que hay impacto favorable al realizarlas. Nuevamente se debe considerar el registro en relación a la causa que motivo la visita de primer contacto y que posteriormente origina las de seguimiento.

Durante el transcurso del año 2016 se realizaron 826.682 VDI, registradas en el REM según diversas situaciones de riesgo que las originaron (ver Anexo 2) y de las cuales el 64% de ellas fueron realizadas por un profesional.

FIGURA N° 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VDI SEGÚN QUIEN LA REALIZA, REM 2016



¿QUÉ NO ES VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL?²²

Visita Integral fuera del domicilio

Cualquier visita que no se realice en el domicilio (colegios, trabajo). Una excepción de ello son los niños(as) o personas institucionalizadas, ya que la institución donde viven se considera su domicilio.

Atención Domiciliaria

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 personas con dependencia severa.

Es decir, cualquier actividad que pudiendo haberse realizado en el establecimiento se realiza en el domicilio por problemas de acceso o situación de dependencia severa. Ejemplos: Curación o procedimiento en domicilio, aplicación de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) en domicilio.

A pesar que la atención domiciliaria es una actividad distinta a la VDI, es comprensible que en zonas rurales los equipos realicen ambas actividades al mismo tiempo.

Visita epidemiológica

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.

Rescate o citación de pacientes:

Se acude a domicilio para saber razón de alguna inasistencia y /o avisar alguna nueva hora agendada en el establecimiento.

Visita Frustrada

Se acude al domicilio y no se logra tener contacto con la familia (no hay moradores, no abren la puerta, dirección falsa, entre otras). Cuando esto sucede, hay que preguntarse si la relación vincular y terapéutica con esta familia ha sido de calidad.

Existen visitas domiciliarias que realizan los programas específicos y no se consideran en el REM como integrales (REM A 26), sin embargo, se insiste que estas visitas se realicen con un enfoque Biopsicosocial y por lo tanto cumpla con las características de Integralidad.

3. Etapas de la Visita Domiciliaria Integral

La Visita Domiciliaria Integral, requiere una **sistematización de su estructura**. Vista globalmente, la VDI es un Figura N° 8: Distribución porcentual de VDI según quien la realiza, REM 2016, por lo que implica no sólo la visita en el hogar, sino todas las etapas previas y posteriores a éstas, cada una de las cuales presenta características y actividades que le son propias. Esta estructura es válida en todas las VDI que se realizan en las diferentes etapas a lo largo del ciclo vital, desde la que se realiza a la gestante hasta el adulto mayor.

²² Manual REM 2016/2017

En la VDI podemos distinguir etapas a realizar, pudiendo diferenciar las actividades de gestión de la VDI desde una visión macro, y las actividades de la VDI propiamente tal.

En este proceso podemos distinguir tres grandes etapas:

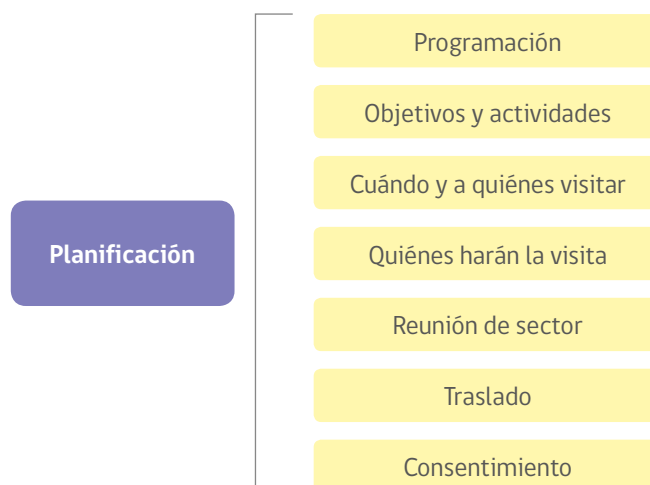
FIGURA N°9. ETAPAS DEL PROCESO DE VDI



a. Etapa de Planificación

En esta etapa, se deben considerar todos los aspectos relevantes que tiene la futura ejecución de la VDI, y que constituyen la base para la realización exitosa de ella. Se consideran elementos administrativos del establecimiento de salud como procesos de planificación de la intervención VDI propiamente tal.

FIGURA N°10. ELEMENTOS CLAVE DE LA ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE LA VDI



Programación

Es importante que esta actividad esté considerada dentro del proceso de Planificación y Programación anual de cada comuna y por ende de cada establecimiento. En la medida que esté considerada, existirán los recursos destinados para ellos o, por lo menos, las brechas en relación a esta actividad (programación real v/s ideal)

Para ello se debe considerar contar con algunos insumos:

- Plan de Salud Comunal (PSC), que incluye el Plan de capacitación y dotación.
- Plan por cada uno de los establecimientos que conformen la comuna.
- Plantilla programática por establecimiento (cartera de servicios).

Es en la programación de actividades donde se deben estimar los cuidados primarios, uno de ellos es la estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud, que incluyen la VDI.

Para realizar una buena programación se debe contar con información como: cumplimiento histórico de esta actividad, poblaciones objetivos, cobertura, concentración, grupos priorizados, incentivos (IAAPS, convenios, etc.).

Para esta programación se propone considerar un rendimiento de **1 hora y 45 minutos**. Este rendi-

miento incorpora 1 hora de ejecución, 30 minutos de traslado y 15 minutos de registro. Por supuesto, que este rendimiento tiene que ir acorde a la realidad y, por lo tanto, deben modificarse en escenarios específicos, como lo es la situación, por ejemplo, de ruralidad. Por último, no hay que olvidar que esta actividad suele realizarse por una dupla, por lo que, de ser así la programación debe realizarse por cada profesional que participe en ésta.

Objetivos de la Visita:

El fin último de la VDI, es promover las condiciones ambientales y relacionales que **favorezcan el desarrollo biopsicosocial y la salud** de los integrantes de las familias, acompañándola durante su curso de vida individual y familiar, a través de prestaciones más pertinentes y basadas en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud y la familia.

Para lograr este macro objetivo, en la visita domiciliaria podemos distinguir dos grandes objetivos.

Objetivos Diagnósticos:

- Conocer el hogar, entorno y situación familiar.
- Evaluar a la familia como unidad de cuidado.
- Evaluar la calidad de la unidad "paciente - cuidador."
- Mejorar la definición del problema de salud.
- Detectar necesidades del grupo familiar y caso índice.
- Pesquisar nuevos problemas de salud.
- Evaluar factores y conductas de riesgo y protectoras.
- Evaluar los recursos familiares en salud.

Objetivos Terapéuticos:

- Mejorar la comunicación y fortalecer el vínculo entre los integrantes del Equipo de Salud y la familia.
- Aprovechar el encuentro con el paciente en su propio medio, para mejorar la comunicación al interior de la familia.
- Potenciar el autocuidado por parte de la familia y del paciente, contextualizando la intervención a la realidad familiar, aprovechando sus recursos.
- Apoyar a la familia en necesidades emocionales ante crisis normativas y no normativas, como enfermedad terminal y duelo.
- Ser un espacio de intervención individual y familiar, que considera un número determinado de actividades para lograr objetivos específicos, consensuados con la propia familia.
- Favorecer la adherencia al tratamiento.

Otra forma de entender los objetivos será de acuerdo al tipo de acciones de prevención que realicemos en ella, así podemos dividir las en:

Promoción de estilos de vida saludables	Hacer educación y fomentar factores protectores.
Prevención primaria	Detectar factores de riesgo y de protección. Realizar consejería.
Prevención secundaria	Diagnosticar y tratar alguna patología. Fortalecer un tratamiento
Prevención terciaria	Rehabilitar en un problema de salud.
Prevención cuaternaria	Atenuar o evitar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas en salud.

Al plantearse la visita domiciliaria integral en salud, debemos preguntarnos por el impacto de ésta sobre la población. Es importante recordar que la VDI depende de los objetivos fijados por los equipos de salud en conjunto con las familias, y que son estos objetivos los que deben ser evaluados (Gomby, Culross & Behrman, 1999). Los objetivos deben ser realistas y medibles. No existen “intervenciones para todo”: Sólo en la medida que se defina lo que se quiere lograr y a través de qué plan de acción, se pueden esperar resultados.

El principal resultado que se puede observar en la VDI, es que sirve para mejorar nuestro proceso de trabajo con las familias, mostrando efectos positivos importantes sobre otros resultados tales como:

- El establecimiento de un vínculo positivo entre las familias y los equipos de salud.
- El empoderamiento de las familias.
- La precisión de los diagnósticos y la co-construcción de objetivos relevantes junto con la familia.
- El diseño de planes de acción ajustados al contexto.
- El acercamiento de los equipos de salud con la comunidad.

¿Cuándo y a quiénes visitar?

Situaciones que hacen considerar una VDI:

- Situación de Riesgo de un integrante o de varios integrantes de la familia que hace reflexionar al personal de salud la necesidad de realizar una VDI.
- Situación en que un miembro de una familia solicita ser visitado por un problema específico de un integrante o familia en general (ver capítulo II :Priorización: Familia en Riesgo, Identificación de problemas o situaciones a intervenir)

No olvidar que, si bien el objetivo inicial puede ser un individuo, “caso índice”, desde el comienzo la VDI debe orientarse también al sistema familiar.

Reuniones de Sector y Gestor de Casos

La VDI, como ya se mencionó, es parte de un conjunto de acciones que conforman el Plan de Intervención o Acción. Este Plan de Intervención y la pertinencia de la VDI, se determina con el equipo de cabecera en la **reunión de sector**.

Reconociendo que este espacio, es aún insuficiente en la realidad cotidiana de los equipos, se sugiere que esta pertinencia sea discutida en una reunión con al menos dos representantes del equipo de cabecera, resguardando la mirada biopsicosocial. Es primordial que los equipos cuenten con horarios protegidos para este espacio de discusión, entendiendo que cualquier actividad preventiva e integral tendrá un retorno a largo plazo, favorable para la salud de las familias.

El integrante del equipo de salud que presenta el caso en la reunión de sector, debe realizar previamente la recolección de los antecedentes para un conocimiento más acabado de la situación (estudio de familia), con resguardo de los datos personales y sensibles.

Definida por el equipo la pertinencia de la VDI, se define un **gestor del caso**, el cual es responsable de monitorear el plan de acción y gestionar aspectos logísticos de la VDI tales como:

- Establecer el motivo de visita.
- Fijar los objetivos de la visita.
- Determinar los contenidos a tratar.
- Monitorear que este la mayor parte de la información (estudio de familia).
- Realizar un primer contacto directo o telefónico con la familia, considerando el consentimiento informado (al menos en forma verbal de parte de ésta).
- Organizar la visita: pauta de observación, instrumentos a utilizar, material educativo y de consejería, otros.
- Aclarar datos de ubicación del domicilio, del trayecto y transporte, organizando los recursos que se utilizarán para efectuarla.
- Desarrollar los Objetivos preliminares de la visita para luego compartirlos con la familia.
- Confirmar la hora telefónicamente en una segunda instancia el día anterior a la realización de la VDI.

Equipo que realizará la VDI

Es deseable que la VDI se realice por dos personas del equipo de cabecera del establecimiento, consensado idealmente en las reuniones de casos. Se busca que este equipo no sólo aporte al caso índice, sino que integre las relaciones que se establecen en dicho grupo familiar, las condicionantes sociales, que se pueden observar, y la posibilidad de además, realizar una atención directa si así lo requiere según los objetivos planteados y las competencias de los que la ejecutan. Se sugiere que sea un profesional del ámbito biomédico y otro psicosocial, pudiendo así complementar miradas, sin embargo, se insiste que esta mirada biopsicosocial la debe dar el enfoque, más que el número de personas que asisten a la visita o la profesión que éstas tengan. La dupla debe tener conocimiento compartido de la situación de la familia, de los datos de la ficha clínica pertinentes y con resguardo de la confidencialidad de la misma. Debe tener muy claro los objetivos de la intervención.

De la organización de esta información depende el éxito de la visita, por lo tanto, es de utilidad concordar y anotar previamente el Plan de Acción y los objetivos de la VDI. La dupla debe acordar quién pondrá énfasis en guiar la entrevista y quién en observar y mantener un ambiente de confianza que permita una entrevista fluida y participativa.

Es importante recalcar el concepto de NO “profesionalizar” la visita domiciliaria Integral, las personas que realizaran la visita, independiente de la profesión que tenga, deben tener la capacidad de integrar los aspectos a observar (biopsicosocial, como Individual / familiar/ comunitario), esta persona que visita no va necesariamente como *experto* en una temática sino como *Facilitador* del autocuidado en salud, en relación a esta familia en riesgo y donde ofrecerá un acompañamiento y optimización de los recursos familiares en función de favorecer la salud de ésta.

No olvidar que, cuando se requiera asegurar el componente intercultural durante la visita domiciliaria Integral, se deberá considerar la visita guiada por los mediadores Interculturales.

Otros aspectos a considerar en la planificación

Consentimiento Informado

En el momento de establecerse la necesidad de una VDI, el integrante del equipo de salud conversa sobre esta necesidad con la persona consultante, solicitando su consentimiento para ser presentado al equipo en la reunión de sector o una dupla, y para una probable VDI. Se le indicará que en este proceso podrán conocerse datos relevantes de su ficha clínica, sobre los que los profesionales tendrán la obligación de guardar la confidencialidad. Es recomendable que este consentimiento quede plasmado por escrito, ya sea en la ficha clínica o en un documento destinado para este efecto (ver anexo N°6: propuesta de consentimiento).

Traslado

El traslado al hogar sigue siendo una variable no menor a la hora de cumplir con esta actividad. Podemos tener todo lo previo realizado, pero si no contamos con algo tan concreto, esta actividad no se realizará. Es importante, que los establecimientos gestionen adecuadamente los recursos sectoriales e incluso intersectoriales, para contar con transporte óptimo para la realización de la visita. Se debe tener en cuenta las longitudes del trayecto al hogar y los medios de transportes disponibles. Se sugiere la planificación de varias VDI en familias de una zona geográfica cercana para disminuir los tiempos y costos de traslado. Es importante que los funcionarios puedan trasladarse en forma segura y con un transporte institucional, cuando se realice la VDI. Cabe señalar, que los equipos de salud deben evaluar la viabilidad de la actividad y siempre tener presente, que no se deben correr riesgos innecesarios que expongan la seguridad de los profesionales y/o técnicos que realizan la visita.

b. Etapa de Ejecución

Para la ejecución de la VDI el equipo de salud debe basarse en la herramienta de la semiología ampliada²³, que permite observar elementos estructurales y relacionales. Aquí se releva la multidimensionalidad del individuo, su familia, inmersa en el hogar, en contexto con el barrio y su entorno. Es en estos diferentes ámbitos en que el equipo debe aprender a leer los síntomas y signos del contexto estructural y relacional, que le permitan la comprensión del proceso salud-enfermedad, relacionando las diferentes dimensiones que permitan establecer un modelo explicativo y una hipótesis sobre los problemas detectados, así como un plan de cuidado factible y acorde al contexto. La semiología ampliada, requiere para un buen diagnóstico las técnicas de la **entrevista** y la **observación**.

La Ejecución de la visita domiciliaria comienza cuando el equipo se dirige hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector:

- Características del barrio (acceso, grado de seguridad, viviendas, establecimientos educacionales, bibliotecas, empresas, centros comunitarios, centros de salud, acceso a movilización).
- Presencia de negocios (almacenes, botillerías, discotecas, máquinas de juegos de azar).
- Características de la población (vestimenta, grupos, lenguaje).
- Aspecto de la calle, uso del espacio público.
- Tráfico vehicular, locomoción colectiva.
- Disposición de la basura.
- Nivel de contaminación.

²³ VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar, 2006

- Servicios básicos (agua, alcantarillado, electricidad, internet, teléfono).
- Áreas verdes y de recreación (superficie, máquinas de ejercicios, juegos infantiles, canchas deportivas).

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, inserto en su entorno.

Fases de la etapa de Ejecución

La VDI propiamente tal, en el hogar, consta de las siguientes fases: Fase inicial, de desarrollo, de término

a. Fase Inicial

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.

Se inicia con la llegada al hogar y el contacto inicial, que incluye saludo y presentación con identificación. Se pregunta por la persona con la cual se hizo el contacto y se acordó la visita. Realice un recuerdo breve de por qué está allí.

Un tema central en esta llegada, es el clima de apertura, respeto, autenticidad e interés hacia la persona tal cual es. La relación empieza a construirse de forma explícita, se familiarizan expresando sus expectativas, sus temores tanto el profesional como la familia. Es un momento en el que se establecen lazos de confianza, otorgando tiempo efectivo. La persona y/o familia es capaz de comprender en qué sentido el profesional puede intervenir con él, cuáles son sus habilidades y sus límites en la ayuda aportada.

Por su parte, el profesional capta mejor lo que la persona puede aportar a esta relación para encontrar respuesta a su necesidad. Es una relación sustentada en el respeto, y en la autenticidad.

Si no se es invitado a pasar espontáneamente, se sugiere solicitar ser invitado (¿Puedo pasar?). Recuerde que si no es invitado, es porque probablemente la alianza terapéutica previa no fue lograda (la familia debe sentir que la visita es un aporte para ella)

Si ya está en el hogar, y ya ha realizado el primer contacto, espere ser ubicado por la familia, para luego comenzar a realizar la entrevista familiar. Aproveche de observar la distribución de los integrantes de la familia y la que le asigna al equipo.

b . Fase de Desarrollo

A medida que va desarrollándose la VDI, el equipo tiene la oportunidad de observar **características del hogar y de la familia** que pueden ser claves a la hora de co-construir las necesidades y prioridades de cada familia. Por ello, es importante que tome atención a elementos como:

- Ambiente físico (condiciones de la vivienda, equipamiento, espacios comunes, jardín).
- Ambiente del hogar (tenso, relajado, facilitador, acogedor).
- Lugar de la entrevista (patio, cocina, living, comedor, dormitorio).
- Acceso y disponibilidad (áreas del domicilio accesibles y restringidas).
- Situación familiar y relacional (sistema familiar y subsistemas conyugal, parental, filial).
- Roles y jerarquía en la familia (jefatura, colaborador, dominante, ausente, sumiso, pone humor).

- Contacto y nexos (integrante de la familia que recibe, hace nexos).
- Comunicación (lenguaje verbal y no verbal).
- Patrones estilos de vida familiares (no valorar sólo lo conductual sino aspectos cognitivos y afectivos-emocionales).
- Recursos de la familia (decisiones y prácticas).
- Relaciones intergeneracionales y de cuidados.

Posteriormente la dupla, desarrolla la entrevista continuando con las siguientes subetapas:

Sub-etapas de la Ejecución de la VDI	
Explicitar el o los objetivos de la visita	El entrevistador recuerda explícitamente a la familia los objetivos acordados con el integrante de contacto en la etapa de planificación, y, si es necesario, vuelve a renegociarlos con la familia.
Explicitar por parte de la familia sus expectativas frente a la visita	El entrevistador solicita a los miembros del grupo que verbalice sus expectativas frente a la visita en curso, para que una vez terminada la visita se pueda evaluar si cumplió o no dichas expectativas.
Definir los problemas actuales y anteriores	Luego de plantear los objetivos y acordado lo que se trabajará, se revisan y/o actualizan los problemas familiares atinentes a los objetivos. En relación a cada problema se detecta los factores de riesgo y protectores. Es en esta fase que se pueden aplicar y actualizan los instrumentos de evaluación familiar. Es importante considerar esta aplicación de instrumentos en situaciones muy necesarias que no haya podido ser aplicadas con anterioridad en el establecimiento. También se analizan los factores de riesgo y protectores de la familia en general, pudiendo algún factor de riesgo constituirse en problema per sé, y ser necesario considerarlo en el plan de manejo futuro.
Analizar los problemas priorizados en conjunto	En conjunto con la familia se priorizan y analizan los problemas. Esto obliga a mantener una sistematización en su revisión, dándole un orden según la importancia definida con la familia. Considerar las expectativas de la familia: esto de alguna forma nos entrega posibles soluciones a los problemas encontrados desde la perspectiva de la misma familia, pero además nos ayuda a establecer una relación de confianza dado que la familia puede expresar abiertamente lo que espera. Por otra parte, nos sirve para orientar la intervención a acciones con sentido de realidad, dado que por ejemplo, las familias pueden esperar beneficios que no podemos otorgar.

<p>Identificación de los recursos</p>	<p>Si bien, los recursos suelen mencionarse durante la entrevista junto con los problemas y sus estrategias de afrontamiento, es importante identificarlos y explicitarlos a la familia en esta fase. Los recursos pueden ser de tipo personales, materiales y funcionales, pudiendo ser aspectos propios de la persona, de la familia, y extrafamiliares (comunidad, intra e intersector), incluyendo los factores protectores de orden sociocultural, revisados en las fases previas.</p> <p>Es necesario estar atentos y reforzar las formas de manejo y recursos detectados, que han permitido los logros y el cumplimiento de las tareas en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia y cada uno de sus integrantes. Es importante en esta fase reforzar positivamente la incorporación de prácticas de estilos de vida saludable, así como los logros de la familia, en general.</p> <p>También corresponde reflejar las estrategias que no han permitido un desarrollo adecuado de los integrantes, y de la familia como un todo, y analizar alternativas de manejo posibles.</p> <p>Si la dupla estima conveniente recorrer la casa, solicitarlo con mucho tacto y realizarla con respeto. El objetivo es completar la semiología ampliada, observando tipo de piezas, su uso, sus características de cuidado, higiene y orden; la convivencia con mascotas; sitios de riesgo, y riesgos como hacinamiento y promiscuidad.</p>
<p>Elaboración del plan de continuidad de la atención en conjunto con la familia</p>	<p>Una vez priorizados los problemas y establecidos sus recursos, el equipo visitador junto con la familia elabora un plan de cuidado inicial, que comprende el listado de problemas biopsicosociales y su posible manejo (este plan sería una readecuación del plan original que incorpora la mirada y priorizaciones de la familia). Este plan de cuidado será revisado y completado por el equipo que realiza la visita, con apoyo del resto del equipo en reunión de sector.</p>
<p>Intervenciones</p>	<p>Junto con lo anterior el equipo que realiza la visita realiza intervenciones de tipo promocional y/o preventivo, aprovechando la oportunidad de poder contextualizarlas en la realidad familiar y llegar a acuerdos con varios miembros de la familia (esta etapa sobre todo en las visitas de seguimiento).</p>

Recomendaciones:

- Cuidar la participación de los diferentes integrantes de la familia presentes.
- Apoyarse como dupla facilitando el desarrollo de la entrevista.
- Cuidar de facilitar la autonomía de la familia, tanto en la evaluación de los problemas como en sus estrategias de manejo.
- Reforzar los factores protectores y felicitar las conductas positivas en salud.
- Realizar un registro completo, que incluya las impresiones de la dupla visitadora.
- Recordar y respetar los paradigmas de la familia y evitar imponer los nuestros.
- Evitar: ser autoritario, hacer interpretaciones, transformar el encuentro en un interrogatorio, enfatizar las diferencias entre miembros de la familia, resaltar aspectos o actitudes negativas, emitir juicios de valor.
- En caso de identificar uso de terapias médicas indígenas y/o complementarias, se recomienda una consejería para la continuidad de adherencia al tratamiento y asegurar de que estos no tengan efectos adversos.
- Si usted nota que su presencia está generando incomodidad, molestia o afectando la situación familiar, proceda a agradecer la atención brindada y a retirarse del domicilio.

c. Fase de cierre

La fase final es un momento especial para compartir la experiencia común y esperar que ello ayude a ponerlo en práctica en la vida cotidiana.

El cierre de una visita debe iniciarse con **anticipación** al cierre cronológico, unos 10 a 15 minutos antes de que terminen los 60 minutos establecidos para la VDI. En este momento el equipo:

- **Evalúa con el grupo familiar:** Un miembro del equipo consulta, al término de la visita si se cumplieron las expectativas que fueron explicitadas al inicio de ella y si no fuera así, que es lo que faltaría tratar al respecto.
- **Sintetiza los acuerdos y compromisos**, y los verifica con la familia.
- **Establece el plan de intervención inicial** en conjunto con la familia, que incorporara acciones a nivel de centro de salud, como posibles visitas domiciliarias.
- Se explicita a la familia que el **plan de intervención o acción** será presentado al equipo de sector, para su acabado análisis, ejecución y seguimiento.

La dupla se **despide** de todos los integrantes de la familia, en forma empática y afectuosa, y se retira del hogar **acompañado** por alguien de la familia. Si esto no se diera en forma espontánea, es aconsejable que el equipo lo solicite explícitamente, de modo de lograr el cierre conjunto de la VDI.

Es importante tener cuidado de no apurar la despedida y estar atento a que este momento puede ser aprovechado por un integrante de la familia para compartir una información que optó por no presentar anteriormente. Frente a este hecho se debe agradecer la confianza y evaluar si corresponde verlo en forma individual o familiar en una nueva ocasión.

Una vez fuera del hogar, es cuando la dupla visitante puede compartir opiniones y realizar una re-actualización en función de lo ejecutado.

Si bien todas las acciones propuestas en la etapa de ejecución son necesarias y pertinentes, puede suceder que no se logren cumplir en una sola sesión. Es importante en este caso, la priorización de la dupla que visita, recordando que esta fase se puede completar en una segunda VDI. Lo primero y más importante es profundizar el vínculo.

Registro de la VDI

Finalizada la visita propiamente tal, de regreso al centro de salud, el equipo visitador registra en la **ficha Individual y/o familiar** la VDI según la pauta, incluyendo los miembros de la familia presentes, listado de problemas, evaluación del funcionamiento familiar, recursos de la familia y el plan de cuidado inicial acordado con la familia (Anexo Antecedentes primera VDI) complementando la información ya existente y **actualizando** los instrumentos aplicados, como el genograma, los factores protectores y de riesgo, entre otros.

Es importante que el registro sea realizado lo más pronto posible, a fin de realizar un registro más fidedigno, tanto de los datos como de las observaciones e impresiones.

Asimismo, este registro tiene un objetivo también administrativo, dado que esta actividad de VDI nutre al Registro estadístico mensual (REM) correspondiente para fines de programación y evaluación. Por otra parte, la VDI forma parte del Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS), como un indicador de evaluación del cumplimiento del plan de salud en todas las comunas del país. Como tal, tiene como medio de verificación el REM, por lo tanto, es fundamental que la información de esta actividad se encuentre actualizada en dichos registros estadísticos. Por último, no hay que olvidar que las VDI vinculadas al PADBP (ChCC) se debe registrar además, en el sistema de registro y monitoreo (SDRM)

c. Etapa de evaluación, monitoreo y seguimiento

El equipo debe evaluar la VDI realizada, actualizando los problemas y los objetivos de intervención planteados inicialmente. Luego, presenta el caso de familia al **equipo de sector**, con las nuevas situaciones problemas detectados, así como el plan de cuidado establecido en conjunto con la familia. El equipo de sector revisa el caso, afina la hipótesis diagnóstica, el listado de problemas y el plan de cuidado y lo completa estableciendo un responsable por actividad, así como los plazos y recursos.

Es importante que el equipo considere las diferentes instancias de contacto de los integrantes de la familia con diferentes miembros del equipo de salud, para el **monitoreo y seguimiento**, se puede evaluar la visita pero por sobre todo **se debe evaluar y monitorear el plan de acción en donde la visita es parte**. Ejemplo: el control crónico de un integrante de la familia puede ser aprovechado como instancia de monitoreo del plan de Intervención.

Se insiste que debe existir un responsable en el equipo de sector, pudiéndose llamar **gestor del caso**, quien debe gestionar el cumplimiento del plan de Intervención, realizando el monitoreo de cada una de las actividades en las reuniones sucesivas de sector, registrando el seguimiento de las actividades realizadas, según el plan de cuidado previamente establecido. No se debe olvidar que el gestor de caso es el responsable del registro en la ficha familiar y/o individual

Es muy importante promover la continuidad de la atención en la red, considerando la VDI dentro de un proceso de atención de salud y no cómo una actividad aislada. Por otro lado, hay que destacar la importancia de la vinculación de la VDI con el soporte social respectivo del intersector (las visitas también se generan por contacto desde el intersector, oficina de la mujer, del adulto mayor, Oficina de Protección de Derechos, entre otros.)

Los desafíos y resultados que esperemos de la VDI dependen del contexto local y las necesidades específicas de cada familia. Es importante siempre considerar **objetivos realistas y medibles**. Además es importante no olvidar que finalmente no solo se evalúa la visita en forma aislada sino la VDI en el contexto de un Plan de Acción familiar.

En el caso de personas que requieran apoyos y cuidados específicos se necesita reforzar la movilización de los recursos familiares y comunitarios disponibles, no solo en la visita si no en el seguimiento del plan.

4. Calidad de la Visita Domiciliaria

Sin duda, evaluar la calidad del VDI se convierte en un proceso complejo que exige una mirada holística para intentar mantener un equilibrio en la conformidad de quienes participan: usuarios(as), equipo que realiza la visita, y evaluadores. Por ese motivo, mantener esta mirada permitirá abarcar las diversas dimensiones que conforman la calidad asistencial. Algunas de éstas son²⁴: efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, mejora de la salud, equidad, adecuación, disponibilidad, aceptabilidad, satisfacción, continuidad, respeto, seguridad, oportunidad, prevención/detección precoz, entre otras.

¿Cuál es el enfoque de calidad que respalda la VDI?

«Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes»²⁵

²⁴ Informe anual Sistema Nacional de Salud (2005), España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

²⁵ Explorations in quality assessment and monitoring.Vol I(1980), Michigan, Donabedian A.

La estrategia de VDI, considerando el modelo de Avedis Donabedian, enmarca la evaluación de la calidad en tres niveles específicos. Además éstos tienen una relación intrínseca que determina que en ausencia o presencia de ciertos elementos que los conforman, se impactará en la percepción del usuario(a) respecto al servicio de salud que recibe.

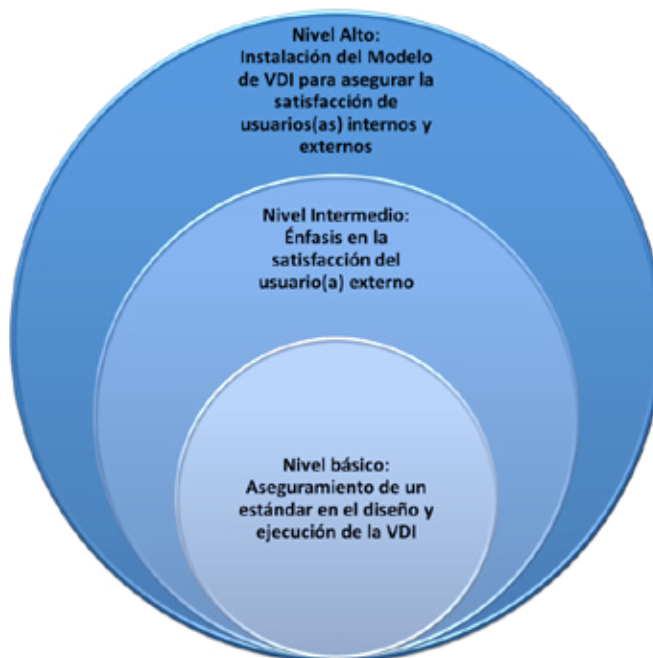
FIGURA N°11: NIVELES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ACUERDO AL MODELO DE DONABEDIAN



La VDI como estrategia, considera los tres niveles de calidad (básico, intermedio y alto) que integran el modelo de Donabedian. Estos niveles de calidad tienen una función de categorizar a los centros de salud acorde al cumplimiento que obtengan respecto a los estándares de calidad establecidos.

Otra particularidad del enfoque de calidad es procurar que un nivel superior siempre contenga al nivel inferior. Es decir, como se aprecia en la figura de niveles para evaluar la calidad, sería imposible conseguir y/o mantener el nivel alto de calidad si falla el nivel inferior. Por ende, se comprende que dependerá de esfuerzos consecutivos del sector para lograr el nivel alto de calidad.

FIGURA N°12: NIVELES DE CALIDAD EN LA VDI



A continuación se presentará el resumen global para cada nivel de calidad en el contexto de la VDI:

Nivel de calidad	Resumen narrativo	Descripción	Integración de nivel de Donabedian
Básico	Aseguramiento del estándar en el diseño y ejecución de la VDI.	La VDI resguarda un estándar de calidad tanto en el diseño como en la ejecución. El equipo debe evidenciar el cumplimiento del estándar por medio del resultado obtenido en la <i>"Pauta de Calidad"</i> ²⁶ .	Estructura. Proceso.

Tip 1: El Nivel Básico se preocupa mayormente del *"qué se hará"* y *"cómo se hará"* en la VDI. **Este nivel pone un énfasis en los insumos y la acción.**

Nivel de calidad	Resumen narrativo	Descripción	Integración de nivel de Donabedian
Intermedio	Énfasis en la satisfacción del usuario(a) externo.	Cumpliendo con el nivel de calidad básico, el siguiente paso es evidenciar que la acción alcanzó el resultado esperado desde la perspectiva más importante: la del usuario(a).	Proceso Resultado.

Tip 2: Es recomendable recordar que no es un modelo el que delimita el éxito o fracaso de una prestación, **es quién la recibe**. Por ese motivo el Nivel Intermedio observa el *"qué se logró"* y si *"cumplió con lo que esperaba el usuario(a)"* respecto a la VDI. Por ese motivo un elemento clave para la VDI será el adecuado planteamiento previo de objetivos de la intervención por parte del equipo.

Nivel de calidad	Resumen narrativo	Descripción	Integración de nivel de Donabedian
Alto	Instalación de la estrategia de VDI para asegurar la satisfacción de usuarios(as) internos y externos.	El centro de salud evidencia el cumplimiento de los 2 niveles anteriores y además demuestra contar con prácticas organizacionales que promueven el bienestar, tanto de los usuarios(as) internos y como externos. Por otra parte, se agrega el seguimiento para complementar la lógica de resultado del nivel intermedio.	Estructura. Proceso. Resultado.

Tip 3: La Visita Domiciliaria Integral demanda un gran esfuerzo del equipo de salud que realiza la visita y al equipo en general, y a cambio entrega la oportunidad de promover cambios positivos en la salud de la población.

Teniendo en consideración lo mencionado, es altamente recomendable que las direcciones de los centros de salud instalen procesos que reguarden el bienestar de los usuarios(as) internos y externos, como por ejemplo: actividades de autocuidado.

Este nivel se integra a los dos anteriores y evoluciona para ofrecer una calidad total que incluye a los usuarios(as) internos.

²⁶ Ver anexo .Consultar metodología e instrumento en: Protocolo Pauta de Calidad Visitas Domiciliares Integrales (2014), Chile, MINSAL

Para evaluar la calidad es necesario supervisar la VDI, específicamente como se obtuvieron los resultados para verificar el cumplimiento o no de los objetivos, es válido anticipar que será a través de los medios de verificación que sustentan el cálculo de los indicadores.

Dependiendo del Nivel de Gestión y el tipo de precisión que busca la supervisión, los medios de verificación irán vinculados a:

- Registro de Visita Domiciliaria Integral
- Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).
- Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM).

Intente contestar las siguientes preguntas para dar el primer paso a la evaluación de sus acciones respecto a VDI:

- ***¿Están priorizando la cobertura o la focalización?***
- ***¿Se han instalado las competencias para asegurar la calidad y eficiencia de las VDI?***
- ***¿En qué nota la efectividad de las VDI como una estrategia de soporte para la salud de su población?***

Recuerde que: En el momento que un actor asegura la disponibilidad de los recursos, el que los recibe adquiere una obligación para que éstos sean utilizados en contribuir a conseguir los objetivos y resultados establecidos.

Es responsabilidad del equipo respaldar lo que hace y trabajar en función de la evidencia, por lo tanto debe tener la noción de que:

- Sin objetivos no sabrá dónde dirigir los esfuerzos.
- Sin un estándar no conoce lo mínimo esperado para aceptar o rechazar una VDI realizada.
- Sin indicadores no podrá medir el éxito o fracaso de sus acciones.
- Sin línea base no sabrá con qué comparar.
- Sin meta no sabe que deberá alcanzar.
- Sin un medio de verificación no podrá evidenciar lo realizado.

La objetividad de los resultados sanitarios presentados se transforma en una responsabilidad de todos los equipos, independiente del nivel de gestión y/o sector.

Es importante señalar, que a nivel de la Atención Primaria de Salud, se puede propiciar a dar cumplimiento al resultado inmediato de las VDI a través de:

- Ofrecer tiempos protegidos a los equipos para reuniones clínicas²⁷ con enfoque de curso de vida, y así fortalecer los procesos de derivación, coordinación de casos, entre otros.
- Realizar estudios de familias para asegurar la focalización de la VDI en la población con riesgo biopsicosocial.
- Implantar procesos de supervisiones internas para resguardar la efectividad y eficiencia de las acciones asociadas a las VDIs.

²⁷ Sólo se puede llevar a reunión clínica los casos en que los pacientes han autorizado compartir su información clínica con personas que no están directamente vinculadas a su atención de salud, de lo contrario, se contraviene el artículo 13 de la Ley N° 20.584. Otra opción es realizar la exposición de casos en forma anonimizada, estos es, sin indicar nombre o rut de los pacientes, u otro dato que permita establecer la identidad concreta de la persona.

- Asegurar la disponibilidad de los recursos para la ejecución de la VDI. Este proceso incluye la planificación, solicitud, hasta la disposición de los recursos de manera oportuna.
- Elaborar informes que rindan cuenta de los resultados que se desprenden de la ejecución de VDIs a nivel local.
- Fortalecer el trabajo intersectorial para dar respuesta oportuna y eficiente a los usuarios(as) según sus necesidades.

El concretar las acciones señaladas implicará el uso de recursos, ya sean tangibles o intangibles, como lo son: recurso financiero para transporte, tiempo (horas en agenda protegidas para VDI), desarrollo de competencias para fortalecer la ejecución de la prestación, de información epidemiológica, etc.

El uso adecuado de los recursos demandará mantener una comunicación eficiente tanto a nivel horizontal como vertical, que facilite alcanzar los objetivos propuestos por el sector, buscando generar cambios en los factores básicos del entorno (Políticos, Económicos, Socioculturales, Tecnológicos, Ambientales y Legales) y mantener a la familia y a la comunidad como el centro de la atención.

Para finalizar, la mejor manera de realizar una coordinación eficiente de los niveles de gestión en el uso de los recursos, será cumplir con los criterios de lo necesario y lo suficiente en dirección de resolver el problema. Esto conllevará identificar claramente a los actores involucrados para el cumplimiento de los objetivos de la VDI y las decisiones que se deberán tomar en términos de: diseño, implementación, monitoreo y evaluación. Siempre en los distintos contextos de una VDI, ya sea a nivel de prestación o de gestión de éstas.

5. El equipo que realiza las visitas y sus competencias

La calidad de una visita domiciliaria integral va de la mano con el desarrollo de competencias del personal que las realiza. Existe evidencia que programas de visitas domiciliarias resultan ser más efectivas, si las personas tienen más capacitación para desempeñarse en esta actividad.²⁸

En nuestro país, la Visita Domiciliaria Integral que se produce dentro del contexto de salud, es realizada hasta ahora, por profesionales y técnicos de los equipos de salud. Existen algunas experiencias locales con monitores comunitarios de salud, y en contexto de Pueblos Originarios los facilitadores interculturales, quienes son personas de la comunidad vinculadas a los establecimientos de salud, que tienen desarrollado fuertemente el trabajo comunitario y que reciben capacitación para realizar visitas.

Características de los equipos que realizan las visitas

En la literatura, no existe un solo perfil ideal para quienes realizan una VDI, sino más bien, dependerá de cada situación y los objetivos que ésta tenga. Una forma de sistematizar las posibles características de las personas que realizan la visita es a través de las siguientes dimensiones²⁹:

- a. Tipo Relacional
- b. Grado de pertenencia
- c. Formación del Agente

a. Tipo de relación entre la persona que visita y las familias

Las persona que visitan pueden establecer ya sea un vínculo más cercano, cálido y similar a una relación de amistad con la familia, o uno donde se requiere mantener cierto grado de distanciamiento

²⁸ Peacock, S., Konrad, S., Watshon, E., Nikel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review.

²⁹ Korfmacher, 2011, Aracena & Marinkovic, 2014

y objetividad, donde la relación se basa en la presencia de un experto y la persona que recibe un servicio de salud. Según cuál sea el enfoque más apropiado para un caso particular, podría ser beneficioso o no para el éxito de la visita, el que el equipo comparta o no sus experiencias personales y sentimientos con el otro, o más bien centre el foco en los problemas de la familia.

b. Grado en que se comparten experiencias y/o la pertenencia a la comunidad:

La persona que visita puede haber nacido y crecido en el sector donde trabaja, dándole un mayor conocimiento sobre sus miembros y realidad. Al haber compartido experiencias similares, puede generar un vínculo más sólido con las familias, situándose como un modelo viable a seguir y permitiéndole hablar con conocimiento de causa sobre cómo superar situaciones difíciles dentro de esa comunidad. Hay que considerar que además de pertenecer a un mismo barrio, etnia, religión, etc., el que realiza la visita puede también tener en común experiencias importantes, como el hecho de ser ella misma madre o haber amamantado exitosamente. Estos aspectos hay que considerarlos a la hora de elegir quien visita.

c. Formación y capacitación del equipo que realizara las visitas:

El desarrollo de competencias es esencial para la intervención de calidad con las familias que se visita. La formación puede ser **universitaria y/o técnica o especializada**.

La formación universitaria o técnica permite contar con profesionales con conocimientos y destrezas especializadas según la profesión que tenga. Tienen también, la ventaja de que las familias pueden sentir que reciben un servicio brindado por expertos.

Por otro lado, algunas personas pueden haber recibido una formación intensiva y especializada en visita domiciliaria, sin haber terminado estudios superiores. Esta situación no es la realidad de nuestro país, sin embargo, es importante considerarlo, dado que son individuos con una amplia experiencia en trabajo comunitario, donde se lleva a cabo la VDI.

Es importante insistir que en la VDI no se actúa en primera instancia como un profesional específico, sino como un “facilitador del autocuidado en salud” de las familias que se intervendrán. Por esta razón es importante remirar el rol del profesional o técnico que realiza VDI, incorporando espacios de formación en este contexto, muchas veces ausente en el pregrado, y por otro lado, no desechar el rol que pudiera tener el agente comunitario en este tipo de estrategia.

Supervisión continua

Otro aspecto relevante de considerar, en la VDI, es la implementación de la supervisión continua dada la complejidad que significa realizar esta actividad.

La “revisión de casos” se podría considerar un proceso de reflexión, donde quienes realizan la visita relatan la experiencia y en forma conjunta se analiza la información faltante y nuevas estrategias de abordaje. Esta reflexión colectiva sirve como un espacio de expresión, contención y de resignificación de algunas creencias en torno a las familias que se visitan y para replantearse acciones en conjunto en el equipo de cabecera. Estos momentos ofrecen una oportunidad de aprendizaje y de encontrar maneras de cultivar el potencial de cada una de las personas que conforman el equipo que atiende a esa familia, aumentando sus conocimientos y habilidades. Cabe señalar, que este espacio constructivo debe darse en un ambiente de respeto, sin perder de vista el objetivo final: el bienestar de los usuarios y la confidencialidad de la información compartida, de acuerdo a normativa vigente.

Competencias de las personas que realizan visitas domiciliarias

El MINSAL desarrolló un perfil de competencias para la persona que realiza la Visita Domiciliaria Integral en nuestro sistema de salud³⁰.

³⁰ <http://www.chccsalud.cl/p/vdi.html>: Perfil de competencias para VDI , 2013

FIGURA N°13: MARCO PARA EL DESARROLLO DEL PERFIL DE COMPETENCIAS EN VDI

MODELO SALUD FAMILIAR					
CURSO DE VIDA					
COMPETENCIAS CONDUCTUALES					
Comprensión interpersonal	Desarrollo de Otros	Trabajo en equipo	Negociación y manejo de conflictos	Orientación al Logro	Compromiso ético
COMPONENTES DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL					
RECOMENDACIONES TÉCNICAS POR CURSO DE VIDA					
COMPETENCIAS FUNCIONALES					
NIVELES DE ATENCIÓN					
PROMOCIONAL-PREVENTIVO Factores protectores Detección Pertinencia de la visita Foco por curso de vida			CURATIVA Y REHABILITACIÓN Detección Pertinencia de la visita Foco por curso de vida		

De acuerdo a las tareas críticas de su rol debían desarrollar dos tipos de competencias: Conductuales y Funcionales.

Competencias Conductuales: son las habilidades interpersonales, comunicacionales y de empatía que permiten establecer una relación positiva con las familias. Las competencias conductuales priorizadas son:

Comprensión interpersonal: capacidad de empatizar, escuchar y entender adecuadamente los pensamientos, sentimientos o preocupaciones de los demás incluso sin que éstos lo hayan expresado.
Orientación al logro: Es la manifestación de una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas.
Trabajo en equipo: Capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo.
Desarrollo de otros: Capacidad de fomentar el desarrollo de habilidades en los Integrantes de la familia en el contexto de la estrategia de visita domiciliaria integral.
Negociación y manejo de conflictos: Capacidad para llegar a acuerdos en situaciones que haya discrepancias o intereses enfrentados.
Compromiso ético: Capacidad para actuar en forma coherente con los principios y valores que resguarden los derechos de los usuarios en el contexto de la visita domiciliaria integral.

Fuente. Melis(2013).

A pesar de que es necesario desarrollar cada una de éstas, la comprensión interpersonal es la que tiene el mayor peso entre las seis. Por otra parte las **competencias funcionales** se relacionan con **aquellas habilidades que facilitan el orden y organización**, debido a la mayor complejidad que requiere trabajar en distintas locaciones y la importancia de mantener registros actualizados (Fixsen et al, 2005; The Future of Children, 1999), como también considera los **conocimientos deseables** en aquellos que realiza la VDI.

Competencia Funcionales

Promover factores protectores que favorecen el desarrollo biopsicosocial saludable del usuario y su familia, construyendo una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia, en el marco de un plan de acción implementado y evaluado entre el equipo de salud (profesional y/o técnico) y el usuario.
Detectar activamente por parte del equipo de salud situaciones de riesgo o dificultades para el desarrollo biopsicosocial saludable del usuario y su familia.
Reconocer los elementos claves de la visita domiciliaria integral.
Contar con la capacidad para programar, planificar, ejecutar y evaluar la estrategia de visita domiciliaria integral.
Fomentar los procesos de desarrollo biopsicosocial saludable desde el período preconcepcional al envejecimiento activo, a través de la estrategia de Visita Domiciliaria Integral.
Articular las redes asistenciales y comunitarias para asegurar la continuidad de la asistencia entre los distintos profesionales, servicios y centros que intervienen, teniendo en cuenta el papel del resto de los eslabones de la cadena asistencial y comunitaria, estableciendo relaciones de colaboración con ellos para así prestar un servicio oportuno al usuario derivado en el contexto de la visita domiciliaria integral.

Fuente. Melis(2013).

Actitudes fundamentales y relación de ayuda en el equipo que realiza la visita

El equipo de cabecera entrega un servicio que tiene como objetivo, entre otras cosas, establecer una relación de ayuda que posibilite una vinculación efectiva y esto permita los cambios esperados.

Las relaciones de apoyo profesional a las familias consisten en posibilitar relaciones humanas que ayude a las personas a movilizar sus recursos y desarrollar un mejor funcionamiento desde la perspectiva biopsicosocial y espiritual.

Un aporte importante es el realizado por Bermejo (1996), quién plantea que la relación es movilizadora por tres actitudes fundamentales: la aceptación incondicional, la comprensión empática y la autenticidad, que se explican a continuación

La aceptación incondicional se entiende como aceptar a la persona a pesar de sus comportamientos precedentes y actuales, sin moralizar los sentimientos y las reacciones de las personas, aceptándolo y comprendiendo la situación que vive. Es importante la escucha activa, atenta, centrada en la persona, que le permite sentirse acogido liberándolo de la marginación social, emotiva y de la soledad.

La comprensión empática consiste en entrar en el mundo de la persona para intentar comprender su experiencia. La empatía significa captar el significado personal y único de la situación que vive la persona.

La autenticidad entendida ésta como la sintonía entre lo que se comunica y lo que se cree, se espera, se siente y se percibe. Es así como la autenticidad implica hacer un proceso de elaboración y reconocimiento de las propias dificultades.

Comprender la situación de las personas y la de los cuidadores permite que la relación sea humana y humanizadora permitiendo a la vez a la familia visitada que sean los verdaderos protagonistas de la resolución de los problemas que tienen.

Se ha comprendido que no basta ofrecer apoyo técnico o consejo experto para lograr eficacia de las acciones, las personas ante todo necesitan ser acogidas, escuchadas y comprendidas. Esto pasa en una relación donde no sólo se pueda realizar intercambio de informaciones, conocimientos e intereses, todos estos aspectos fundamentales para realizar un proceso de cuidado, sino que la efectividad del cuidado y su acción está influida sin duda, por el establecimiento de un **vínculo** especial, entre cada uno de los miembros del equipo con la familia y la persona requirente de atención.

La consideración de los aspectos relacionales evita la deshumanización resguardando la dignidad de los individuos, permitiendo de esta manera el cuidado humanizado, caracterizado por una actitud del profesional que acepte a las personas como seres únicos y autónomos, reconociendo en ellos el contexto, las motivaciones, paradigmas propios, los sentimientos, entre otros.

Autocuidado del Equipo

Se debe velar por las **condiciones laborales** que todo los que conforman el equipo de trabajo tienen para poder llevar a cabo el trabajo con las familias de forma exitosa y eficiente (Korfmacher, 2011).

Numerosos estudios muestran que los profesionales de la salud se ven más expuestos a sufrir agotamiento y estrés laboral (Síndrome de Burnout), dado que desarrollan tareas de gran entrega y dedicación. A esto se suma que habitualmente el trabajo de la VDI son realizadas a familias multi-problemáticas, que ponen en juego los recursos de los equipos.

Este Síndrome, además de provocar un gran malestar en el profesional que lo sufre, tiene consecuencias directas en la calidad de los servicios que brinda. Es necesario saber en qué consiste este cuadro, para prevenirlo y detectarlo tempranamente.

Este Síndrome de Burnout (Maslach y Jackson, 1981) se caracteriza por presencia de:

- Agotamiento emocional: se pierde o disminuye los recursos emocionales que le permiten afrontar las situaciones estresantes. Se pueden sentir cansado y agotado psíquica y/o físicamente
- Deshumanización: Existen actitudes de pérdida de empatía, indiferencia e insensibilidad con el usuario.
- Insatisfacción personal: se percibe el trabajo de manera negativa, no reconoce gratificaciones, no se percibe salida, existen pensamientos fatalistas, existe baja autoestima profesional. Muchas veces esto repercute en la vida familiar y social produciendo retraimiento.

El Burnout no es una dificultad de las personas, sino el resultado del ambiente social en el cual trabajan. Es la estructura y el funcionamiento del lugar de trabajo el que delimita la forma en la cual las personas interactúan y realizan sus trabajos. Cuando se presentan condiciones laborales en las cuales no se reconoce el lado humano del trabajo, se genera una brecha muy amplia entre la naturaleza del trabajo y la de las personas, lo cual ocasiona un mayor riesgo de desarrollarlo.³¹

Para prevenirlo es importante contar con:

- Expectativas y roles claramente definidos para los equipos que visitan, que les permitan diferenciar qué roles y tareas les corresponden y dónde es necesario establecer límites para su propia protección y la de las familias.
- Carga de casos adecuada que le permita dedicar tiempo suficiente a cada familia y prevenir el desgaste.
- Apoyo del equipo y Dirección del centro de salud a nivel técnico, administrativo (transporte, horas protegidas, calidad contractual, etc.), como aspectos de validación, supervisión y gestión
- Herramientas de autoconocimiento y autocuidado. Desarrollar la capacidad reflexiva que le permita ser consciente de las implicancias de las situaciones a trabajar, y considerar la distancia necesaria para no perder de vista el objetivo de la intervención.
- Instancias de formación continua.

³¹ La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre el 2000 y el 2010, Psicología del Caribe, 2016

CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES EN VDI SEGÚN ALGUNAS SITUACIONES DE RIESGO: FICHAS TÉCNICAS

Esta parte de la OT, tiene el propósito de dar a conocer, los énfasis y aspectos que se deben considerar en aquellas temáticas priorizadas a través del curso de vida a la hora de realizar la VDI. Estas recomendaciones, sólo constituye una ayuda al enfatizar las ideas fuerza, más relevante sobre un tema específico y/o situación de riesgo. Por supuesto son recomendaciones muy generales que no acaban por ningún motivo todos los aspectos a considerar en cada uno de ellas, pero si, orientará a los equipos al quehacer en estas situaciones.

Se sugiere revisar estas propuestas, previo a la VDI, cuando exista un integrante con alguna de las éstas situaciones de riesgo mencionadas. Por otra parte, es importante considerar que estos énfasis deben estar contenidos dentro de un Plan de Intervención, por lo tanto, cada equipo deberá considerar la pertinencia de las acciones dentro de la VDI o en otro momento de la Intervención.

La estructura de estas recomendaciones consideran: una breve introducción de la temática y luego lo más relevante: los objetivos y recomendaciones. Por último, se expone bibliografía para quienes desean profundizar en la temática.

1. Visita domiciliaria integral de gestantes en riesgo

INTRODUCCIÓN

Toda gestación implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones, por lo cual es fundamental una adecuada vigilancia durante el proceso reproductivo. El contacto con el personal de salud, contribuye a establecer un vínculo y genera confianza entre el profesional y la familia³². Diversos estudios han establecido que la visita domiciliaria durante la gestación es un excelente medio para reducir las causas prevenibles de mortalidad materna e infantil³³.

Se han determinado diversas condiciones que constituyen factores de riesgo biopsicosocial. Estos factores de riesgo determinan resultados perinatales adversos que disminuyen o perjudican el nivel de salud, tanto de la mujer, como de su hijo o hija.

Las siguientes condiciones necesariamente deben ser consideradas para hacer una intervención familiar y planificar la visita domiciliaria integral:

Factores de riesgo de morbi-mortalidad	Factores de riesgo psicosociales
Adolescente menor de 15 años.	Escolaridad menor a 6to básico.
Adolescente de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.	Adolescente fuera del circuito escolar.
Mayor de 40 años con riesgos asociados.	Ingreso a control pre natal después de las 14 semanas de gestación.
Presencia de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo (hipertensión arterial, diabetes mellitus, epilepsia, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca).	Insuficiente apoyo social y familiar.
Aborto habitual.	Conflictos con la maternidad.

³² Lassi Z, Haider B, Bhutta Z. Paquetes de intervención comunitaria para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal y para mejorar los resultados neonatales (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 11. Art. No.: CD007754. DOI: 10.1002/14651858.CD007754

³³ Olds, D., Kitzman, H.,(2015). Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality. Results of a 2- decade follow up- a Randomized Clinical Trial. American Medical Association.

Antecedentes de parto prematuro.	Depresión.
Antecedentes de recién nacido de bajo peso al nacer (menor a 2.500 grs.).	Uso o abuso de sustancias.
Presencia de patologías de alto riesgo obstétrico (síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, embarazo gemelar, Rh (-) sensibilizada, placenta previa).	Violencia de género o violencia sexual.
	Extrema ruralidad (que implica ausencia de movilización para acceder a controles de salud o consultas de urgencia).
	Alto vulnerabilidad socioeconómica.

OBJETIVO

Realizar un acercamiento en terreno a las condiciones familiares, sociales y del entorno de la gestante, detectando posibles factores de protectores y/o de riesgo, tanto en la mujer como en su entorno familiar, y valorando la factibilidad de minimizarlos.

RECOMENDACIONES

- Durante el control pre natal, realizar categorización de riesgo biopsicosocial durante la gestación, de acuerdo a EPSA y estándares de alto riesgo obstétrico.
- Una vez categorizadas las gestantes de riesgo, evaluar con equipo de cabecera aquellas mujeres que agrupen mayor carga de riesgo que puedan impactar sobre su salud y sobre el desarrollo del niño o la niña.
- Consensuar plan de acción personalizado para cada mujer.
- En el contexto del plan de acción, planificar visitas domiciliarias integrales por cada mujer según la categorización de alto riesgo biopsicosocial.
- Se propone un mínimo de tres VDI durante la gestación y una VDI antes de los 10 días post parto, a los 30 días post parto y, de acuerdo a las posibilidades, repetir a los 3 y 6 meses, considerando la posibilidad de realizar VDI hasta un año post parto.
- Durante la VDI complementar la información familiar determinar la composición familiar, detectar factores de riesgo personales y familiares. Aplicar instrumentos de análisis familiar.
- Se debe realizar evaluación de las condiciones de salud de la gestante.
- Promover factores protectores.
- Evaluar calidad percibida de su relación de pareja y del apoyo recibido.
- Realizar evaluación de las condiciones que la familia tiene para apoyar a la gestante.
- En caso de tener factores de riesgo detectados por EPSA, complementar las intervenciones en el domicilio (ver sugerencias en Nota metodológica)
- Detectar la presencia de patologías y gestionar la derivación oportuna al centro de salud, si corresponde seguimiento. Solicitar citación y entregar hora a la mujer.
- Si la mujer padece alguna patología crónica que es concomitante con la gestación, evaluar adherencia al tratamiento, determinar nivel de tolerancia al nuevo tratamiento (en caso de cambio) y evaluar el cumplimiento de indicaciones.

- Fomentar adhesividad al control en el centro de salud.
- Comprobar conocimiento respecto a los signos de alerta y cuando se debe concurrir a un servicio de urgencia.
- Verificar la realización de exámenes complementarios de diagnóstico y posibles dificultades de acceso a los mismos. Gestionar activamente la realización de los mismos de ser necesario.
- Promover la asistencia de la gestante a los talleres de preparación para el parto.
- Evaluar recursos para la crianza.
- Incentivar ambiente libre del humo de tabaco y realizar consejería anti tabáquica, si corresponde.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz, B., Berger, C., Aracena, M., (2001) "Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: La visita domiciliaria como estrategia de intervención". Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. X, N° 1, 2001.
- Lassi Z, Haider B, Bhutta Z. (2010) "Paquetes de intervención comunitaria para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal y para mejorar los resultados neonatales (Revisión Cochrane traducida)". Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 11. Art. No.: CD007754. DOI: 10.1002/14651858.CD007754
- Aracena, M., Leiva, L., Undurraga, C., (2011) "Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as". Rev Med Chile 2011; 139: 60-65
- Olds, D., Kitzman, H., Knudtson, M., (2014) "Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality. Results for a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial". JAMA Pediatr. 2014;168(9):800-806.doi:10.1001/jamapediatrics.2014.472
- Kotliarenco, M., Gómez, E., Muñoz, M., Aracena, M., (2010) "Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana". Rev. salud pública. 12 (2): 184-196, 2010

2. Visita domiciliaria integral a la gestante adolescente

INTRODUCCIÓN

La gestación en la adolescencia se reconoce como un problema social y de salud pública, especialmente para las adolescentes menores de 15 años, debido a sus riesgos biomédicos, socioculturales y psicológicos (Gómez, Molina, Zamberlin, 2010; Olavarría, 2008). En este sentido, a pesar de que en Chile los riesgos de morbilidad y mortalidad han bajado de forma significativa, la gestación en adolescente continúa constituyendo un problema de carácter biopsicosocial.

OBJETIVOS

Detectar factores de riesgos (individuales, familiares y sociales) y situaciones de urgencia o riesgo vital, potenciando los factores protectores para apoyar el proceso de gestación, desarrollo de los adolescentes y su hijo/a y retrasar futuros embarazos.

RECOMENDACIONES

A nivel de cobertura, se recomienda realizar un programa de VDI al 100% de las gestantes adolescentes menores de 15 años y; para el grupo de 15 - 19 años, implementar plan de visitas sólo en casos de riesgo biopsicosocial.

Se sugiere que el **plan de acción** incluya **un mínimo de 3 VDI** durante la gestación.

Es importante considerar la evaluación de los siguientes puntos:

1. Confidencialidad: la VDI y el momento de su ejecución deben ser negociados con la adolescente, según sus necesidades y con su consentimiento o asentimiento, según corresponda, el cual debe quedar plasmado en ficha clínica. Si no lo ha hecho con anterioridad, al llegar al domicilio es importante preguntar si quiere conversar a solas con el profesional, en un primer momento, dándole la posibilidad de que la adolescente señale el lugar. Esto es importante para establecer un primer nivel de confianza y después de un rato de conversación, proponerle incorporar a las personas que se encuentren en el hogar. De esta manera ella ya identificará al equipo como aliado frente al resto de la familia y permite a la vez un nivel de privacidad para las primeras indagaciones. Luego es importante incorporar a familiares presentes dado que, generalmente, requieren de apoyo y están viviendo la noticia del embarazo como noticia inesperada y dolorosa.

2. Grado de aceptación de la gestación: Se debe evaluar este punto por parte de la adolescente, progenitor y sus familias, incluyendo los significados atribuidos al embarazo, los recursos individuales de la adolescente para enfrentar la situación y la influencia de su entorno.

- Es relevante expresar a la adolescente, que es normal sentir temor en este primer período porque toma tiempo adaptarse a esta nueva situación
- Considerar otras estrategias en aquellas adolescentes que no progresen en esta aceptación: es importante evaluar el grado de ansiedad o angustia que experimenta y ofrecer apoyo si lo requiere, coordinándole una hora con profesional que pueda darle apoyo emocional y facilitar la expresión de sus sentimientos en torno a esta situación. No olvidar programar otra visita en un futuro cercano.
- De mantener su rechazo al embarazo en una segunda visita se puede ofrecer información sobre instituciones que apoyan para adopción³⁴. Se debe enfatizar que es una decisión que sólo puede tomar ella y no debe ser influenciada por otras personas.
- Por otro lado, es importante no estigmatizar la decisión. El proceso de adopción siempre contempla una etapa de discernimiento durante la cual se revisan las posibles causales para la toma de decisión, prolongando el tiempo de reflexión. En ese proceso de discernimiento el 80% decide quedarse con su hijo³⁵.

³⁴ Fundación San José, Fundación Chilena de la Adopción, Fundación Mi Casa y en provincia Unidades Regionales de Adopción del Servicio Nacional de Menores

³⁵ Información entregada por FADOP y por Fundación Chilena de la Adopción.

3. Apoyo afectivo: Evaluar este apoyo percibido por la adolescente, indagar posibilidad de maltrato verbal o de otro tipo al interior de su grupo familiar, además de su pareja. La joven puede sufrir durante el embarazo maltrato de parte de miembros de su familia. Por ejemplo: el padre no le habla, la madre la humilla frente a sus hermanos, o no la deja salir o ver a su pololo. También puede ser víctima de maltrato físico, pero lo más recurrente es el maltrato psicológico durante el primer trimestre del embarazo. En caso de que esto ocurra, hacer las intervenciones pertinentes para revertir esta situación.

4. Apoyo económico: es importante conversar este punto tanto con la joven, como con su familia y pareja. Puede que la familia de la joven incentive a ésta a convivir con el progenitor de su hijo, como una forma de asegurar el apoyo económico tanto para el hijo que viene, como para la joven. Es importante que la familia sepa que legalmente la responsabilidad económica y sustento de la joven se mantiene en el grupo familiar en tanto ella no alcance la edad de 21 años, si estudia alguna profesión u oficio, esto se extenderá hasta los 28 años de edad, de modo que no busquen desentenderse de esta responsabilidad (artículo 332 del Código Civil Chileno).

5. Desarrollo de proyecto de vida: es importante que dentro de este punto evaluar la capacidad para responder adecuadamente a posibles presiones externas. Entre ellos, la continuidad de la adolescente en el sistema educacional. Se debe observar ausentismo escolar, problemas de rendimiento y deserción, tanto a causa del embarazo como previo a él.

Si se encuentra estudiando se le debe recomendar que concurra con su apoderado a informar al establecimiento del embarazo y acordar la forma de evaluación a realizar para evitar el abandono y la repitencia. Dependiendo del momento del año en que nacerá su hijo(a), se puede solicitar cierre anticipado del año escolar, o bien que una vez nacido su hijo(a) pueda hacer trabajos o ir sólo a dar pruebas para completar notas y pasar de curso. También se debe acordar el número de semanas en que se ausentará una vez nacido el hijo(a). Todo esto previene la deserción y facilita un término de año escolar exitoso y debe ser idealmente gestionado a través de las red comunal de Chile Crece Contigo

Respecto al momento de volver a sus estudios, el ideal es que ella pueda mantenerse en su hogar con su hijo al menos los primeros seis meses de vida de éste, para favorecer todo lo beneficios en el vínculo, desarrollo de ambos, entre otros aspectos. Lamentablemente no existe postnatal legal para estudiantes, es por ello que los equipos junto con la familia debe buscar la mejor estrategia y decidir en conjunto el mejor momento y solución (sala cuna, familiar de confianza que asuma el cuidado, estudios vespertinos , etc...)

6. Apoyo a la familia o adultos significativos: Es importante fortalecer su rol de modelaje y contención. Promover la comunicación asertiva entre la familia, adolescente y progenitor del bebé. Además, importante prestar atención a dos extremos que se suele producir: a) adultos que consideran a la joven aún inmadura e incapaz de cuidar de su hijo y, por tanto, se “apropian” de éste y lo asumen como “su” tarea, o bien b) adultos que señalan que ella se lo buscó y debe asumir sola esa responsabilidad desligándose totalmente, sin ofrecerles apoyo. Se requiere conversar en familia y lograr acuerdos a fin de que entiendan que su rol de padres no se acaba con la maternidad de su hija y que su rol de abuelos es dinámico, en la medida que la joven va creciendo en edad y alcanzando mayores niveles de autonomía.

7. Plan para la salud y bienestar de la adolescente: Este debe incluir temas como el desarrollo de la gestación, parto, cuidado de la salud de la madre y el bebé (ChCC), qué hacer en caso de urgencia, derechos sexuales y reproductivos, prevención de embarazo no planificado (métodos anticonceptivos), tareas propias de la adolescencia, etc.

8. Promoción del Desarrollo y habilidades parentales: Si se produce la aceptación del embarazo, incorporar estos elementos previos al parto y posterior al nacimiento del niño(a)

9. Consumo de alcohol y otras drogas. Abordaje abierto y empático sobre este tema, sin enjuiciar. Aplicación de instrumento de tamizaje si así se requiere. Diferenciar entre consumo de riesgo y Trastorno de consumo de sustancias. Derivar a oferta de la red según corresponda.

10. Situaciones de urgencia o riesgo vital: Por ejemplo, maltrato, depresión y/o suicidio. En estos casos, derivar al equipo de salud mental y, en caso de riesgo de vida, informar a un adulto responsable (padre, madre o tutor) de acuerdo a normas de confidencialidad.

11. Identificación, reconocimiento y fortalecimiento de los factores protectores, recursos y capacidades, individuales y familiares, lo cual favorece la aceptación del embarazo.

12. Métodos anticonceptivos: informar y apoyar su uso para prevenir nuevos embarazos (Se sugiere incluir al menos una visita domiciliaria a toda gestante adolescente entre las 32 y las 36 semanas para tratar estos temas). Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración.

13. Sospecha de abuso sexual: indagar indicadores directos e indirectos de abuso. Si se sospecha de violencia o abuso sexual se debe denunciar de acuerdo a lo establecido legalmente (artículo 175 letra d) del Código Procesal Penal).

Asimismo, en caso de que el embarazo sea resultado de una violación, se informará a la adolescente acerca de sus opciones, incluida la interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la Ley N°21.030.

14. Incorporar intervención específica para el progenitor y su familia de origen: Evaluar el grado de apoyo que tiene él de parte de su familia respecto a este embarazo y su continuidad de estudios, entre otros aspectos. Importante es favorecer la reinserción escolar como proyección hacia un mejor futuro laboral.

Posterior al parto, se sugiere realizar una VDI antes de los 10 días post-parto, si es que no ha asistido al control de la diada y otra VDI a los 30 días post parto. Si mantiene buena adherencia a los controles y el equipo de cabecera considera que no requiere mayor frecuencia de VDI según el plan de acción, se sugiere un seguimiento a los 3 y 6 meses post parto y otra VDI al cumplir un año post parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez, O., Molina, R., Zamberlin, N. (2010). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.
- González E., Molina C., Meneses R., Molina T. (2000). "Impacto social de un modelo educativo alternativo para madres adolescentes que abandonan el sistema escolar. Proyecto de investigación del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo integral del adolescente, Universidad de Chile.
- Olavarría J. (2008). Diagnóstico, seguimiento, análisis y evaluación de la situación de maternidad, paternidad y embarazo en el sistema educativo chileno. MINEDUC.
- OMS (2000) ¿Qué Ocurre con los Muchachos? Una Revisión Bibliográfica sobre la Salud y el Desarrollo de los Muchachos Adolescentes. OMS: Suiza Ponencia en Diálogo Nacional: Promoción de la salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud. 21-22 de agosto. Santiago de Chile: INAP.
- Lyra, J.(2001) Paternidade adolescente: da investigação à intervenção. En: Arilha, M., Unbehaum, S., y Medrado, B. (orgs). Homens e Masculinidades. Outras Palavras. São Paulo: ECOS (versión electrónica, visto julio 2003).
- Levandowski, D. C. (2001) Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. Estudios de Psicología 2001, 6(2)
- Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de drogas en adolescentes, MINSAL (2015).
- "Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes" (2012).
- Guía Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. (Minsal, 2015).

3. Visita domiciliaria integral para gestantes y puerperas con sospecha de consumo de tabaco; alcohol y otras drogas

INTRODUCCIÓN

El uso de alcohol, tabaco u otras drogas y sustancias psicoactivas, es una situación frecuentemente detectada durante el embarazo, pero también en el parto y puerperio. En el año 2016 el 4,7 % de las gestantes reporta presentar uso o abuso de sustancias al aplicar EPSA.³⁶

El consumo de sustancias durante el embarazo puede producir múltiples problemas de salud, asociados a otros de índole social tanto en la madre como en su hijo o hija. Sin embargo, el embarazo puede ser una oportunidad para las mujeres, sus parejas y otras personas que viven en el mismo hogar, para cambiar sus patrones de consumo de alcohol y otras sustancias.

Los trabajadores de salud que atienden a mujeres que reportan espontáneamente consumo o que ante la pregunta, responden afirmativamente, deben tener claro que es necesario educar respecto de los riesgos y ser enfáticos respecto de que no existe evidencia de dosis segura, por lo que la recomendación es abstenerse, si se detecta que el consumo es frecuente, aun cuando no reviste el carácter de un trastorno, es necesario realizar consejería breve y hacer seguimiento. Si reviste carácter de un trastorno por uso de sustancias, es necesario hacer un diagnóstico y derivar donde corresponda para tratamiento.

La complejidad de los problemas sociales, mentales y físicos que enfrenta cada mujer en una situación de consumo de riesgo alto y de consumo perjudicial o dependencia, requiere de un asesoramiento y apoyo adecuado durante el embarazo y el puerperio. Para ello, es importante que esta situación sea comprendida desde una perspectiva integral, que incluyan el enfoque de derechos, de determinantes sociales de la salud y el curso de vida, así como la perspectiva de género.

Si bien los datos internacionales y nacionales señalan que la mayoría de las embarazadas y puérperas suspende su ingesta de sustancias al conocer su estado, existe un grupo de mujeres que consumió antes de conocer su estatus, y otro que mantiene su consumo a pesar de estar en conocimiento de su estado de gravidez.³⁷

La literatura recoge algunas de las razones más comunes que refieren las mujeres para mantener consumos de riesgo en el embarazo y no reportarlo a los equipos de salud.

- a. No saben que están embarazadas, y posterior a conocer su estado esconden el hecho de haber consumido dado el estigma asociado a estas conductas.
- b. Reciben información errónea sobre los efectos del alcohol y otras drogas.
- c. La mayoría de las personas en su contexto, también están utilizando sustancias.
- d. Las mujeres pueden usar sustancias para hacer frente a situaciones muy difíciles, como la pobreza, experiencias de trauma, violencia o la depresión.
- e. Algunas mujeres tienen trastornos por uso de sustancias.

Las razones que explican estas situaciones son complejas y requieren de un abordaje comprensivo e interdisciplinario de parte de las redes sanitarias; todos los equipos de salud deben hacer esfuerzos para la detección del consumo, y su intervención.

³⁶ EPSA 2016, aplicado a gestantes en el 1° control de embarazo. Sistema de registro y Monitoreo, ChCC, MDS

³⁷ Más datos epidemiológicos sobre esta población están disponibles en:

“Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología” (MINSAL 2017)

“ENFRENTAMIENTO DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL EMBARAZO PUERPERIO: Recomendaciones para la acción en la red de salud”

Los Principios Rectores para esta aproximación deben ser: ³⁸

- i. Dar prioridad a la prevención. (Prevenir, reducir y/o cesar su uso),
- ii. Garantizar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento.
- iii. El respeto de la autonomía del paciente.
- iv. Proporcionar una atención integral.
- v. Protección contra la discriminación y la estigmatización.

En relación a la Visita Domiciliaria, existirían antecedentes de que esta intervención, aumentaría la participación de esta mujeres en los servicios de tratamiento para drogas, sobre todo después del nacimiento (Doguett, Burret, Osborn 2008).

OBJETIVO

Realizar una evaluación en terreno que permita identificar la situación real de riesgo vinculado al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en las gestantes, identificando aspectos individuales, familiares, sociales y del entorno, para luego poder contar con elementos que puedan ayudar a tener una intervención atingente a las necesidades de la gestante y su familia.

PREMISAS

I. Toda cantidad de tabaco, alcohol y otras drogas, consumida en cualquier período del embarazo, puede producir efectos negativos en la salud de la mujer y su hijo o hija. No hay evidencia de una dosis segura

Por lo cual, se recomienda que aquellas mujeres que estén en edad reproductiva y planean quedar embarazadas o se encuentran embarazadas se abstengan de consumir alcohol y drogas. Las recomendaciones de los equipos de salud sólo pueden indicar que no hay consumos seguros durante el embarazo.

II. Nunca es tarde para la intervención.

Si bien, lo ideal es educar y promover la abstinencia durante el embarazo, y detectar e intervenir tempranamente, todas las acciones que impliquen un cambio del patrón de consumo y por tanto una mejora en la salud de mujer y su hijo o hija son valiosas y necesarias, aun cuando no se logre una abstinencia total o un cambio radical en el patrón de consumo. Las personas no pueden ser excluidas de servicios de salud que necesitan por presentar un trastorno por uso de sustancias

III. El consumo perjudicial de alcohol y otras drogas no es sinónimo de suspensión del rol parental

De acuerdo con Barudy, las competencias parentales se asocian con la parentalidad social, y por lo tanto, se diferencian de la parentalidad biológica. En muchos casos los padres pueden asumir la parentalidad social como una extensión de la biológica. Sin embargo, existen padres que a pesar de que engendraron hijos(as), poseen incompetencias parentales. Estas incompetencias no están necesariamente relacionadas al consumo, por lo que es importante, **valorar cada situación en particular** estas **Competencias Parentales**³⁹.

Estas competencias se dividen en:

³⁸ Los principios propuestos por la OMS para el abordaje de esta temática.

³⁹ Programa Abriendo Caminos: Manual de Apoyo para la formación de competencias parentales, MIDEPLAN , 2009

- a. **Las Capacidades Parentales** que se conforman a partir de la articulación de factores biológicos y hereditarios y su interacción con las experiencias vitales y el contexto sociocultural de desarrollo de los progenitores o cuidadores de un niño. Estas son: capacidad de apego, empatía, modelos de crianza y capacidad de participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios
- b. **Las Habilidades Parentales** que tienen tres funciones: Función nutricional, función socializadora y función educativa.

Es importante siempre considerar que la incompetencia parental, pueden ser compensada a través de otras **figuras significativas**, responsables de una parentalidad social que procure satisfacer de manera integral las necesidades de los niños(as).

RECOMENDACIONES

Se mantienen las recomendaciones de otros casos de gestantes en riesgo, pero además se recomienda:

1. El acercamiento debe ser preocupado y sensible a las condiciones de vida de la mujer

Esto es particularmente importante para lograr una valoración realista del nivel de consumo de la mujer, recordando que el autoreporte habitualmente está subestimado, a veces por efecto de lo socialmente deseado o por temor ante los profesionales de salud. Es importante, NO sancionar duramente la conducta de la mujer. Estas acciones están altamente contraindicadas, pues no producen cambios significativos en la conducta de consumo y más bien promueven un alejamiento de estas mujeres de las redes asistenciales.

2. Se recomienda mantener también una atención centrada en las mujeres con un enfoque que valora sus necesidades en el contexto de sus circunstancias de vida (enfoque Integral)

Un enfoque centrado en la mujer se centra en la salud a largo plazo y en las razones intrínsecas del cambio, de esta manera se dirige a la motivación a más largo plazo (es decir, más allá del embarazo y la lactancia materna) para promover la disposición al cambio y a permanecer abstinentes de sustancias. Comprender cómo la situación única de una mujer afecta su consumo de sustancias y salud mental permitirá a los profesionales ofrecer intervenciones adaptadas a las realidades, priorizando necesidades individuales de las mujeres. Por ejemplo explorar si están experimentando violencia o si el embarazo era planificado.

3. Evaluar el nivel de consumo

Es importante diferenciar entre consumo de riesgo y trastorno de uso de sustancias. Para ello se puede utilizar las directrices del DIR (Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida) pues pone a disposición de los equipos instrumentos que permiten una evaluación del consumo (CRAFFT, AUDIT, ASSIST). Idealmente esta evaluación se debe realizar en el establecimiento, pero si no es así, puede realizarse en la VDI.

- a. **Consumo de riesgo:** En caso de evaluarse esta situación, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Programa DIR, proceder a la realización de la Intervención breve de acuerdo a las Orientaciones Técnicas.
- b. **Trastorno de uso de sustancias:** En este caso, es necesario realizar las coordinaciones necesarias con el equipo de sector (médico y equipo psicosocial) para la confirmación diagnóstica y subsecuente derivación a Tratamiento⁴⁰.

⁴⁰ El Convenio SENDA-MINSAL permite la existencia en muchos Servicios la disponibilidad de Programas de Tratamiento específicos para población femenina, con cupos preferenciales para mujeres embarazadas y puérperas.

4. Valorar aspectos Biopsicosociales y detectar las necesidades de las mujeres atendidas NO sólo en relación a su uso de sustancias

Permitirá profundizar la situación de vulnerabilidad y contar con un plan de acción atingente (ver plan de acción para toda VDI)

Algunas acciones que es posible realizar en la VDI

- a. Vinculación de la mujer con los servicios de tratamiento de alcohol y drogas
- b. Vinculación con otros servicios sociales y jurídicos
- c. Promover y monitorear el cuidado durante el embarazo: asistencia a controles, tratamiento de infecciones, asesoramiento nutricional, entre otros.
- d. Identificación de la redes Familiares , sectoriales e intersectoriales y ampliación de la información sobre recursos organizacionales e institucionales disponibles
- e. Contacto con la maternidad para facilitar atención adecuada durante el parto , post parto, puerperio
- f. Facilitar la interacción entre Madre e Hijo
- g. Seguimiento de madre e hijo en APS
- h. No olvidar Valorar :
 - Comorbilidad con otros problemas de salud mental
 - Condiciones de habitabilidad
 - Experiencias de violencia
 - Condiciones de pobreza extrema
 - Experiencias traumáticas
 - Conflicto con la justicia y necesidad de servicios legales
 - Apoyo por parte de la pareja u otros actores significativos
 - Ingresos disponibles

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud (MINSAL), "Guía Perinatal ", (2015), Chile.
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
- Mujeres y tratamiento de Drogas : Sugerencias para el abordaje de mujeres embarazadas con problemas de Drogas , CONACE 2010
- Ivonne D'Apremont, "**Drogadicción en el embarazo y lactancia**", Medwave 2003 Nov; 3(10):e1956 <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1956>
- Organización Mundial de la Salud (2014), "Recomendaciones para la identificación y manejo del uso de sustancias y los trastornos por uso de sustancias en el embarazo". http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) "**Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social social factors**".
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/resources/pregnancy-and-complex-social-factors-a-model-for-service-provision-for-pregnant-women-with-complex-social-factors-35109382718149>

4. VDI en situaciones de maltrato infantil

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MI) es un problema prevalente en el mundo. En Chile (UNICEF, 2012), el 71% de los niños y niñas ha recibido algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. De este porcentaje, el 51.5 % corresponde a algún tipo de violencia física mientras que el 19.7% a violencia psicológica.

Como país tenemos la responsabilidad de velar por el bienestar físico, mental y social de los niños, niñas y adolescentes, fomentando el buen trato no tan sólo de los padres hacia sus hijos sino del conjunto de la sociedad. Es así que el Estado, a través de la Política de la Niñez y Adolescencia a considerado como una área estratégica a abordar la Protección, reparación y restitución de derechos⁴¹, en donde salud tiene mucho que aportar.

Por otra parte, la evidencia señala que las VDIs son efectivas para prevenir el maltrato y la negligencia, ayudando a disminuir el estrés parental, prevenir los accidentes en el hogar y aumentar la seguridad de los niños y las niñas.

DETECCIÓN

La detección del maltrato puede ocurrir en diversas instancias: en los controles de salud infantil, en las consultas de morbilidad, en los controles de salud de algún miembro de la familia, en una VDI, etc. Para poder detectar maltrato, se requiere 2 aspectos importantes:

- Conocer los factores de riesgo y protección del maltrato
- Conocer los principales signos y señales que pueden hacernos sospechar de la presencia de maltrato y negligencia.

Los factores de riesgo e indicadores del maltrato se pueden obtener de la guía realizada por el MINSAL (2013)⁴² donde es posible apreciar los diversos factores de riesgo clasificados por distintos focos de intervención (niño/a, relacional, social, comunitario, etc.). Este análisis permitirá identificar a las familias de riesgo y realizar seguimiento a través de la gestión de casos.

Otro aspecto necesario de tener presente en la detección es la existencia de violencia entre los padres o cuidadores. Esta constituye uno de los factores de riesgo más relevante para el maltrato en la infancia. Actualmente, se considera que los niños y niñas que viven en una familia en la que existe violencia también son víctimas de ella.

Los signos y señales del maltrato no siempre son obvios ni fáciles de dilucidar, pero cuando se encuentran es importante mantener bajo observación a las familias mediante la gestión de caso. La VDI se transforma en una estrategia importante en aquellas situaciones de alto riesgo de maltrato con el objeto de obtener información de diversas fuentes, hacer intervenciones breves de consejería y realizar seguimiento en aquellas situaciones en donde se produjo, con anterioridad una situación de MI.

⁴¹ Política nacional de la Niñez y Adolescencia: sistema Integral de garantías de derechos de Niños, Niñas y adolescentes, 2015-2025, Consejo Nacional de Infancia.

⁴² MINSAL (2013). GUÍA CLÍNICA: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores.

OBJETIVOS

- Evaluar la dinámica familiar, sus recursos y su capacidad para enfrentar situaciones nuevas y/o crisis normativas.
- Reconocer factores de riesgos, signos y señales de que el niño o niña esté sufriendo algún tipo de maltrato.
- Evaluar el nivel de riesgo al que está expuesto el niño o niña.
- Determinar si existe polivictimización (si han sufrido en su vida más de un tipo de violencia).
- Evaluar existencia de violencia entre los padres o cuidadores.
- Evaluar si existen otras figuras protectoras en el grupo familiar (abuela, hermanos mayores, etc.).
- Identificar factores protectores y recursos de la familia.
- Prevenir nuevas situaciones de maltrato.
- Definir curso de acción ante detección de maltrato.

RECOMENDACIONES

Pueden existir diversos momentos de visitas domiciliarias relacionadas con el maltrato:

- Las VDIs que realizan los equipos de salud a modo de prevención enfocada a gestantes con riesgo psicosocial acumulado, en madres con depresión post-parto y en aquellas madres en las que se haya detectado violencia de pareja.
- Las VDIs realizadas con objetivo de diagnóstico o de recabar mayor información por presencia de múltiples riesgos de maltrato o por sospecha de maltrato (signos y señales).
- Las VDIs que se realizan como intervención para fomentar el buen trato en la familia, vincular con la APS y disminuir la posibilidad de que los niños experimenten maltrato. Intervenciones focalizadas en los recursos de la familia.
- Las VDIs que se realizan para prevenir la reincidencia de maltrato que ya ha sido denunciado.

Si sospecha o reconoce situaciones de maltrato es importante evaluar el riesgo al que está expuesto el niño o niña y la probabilidad de que la situación se vuelva a repetir, el objetivo debe ser siempre la detención del maltrato y la protección del niño(a), para lo que se podrá incluso realizar las denuncias pertinentes y/o solicitar las medidas de protección tendientes a proteger la integridad física o psíquica del niño o niña.

La evaluación del riesgo se debe realizar en conjunto con el equipo de cabecera, considerando los criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil (MINSAL, 2013). Esta información determinará el plan de intervención integral y el nivel de urgencia con el que se debe actuar.

Evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil

1. Severidad y/o frecuencia del maltrato/abandono	12. Habilidades parentales y expectativas hacia el niño(a)
2. Cercanía temporal del incidente	13. Métodos de disciplina y castigo hacia el niño(a)
3. Presencia y localización de la lesión	14. Abuso de drogas/alcohol
4. Historia previa de informes de maltrato/abandono	15. Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva
5. Acceso del abusador al niño(a)	16. Historia personal de maltrato/Abandono en la Infancia
6. Edad del niño/a y visibilidad por parte de la Comunidad	17. Interacción cuidador/niño-a
7. Capacidad del niño o niña para protegerse o cuidarse a sí mismo(a)	18. Relación de pareja
8. Características comportamentales del niño o niña	19. Presencia de un compañero(a) o padre/madre sustituto(a)
9. Salud mental y estatus cognitivo del niño(a)	20. Condiciones del hogar
10. Capacidades físicas, intelectuales y emocionales del cuidador(a)	21. Fuentes de apoyo social
11. Capacidades asociadas a la edad del Cuidador(a)	22. Respuesta ante la intervención

Es importante señalar, que la evaluación de gravedad y riesgo no se realiza directamente en la visita domiciliaria integral. La VDI es una de las estrategias que permite obtener información para la toma de decisiones y contribuir al plan de intervención integral.

Si la detección se realiza en una VDI, se sugiere:

- Generar un clima de calma, seguridad y confianza, facilitando la contención de la ansiedad y angustia de quien vive y/o ejerce maltrato.
- No confrontar los hechos. Si la familia no problematiza la situación mantener la firmeza, claridad y tranquilidad respecto del rol que le compete como profesional de la salud y las acciones a seguir.
- Explique con lenguaje sencillo las acciones que se van a llevar a cabo (interconsulta a salud mental, derivación a servicio social para coordinación con otras redes de apoyo como municipios, ONGS, talleres, entre otras, etc.)
- Mantener visibilizada a la familia por los miembros del equipo interdisciplinario de APS.

En caso de maltrato psicológico y/o físico sin lesiones, se debe:

- Conversar con los padres, madres o cuidadores sobre sus creencias en relación a las pautas de crianza, sus expectativas en relación a su hijo o hija, sus propias experiencias con sus padres y madres, de modo presentar una actitud de ayuda y evitar el enjuiciamiento y facilitar conductas alternativas a la violencia.
- Contactar a la red local de prevención y atención de maltrato para que el grupo familiar reciba apoyo y se interrumpa el maltrato.
- Derivar a consulta de salud mental y activar la red local de prevención y atención de maltrato.

- Entregar a los padres, madres o cuidadores herramientas de habilidades parentales. Esto se puede concretar a través de la derivación al taller de habilidades parentales “Nadie es Perfecto”, en el centro de salud dirigido a padres, madres y cuidadores de niños de 0 a 5 años u a otra intervención similar que ofrezca el establecimiento o la red intersectorial.

En casos de maltrato infantil severo, se debe:

- Evaluar riesgo inminente (riesgo vital) del niño, niña y/o adolescente y seguir protocolo guía clínica (MINSAL, 2013). Recuerde siempre la protección del niño(a)
- Evitar confrontar directamente al agresor(a).
- Denunciar los hechos a la policía y/o al Ministerio Público o ante los Tribunales de Garantía o de Juicio Oral en lo Penal, sin perjuicio de poder acudir directamente a Tribunales de Familia para solicitar medidas de protección.
- En caso de denuncia no olvidar realizar un informe Completo, que relate no solo los hechos sino que oriente las decisiones judiciales. Recuerde que probablemente el equipo cuenta con información privilegiada y relevante para la toma de decisiones (por ejemplo: posibles cuidadores del niño o niña)

Recuerde que:

- Las situaciones de maltrato suelen no ser conversadas abiertamente por la familia, pero pueden ser detectadas a través de diversos indicadores.
- El maltrato infantil puede generar a corto, mediano y largo plazo problemas emocionales y conductuales en la niñez que pueden ser diagnosticados como trastornos mentales e incluso recibir tratamiento farmacológico.
- La sola presencia de un profesional en el hogar puede disminuir la posibilidad de que los padres maltraten a sus hijos e hijas.
- Las hijas son las que reciben más violencia por parte de sus padres al ser comparada con los hijos.
- Entre más temprano se interviene con las familias, mayor posibilidad de prevenir el maltrato.
- El maltrato no siempre deja huellas físicas, las huellas son emocionales.
- El hecho de que la familia no pida ayuda no significa que sus miembros no sufran por la situación que viven y que no deseen modificarla.
- Toda visita debe estar en el contexto de un Plan de intervención familiar.

A mayor riesgo psicosocial de las familias mayor frecuencia de VDI

BIBLIOGRAFÍA

- MINSAL (2013). GUÍA CLÍNICA: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores.
- Gomby, D.S., Culross, P.L., Behrman, R.E. (1999). Home Visiting: Recent Program Evaluations—Analysis and Recommendations. *The Future of Children*, 9 (1), 195–223.
- UNICEF (2012). 4 Estudio de maltrato infantil. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF (2015). 4 Estudio de maltrato infantil. Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006 - 2012. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Araujo, M., Ramírez, S., Hoogma, A., y Zamora, C. (2012). “Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria para el desarrollo infantil con niños de 0 a 6 años. MINSAL.
- UNICEF (2007) El Maltrato deja Huellas, material para el Apoyo familiar Programa Puente

5. VDI para niños y niñas con déficit del desarrollo

INTRODUCCIÓN

Es sabido que la familia es la primera educadora y formadora de la vida de un niño, por lo que cada práctica que se genera (principalmente cuidadores más cercanos) son el andamio para la construcción del niño/a, desde lo emocional hasta lo cognitivo - conductual. Un quiebre en este andamio, puede desarrollar importantes secuelas a futuro de forma integral.

Bajo esta premisa, la visita domiciliaria Integral es uno de los abordajes más sensibles en prácticas de salud, precursora de una efectiva y eficiente intervención, tanto en la recolección de información que hace que nuestras intervenciones sean más pertinentes a cada realidad, como en las acciones que allí se pueden realizar para la recuperación del desarrollo psicomotor en el niño o niña. La visita considera el intercambio dialéctico de conocimientos entre los profesionales que la realizan y de la familia de los niños y niñas con déficit.

OBJETIVOS

- Observar y determinar eventuales factores concomitantes incidentes en el diagnóstico de déficit psicomotor.
- Observar y detectar factores biomédicos que puedan explicar el déficit del desarrollo y que no haya sido observado con anterioridad.
- Detectar factores de riesgos y protectores en el marco de los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, Identificar déficit en torno a la salud mental de cuidadores.
- Identificar elementos relevantes del entorno familiar favorecedores y obstaculizadores de la recuperación del déficit.
- Potenciar la autonomía y capacidad de organización, ejecución y resolución de las familias para revertir situaciones de déficit psicomotor en los niños.
- Concientizar sobre un modelo de crianza positivo, permitiéndose analizar las prácticas de crianza presentes en el hogar y las habilidades que los padres, madres y/o cuidadores manifiestan.
- Promover red de apoyo, por ejemplo, acceso a educación preescolar y escolar inclusiva.
- Promocionar las interacciones cotidianas efectivas del lenguaje que tiene la madre, padre y /o cuidador con su hijo/a con base sostenida en el juego.
- Mejorar DSM fomentando el mejor contexto de desarrollo y favorecer la exploración del bebé: por ejemplo uso de la alfombra de goma Eva en casa.
- Prevenir daños al desarrollo, evitando malas prácticas (uso de andador, inadecuado uso de coche, gimnasio, entre otros)

Es importante señalar que la toma de decisiones entorno a las actividades y estrategias a desarrollar con el niño o niña en el hogar, se fundamenten a partir del objetivo que se proponga y el seguimiento que se le quiera otorgar.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de un mínimo de dos visitas, éstas dependerán a su vez del número de factores de riesgo que acumule y el plan que el equipo de cabecera defina.

Para una primera visita, recordar aplicar el propuesta de primera VDI (ver anexo) para observar, registrar, comprender el entorno en que se desarrolla y vive el niño o la niña y su familia, así modificar o replantear el plan de trabajo.

Realizar el seguimiento y estimulación correspondiente, complementar ésta con lo señalado en el marco teórico descrito en la orientación técnica MADi (capítulo I, VII y VIII).

CONTENIDOS

¿Qué contenidos seleccionar para la primera visita?

Previo a la visita, considerar durante el ingreso a sala de estimulación, contenidos para abordar junto a la familia entorno al niño y niña, referidos al desarrollo psicomotor durante el primer año de vida hasta la edad actual.

La idea es que la familia del niño comprenda las ventajas que obtendrá de la VDI y no lo sienta como una intromisión en la vida privada.

Se sugiere utilizar contenidos fijos y que sean obligatorios de utilizar en la VDI y contenidos flexibles que sean seleccionados según el propio criterio del profesional que realiza la VDI junto con la familia.

- **Como contenidos fijos:** se refiere a los contenidos mínimos a tratar en la VDI, la técnica de intervención indirecta (a través del adulto) debe ser basada en el juego libre y espontáneo. Actividades significativas, pertinentes y dirigidas que intencionan los contenidos seleccionados anteriormente.
- **Contenidos flexibles:** la elección y distribución de contenidos será según el criterio del profesional y según la necesidad de la familia. La base es el movimiento y estimulación. La idea es elegir entre dos o tres temas por visita, respetando el interés y con pertinencia.

Se sugiere utilizar de forma complementaria, siempre en un segundo momento, el material de ChCC (videos, CD, cartillas de crianza respetuosa, libros, implementos del PARN, etc.) según corresponda. Asimismo se puede utilizar y/o mostrar materiales creados en talleres realizados en sala de estimulación.

Criterios para seleccionar contenidos fijos en cada VDI:

- Factores protectores y de riesgo en la familia y en el desarrollo infantil.
- Elementos relevantes del entorno familiar favorecedores de la recuperación del déficit.
- Potenciación del lenguaje temprano y juego mediante estimulación en el hogar
- Potenciación del desarrollo motor y juego mediante estimulación en el hogar.

Durante la intervención y en la primera visita, es importante observar los elementos relevantes del entorno familiar y en el desarrollo infantil. Estos servirán para realizar una intervención más integral considerando los elementos del hogar y los faltantes en éste.

A continuación se presenta el siguiente recuadro-tipo para considerar durante la VDI.

Observar	¿Cómo se presenta?
Se observan juguetes y material de lectura adecuados para la edad del niño o niña.	
Se observa la existencia de libros, cuentos infantiles, revistas, diarios.	
El niño/a cuenta con un espacio adecuado donde descansar.	
Dispone de espacio seguro (patio, living u otro) para juego de niños o niñas	
Juega acompañado (adulto/ pares/ familia)	
Existe espacio donde pueda observar, escuchar tv, radio, películas, programas educativos.	
Existe espacio donde pueda recrearse junto a su familia.	

Ejemplos de Contenidos:

Contenidos Fijos	
Lenguaje	Motor
Cómo se comunican los bebés con los adultos. (Protoconversación).	Potenciar desarrollo motor de mi bebé según la edad, observando el patrón de prono y supino en el hogar.
Cómo se consuela efectivamente al bebé.	Conocer el hito en el que se encuentra y el del mes siguiente para fomentar la exploración libre del bebé en el suelo.
Moldeamiento de protoconversaciones y estrategias pragmáticas. Uso de la madresía- habla paralela - auto conversación.	Crear material estimulación reciclado, para trabajo en alfombra goma Eva.
Uso de estrategias naturalistas para potenciar lenguaje: preguntas abiertas, repetición reformulación, expansión gramatical. Extensión, semántica o expansión- plus.	Cómo prevenir daños al desarrollo con el mal uso de aparatos (andador, coche, gimnasio)

Criterios para seleccionar contenidos flexibles en cada VDI:

- Ofertas comunales, cupos e ingreso a Jardín infantil y escuelas de lenguaje de la comuna o zona.
- Ofertas del PADBP en el centro de salud (NEP, taller de estimulación temprana, materiales ChCC, etc.).
- Conocimiento y potenciación de Redes de apoyo.
- Control de esfínteres.
- Normas de crianza.
- Los contenidos se pueden trabajar según los logros esperados para cada hito de desarrollo (ver capítulo VII- VIII de OT MADI, ChCC).

Recursos:

- Consultar catálogo de materiales ChCC
- Manual talleres de promoción, ChCC.
- Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADI), ChCC.

Horarios: ¿Cuál es el mejor horario para realizar la VDI de estimulación?

Evaluar cada caso de familia en particular, dejando estipulado con anticipación el día y hora de la visita. Evitar asistir en horarios del día, en el cual se producen periodos constantes para las familias: desayuno, almuerzo, cena u otros.

Registro

- Ficha clínica
- REM
- SRDM
- Tarjeta de asistencia MADI, para llevar registro completo de las intervenciones realizadas.

Recuerda: ¿Qué es lo que espero lograr con la VDI para niños y niñas con déficit en el DSM?

- Fortalecer en las familias la importancia de la estimulación temprana y la psicomotricidad como actores principales en el desarrollo y conformación de los aprendizajes ulteriores.
- Una vez creados, mantener espacios educativos hacia las familias, en torno a la estimulación e importancia del juego para niños y niñas con déficit psicomotriz.
- Potenciar y dar valor en sí misma a la VDI como un medio fundamental para el proceso recuperativo del déficit psicomotor en niños y niñas, y también para el abordaje de intervención hacia sus familias.
- Crear un acercamiento y vinculación entre el profesional y el círculo familiar, y viceversa, de manera que ambos se involucren de forma positiva, respetuosa y pertinente en la intervención y recuperación del niño o la niña con déficit en el DSM y posterior.

BIBLIOGRAFÍA

- La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias. Una revisión de la literatura Sara Schodt y col., 2015.
- Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes. Informe Final. Miguel Araujo y col., Agosto 2015
- Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la APS. MINSAL. 2014.
- Encuesta Nacional de Salud. MINSAL. 2006
- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. MINSAL. 2016.
- Manual de talleres de promoción temprana del desarrollo Motor y lenguaje en el primer Año de Vida, MINSAL 2015

6. VDI a niños y niñas con padres con trastorno mental severo

INTRODUCCIÓN

Se estima que en Chile la prevalencia de trastornos mentales en adultos es de un 31.5%¹ y un 22% en los últimos doce meses. Un número significativo de personas con trastornos mentales son padres/madres de niños(as) que dependen de ellos. La mayoría de estos padres/ madres tendrán una enfermedad leve o de corta duración que generalmente será tratada por su equipo de cabecera. Un grupo reducido de padres tendrán un Trastorno Mental Severo (TMS) como la esquizofrenia o el trastorno bipolar y un grupo más amplio de niños vivirá con un padre o madre con problemas de salud mental como dependencia al alcohol o drogas y/o un trastorno de personalidad.

Los TMS no tan sólo implican dificultades para quienes los padecen sino que también para los hijos e hijas y sus familias. El riesgo para los niños(as) de padres con TMS ha sido bien establecido por la evidencia e incluye factores de riesgo materno durante la gestación (medicación, consumo de tabaco, obesidad y uso de drogas ilícitas), lo cual lleva a un aumento de las complicaciones neonatales y en el parto.

Se ha demostrado que la presencia de un trastorno mental en la madre puede repercutir negativamente en la vida de un niño(a), sobre todo cuando se forma un apego inseguro entre ella y el bebé durante los primeros años de su desarrollo. La evidencia señala que para los hijos o hijas de padres con TMS existe un incremento en el riesgo de retraso del desarrollo, de trastornos mentales y de desventajas financieras y sociales. Además, los niños(as) de padres con TMS se encuentran en riesgo de negligencia, debiendo en ocasiones asumir el rol de cuidadores de sus padres. Por lo tanto, a largo plazo es menos probable que alcancen su potencial educacional y ocupacional. Así también, en Chile, una investigación evidenció que el 46.3% de los hijos de madres con un trastorno bipolar presentaba algún trastorno mental.

La enfermedad mental puede tener un efecto negativo en el rol parental, aumentar los sentimientos de inadecuación con miedo de transferir los propios problemas a los niños y niñas. Sin embargo, las personas con trastorno mental grave experimentan los mismos deseos de tener relaciones íntimas y de criar hijos que cualquier otra persona, y de igual manera tienen que afrontar similares desafíos asociados a la paternidad.

La evidencia señala que los programas de visitas domiciliarias pueden beneficiar a los padres con TMS. En una investigación donde se realizaron visitas domiciliarias a madres con trastornos mentales y con hijos menores de 6 años, se encontró que las madres mejoraron su capacidad de cercanía con sus hijos, en sus síntomas psicológicos y en el funcionamiento de su rol de dueña de casa.

La práctica centrada en la familia puede ayudar a mantener y fortalecer las relaciones familiares, e identificar y potenciar los recursos de un padre/madre con trastorno mental. Se ha visto que los padres con enfermedades mentales graves encuentran fortaleza en la parentalidad, ya que entrega una identidad positiva, proporciona significado, estructura y oportunidades para el crecimiento.

Por lo tanto, dedicarse al rol parental ofrece un foco, algo en que centrarse. Los padres desarrollan fortalezas y habilidades mientras encuentran un balance entre atender sus propias vidas y criar a sus hijos. Como en otras áreas de funcionamiento, las personas con alguna discapacidad mental pueden verse favorecidas de acciones de apoyo al ejercicio de su parentalidad, pudiendo disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y de sus libertades fundamentales. Por esta razón, intervenciones que ayuden a los padres con TMS con o sin discapacidad a cumplir su rol, debe ser un objetivo de la salud pública.

OBJETIVOS

- Evaluación de la interacción y entorno familiar.
- Evaluación de la situación actual del trastorno de salud mental de la madre/padre (estabilidad, adherencia al tratamiento psicosocial y farmacológico).
- Descartar situaciones de riesgo para el niño (a) como maltrato, negligencia, abuso sexual, desescolarización, etc.
- Fomentar competencias parentales y seguridad en el apego.
- Analizar pertinencia de atención en salud para el niño(a) en sala de estimulación, salud mental, etc., según corresponda.
- Evaluación del contexto social, identificando situaciones de discriminación o aislamiento familiar producto del estigma asociado a un TMS, propiciando acciones de inclusión social y educación comunitaria.
- Coordinación con la red de salud y salud mental responsables del territorio para vincular, fomentar adherencia al tratamiento y apoyar el rol parental.
- Activar la red familiar, social y comunal para incrementar las acciones de apoyo.

Recuerde que:

- Existe un estigma importante para las personas que presentan trastorno de salud mental, por lo que se debe considerar que los padres con TMS pueden no buscar ayuda en torno a la crianza por el temor de ser cuestionados o de perder el ejercicio de su parentalidad.
- Los hijos(as) de padres con TMS tienen más riesgo de desarrollar trastornos mentales que otros niños. El riesgo, si bien es variable según la enfermedad, puede ser heredado de los padres a través de los genes cuando un padre tiene uno o más de los siguientes trastornos: trastorno bipolar, esquizofrenia, TDAH, trastorno de ansiedad, alcoholismo, abuso de sustancias o depresión
- Algunos padres con TMS mantienen en secreto el diagnóstico de su enfermedad con la intención de proteger a sus hijos(as). El desconocimiento de lo que está sucediendo en la familia puede dificultar al niño(a) el enfrentamiento y el manejo de sus propios sentimientos. Esta actitud de ocultamiento puede a su vez interferir la adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

En una visita domiciliaria a familia con adultos con TMS, se debe preguntar si existen niños(as) y adolescentes en el hogar e indagar acerca de su bienestar socioemocional. Si hay serias preocupaciones al respecto, puede ser útil contar con una evaluación realizada por un profesional de salud mental.

Si en la VDI se detecta la inasistencia a los controles de salud por parte del padre/madre y/o dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico y/o psicosocial, se debe contactar al equipo tratante y activar el rescate correspondiente. Además, se debe coordinar en conjunto las acciones para continuar con el plan de intervención familiar que resguarde tanto el bienestar de la persona con TMS como de los hijos(as). No olvidar, que las personas con TMS pueden presentar diversos problemas de salud física (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, etc.) y que su esperanza de vida es menor que de la población general, por lo que se debe indagar esta área y hacer las vinculaciones correspondientes.

Los padres necesitan desarrollar nuevas competencias y retomar aquellas que consideraban perdidas. Los profesionales pueden generar junto a los padres estrategias alternativas y adaptadas a las

posibilidades de cada uno, evitando alimentar el ciclo de frustración, de culpa e inadecuación ante las altas expectativas. De esta manera, se entrega el apoyo emocional apropiado para el funcionamiento diario, mejorando así el bienestar y afrontamiento de las familias, así como el acceso a los servicios requeridos.

Los profesionales pueden apoyar y ayudar a los padres en temas relacionados con la crianza de los hijos(as), ya que la evidencia señala que contribuyen al crecimiento personal y a la recuperación. Se pueden abordar contenidos como:

- Crianza temprana con enfoque respetuoso⁴³
- Revisión de rutinas diarias y sugerir modificaciones según corresponda.
- Persecución de intereses y actividades comunes.
- Resolución de problemas y la búsqueda de recursos frente a los desafíos de crianza.

Reforzar positivamente cada uno de los logros fortalecerá la autoconfianza parental y las expectativas de autoeficacia. Las relaciones con los niños, la familia, los contactos escolares y los miembros de la comunidad les permitirán a los padres socializar y buscar apoyo a través de redes informales y profesionales, por lo que ampliar la red se torna fundamental en estos casos. Si se detectan situaciones como bajo ingreso familiar, condiciones de habitabilidad inadecuada, entre otras, la activación de la red comunal se torna imprescindible.

Al mismo tiempo, el equipo de salud que realiza la visita debe estar atento a determinadas situaciones que son difíciles de enfrentar para los niños(as), especialmente cuando ellos(as):

- Están viviendo con un padre o madre cuyo trastorno mental no está compensado clínicamente.
- Son separados una y otra vez de uno de los padres que tiene que hospitalizarse para recibir tratamiento.
- Se sienten inseguros de su relación con el padre o madre con TMS.
- Sus necesidades básicas no están adecuadamente cubiertas.
- No existen otros adultos que puedan apoyar en necesidades que no están siendo cubiertas.
- Están viviendo o presenciando situaciones de agresiones físicas o maltrato.
- Están asumiendo roles de cuidador(a) de padre o madre o de hermanos y hermanas
- Ausentismo escolar.
- Están vivenciando situaciones de discriminación, insultos y/o aislamiento familiar asociado al TMS.

Incluso cuando los niños tienen el apoyo adecuado y una explicación de lo que está sucediendo pueden sentirse asustados, preocupados o avergonzados por la enfermedad de sus padres o por sus conductas y en función de la edad, los niños(as) pueden sentirse culpables del trastorno de sus padres. Existen algunas sugerencias para ayudarlos en estas situaciones:

- Desculpabilizar a los niños(as), entregando información y explicación adaptada a su edad, sobre la conducta del padre/madre.
- Entregar información y explicación acorde a su edad sobre la enfermedad de su padre/madre, favoreciendo la desestigmatización, siempre y cuando la persona con TMS manifieste su preferencia por dar a conocer el diagnóstico.

⁴³ <http://www.crececontigo.gob.cl/material-de-apoyo>

- Reforzar la sensación de ser amado(a) por el padre/madre.
- Potenciar la presencia de una figura significativa (padre, madre u otro adulto) que sea confiable, coherente y protector con quien poder conversar.
- Ayudar a ampliar el repertorio de relaciones sociales.
- Brindar apoyo y ayuda práctica para la familia en los cuidados del niño/a y en su rutina diaria, como ir a la escuela, jugar y realizar otras actividades igual que otros niños(as) de su edad.
- Que los padres, el personal de salud y los maestros sean conscientes del estrés que puede sufrir un niño con un padre/madre con TMS.
- Reconocer que una conducta difícil de un niño(a) puede ser una petición de ayuda.

Además, es imprescindible evaluar si existen problemas que puedan estar dañando al niño(a):

- Si durante la VDI se observa alguna conducta no acorde a su desarrollo integral, se sugiere derivar a control de salud infantil para una evaluación.
- Si el niño(a) necesitara atención o apoyo psicológico, al realizar la derivación se debe disculpar y explicitar que la intención de esta atención es ayudarlo a él (ella) y a sus padres a enfrentar la situación.
- Si el niño(a) tiene severos problemas emocionales o conductuales que interfieren con su vida y no está mejorando, probablemente necesitará una adecuada evaluación, por lo que será necesario derivar al programa de salud mental infantil.
- Los hijos o hijas de padres con TMS deben estar en constante seguimiento, graduado de acuerdo a las necesidades observadas.

Como en toda situación en que un niño, niña o adolescente pueda estar en riesgo de vulneración de derechos, será su protección lo que conduzca las acciones del equipo de salud.

Lo más importante es resguardar el bienestar del niño y que éste alcance su máximo potencial de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *The American Journal of Psychiatry*. 163, 1362-1370.
- Schrank, B., Moran, K., Borghi, C., & Priebe, S. (2015). How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 50, 1765-1783.
- Henriksson, K.M., & McNeil, T.F. (2004). Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: well-baby clinic information. *Schizophrenia Research*. 70, 39-48.
- Jones, S., Wainwright, L.D., Jovanoska, J., Vincent, H., Diggle, P.J., Calam, R., Parker, R. ... M., Lobban, F. (2015). An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of Young children (aged 3-10). *BMC Psychiatry*. 15, 122.
- Montgomery, P., Brown, S., & Forchuk, C. (2011) A comparison of individual and social vulnerabilities, health, and quality of life among canadian women with mental diagnoses and young children. *Women's Health Issues*. 21, 48-56.

- Grant, G., Repper, J., & Nolan, M. (2008) Young people supporting parents with mental health problems: experiences of assessment and support. *Health & Social Care in the Community*, 16, 271-281.
- Terzian, A., Andreoli, S., Oliveir, L., Jesus Mari, J., & McGrath, J. (2007) A cross-sectional study to investigate current social adjustment of offspring of patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 257, 230-236.
- García, R., Montt, M.E., Cabrera, J., Valenzuela, C., Sepúlveda, J., & Almonte, C. (1999). Trastornos psiquiátricos en hijos de padres bipolares. *Rev Chil Neuropsiquiatría*, 223-232.
- Van der Ende, P.C., Van busschbach, J.T., Nicholson, J., Korevaar, E.L., & Van weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 86-97.
- Cohler, B.J. & Grunebaum, H. (1982) Children of parents hospitalized for mental illness: II. The evaluation of an intervention program for mentally ill mothers of young children. *Journal of Children in Contemporary Society*, 15, 57-66.
- Carpenter-Song E. & Nicholson J. (2012) Parenting as a context for recovery for women with mental illness. *Child and Youth Mental Health Matter Conference*. Vancouver, BC, 6-8 May 2012.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry (2016). Mental illness in families. Recuperado de <http://www.aacap.org>
- Walker, E.R., McGee, R.E., & Druss, B.G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341.
- Chile Crece Contigo: Nota metodológica del Programa de Apoyo al Recién Nacido, materiales para la familia Acompañándote a Descubrir, material para padres, madres y cuidadores de Nadie es Perfecto.

7. Visita domiciliaria en madres con depresión postparto

INTRODUCCIÓN

Entre un 16,7-35,2% de las mujeres chilenas presentan síntomas ansiosos o depresivos y en el post parto un 40,5% de ellas presenta síntomas de ansiedad o depresión⁴⁴. Por otra parte, estudios de cohorte en mujeres con antecedentes de trastorno depresivo mayor muestran que 40,6% de las mujeres que dieron a luz a un niño vivo cumplieron con los criterios de depresión postparto (Samantha Meltzer-Brody L. B., 2013), siendo la depresión postparto (DPP) una condición de alta prevalencia y subtratada.

Las consecuencias de la depresión post parto y perinatal son graves tanto para la madre, como para su bebé y su familia. Algunas de ellas pueden ser: psicosis, dificultad para bajar de peso en el puerperio, retardo en el inicio y menor duración de la lactancia (Samantha Meltzer-Brody A. S., 2014) y menores niveles de oxitocina (Alison M. Stuebe, 2013). Ya sea durante el embarazo o en el post parto, la depresión tiene un impacto negativo en la relación madre-hijo. En adolescentes se ha encontrado que la DPP se asocia con la aparición de alteraciones en el vínculo materno-filial, con menor desarrollo psicomotor y más problemas conductuales en el niño (Wolff, Valenzuela, Esteffan y Zapata, 2009).

La depresión post parto es un trastorno emocional que sin tratamiento puede durar meses o años, pudiendo poner en riesgo a la diada. La VDI es una estrategia que ha resultado ser efectiva en la prevención de la depresión post-parto. Una revisión sistemática ha mostrado que en mujeres con vulnerabilidad psicosocial resultaron eficaces dos intervenciones: visitas domiciliarias semanales durante las primeras 6 semanas y un modelo de apoyo telefónico por una voluntaria que se había recuperado previamente de depresión post parto (Monk, 2015).

OBJETIVOS

- Evaluar condiciones familiares, sociales y del entorno de la mujer con depresión post-parto.
- Evaluar situación actual de sintomatología depresiva (estabilidad y adherencia a tratamiento)
- Evaluar riesgo suicida.
- Valorar y favorecer adherencia a tratamiento: controles y tratamiento farmacológico y/o psicológico de ser necesario.
- Realizar psicoeducación sobre depresión postparto.
- Fortalecer redes de apoyo cercanas.
- Activar la red comunal.
- Evaluación e intervención del vínculo parento-filial.
- Realizar seguimiento del tratamiento.
- Evaluar condición del recién nacido y de otros hijos o hijas

RECOMENDACIONES

Previo a la VDI se sugiere a los equipos:

- Conocer en el uso de los instrumentos de tamizaje y diagnóstico (disponibles en la guía AUGE:

⁴⁴ Protocolo de detección de Depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento, MINSAL 2014

Depresión en personas de 15 años y más).

- a. Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS): instrumento autoaplicado de 13 preguntas que ha sido validada en Chile con un punto de corte de 10 puntos para posibles casos de depresión post parto (Jadresic E, 1995).
 - b. Valoración de factores de riesgo: Antecedentes previos de depresión, Antecedentes familiares de depresión (especialmente la madre), antecedentes familiares de suicidio, antecedentes familiares de otros trastornos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad, uso de sustancias, trastorno afectivo bipolar), ansiedad o depresión durante el embarazo, escaso apoyo social real o percibido, especialmente de la pareja; violencia doméstica, embarazo no deseado, situaciones vitales estresante concurrentes (duelos, pérdidas, estrés financiero, etc.).
- Conocer las temáticas sugeridas en la intervención (basados en las guías “Thinking healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression” (WHO, 2015). Los principales ejes de la visita serían: la salud de la madre, la relación madre e hijo(a) y la relación madre con otros(as), enfocados en temas como cuidados del recién nacido, lactancia, apego, etc.
 - Manejo de habilidades blandas (ej: manejo de contratransferencia con pacientes irritables o difíciles).

Durante la VDI:

- Realizar psicoeducación respecto del trastorno depresivo, sus causas, las ventajas del tratamiento para la madre y su familia.
- Realizar psicoeducación respecto de higiene del sueño
- Realizar psicoeducación respecto de la toma adecuada de los fármacos antidepresivos.
- Evaluar adherencia al tratamiento actual y proyectada por la persona, con especial énfasis en los factores percibidos por ella como motivadores de abandono (efectos adversos de fármacos, falta de tiempo, no tener con quien dejar a los hijos, etc.)
- Evaluar presencia de riesgo suicida, ideaciones de agresiones a hijos o dependientes y tomar medidas de protección acorde.
- Las pacientes con depresión leve se beneficiarán de la intervención por profesionales no médicos, pese a no llevar tratamiento farmacológico. Si al realizar el seguimiento se detecta que se requiere de este tratamiento (por aumento de sintomatología), éste deberá ser prescrito por el médico general del equipo.
- En las intervenciones se sugiere clarificar y resolver emociones conflictivas como la culpa, ansiedad, desesperanza y explorar riesgo suicida. Si existe riesgo suicida debe activarse la red de apoyo familiar y/o social y solicite evaluación por médico.
- Si el riesgo es inminente la usuaria no debe quedar sola en ningún momento y se debe considerar la hospitalización.
- Se debe explorar las emociones, creencias y conductas en torno al vínculo materno-filial con el objetivo de potenciar un apego seguro y proteger el bienestar socioemocional del niño o niña a largo plazo.
- Se recomienda incluir a la pareja o redes de apoyo cercanas a lo largo de toda la intervención domiciliaria en la medida que sea posible.

- Utilizar como guía clínica el “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento” y la “Guía clínica AUGÉ: Depresión en personas de 15 años y más”.

Recordar que:

En caso de que la puntuación de los instrumentos de tamizaje señale riesgo parto o se sospeche de depresión posparto, se debe solicitar al equipo de salud mental que realice una evaluación diagnóstica integral. Es importante señalar que el diagnóstico del trastorno lo debe realizar un profesional del área de la medicina con la información que el equipo del territorio otorga.

BIBLIOGRAFÍA

- Alison M. Stuebe, K. G.-B. (2013). Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH* 22 (4), 352-361.
- Chile Crece Contigo. (2009). Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia. Santiago: MINSAL.
- Elizabeth Fitelson, S. K. (2011). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health* , 1-14.
- Jadresic E, A. R. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. . *J Psychosom Obstet Gynaecol* , 187-91. .
- Marcia Olhaberry, M. E. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *terapia psicológica*, 249-261.
- MINSAL. (2013). Guía Clínica: Depresión en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL.
- MINSAL. (2014). Protocolo de detección de Depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago: SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA.
- Monk, E. W. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* , 41-60.
- Samantha Meltzer-Brody, A. S. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 28(1): 49-60.
- Samantha Meltzer-Brody, L. B. (2013). The EPDS-Lifetime: Assessment of Lifetime Prevalence and Risk Factors for Perinatal Depression in a Large Cohort of Depressed Women. *Arch Womens Ment Health* , 16(6)
- Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 74(3):151-158.
- WHO. (2015). THINKING HEALTHY A manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva: WHO Press.

8. Visita domiciliaria a familias migrantes

INTRODUCCIÓN

La Migración es un proceso complejo y dinámico que no sólo incluye el momento de la migración⁴⁵. Nuestro país es parte de este proceso, con una historia importante de migración, en donde en los últimos años ha tenido sobre todo un patrón intraregional⁴⁶, agregándose a la migración tradicional de países limítrofes, la de grupos emergentes, como colombianos, ecuatorianos, y haitianos. Dado que la migración por sí misma, es un determinante Social de la Salud, se nos plantea un importante desafío como sociedad y como sector de ser capaces de facilitarles el acceso a los sistemas de protección social, incluida la salud, evitando toda forma de exclusión que incremente la vulnerabilidad de este grupo.

En el ámbito de la salud, la visita domiciliaria integral (VDI) se visualiza una vez más, como una estrategia que nos permite evaluar concretamente la situación de vulnerabilidad que esta familias poseen y debe ser parte de las acciones de intervención, para mejorar las condiciones de vida y salud en esta población.

Mucha de las dificultades del trabajo con migrantes están basadas, por una parte, en el acceso a salud, en la falta de información que los equipos de salud poseen sobre estos usuarios, tanto específicas de las familias y también legales (normativas vigentes), pero sobre todo el gran desafío es el del abordaje intercultural, que requiere necesariamente de “competencias culturales”, adecuadas a las características de los grupos según realidad local. Tener acciones pertinentes a la condición migratoria, significa entender el proceso migratorio que han vivido las familias, sus causas, limitantes y potencialidades.

En definitiva, la atención a Migrantes, pone a prueba nuestro sistema de salud y nos reta a mejorar todas las prestaciones que ofrecemos a nuestra población a cargo.

OBJETIVOS

- Fortalecer la vinculación del equipo de salud con la familia
- Complementar el diagnóstico y estudio de familia que incluya situación migratoria
- Valorar las condiciones de vida y Salud de esta familia
- Profundizar en los patrones culturales que esta familia posee
- Consensuar un plan de acción si así lo amerita.

No olvidar que cuando decidimos realizar VDI a una familia de Migrantes debemos considerar previamente un buen diagnóstico sobre la familia y/o persona migrante, que facilitará la toma de decisiones en torno a ella.

Como una forma de simplificar el proceso de diagnóstico e intervención inicial se elaboró un “Protocolo de primera atención a personas migrantes”⁴⁷ que es necesario conocer y que es coherente con el Modelo de atención. Allí, se distinguen tres etapas, comunes a toda intervención pero con sus respectivas tareas y particularidades, y que pueden ser replicables en la VDI, si es que estas etapas no han ocurrido con anterioridad en el establecimiento.

⁴⁵ Cabieses 2011

⁴⁶ CEPAL 2009

⁴⁷ Documento en prensa, aún no publicado

- **Etapa Inicial o de Acogida:** tiene como objetivo crear un clima emocional propicio para la entrevista
- **Etapa de Identificación y diagnóstico de la persona migrante:** en esta etapa se obtiene la información de la situación migratoria (ver puntos relevados a continuación), es importante no olvidar preguntar por documentación con la que ingresó al país:
 - Con pasaporte
 - Con documento de identificación propio de su país⁴⁸
 - Ingresó al país de manera irregular.

Esta última posibilidad (ingreso irregular) está asociada a mayores condiciones de riesgo, y ocurre cuando la persona migrante describe el acceso al país por paso fronterizo no autorizado. Si se da esta circunstancia, se debe profundizar identificando los daños que pudiera haber sufrido en dicho cruce de frontera, a la vez que identificar o descartar un posible caso de trata de personas.

Independiente del tipo de documentos con los que la persona ingresó al país, es importante registrar la presencia o carencia de pasaporte, documento que será requerido para obtener permiso de residencia.

- **Etapa de toma de decisiones y orientación a plan de intervención:**
En esta etapa, no olvidar que las decisiones se toman en conjunto con persona migrante y su familia, y una vez que se han identificado las problemáticas a abordar, se orienta y decide sobre las posibles vías de solución. En los casos que así lo requieran, se deberá estipular un plan para la regularización migratoria del paciente. En los casos más complejos se recomienda realizar un acompañamiento a este proceso de regularización.

Qué aspectos NO olvidar en la VDI a familias migrantes

- Reconocer y empatizar con el proceso de migración que la familia vive (pre-migración, migración y post migración). Dejar espacio para que la familia exprese como ha vivido este proceso. ¿Hay integrantes de la familia que quedaron en el país de origen?, ¿Qué factores estresores o protectores han existido en el proceso migratorio?
- Siempre asegurar que la persona migrante haya comprendido, sobre su derecho a recibir atenciones en salud independiente de su situación migratoria que éste tenga.
- Conocer la situación Migratoria de cada integrante de la familia (motivación o circunstancia por la que se encuentran en el país, Documentación con la que ingresó al país, regularización de documentos propios y de familia, entre otros), con el propósito de orientar e informar a la familia en caso que requieran regularizar su situación migratoria, o derivarlos a las redes intersectoriales correspondientes.
- Conocer situación actual en Chile: económica, vivienda y servicios básicos, situación laboral (evaluar posible trabajo informal y riesgos asociados). Preguntar por posibles remesas que suelen enviar a países de origen, lo que reduce el ingreso efectivo.
- Conocer situación de salud de la familia: Antecedentes como necesidades actuales. Indagar sobre facilitadores y obstaculizadores.
- No olvidar profundizar en aspectos emocionales y de salud Mental vinculado a la Migración que suelen estar presentes.

⁴⁸ Para algunos países existe convenio que permite el ingreso con Documento de Identificación de país de origen DNI

- Conocer y profundizar aspectos culturales, para entender comportamientos y facilitar intervenciones futuras (aspectos de crianza, servicios de salud en su país de origen, expectativas en relación a la salud, entre otros).
- Conocer redes de apoyo cercanas: familiares, amistades, participación en colonias respectivas. Valorar esta situación.
- Orientar sobre funcionamiento de las redes Intrasectoriales como Intersectoriales (tipos de atenciones o prestaciones a los que puede acceder).

BIBLIOGRAFÍA

- DESARRAIGADOS, Una crisis Creciente para los Niños Refugiados y Migrantes, UNICEF 2016 "Gestión Fronteriza Integral en la subregión Andina" Modulo II: MOVILIDAD HUMANA (Lima: OIM, 2012).
- Competencia Cultural en Salud: Una necesidad Urgente en trabajadores de salud. Bernaldes Margarita y col. Rev. Medica de Chile (2015)
- Vulnerabilidad Social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hasta la implementación de las soluciones, Cap. 4: Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile, Universidad del Desarrollo Equipo de Estudios Sociales en Salud, 2016
- Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Revista Panamericana de Salud Pública 2013; 34(1):68-74. Epub 2013/09/06
- Solimano Andrés, Tokman Víctor. Migraciones internacionales en un contexto de crecimiento económico. El caso de Chile, CEPAL, 2006

9. Ficha técnica VDI a padres en situación de discapacidad intelectual

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD), una persona en situación de discapacidad intelectual (DI) es alguien que presenta limitaciones significativas en su funcionamiento intelectual y en su comportamiento adaptativo.

A pesar de estas dificultades, las personas con DI tienen todo el derecho de disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones (ONU, 2006) de la parentalidad. En relación a lo anterior, la evidencia señala que los padres en situación de DI representan uno de los grupos más vulnerables de la sociedad, presentando un alto riesgo de perder la custodia de sus hijos (Booth y Booth 2005). Estos padres tienen redes de apoyo empobrecidas (Kroese et al. 2002), mayor riesgo de pobreza y de vivienda inadecuada (Cleaver y Nicholson 2005), reportan menores índices de salud mental y física que los padres sin DI (Aunos et al. 2008). Además, en relación a la parentalidad, los padres con DI tienen dificultades para proveer un cuidado adecuado a sus hijos/as, principalmente en la expresión del afecto, en la interacción positiva con sus niños/as, en entregar estimulación cognitiva suficiente a sus hijos/as (especialmente en el área del juego), en generalizar la información de un ambiente a otro (del box al hogar) y en adaptar las estrategias a la etapa de desarrollo del niño/a (Morgan y Goff 2004).

Si bien los problemas experimentados por los padres con DI pueden afectar su capacidad para ejercer una parentalidad efectiva, esto no significa que no puedan ser buenos padres. De acuerdo a la Asociación Internacional para el estudio científico de la Discapacidad Intelectual (IASSID), un coeficiente intelectual sobre 60 (equivalente a discapacidad cognitiva leve) no estaría directamente correlacionado con la incapacidad de ser padre o madre, en otras palabras, la capacidad de brindar un adecuado cuidado a los niños/as no depende sólo del nivel de inteligencia. Por lo tanto, cuando los padres con DI reciben entrenamiento y el apoyo necesario son capaces de desarrollar determinadas habilidades al mismo nivel que otros padres sin DI (MacLean y Aunos, 2010), teniendo la capacidad de aprender habilidades parentales y proveer un adecuado cuidado (Murphy & Feldman, 2002).

La revisión sistemática de Wilson, McKenzie, Quayle, y Murray (2013) plantea que la visita domiciliaria para padres con DI ha demostrado ser efectiva, al menos a corto plazo. Los resultados revelaron una mayor satisfacción y confianza de los padres con su rol parental, reducción en la frecuencia de conductas disruptivas de los hijos, y mejoras en la calidad del ambiente en el hogar.

Basándose en la evidencia, las visitas domiciliarias serían útiles a la hora de brindar apoyo y acompañamiento ante la sospecha de padres con DI.

OBJETIVOS

- Evaluación entorno familiar y activación redes de apoyo
- Fomentar adherencia a los controles de salud tanto de la madre/padre/cuidador como del niño(a)
- Evaluar la presencia de situaciones de riesgo para el niño (a) como maltrato, negligencia, abuso sexual, desescolarización, etc.
- Evaluar la presencia de situaciones de riesgo para la madre/padre/cuidador como violencia, abuso sexual, cesantía, etc.
- Brindar soporte para la crianza y el apego.
- Prevenir accidentes en el hogar y situaciones de negligencia.
- Analizar pertinencia de derivación del niño(a) a sala de estimulación, control de salud infantil, salud mental, según edad.
- Activar la red comunal.

RECOMENDACIONES

Los padres con DI requieren apoyo en distintas áreas (física, cognitiva, socio-emocional, ocupacional, etc.). Algunos necesitarán apoyo extra en la parentalidad, mientras que otros se beneficiarán de intervenciones dirigidas a los miembros de la familia, amigos o comunidad. Como en toda VDI, es importante analizar el entorno familiar y el nivel de soporte familiar de la madre/padre/cuidador con DI e incluirlos en el plan de tratamiento integral. Cabe señalar, que en ocasiones el equipo de salud puede ser la principal red de apoyo para estos padres.

Las mujeres con DI están en mayor riesgo de experimentar violencia doméstica y abuso que las mujeres sin DI (Knowles, Machalicek y Van Norman, 2015), por lo que es necesario indagar sobre estos aspectos y en caso de detección de algún tipo de vulneración, seguir con los protocolos establecidos.

Como ya se ha mencionado, la evidencia señala que cuando los padres con DI son entrenados apropiadamente pueden aprender competencias parentales. A nivel general, el desarrollo de habilidades parentales incluye aspectos básicos que pueden ser “entrenables” como: el cuidado, seguridad, nutrición y manejo de la conducta del niño/a, resolución de problemas e interacciones positivas padres-niños/as (Feldman, Case y Sparks, 1992).

Las competencias específicas a desarrollar pueden ser aspectos básicos como mejorar habilidades para ir a comprar, planificar el menú del día, bañar a la guagua, cambiar pañales y limpiar las maderas.

Los equipos de salud pueden realizar diversas estrategias para acompañar a los padres con DI en el adecuado cuidado y estimulación de sus hijos/as. Según ARC⁴⁹, algunas estrategias pueden ser:

- Generar rutinas diarias y semanales de cuidado familiar, del hogar y de los hijos e hijas.
- Fortalecer competencias parentales en el hogar.
- Entregar información sobre aspectos prácticos en el cuidado de los niños/as.
- Entregar estrategias para organizar compras y un adecuado manejo de dinero.
- Consejería en salud mental.
- Consejería en abuso de sustancias y otras adicciones.
- Consejerías en prevención de violencia intrafamiliar.
- Facilitar la inclusión laboral y educacional para los padres e hijos/as, respectivamente.
- Entregar información respecto de cómo actuar frente a situaciones de emergencia frecuentes o graves.

Para trabajar la parentalidad, los padres con DI se podrían beneficiar de VDIs con temáticas del taller “Nadie es Perfecto”(NEP), siempre adaptada al nivel de comprensión de los padres. Además, se puede apoyar la VDI con los libros para padres NEP, priorizando temas como la seguridad, la prevención de accidentes y el desarrollo físico de los niños/as. Una vez que hayan adquirido los conocimientos básicos, se puede continuar con otras temáticas NEP de mayor complejidad, evaluando permanentemente la capacidad y la necesidad de la familia de aprender nuevas habilidades o manejar más información.

Se recomienda que el entrenamiento se realice en el hogar para facilitar la generalización de las habilidades. Algunas técnicas conductuales, que pueden resultar útiles a la hora de favorecer el aprendizaje de ciertas temáticas, son el análisis de tareas en el hogar, modelaje, retroalimentación, reforzamiento positivo y role playing (Wilson, McKenzie, Quayle, & Murray, 2013). También es necesario, que las competencias sean reforzadas para que sus resultados se mantengan a largo plazo.

⁴⁹ “The Arc of the United States”, organización para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, 2016.

El aprendizaje debe ocurrir en casa, en pequeños pasos, si es preciso se debe repetir la instrucción una y otra vez hasta alcanzar el objetivo. Además, se debe usar la demostración y utilizar recursos que requieran poco o nada de lectura, resguardando que el aprendizaje sea motivante y significativo.

También es importante apoyar a los padres en la expresión de sus sentimientos de disconformidad, cansancio o frustración, así como en mecanismos que puedan ayudar para reducirlos.

Es importante que los equipos ayuden a los padres a desarrollar redes cercanas de apoyo en la comunidad. En caso que los padres presenten una discapacidad intelectual leve y si se pudiese contar con un grupo homogéneo de personas para conformar un taller nadie es perfecto, sería de gran utilidad para favorecer el aprendizaje conjunto y establecer una red de apoyo entre los participantes.

Dado los bajos índices de salud mental que reportan las personas con DI, se debe explorar la presencia de problemas de salud mental o abuso de sustancias, sin olvidar otros problemas de salud física.

No olvidar que las personas con DI tienen mayor probabilidad de vivir en condición de pobreza (Knowles et al., 2015), en viviendas inadecuadas y de tener dificultades para desarrollarse laboralmente, por lo que conectar a estas familias con la red comunal es de suma relevancia para otorgar un completo acompañamiento desde el Estado. El MDS tiene diversos programas sociales que podrían gestionarse a través de la coordinación con el intersector.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013, octubre). Intellectual disability. Extraído de <https://aaid.org/>
- Aunos, M., Feldman, M. & Goupil, G. (2008) Mothering with intellectual disabilities: relationship between social support, health and well-being, parenting and child behaviour outcomes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21,320-330.
- Cleaver, H. & Nicholson, D. (2005) *Children Living with Learning Disabled Parents*. London University, London, UK.
- Feldman, M. A., Case, L. & Sparks, B. (1992) Effectiveness of a child-care training program for parents at-risk for child neglect. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24, 14-28.
- Knowles, C., Machalicek, W., & Van Norman, R. (2015). Parent education for adults with intellectual disability: A review and suggestions for future research. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(5), 336-348.
- Kroese, B. S., Hussein, H., Clifford, C. & Ahmed, N. (2002) Social support networks and psychological well-being of mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 324-340.
- MacLean, K., & Aunos, M. (2010). Addressing the needs of parents with intellectual disabilities: Exploring a parenting pilot project. *Journal on Developmental Disabilities*, 16. 18-33.
- Morgan, P. & Goff, A. (2004) *Learning Curves: The Assessment of Parents with a Learning Disability*. Norfolk Area Child Protection Committee. Norfolk, UK.
- Murphy, G., & Feldman, M. A. (2002). Parents with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 281-284.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
- The Arc (2016, octubre). Parents with Intellectual Disability. Extraído de <http://www.thearc.org/what-we-do/resources/fact-sheets/parents-with-idd>.
- Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E. & Murray, G. (2013). A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability *Child: care, health and development*, 40(1),7-19.

10. Visita domiciliaria a familias con adulto mayor

En la actualidad los roles que desempeñan las personas mayores son variados, por lo que, la autovalencia de éstos, representada, entre otros, por la capacidad de responder en forma satisfactoria a las exigencias personales y del medio en que se desempeña el adulto mayor, y con la capacidad de hacer las actividades de la vida diaria en forma autónoma e independiente, influirán en forma decisiva en su autoestima, calidad de vida y la relación con otras personas de su entorno cercano. En Chile el 78,5% de las personas mayores son autovalentes.

Cuando se decide intervenir una familia con un integrante adulto mayor (AM), es importante considerar la alta heterogeneidad en esta etapa del ciclo Vital y es importante reconocer que el ser adulto mayor no es necesariamente sinónimo de enfermedad. Lo habitual es que los equipos priorizan sus acciones - y entre ellas, la visita domiciliaria- a familias con integrante(s) con dependencia en algunos de sus grados. Para ello, se sugiere considerar las diferentes etapas que atravesarán este integrante(s) y la familia para adaptarse o superar la dependencia y, la adecuada articulación con la red sectorial e intersectorial para el abordaje de la situación familiar. Estas etapas tendrán mejor resolución si se cuenta con redes de apoyo accesibles, estables y con capacidad de acompañar a la familia en su proceso de adaptación, superación y entrega de apoyos y cuidados a la persona con dependencia y a su cuidador(a).

Objetivo General de la Visita Domiciliaria Integral en la etapa Adulto Mayor

Brindar atención domiciliaria a personas Adultas Mayores cuando las condiciones de salud y funcionalidad estén alteradas, problemas socioeconómicos dificulten el traslado, revisión de entrega de cuidados y observación de la dinámica familiar.

Objetivos Específicos de la Visita Domiciliaria Integral en la etapa Adulto Mayor

- Realizar VD para evaluar la salud, efectuar tratamiento, otorgar cuidados y realizar seguimiento integral de la persona mayor y su familia, incluyendo las diferentes dimensiones relacionadas con su bienestar, la capacidad individual y familiar, factores de riesgo o deterioros presentes.
- Realizar una visita de evaluación familiar en el domicilio de la persona mayor, cuando esta atención sea necesaria para pesquisa o confirmación de situaciones de riesgo para la personas mayor (abandono, maltrato, violencia intrafamiliar, entre otros)
- Promover la mantención funcional y estilos de vida saludable en las personas mayores y sus familias.
- Identificar y modificar los riesgos en AM, se incluyen el entorno donde vive la persona para detectar riesgos; intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo asociados a situaciones de salud, medicación y trastornos visuales corregibles; evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas.
- Abordar factores de riesgo en las personas mayores autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia
- Evaluar junto a la persona mayor y su familia las mejores intervenciones disponibles para personas dependientes a nivel de red de salud y red intersectorial.
- Promover el autocuidado del cuidador en sus distintas dimensiones
- Evaluar, prevenir e intervenir la sobrecarga del cuidador (a).
- Educar en beneficios sociales y ejercicio de derechos del AM, el cuidador(a) y la familia.

ÁREAS DE EVALUACIÓN Y ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

Evaluación General: La evaluación y atención de la persona mayor considera su salud en forma integral, incluyendo las dimensiones biomédica, mental, social y funcional, las capacidades presentes o potenciales o las necesidades de asistencia en caso de presentarse, para promover el cuidado de la salud y el bienestar general de la familia. En toda evaluación y atención del AM, se deberá considerar el estado general, el nivel de conciencia y la orientación temporoespacial actuales, sumado al control de signos vitales, considerando la historia clínica para verificar a la normalidad de los parámetros evaluados y la habitualidad de variaciones y, consultando también a la persona mayor o su familia sobre modificaciones recientes presentadas respecto al estado previo.

Se sugiere incorporar los siguientes aspectos en la VDI para personas mayores:

Autopercepción del estado de salud: Consulta dirigida al AM y/o cuidador en cuanto al estado de salud actual, farmacología de uso habitual y cuidados de salud desarrollados por indicación del equipo de APS u otro nivel de atención. Resulta importante además, el análisis de los antecedentes previos consignados en la ficha clínica para el acercamiento inicial a la evaluación. Se consultará además sobre los principales intereses y áreas de desarrollo esperados por el AM y la familia.

Identificación de limitantes o riesgos funcionales referidos por la persona mayor y/o la familia: Para orientar la evaluación y toda atención del AM debe consultarse dirigidamente sobre el estado de ánimo actual, la presencia de limitación funcional, dolor o algún otro tipo de trastorno no evaluado por el equipo de salud anteriormente, junto a la necesidad de asistencia, ayudas técnicas, apoyos y/o cuidados parciales o totales para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, ejercicios de roles y aquellos específicos requeridos durante la evaluación por parte del equipo de salud (asistencia comunicacional, física u otra). En caso de deterioro cognitivo, se sugiere corroborar la información con la familia.

La evaluación de la funcionalidad incluye las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y la marcha y el equilibrio.

Si durante la evaluación se identifica deterioro funcional, se deberá precisar la causa (ver recomendaciones específicas por área), el tiempo de evolución, factores protectores y factores agravantes de la misma, a considerar en el plan de intervención.

Antecedentes de Atenciones de Salud: Analizar las atenciones de salud e indicaciones recibidas y los controles de salud pendientes, promoviendo su realización y participación. Verificar la vigencia del GES Preventivo o Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), control de salud, desarrollo de los Planes de Atención y seguimiento, derivación según situación de salud a los profesionales correspondientes articulaciones de atención correspondientes al interior del CESFAM. Se sugiere evaluar el consumo de medicamentos, considerando la polifarmacia presente en esta etapa, y el adecuado manejo y toma de ellos por parte de la persona mayor y/o su cuidador, para determinar una posible intervención educativa y de entrenamiento en esta área.

El examen físico considerará los aspectos de control y seguimiento de la situación de salud de base y aquellos de evaluación requeridos frente a cambios en la situación de salud y/o referencia de nueva sintomatología referida por la persona o la familia. Especial atención se sugiere durante la realización del examen físico la observación y examen de la postura y movilidad habitual, estado nutricional, nivel de hidratación y pesquisa de riesgo o presencia de úlceras por presión, pie diabético o signos físicos de caída o maltrato. Se recomienda consultar a la persona mayor y familia sobre su desempeño físico y actividades habituales, promoviendo la realización de actividad física y previniendo la inmovilización prolongada.

Con respecto a aspectos nutricionales y digestivos: Consulta sobre tipo de alimentación y la frecuencia, evaluar estado nutricional, averiguar sobre grado de control de esfínteres y dificultades en los hábitos de micción y defecación. Se recomienda identificar además alteraciones de la cavidad oral (piezas dentarias faltantes, prótesis dentales no ajustadas y otras que ocasionen dificultad para la alimentación).

En forma dirigida informarse sobre qué alimentos consume el adulto mayor habitualmente y si están usando la alimentación complementaria entregada por el PACAM, su preparación y consumo, para identificar las necesidades de intervención nutricional. Se sugiere manejar pautas alimentarias y material de apoyo para facilitar la alimentación y favorecer el adecuado estado nutricional de la persona mayor asociado al funcionamiento vital y los requerimientos energéticos. Por otra parte, revisar los hábitos de hidratación, evaluar signos de deshidratación y reforzar la importancia de los hábitos de hidratación.

Recomendaciones específicas por área

Área Social: Consulta sobre la participación social y actividades habituales realizadas por la persona mayor y requerimientos o dificultades sociosanitarias actuales que las limiten. Consultar por la presencia de redes de apoyo social, sugiriéndose la evaluación a través de la Escala de Percepción de Apoyo. Consultar por la presencia o requerimiento de beneficios sociales del estado y grado de participación en su comunidad. Educar sobre el acceso a beneficios sociales y movilización de recursos comunitarios para la participación social, asistencia y/o cuidados para la persona mayor y su familia.

Para el equipo de salud resulta posible apoyarlos en la prevención del aislamiento, reconociéndolos en primer lugar como una persona con autonomía y capacidad de decidir sobre su situación, por otra parte entregándoles información sobre su situación de salud individual y familiar en términos claros y comprensibles, procurando reforzar permanentemente el autocuidado de la salud y el ejercicio de sus derechos en todo ámbito. Para lo anterior se requiere que el equipo de salud conozca la red local vinculada a la participación social y servicios para personas mayores.

Por otra parte, se puede motivar de común acuerdo, por medio de pautas o calendarios la diversificación de sus acciones, mostrando que ellos pueden participar en actividades dentro y fuera del hogar y a la vez hacerse cargo de su hogar, el cuidado de sí mismos y otros, si es que el contexto familiar lo requiere.

Área Funcional: Se recomienda evaluar habilidades motoras básicas y en caso de dificultad en su ejecución o ausencia de habilidades motoras básicas, evaluar presencia de limitaciones de movilidad de origen osteoarticular, muscular y/o neurológico para referencia correspondiente al CESFAM. Evaluar la necesidad, presencia y uso de Ayudas Técnicas para referencia correspondiente y tramitación como GES en los de 65 años o más que requieran bastón, andador con o sin ruedas, silla de ruedas, cojín o colchón antiescaras, procurando la mayor funcionalidad de la persona mayor y evitando la inmovilización (Problema de salud N° 36: Órtesis o ayudas técnicas para personas de 65 años y más). En caso de requerir evaluar el grado de dependencia se recomienda utilizar instrumentos como Barthel y para la evaluación de actividades instrumentales, Lawton.

Área Mental y Afectiva: Se recomienda la aplicación de Mini-Mental para la evaluación de deterioro cognitivo y cuestionario GHQ-12 o Yesavage para la pesquisa de depresión. En caso de pesquisa de trastornos asociados, derivar a la red correspondiente y activar GES de depresión, si corresponde (Problema de salud N°34: Depresión en personas de 15 años y más).

Con respecto a los deterioros cognitivos, se recomienda la identificación precoz y oportuna y la activación de la red de salud disponible para el acompañamiento personal y familiar. Especial atención se sugiere en personas con dificultades o pérdidas en las actividades instrumentales, sin causa diagnosticada ni evaluación por el equipo de salud.

Área Familiar: Considerar la participación de la persona mayor al interior de la familia y los roles que desempeña y las capacidades o dificultades para su realización. Así mismo, especial atención en aquellos adultos mayores con escasa o nula red familiar para su orientación a la red de programas sociales presentes en la red local. Se sugiere la educación y el refuerzo de las acciones familiares y/o comunitarias y/o del equipo de salud que promuevan el bienestar de los adultos mayores.

Si la persona mayor es dependiente, incorporar la evaluación y atención de **la diada persona con dependencia - cuidador**, considerando que la situación de dependencia severa y la entrega permanente de apoyos y cuidados por parte de un tercero, influye en el desarrollo de las etapas del ciclo vital individual de ambos integrantes de la diada y de sus familias, afectando la dinámica familiar y provocando eventuales situaciones de salud que en forma sostenida conlleven a un deterioro de la salud de ambos y de sus familias. La evaluación del cuidador(a) incluye la evaluación y atención integral de su estado de salud considerando las dimensiones biomédica, mental, social, funcional, las actividades diarias involucradas en la entrega de apoyos y cuidados hacia la persona con dependencia y la evaluación de la sobrecarga mediante la evaluación con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, recomendándose la generación de un Plan de Cuidados para el cuidador y el desarrollo de actividades que favorezcan su autocuidado.

Con respecto a la presencia de crisis normativas y no normativas en la familia visitada, asociadas a procesos de vida esperados o inesperados, el equipo de salud puede aportar en la mejora de la salud familiar, apoyando en el área sanitaria individual y familiar y en el fortalecimiento de la articulación con la red de soporte local.

La VDI realizada a población adulto mayor, deberá entregar información al equipo de salud, para generar junto a la persona mayor y su familia un Plan de intervención que dé respuesta a los aspectos relevantes de la situación de salud del adulto mayor, cuidador y su familia, incorporando dentro del plan las acciones de cuidados, recuperativas y de rehabilitación requeridas, otorgadas por el equipo de salud. Este plan debe ser monitoreado para ir evaluando la necesidad de cambios o no a las intervenciones de este plan de acuerdo a los progresos del AM y la familia.

Recordar que el AM tiene acceso a la atención de todas las patologías GES y No Ges, que se ofrecen en la cartera de servicio de los establecimientos de la red de salud.

FACTORES AGRAVANTES DEL RIESGO FAMILIAR

Se recomienda especial atención y acciones por parte del equipo de salud ante la presencia de los siguientes factores agravantes o promotores de situaciones de riesgo familiar:

- Cuidador con sobrecarga leve o alta según Escala de Zarit.
- Inequidad en distribución de tareas de apoyo y cuidados del adulto mayor al interior de la familia.
- Dependencia y/o necesidades de asistencia de uno o más integrantes de la familia.
- Historia de Violencia Intrafamiliar o Maltrato.
- Red de apoyo local deficiente o nula.
- Desconocimiento de los beneficios y apoyos existentes en la red local.
- Otros que a juicio de la persona mayor o el equipo de salud perjudiquen el estado de salud del adulto mayor y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Breinbauer K, Hayo et al, 2009. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile [online]. 2009, vol.137, n.5
- Fernández O., Barrios S., 2012. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al Programa de Atención Domiciliaria. Sara Barrios Casas. Ciencia y Enfermería XVIII (3): 61-72, 2012. ISSN 0717-2079.
- Cheix M., 2014. La dependencia funcional y el bienestar subjetivo en los adultos mayores chilenos: el rol moderador de los estilos de vida y el apoyo social. Centro de Estudios de la Vejez y Envejecimiento UC. Pontificia Universidad Católica de Chile Instituto de Sociología -Magíster en Sociología Seminario de Tesis
- Ministerio de Salud, 2013. Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria.
- Ministerio de Salud, 2016. Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa.
- Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, República del Paraguay, 2011. Protocolo 2: Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de Salud.

11. Visita domiciliaria integral a familias pertenecientes a pueblos indígenas⁵⁰

Introducción

Según la CASEN 2015, el 9% de la población dice pertenecer a Pueblos indígenas. De ellos el 83,8% son del Pueblo Mapuche, siguiendo con notoria diferencia otros pueblos como los Aymaras con un 6,8% Diaguita con un 4% , 2% Atacameños , entre otros. De ellos el 24,7% corresponde a Población Rural , y si se relaciona a la Población total Rural, el 17,5% corresponde a pueblos indígenas, contrastando con la presencia del 7,8% en la población total urbana.

El Ministerio de Salud a través de la implementación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas ha venido desarrollando diversas estrategias tendientes a visibilizar las necesidades de atención de salud en territorios con alta concentración de pueblos indígenas. Así, el componente de salud intercultural abre una alternativa válida y real para trabajar con los equipos de salud como también con los representantes de pueblos indígenas a nivel de territorio y agrupaciones indígenas asentadas en espacios urbanos, cuyo objetivo final es lograr una comunicación intercultural eficiente y una atención de salud culturalmente pertinentes.

Uno de los desafíos que nos plantea la interculturalidad en salud es la transversalización de los programas de salud puesto que debe ser concordante con la legislación y normativas internacionales de derechos humanos que asisten a los pueblos indígenas como el Convenio 169 de la OIT. En este marco, la incorporación del enfoque intercultural en la Red Asistencial está estipulado en la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente, específicamente en el Art. 7 de dicho instrumento, que dispone la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas.

Por lo tanto, en atención a este requerimiento es que, las acciones de salud como la visita domiciliaria Integral, deben ajustarse al enfoque de salud intercultural y de esa manera apoyar a las familias de pueblos indígenas a entender sus necesidades concretas de atención de salud, valorar y reforzar su mecanismos de protección de su salud y enfrentar su proceso de enfermedad, por esto siempre se debe considerar la cultura de los pueblos indígenas y así aminorar las barreras culturales que pudieran acentuar el daño en la salud de las personas y familias.

Para que esta actividad sea realmente un beneficio para quien la recibe, y un logro para quien lo realiza, es importante subrayar que en contexto indígena, la visita domiciliaria Integral se entiende como la capacidad que tiene el equipo de salud para establecer una relación equilibrada, respetuosa y de aceptación respecto del modo en que la familia se organiza para apoyar y asistir a su enfermo, así como para comprender la complementariedad y vigencia del sistema de salud propio con el bio-médico. Esto significa que el equipo de salud mantiene una actitud no invasiva del entorno, amigable y privilegiando una comunicación clara con la familia y el enfermo. En algunos establecimientos de salud se cuenta con recursos humanos de facilitadores interculturales destinado apoyar a los equipos de salud en cuanto a la comunicación intercultural, capacitación en temas de salud indígena a equipos locales y colaborar en la disminución de las barreras culturales al interior de sistema de salud, es decir, contribuir a mejorar el acceso a la atención de salud.

⁵⁰ El término Pueblos Indígenas está consignada en la Ley N° 19.253 (Ley indígena que reconoce la existencia de 9 principales etnias indígenas a nivel nacional), sin embargo en algunos documentos públicos aparece como "Pueblos Originarios" y desde la puesta en vigencia del Convenio 169 de la OIT, el Ministerio de Desarrollo Social junto a su Equipo Asesor Especial para Asuntos Indígenas, oficializa el instructivo para nombrar y escribir sobre Pueblos Indígenas. Documento elaborado por el Consejo Nacional de la Culturas y las Artes.

RECOMENDACIONES

Existen nueve⁵¹ pueblos indígenas reconocidos en la actualidad, muchos de ellos con daños irreversibles en su sistema de vida, de su patrimonio lingüístico, cultural y espiritual, razón por la cual el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), se ha vinculado mayormente con quienes están más vigentes y atentos a la implementación de las políticas indígenas en áreas de su interés. Sin embargo, todos los pueblos expresan interés de contar con una atención de salud más pertinente a su cosmovisión y necesidades concretas de acceso al sistema de atención pública.

Por lo tanto, los requerimientos de variabilidad cultural y lingüística dependerán de la necesidad y dependerán de los pueblos, es decir, no en todos los establecimientos y territorios necesitarán implementar con rigor el enfoque intercultural, dado que depende de las demandas por atenciones culturalmente pertinentes que expresen los pueblos, o por problemas derivados de la relación usuarios indígenas - equipos de salud en los establecimientos de salud.

En este contexto la realización de la visita domiciliaria Integral estará siempre mediada por la realidad en que están inmersos los pueblos, y donde la vigencia cultural, espiritual y social sea reconocida. Es decir, es necesario que el equipo de salud se informe sobre el entorno social y territorial de la familia para que pueda interiorizarse sobre su cultura e idioma.

De existir un facilitador intercultural, se recomienda incorporarlo para el o los análisis, como parte del equipo que realiza la visita domiciliaria, todo en pro de favorecer una VDI eficiente.

Aspectos a considerar:

Visita Domiciliaria Integral a familias pertenecientes al Pueblo Mapuche de territorio

Al llegar a una casa procure no generar alteración sobre la dinámica familiar, siempre es recomendable que:

- No llegue con el vehículo hasta la puerta de la casa, ni toque la bocina para anunciar su llegada. Mantenga una distancia prudente de la puerta de entrada. Llame si es necesario, aunque se sepa que usted está ahí.
- Salude y comunique el motivo de su visita. Si es invitado a un hogar mapuche, primero salude y espere a que lo reciban y lo hagan pasar hacia el hogar. No tome asiento por iniciativa propia. Espere que se lo ofrezcan.
- No olvidar que el idioma es un factor a considerar; esto significa estar atento en la manera en que se instala la conversación. Esto es, no es obligación saludar en mapudungun - **mari mari** (salvo si ya conoce a la familia), siempre es recomendable esperar y que la necesidad de hablar en mapudungun⁵² sea iniciado por la familia, el rol del equipo es que pueda reforzar y orientar la comunicación intercultural.
- Para iniciar la conversación es recomendable que pregunte amablemente ¿cómo están? Estar atenta a la respuesta y ser receptiva de sus asuntos, porque en esas generalidades puede evidenciarse la magnitud del problema y/o estrategia para afrontarla.
- Es común que la conversación inicial con la familia sea un poco cortante (si - no), no desesperarse, siempre considere un momento para el establecimiento de la confianza, esto permitirá a la familia conversar con más holgura.

⁵¹ Las principales etnias indígenas son: aymara, quechua, atacameño, kolla, diaguita, rapanui, mapuche, yagan y kawéskar.

⁵² Es importante señalar que hay una pérdida progresiva de la comunidad de habla del mapudungun, por lo tanto muchos usuarios no saben hablar el idioma o recién están intentando reconstruir su identidad, por tal razón la recomendación es mantenerse siempre alerta para no provocar problemas de comunicación, pues los equipos de salud bien lo saben.

- Si va por primera vez, preséntese con palabras sencillas y comprensibles, tanto usted como sus acompañantes. Es importante indicar de qué institución vienen. Sea claro en lo que va a decir, tratando de no usar siglas.
- Las familias mapuches tienen muy incorporado el mate como gesto de bienvenida y dependiendo del territorio este puede ser un buen nexo para entablar una conversación.
- El saludo de abrazos y besos no es parte de la cultura mapuche. Solo se utiliza entre personas de confianza o familiares; sin embargo, hoy muchas personas lo utilizan, por lo cual úselo con precaución.

Es muy relevante que las visitas domiciliarias Integrales deben considerar también la pertinencia cultural en **zonas urbanas**, dado que las familias de pueblos indígenas tienden a resignificar sus entornos y espacios comunitarios, restableciendo parte de pautas culturales y sus mecanismos de protección de su salud.

Visita Domiciliaria Integral a familia perteneciente al Pueblo Aymara

El Pueblo Aymara suele ser caracterizado como un pueblo silencioso, retraído, tímido y muy desconfiado de los extraños, por eso generalmente los funcionarios presumen que es un pueblo apático, pero deben aplicar un mayor esfuerzo para la comprensión de la dinámica de relación cultural y las costumbres del otro. Esta situación se supera una vez establecida la comunicación o diálogo intercultural con el equipo de salud. El prestigio de la familia dentro de su comunidad es muy importante, y esto está dado por el respeto que tienen hacia la naturaleza, crianza de sus hijos e hijas, los roles definidos de cada uno, la importancia de la dualidad hombre-mujer y la agudeza de ambos para los negocios.

Las familias que permanecen en los pueblos del altiplano son cada día menos, hablan su lengua aymara y con dificultad el español, las familias que por trabajo o estudio viven en la ciudad mantienen conexión con su pueblo de origen y lo visitan varias veces en el año, ya sea por sus familiares, fiestas comunitarias o religiosas, o por tener bienes, especialmente rebaños de camélidos.

Al llegar a una casa procure no generar alteración sobre la dinámica familiar, siempre es recomendable:

- Concertar la visita previamente y dar a conocer el motivo de la misma
- Acompañar las visitas con el facilitador intercultural (donde cuenten con dicho recurso humano) que operará como el puente de comunicación entre ambas partes.
- Acomodar los horarios de visitas de acuerdo al horario disponible de la familia, por ejemplo, en área rural, la jornada de la tarde suele ser una buena hora, ya que durante las mañanas salen al campo.
- Incluir a los médicos tradicionales aymara (partera, yatiri o qulliri), de acuerdo a cada caso evaluado en conjunto con el facilitador⁵³.
- Siempre saludar, ojalá en aymara, con respeto, decir ¿cómo está o están? **Imisaraki**. También se sugiere preguntar ¿cómo han estado sus animales?
- Esperar que la inviten a pasar y tomar asiento si se lo ofrecen, siempre con mucha prudencia y respeto.

⁵³ En la Comuna de Putre, se han realizado visitas domiciliarias Integrales junto a los médicos aymara y la facilitadora, y lo cual logra facilitar el acceso a información relevante como los casos de VIF, hacinamiento, entre otros factores que ocurren y el que pueden ser apoyados en resolver junto al equipo de salud. Además, la compañía del facilitador crea un espacio de confianza entre las familias y el equipo, lo que ayuda en las actividades que se realizan en las visitas domiciliarias.

- Luego continuar conversando y de a poco dar a conocer a que se debe la visita, no descuidando el objetivo o interés que uno persigue. Quizás se abordarán muchos temas, o a veces se cortará la conversación. Esta última situación se debe tratar de evitar, ya que insistir agrava la situación y difícilmente generará otra oportunidad.
- Si le ofrecen algo de tomar o comer, prefiera aceptarlo. En lo posible ojalá tomar y comer todo, ya que así, se logrará mejor conexión, pues dicho ofrecimiento es signo de ser bien recibido. No aceptar el ofrecimiento puede verse como un desprecio.
- Al despedirse, de la mano si así se da el caso. Procure no forzar nada y decir que volverán a verse en el Centro de Salud o en La Posta.
- En ciudad: La visita domiciliaria Integral es casi de la misma forma, pero suele no ser tan protocolar, de igual forma tenga en consideración lo señalado precedentemente.

Recomendación Final:

Considere siempre los tiempos de la familia: horarios de visita, días y fechas (fecha de pago, festividades, ceremonias religiosas y/o acontecimientos)

Las indicaciones clínicas o de procedimientos administrativos, debe ser lo más clara posible y de una referencia precisa y concreta, para que cuando se acerque al centro de salud pueda ubicarse con un referente.

La visita domiciliaria Integral debe ser lo menos invasiva (ver indicaciones para toda VDI).

Se sugiere al equipo que, cualquier iniciativa de promoción o información que requiera ser plasmada en algún documento debe estar ajustado al territorio en referencia, así como los términos a utilizar. Es decir, en el caso de familia mapuche el término "*Witran*"⁵⁴ o visita tiene connotación distinta a lo que el sistema de salud entiende por visita domiciliaria Integral, por tal motivo esta actividad debe estar en concordancia con el sistema de salud mapuche y aquí el término más apropiado sería "*inaramtun*" que apunta más a saber sobre el estado de salud de la persona y/o familia. Por tal razón se sugiere al equipo que cuenten con facilitadores interculturales en sus establecimientos se coordinen, y en caso de no contar con dicho recursos, el Servicio de Salud cuenta con un referente técnico del Programa⁵⁵ de Salud y Pueblos Indígenas.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Internacional del Trabajo (OIT); Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989). Disponible en www.conadi.gob.cl
- Ministerio de Salud (MINSAL); *Política de salud y pueblos indígenas* (2006). Segunda edición. Santiago, Chile.

⁵⁴ **WITRAN** significa visita de amigos o familiares y su llegada cambia la dinámica de la jornada pudiendo significar todo un día de dedicación, incluyendo la búsqueda y preparación de alimento que amerita la ocasión.

⁵⁵ El Programa Pueblo indígena está presente en 26 de los 29 servicios del país y cuando han ocurrido situaciones que ameriten la intervención del Programa se orientan desde el MINSAL (DIVAP-DIPOL).

12. Visita domiciliaria integral a personas con cáncer progresivo⁵⁶

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud OMS, afirma que “El cáncer es un problema global creciente” particularmente en los países de ingresos bajos y medios; y que la prevalencia estimada, abarcaría cerca de 15 millones de casos nuevos, más 13 millones de casos antiguos: en el mundo habría 22,4 millones de personas viviendo con cáncer en cualquier etapa de la enfermedad, de ellas al menos un 75 a 80%, sufren dolor en todas las etapas de la enfermedad.⁵⁷

La enfermedad, como factor desequilibrante, exige a cada sistema familiar organizar sus recursos para establecer un estado que se adapte a los nuevos requerimientos. Esto no ocurre espontáneamente, es un proceso que depende de los recursos personales de cada miembro (fuerza del yo, autoestima, historia previa, etc.); y los recursos sociales (calidad de la red de apoyo social disponible). También es muy importante considerar en este proceso, la calidad de la comunicación y cuidado interpersonal que el equipo multidisciplinario de salud capacitado esté en condiciones de entregar. En esta situación crítica que está viviendo la familia, se pone en juego el enfoque integral (biopsico-social y espiritual) y los aspectos éticos que deben considerarse.

Existen una serie de beneficios vinculados a la Visita Domiciliaria Integral que favorecen a:

- El paciente, pues se encuentra dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas y continuar con sus hábitos. La alimentación es más variada y los horarios no son rígidos.
- La familia, ya que se logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado, ya que puede realizar los cuidados con más tranquilidad y sin apuros. Siente que respeta la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio. Se previene el duelo patológico.
- El sistema de salud, disminuyendo internaciones hospitalarias largas y de alto costo. Se evita realizar tratamientos innecesarios, disminuyendo la posibilidad de caer en encarnizamiento terapéutico.

La visita domiciliaria integral debe realizarse en complementariedad a la atención domiciliaria que otorga el nivel secundario de atención⁵⁸. Esto permite asegurar la continuidad del cuidado de una manera sinérgica, siendo ideal su ejecución con varios integrantes del equipo de salud del sector, para lograr apreciar la situación familiar de manera global y pesquisar problemas actuales o potenciales del paciente o grupo familiar anticipando las intervenciones para disminuir el estrés producido por esta crisis para-normativa.

OBJETIVOS

- Cuidar adecuadamente a una persona con cáncer, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de éstas.
- Ayudar a la familia para que se adapte sanamente a la nueva situación generada por la enfermedad progresiva y despliegue todos los recursos disponibles para armonizar la dinámica y el entorno familiar a la mejor situación de bienestar y calidad de vida del enfermo (a).
- Proveer de cuidados de salud integral continuos, al paciente afectado de cáncer y su familia, ofreciendo un sistema de soporte para ayudar a vivir lo más activamente como sea posible hasta la muerte.

⁵⁶ Es aquel que recibiendo tratamiento estándar no provoca respuesta completa, por el contrario aumenta o progresa.

⁵⁷ www.who.int/chp/en: Chronic Diseases and Health Promotion

⁵⁸ Atención Domiciliaria de Unidades de Cuidados Paliativos.

- Considerar la VDI como oportunidad para la prevención en salud de los integrantes de la familia (Derivación al examen médico preventivo, entre otros)

RECOMENDACIONES

Generales

- Lograr y fortalecer la coordinación efectiva entre el programa de cuidados paliativos del nivel secundario en salud y la atención primaria de salud (APS)
- Favorecer en conjunto con nivel secundario los protocolos de referencia y contra referencia, para resguardar el tránsito expedito del paciente a través de la red asistencial.
- Maximizar el proceso de comunicación efectiva entre equipos de salud y entre ellos, el paciente y la familia cuidadora.
- Diseñar en conjunto con nivel secundario el plan de intervención familiar con la expresa aceptación de la familia, que contribuya a dirigir los esfuerzos del equipo de salud y a aumentar el bienestar del paciente y familia.
- Fomentar el autocuidado individual y familiar con énfasis en factores protectores de cáncer, tomando acciones como la derivación a la realización del examen preventivo del adulto y procurando Papanicolaou y mamografía vigente

Específicas

- Valorar las relaciones intrafamiliares en su entorno natural.
- Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes y ayudar a suplir las carencias.
- Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor control y alivio del dolor y otros síntomas relacionados.
- Involucrar al paciente y familia tanto en el cuidado cotidiano como en las decisiones terapéuticas.
- Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud para favorecer la calidad de vida (manejo del dolor, procedimientos, entre otros)
- Valorar posibles factores que dificulten el seguimiento del plan de cuidados establecidos tanto en el paciente como la familia.
- Identificar problemas de adaptación emocional a la enfermedad de los miembros de la familia, que sea susceptible de intervenir en atención primaria de salud (APS).
- Prevenir la sobrecarga del cuidador principal.
- Educar y reforzar al paciente, familia y red familiar, la máxima autorresponsabilidad en materia de salud y pesquisa/detección oportuna, y la realización de exámenes preventivos como el examen de Papanicolaou y mamografía, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Norma General Técnica N° 32 de Programa Nacional alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos, aprobada por Resolución Exenta N° 129 de 1999. Versión 2009–2010. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
- Guía clínica AUGÉ: alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. 2011. Ministerio de salud. Fecha actualización: 2011
- Cuidados paliativos en el Domicilio, Hugo Antonio Fornells, Acta Bioethica 2000; Argentina

13. Visita domiciliaria integral a personas con discapacidad

Persona con Discapacidad (PCD) es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás⁵⁹.

Por otra parte, la OMS y MINSAL, utilizan la definición según Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), definiendo la Discapacidad como un término que engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. Los factores ambientales definen las barreras o los facilitadores. El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales⁶⁰.

Estas personas son particularmente vulnerables a las deficiencias de los servicios de asistencia sanitaria. Dependiendo del grupo y las circunstancias, las personas con discapacidad pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura (OMS).

La Visita Domiciliaria Integral es una herramienta que permite por una parte, el conocimiento integral de una persona en situación de discapacidad: su ambiente natural, detectar factores de riesgo, preparar a la familia para los cuidados domiciliarios, apoyar al cuidador, conocer las condiciones de la vivienda para hacer las adaptaciones correspondientes, y por otra hacer intervenciones pertinentes a la situación de la PCD y sus familias: apoyo a la PCD, apoyo al cuidador, consejerías individuales o familiares, aplicación técnicas de rehabilitación, favorecer las adaptaciones de la vivienda permitiendo la máxima independencia en la movilidad al interior y exterior, evaluación de necesidades de ayudas técnicas, para conectarlos con la red en el proceso de entrega, evaluación de la inclusión familiar y social, entre otras.

Es importante, la coordinación con otros programas que atienden a estos grupos, como el Programa Respiratorio, Hospitalización Domiciliaria, programas de atención en APS como el cardiovascular, etc. La VDI puede estar orientada a personas con diferentes grados de discapacidad, los equipos rurales realizan toda la intervención en domicilio, pues ellos trabajan en las comunas rurales, con población dispersa, evalúan e intervienen en domicilio.

Una Visita Domiciliaria Integral, apunta a seis elementos fundamentales, las condiciones de:

- La funcionalidad de la persona con discapacidad y del cuidador/a.
- La vivienda.
- La dinámica familiar.
- La red familiar y/o social de apoyo.
- La inclusión social.

El objetivo de la intervención en rehabilitación es mantener la máxima independencia posible, logrando la movilidad al interior del domicilio, independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), sin embargo, existe un grupo importante de niños o niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores con discapacidad o con dependencia y en ellos se deben mantener los logros alcanzados, trabajar con el cuidador para que sea capaz de realizar actividades de movilización y estimulación permanente, así como el manejo de ayudas técnicas en el domicilio, cuando se requiere.

La familia debe ser considerada en todo el proceso de rehabilitación.

⁵⁹ Artículo 5° de la Ley N° 20.422, Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

⁶⁰ CIF-IA, 2011

En el caso de los niños y niñas existen grandes diferencias en las capacidades de cada uno de ellos, por lo cual, el tratamiento debe ser acorde a estas capacidades, ocurre lo mismo con los otros grupos, pero en este caso, dado que son personas en desarrollo, esta variable es muy importante para definir el tratamiento a implementar.

Al abordar a una familia con un integrante con discapacidad, es preciso tener en cuenta si es un (a) cuidador(a) que lleva años en este cuidado o está recién en esta situación de cuidado a su familiar. La entrevista se debe realizar de acuerdo a las necesidades que el cuidador(a) plantee, no es necesario abordar áreas que ya maneja, por lo tanto, se sugiere partir con una pregunta muy sencilla **¿En qué podemos apoyarla?**, según eso definir las áreas a evaluar e intervenir. Lo mismo pasa con un cuidador de larga trayectoria.

Objetivo General

Lograr el máximo de independencia posible en las personas con discapacidad y sus cuidadores, mejorando calidad de vida e inclusión.

Objetivos Específicos

I. En relación a la persona con discapacidad

- Conocer su entorno natural.
- Conocer y/o evaluar la funcionalidad y cuidados requeridos.
- Establecer las necesidades en relación a las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Evaluar necesidades de Ayudas Técnicas y/o adaptaciones.
- Detectar factores de riesgo.

Es preciso reconocer las necesidades de cuidado, la funcionalidad física, respiratoria y las condiciones emocionales, sus capacidades para la independencia en las AVD, requerimientos de ayudas técnicas que mejoren su independencia y detectar factores de riesgo (enfoque anticipatorio).

Es preciso evaluar y puede ser en forma práctica con la madre o cuidadora el posicionamiento tanto en la cama, con el andador, en la silla de ruedas, etc., a objeto de mantener posiciones alineadas funcionalmente y evitar las úlceras por presión.

Según la etapa de desarrollo Observar el desarrollo psicomotor, favorecer los avances y observar retrocesos en esta área.

Evaluar la necesidad de ayudas técnicas que permitan el máximo de independencia y/ o el apoyo para el desplazamiento (silla de ruedas, andador, bastones), de acuerdo a las necesidades de cada persona. Asimismo, en relación a las AVD, evaluar necesidades de adaptaciones: engrosamiento del mango de la cuchara, plato con borde, apoyo para vestirse, etc.

Si la persona cuenta con ayudas técnicas para soporte vital en domicilio (ventilación, alimentación, otros), coordinar con el respectivo programa para no superponer indicaciones.

Lo central es lograr que las personas con discapacidad se mantengan en la familia y tengan una buena calidad de vida.

II. En relación al cuidador

- Evaluar las condiciones físicas y emocionales del cuidador/a
- Evaluar las competencias adquiridas para el cuidado domiciliario.
- Conocer si la familia cuenta con cuidadores de relevo.

- Conocer condiciones laborales e intereses personales. En este aspecto, si es necesario, se pueden aplicar escalas de carga del cuidador, escalas abreviadas de depresión, etc., para tener un buen diagnóstico de la carga del cuidador y sus necesidades personales, es probable que en esta área puedan intervenir otros profesionales, como el psicólogo.
- Conocer y evaluar las capacidades del cuidador en relación a los cuidados: posicionamiento, condiciones de la habitación, alimentación, higiene, AVD, cuidados de la piel, manejos de la sonda, oxígeno, traslados, estimulación, integración social y familiar.
- Conocer sobre la existencia de cuidadores alternativos y apoyar su preparación.
- Evaluar las condiciones laborales de la cuidadora, en caso de ser posible, lograr la inclusión escolar para dar tiempos para el trabajo esporádico o por horas, etc.
- Indagar sobre el acceso a los subsidios establecidos para estos grupos.

III. Habitabilidad

- Evaluar las condiciones de habitabilidad de la vivienda.
- Desplazamientos al interior de la vivienda usando de sillas de ruedas, andador, bastones
- Características del baño para realizar transferencia, altura de lavamanos, adaptación WC, barras de sujeción.
- Ingreso y salida permite la independencia, uso de rampas.
- En relación a la habitabilidad, lo fundamental es lograr el máximo de independencia en los desplazamientos al interior y exterior de la vivienda con la ayuda técnica pertinente (silla de rueda, bastones, andador), para lo cual se requiere evaluar la necesidad de sacar muebles, alfombras, ampliar ancho de puertas (cuando sea posible), uso de barras de sujeción, rampas, etc.
- Respecto a las AVD, evaluar el uso del baño (transferencia), capacidades para realizar las actividades e higiene en forma independiente, uso de alza WC, barras de sujeción, etc.}
- Informar sobre los beneficios sociales que permiten adaptaciones y/o modificaciones del entorno habitual en el que la persona desarrolla sus actividades de acuerdo a sus características y necesidades⁶¹.

IV. Dinámica Familiar

- Conocer la dinámica familiar.
- Conocer la organización familiar en torno a la persona con discapacidad, roles y situación de cada uno de los integrantes.

Cuando existe una persona con discapacidad en una familia, cambia la dinámica familiar general. Una mujer familiar es generalmente quien se hace responsable del cuidado, debiendo acoger a este hijo(a), esposo, padre o madre, que les demanda mucho tiempo. Existen procesos de duelo. Si hay otros hijos, éstos comienzan a recibir menos atención y suele cambiar la relación paterno-filial. Por lo anterior, es necesario aplicar enfoque anticipatorio (consejería), para apoyar a esta familia a moverse dentro de relaciones saludables, que permitan el desarrollo de todos los miembros del grupo familiar.

V. Red familiar y/o social, participación en comunidad

• Cuentan con apoyos de otros familiares, familia extensa y de organizaciones de la comunidad. Las redes familiares son un factor protector para la familia. Es importante conocer los apoyos de la familia directa y/o familia extensa, contar con este apoyo mejora la calidad de vida del cuidador y de la persona en situación de discapacidad. El objetivo es promover este tipo de actividades, sirve

⁶¹ Programa Tránsito a la vida Independiente, SENADIS (www.senadis.gob.cl)

contar con redes de pares, hermanos, primos con los cuales ir en paralelo en el proceso de desarrollo emocional.

Suele ocurrir que las personas con alta dependencia, dejan de cumplir sus roles familiares, participan poco de las decisiones importantes y de las actividades sociales, el hecho de estar dismovilizados, no impide que puedan seguir ejerciendo su rol al interior de la familia, ser padre, hermano, esposo, participar en las decisiones familiares respecto a cosas importantes, manejo del dinero, tomar sus propias decisiones respecto al tratamiento, etc. Por ello, es relevante no excluir a las personas de éstos aspectos, ya que genera aislamiento.

Un buen apoyo para estas familias son las redes comunitarias, grupos de madres, vecinos, juntas de vecinos, etc.; que puedan apoyar a estas familias en actividades muy cotidianas, tales como cuidados, compras, pago de cuentas, actividades sociales, etc. Es importante que los amigos, compañeros de curso, de trabajo continúen visitándolos, no perder las redes que tenían previo a la situación de discapacidad.

Por último, es importante estar en conocimiento de los beneficios sectoriales e intersectoriales vinculados a Discapacidad: ayudas técnicas y servicios de apoyos, coordinación con programas de Rehabilitación comunitaria vinculadas al ámbito de la salud mental, Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, Oficinas de Discapacidad municipales y otras ofertas de SENADIS. Es importante considerar, el nuevo Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) que es un programa que ya está presente en 12 comunas del país y provee de servicios sociales de cuidados a adultos mayores con dependencia y además, apoya a las familias y sus cuidadores.

VI. Inclusión social

Cualquier proceso de rehabilitación debe contemplar la inclusión social. Se debe evaluar las necesidades de inclusión social de acuerdo a la etapa del ciclo de vida de la persona.

- En los niños(as) la inclusión en grupos de pares está dada fundamentalmente en la Escuela. Evaluar las condiciones del niño o niña para la integración escolar, Escuela Inclusiva, asistencia a Escuela Especial, apoyo pedagógico en el domicilio, etc.; y hacer la conexión con el sistema escolar. No obstante lo anterior, se debe tener en cuenta, que algunos niños(as) por las dificultades de traslado cuentan con un grupo reducido de persona con las cuales se relacionan, por lo que es importante estimular en ellos la ampliación cuando sea posible de la participación en grupos de pares o comunitarios.
- En el caso de los adolescentes, puede vincularse la inclusión escolar con la habilitación laboral, para lo cual se requiere el trabajo intersectorial con educación y la OMIL (Oficina de Intermediación Laboral del municipio). Téngase presente que el trabajo de menores de 18 años de edad es una situación excepcional y debe ser autorizada por sus representantes legales conforme lo indica la normativa vigente, privilegiándose la continuidad escolar.
- Los adultos generalmente se encuentran en etapa laboral, por lo que se debe revisar las posibilidades de reintegro al trabajo actual, búsqueda de nuevos campos laborales (trabajo con OMIL), o habilitación para una nueva actividad laboral, eso implica la participación en programas de capacitación laboral como el +Capaz, u otras alternativas locales. En el caso de mujeres se facilitará la inserción o reintegro laboral. Si ella prefiere que su desempeño ocupacional se realice en las actividades del hogar, asociadas al cuidado familiar, también se prestará apoyo en ello, pues, para estos efectos, constituye su forma de inclusión social.
- La inclusión en grupos sociales tiene mayor fuerza en adultos y adultos mayores quienes por etapa de vida cuentan con mayor tiempo y disposición, así es importante que aquellas personas que tengan deseos de hacerlo, se incorporen a grupos sociales, que les permitirá seguir vinculado a un grupo que realice actividades sociales de activación, recreación, etc.

VII. Intervenciones

La Visita Domiciliaria Integral realizada a familias con niños o niñas con discapacidad, tiene varios objetivos, conocer las condiciones de la familia, hogar, cuidador, habitabilidad, redes sociales y participación en comunidad, inclusión social

Realizar intervención individual y/o familiar.

Metodología:

La familia puede ser visitada por uno o más integrantes del equipo de salud.

Posterior a la visita, se debe actualizar el Plan de Intervención, y debe considerar el Plan de Tratamiento Integral (PTI), con objetivos terapéuticos consensuados con la familia. Finalmente, se hace la intervención en domicilio.

En la Evaluación de PCD es importante reconocer las necesidades de cuidados en diversos aspectos. En la siguiente tabla se hace una sugerencia de acuerdo a las diversas etapas del curso de vida .

Evaluación de Persona con discapacidad de acuerdo al curso de vida.

Niños y Niñas	Adolescentes	Adultos	Adultos Mayores
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcionalidad física ▪ Funcionalidad respiratoria, ▪ Condiciones emocionales, ▪ Independencia en AVD ▪ Requerimientos de ayudas técnicas ▪ Detectar factores de riesgo (enfoque anticipatorio). ▪ Evaluar el posicionamiento tanto en la cama, con el andador, en la silla, etc., a objeto de mantener posiciones alineadas funcionalmente y evitar escaras. ▪ Según la etapa de desarrollo Observar el desarrollo psicomotor, avances o retrocesos en esta área. ▪ Conocer la participación e integración del niño o niña en las actividades sociales de la familia. ▪ Adaptaciones: requerimientos para la independencia en AVD: engrosamiento del mango de la cuchara, plato con borde, apoyo para vestirse, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcionalidad física ▪ Funcionalidad respiratoria ▪ Condiciones emocionales, ▪ Independencia en AVD ▪ Requerimientos de ayudas técnicas ▪ Detectar factores de riesgo (enfoque anticipatorio). ▪ Evaluar el posicionamiento tanto en la cama, con el andador, en la silla, etc., a objeto de mantener posiciones alineadas funcionalmente y evitar escaras. ▪ Conocer la participación e integración del adolescente las actividades sociales de la familia. ▪ Adaptaciones: requerimientos para la independencia en AVD, engrosamiento del mango de la cuchara, plato con borde, apoyo para vestirse. etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcionalidad física ▪ Funcionalidad respiratoria ▪ Condiciones emocionales ▪ Independencia en AVD ▪ Requerimientos de ayudas técnicas ▪ Detectar factores de riesgo (enfoque anticipatorio). ▪ Evaluar el posicionamiento tanto en la cama, con el andador, en la silla, etc., a objeto de mantener posiciones alineadas funcionalmente y evitar escaras. ▪ Conocer la participación e integración del adulto las actividades sociales de la familia. ▪ Adaptaciones: requerimientos para la independencia en AVD, engrosamiento del mango de la cuchara, plato con borde, apoyo para vestirse, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcionalidad física ▪ Funcionalidad respiratoria ▪ Condiciones emocionales ▪ Evaluar área cognitiva ▪ Independencia en AVD ▪ Requerimientos de ayudas técnicas ▪ Detectar factores de riesgo (enfoque anticipatorio). ▪ Evaluar posicionamiento tanto en la cama, con el andador, en la silla, etc., a objeto de mantener posiciones alineadas funcionalmente y evitar escaras. ▪ Conocer la participación e integración del adulto mayor en las actividades sociales de la familia. ▪ Adaptaciones: requerimientos para la independencia en AVD, engrosamiento del mango de la cuchara, plato con borde, apoyo para vestirse, etc.

Evaluación del Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Se pueden aplicar escalas de carga del cuidador, escalas abreviadas de depresión, etc., para conocer y evaluar las capacidades del cuidador en relación a los cuidados: posicionamiento, condiciones de la habitación, alimentación, higiene, AVD, cuidados de la piel, manejos de la sonda, oxígeno, traslados, estimulación, integración social y familiar. ▸ Revisar aspectos de calidad de vida: confort, cuidados de la piel, alimentación, ayudas técnicas para traslado, etc. ▸ Conocer de la existencia de cuidadores de relevo, para apoyar su preparación. ▸ Conocer Condiciones laborales de la cuidadora, en caso de ser posible, lograr la inclusión escolar para dar tiempos para el trabajo esporádico o por horas. ▸ Indagar sobre el acceso a los subsidios establecidos para estos grupos.
Evaluación de la habitabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Favorecer la independencia en los desplazamientos al interior y exterior de la vivienda con la ayuda técnica pertinente (silla de rueda, bastones, andador). ▸ Evaluar la necesidad de hacer cambio como: sacar muebles, alfombras, ampliar ancho de puertas (cuando sea posible), uso de barras de sujeción, rampas, etc. ▸ Respecto a las AVD, evaluar el uso del baño (transferencia), capacidades para realizar las actividades e higiene en forma independiente, uso de alza WC, barras de sujeción, etc.
Evaluación de la Dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Es importante conocer si la madre, esposa o hija, además de cuidadora es jefa de hogar, la presencia del padre en el grupo. En el caso de los adultos mayores el apoyo de los hijos, etc. ▸ Establecer los roles familiares y la funcionalidad de ellos. ▸ Evaluar participación de la persona en situación de discapacidad en las decisiones y actividades familiares
Evaluación de la red familiar y/o social, participación en comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Conocer la red familiar nuclear o extensa ▸ Conocer la red comunitaria: vecinos, apoyo de organizaciones sociales. ▸ Conocer si los miembros de la familia y/o las personas con discapacidad participan en actividades comunitarias.
Inclusión social	<ul style="list-style-type: none"> ▸ En niños y adolescentes evaluar la inclusión escolar ▸ En adulto evaluar inclusión familiar, laboral y/o social ▸ En Adulto mayor evaluar participación social

ANEXOS

Anexo N°1: PROGRAMAS QUE CUMPLEN CON ESTÁNDARES METODOLÓGICOS DE CALIDAD INTERNACIONAL EN VISITAS DOMICILIARIAS EN INFANCIA TEMPRANA

- Child FIRST
- Durham Connects Family Connects
- Early Head Start Home Visiting
- Early Intervention Program for Adolescent Mother (EIP)
- Early Start (New Zealand)
- Family Check-Up
- Family Sprit
- Health Access Nurturing Development Services (HANDS)
- Healthy Beginnings
- Health Families America (HFA)
- Healthy Steps (National Evaluation 1996 Protocol)
- Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters
- Maternal Early Childhood Sustained Home Visiting Program
- Minding the Baby
- Nurse Family Partnership (NFP)
- Oklahoma's Community-Based Family Resources and Support (CBFRS)
- Parents as Teacher (PAT)
- Play and learning Strategies (PALS) Infant, y
- SafeCare

Anexo N°2: NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES REALIZADAS EN EL PAÍS, REM 2016

VDI según situación de Riesgo ⁶²	N°
Familia con integrante con dependencia severa	278.309
Familia con adulto mayor dependiente (excluye dependiente severo)	77.143
Familia con otro riesgo psicosocial	75.494
Familia con gestante > 20 años en riesgo psicosocial	56.112
Familia con integrante con patología de Salud Mental	54.815
Familia con niño con déficit del DSM	47.037
Familia con niño con Riesgo Psicosocial (Excluye Vincular Afectivo)	38.216
Familia con integrante con enfermedad terminal	34.493
Familia con integrante con patología crónica descompensada	27.814
Familia con adulto mayor en riesgo psicosocial	26.509
Familia con gestante adolescente en riesgo psicosocial 15 a 19 años	17.920
Familia con niño recién nacido	17.246
Familia con adulto mayor con demencia	9.165
Familia con niño malnutrido	8.325
Familia con adulto con problema respiratorio crónico o no controlado	10.035
Familia con adolescente en riesgo o problema psicosocial	10.948
Familia con niño < 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía	6.570
Familia con niño < 7 meses con score de riesgo moderado de morir por neumonía	5.504
Familia con gestante en riesgo biomédico	4.625
Familia con integrante Alta Hospitalización precoz	4.555
Familia con niño prematuro	4.112
Familia con niño en riesgo vincular afectivo	3.915
Familia con niño con problema respiratorio crónico o no controlado	3.379
Familia con gestante adolescente 10 a 14 años	2.590
Familia con adolescente con problema respiratorio crónico o no controlado	1.851
TOTAL	826.682

⁶² Reporte REM de VDI, REM A 26, año 2016 (DEIS, MINSAL)

Anexo N°3: PAUTA DE CALIDAD DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL⁶³

N°	COMO CENTRO DE SALUD	RESPUESTA
1	¿Considera a las familias en riesgo según prioridades programáticas?	
2	¿Considera una programación anual para VDI según prioridades programáticas , Población objetivo , metas , etc.	
3	¿Conoce la proporción de familias en riesgo visitadas en relación a las familias clasificadas en riesgo?	
4	¿Monitorea que se realice dos o más visitas (semestrales) a las familias en riesgo?	
5	¿Procura que la VDI se sustente en un plan de acción construido según las necesidades de la familia?	
6	¿El plan de Acción la VDI, se encuentra disponible en la ficha?	
7	¿Se preocupa que la VDI ejecutadas cuente con consentimiento informado?	
8	¿Conoce el porcentaje de ejecución efectiva de las VDI respecto a las programadas en agenda?	
9	¿Se asegura que el equipo que realiza la Visita cuenta con tiempo protegido para el registro y monitoreo de las familias visitadas?	
10	¿Cuenta con reuniones de equipo de cabecera para análisis de familia con plan de trabajo?	
11	¿Realiza seguimiento a las familias intervenidas?	
12	¿Cuenta con un proceso de supervisión interna que asegura la calidad en el diseño implementación y evaluación del plan de acción en donde se incluya la VDI?	
13	¿Cuenta con un proceso de Inducción que incluya el tema de VDI respaldado por la OT?	
14	¿Cuenta con copia de las Orientaciones técnicas de VDI y las ha difundido en el centro de salud?	
15	¿Cuenta con al menos el 90 % de los profesionales y técnicos del centro de salud capacitados en VDI?	
16	¿Realizan al menos 1 vez al semestre reuniones del centro de salud donde difunda temas relevantes para la estrategia de VDI? Por ejemplo: resultados de metas.	
17	¿Consideran medidas de seguridad para el equipo visitador?	
18	¿Cuentan con movilización de al menos 22 horas semanales con exclusividad para VDI?	
19	¿Cuenta y difunden un calendario mensual con la disponibilidad de vehículos para realizar VDI?	
20	¿El informe diario y/o ficha electrónica resguarda la adecuada captación de VDI como prestación?	
21	¿Realiza supervisiones internas trimestrales entre el departamento de estadística y el centro de salud para validar los datos registrados?	
22	Frente a Indicadores bajos, ¿Establece estrategias para mejorar el cumplimiento de éstos?	

⁶³ Adaptación de pauta de calidad de VDI en el contexto del PADBP, ChCC

ANEXO N°4: REGISTRO DE VDI EN SISTEMA DE REGISTRO Y MONITOREO⁶⁴

chile crece contigo
Prevención Integral a la Infancia

Registro de Visita Domiciliaria Integral

Gobierno de Chile

1. Identificación Gestante Niño o niña

Nombre

apellido paterno apellido materno nombres

R.U.N.

Dirección

calle número block población o villa

localidad comuna

Teléfono de Contacto

2. Datos de la visita

¿Se concreta la visita? sí no

Si la respuesta es "no", señale el motivo por el cual no se concreta la visita:

Domicilio no corresponde

No hay nadie en la vivienda

No acepta la visita

Otro motivo

Fecha de la visita

año mes día

Nombre de quienes realizan la visita **Profesión**

apellido paterno nombre

¿Se confirma situación de riesgo psicosocial? sí no

Se detecta riesgo en las siguientes áreas:

Condiciones de habitabilidad

Condiciones de salubridad e higiene

Condiciones de salud mental

Violencia intra-familiar

Maltrato infantil

Abuso de sustancias nocivas (drogas, alcohol, etc.)

Diagnóstico de potencial de la familia para resolver conflictos

Otro (especificar cuál)

Observaciones

ingred municipal

⁶⁴ PADBP, ChCC

Anexo N°5: PAUTA PARA LA PRIMERA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL⁶⁵

(Estos datos se deben completar antes de la visita, y se deberán complementar en la primera visita)

1. ANTECEDENTES PARA LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Antecedentes generales

Centro de Salud					
Sector del CESFAM					
Domicilio					
Situación o integrante de la familia que origina la visita					
Objetivo Inicial de la Visita					
Antecedentes consignados en la ficha:	Genograma	Ecomapa	Clasificación de riesgo	Apgar familiar	Otros
Etapa del plan de intervención familiar en que se inserta esta visita domiciliaria*(corresponde a pto 3, de pág 56 Plan de intervención)					
Quien realiza la Visita Domiciliaria					
Fecha		Hora			

Características de la familia

CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA (MARQUE CON UNA X)					
Tamaño de la familia	Persona sola		Ontogénesis de la familia	Nuclear	
	Pequeña (2-3 personas)			Extensa	
	Mediana (4-6 personas)			Ampliada	
	Grande (7 o más personas)				
¿Quién es el Jefe de Hogar?	Madre	Padre	Abuelos	Otro: ¿Quién?	
Nº generaciones	Unigeneracional		Etapa ciclo vital familiar	Formación	
	Bigeneracional			Extensión	
	Trigeneracional			Contracción	
	Multigeneracional			Disolución	

⁶⁵ Propuesta modificada a partir del Cuaderno de Registro VDI ChCC(<http://www.chccsalud.cl/p/vdi.html>)

SITUACIÓN DE EVOLUCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (marque una o más alternativas con una x)			
Crisis Normativas			
Matrimonio		Salida de hijos de la casa	
Embarazo		Jubilación	
Nacimiento de un Hijo		Envejecimiento	
Hijos/as en etapa escolar		Duelo reciente (- de 6 meses)	
Adolescencia		Otra/s	
Crisis No Normativas			
Embarazo no deseado		Migración	
Embarazo adolescente		Deserción Escolar (mayor de 30 días hábiles de inasistencia a clases, no causados por enfermedad, se considera causal de repitencia).	
Reincidencia embarazo adolescente		Analfabetismo	
Muerte prematura de algún miembro significativo		Violencia	
Trabajo infantil		Cesantía crónica (1 año sin trabajo)	
Discapacidad		Abuso en el consumo de Alcohol y/o consumo de drogas	
Enfermedad grave		Patología psiquiátrica grave del padre, madre, hijos	
Suicidio/intento suicidio		Prisión de alguno de los progenitores.	
Maltrato y/o abuso, negligencia o abandono.		Familia aislada socialmente (conflictos con vecinos/pares);	
Otra /s definidas por CESFAM			
ETAPAS DE ENFRENTAMIENTO DE LAS CRISIS (MARCAR CON UNA X)			
Negación		Depresión	
Ira		Aceptación	
Negociación		Indiferencia	
		Estancamiento en tratamiento. Sin tratamiento.	
FACTORES PROTECTORES PARA ENFRENTAR LA CRISIS (PUEDE MARCAR MÁS DE UNO)			
Flexibilidad		Roles bien definidos	
Capacidad de decisión		Comunicación asertiva ,escuchar al adolescente, como hábito	
Capacidad de conexión		Buena salud de los integrantes, o buen manejo de las condiciones de salud de sus miembros. Apoyo efectivo en control de problemas crónicos.	
Articulación con familias y amigos		Articulación con la red de servicios comunales	

Expresión de afecto y de reconocimiento mutuo		Subsistema familiar abierto: comunicación directa, reglas claras y flexibles, desarrollo de los miembros de la familia.	
Nivel de escolaridad adecuado (ambos padres con más de 8 básico)		Estabilidad y satisfacción laboral	
Ocupación positiva del tiempo libre		Necesidades vitales y de recreación cubiertas	
Otros			
TIPO DE RELACIONES AL INTERIOR DE LA FAMILIA (consignar el instrumento que se aplica para llegar a esa conclusión , lo importante es que no sea una simple apreciación)			
Separación		Cercana	
Conflictiva		Distante	

2. EJECUCIÓN DE LA VISITA

CARACTERÍSTICAS DEL BARRIO PERCIBIDA POR EL EQUIPO QUE REALIZA LA VISITA

Cómo se llega a la vivienda desde el CESFAM	Caminando en menos de 15 minutos			Caminando Más de 15 minutos			En vehículo		
	En locomoción en menos de 15 minutos			En locomoción en más de 15 minutos			Modalidad mixta y otros medios		
Riesgo percibido en el territorio POR EL EQUIPO			Riesgo percibido por LA FAMILIA		Factores protectores en el territorio:				
Delincuencia	Sí	No	Sí	No	Áreas verdes cercanas y de esparcimiento a menos de 4 cuadras a la redonda.				
Consumo de drogas	Sí	No	Sí	No	Parques		Juegos infantiles		
Sector solitario	Sí	No	Sí	No	Plazas		Ejercicios		
Mala iluminación	Sí	No	Sí	No	Deportes				
Militarización, territorio en conflicto.			Sí	No	La familia utiliza las instalaciones		Sí	No	
Observaciones					Otros factores protectores: (Describe)				

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE LA VIVIENDA FAMILIAR Y EL ENTORNO (MARQUE CON UNA X)

Situación tenencia Vivienda	Propia	Arrendada	Cedida	Otra	Observaciones		
Condiciones Estructurales de la Vivienda	Conservación de la Vivienda	Buena	Regular	Mala	Observaciones		
Condiciones Estructurales de la Vivienda	Material de la Vivienda	Sólido	Ligero	Mixto	Observaciones		
Servicios Básicos dentro de hogar	Agua	Sí	No	Observaciones			
	WC	Sí	No				
	Luz	Sí	No				
Servicios Básicos fuera del hogar	Pozo negro/letrina	Sí	No	Observaciones			
	Presencia de Agua grises (agua de lavaplatos, lavadoras)	Sí	No				
Manejo adecuado de basuras y vectores:		Sí	No	Observaciones			
Contaminación Intra domiciliaria	Problemas de ventilación	Sí	No	Contaminación estufas / tabaco	Sí	No	
	Humedad	Sí	No	Aseoyorden deficiente	Sí	No	
	Acopio de basuras y o /desechos	Sí	No	Tenencia irresponsable de mascotas	Sí	No	
Condiciones de Hacinamiento	Nº de dormitorios		Nº de personas	Índice (*) (Nº de personas / de dormitorios)			
	Niños/adolescentes comparten cama			Sí	No		
(*) Índice de Hacinamiento: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_def_vivienda.php							

ACCESIBILIDAD DE LA VIVIENDA PARA UNA PERSONA CON FUNCIONALIDAD REDUCIDA (MARQUE CON UNA X)

Puede ingresar al domicilio sin problemas	Sí	No
Puede movilizarse libremente al interior del domicilio sin problemas	Sí	No
Puede movilizarse libremente en el exterior del domicilio sin problemas (patio, jardín, huertos, siembras)	Sí	No
PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD AL INTERIOR DE LA VIVIENDA (MARQUE CON UNA X)		
La familia se siente protegida al interior de la vivienda y comunidad	Sí	No

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR QUE PARTICIPAN EN LA ENTREVISTA

Nombre	Edad	Vínculo con el Entrevistado

EXPLICITAR EL O LOS OBJETIVOS DE LA VISITA

Observación: Explicitar según el objetivo inicial más los antecedentes de la familia, plan de intervención familiar

--

EXPLICITAR POR PARTE DE LA FAMILIA SUS EXPECTATIVAS FRENTE A LA VISITA:**ANALIZAR LOS PROBLEMAS Y PRIORIZARLOS EN CONJUNTO:**

Listado de problemas	Colocar PUNTAJE según los siguientes valores: donde 3 es el mayor, 2 medianamente y 1 el menor				
	Urgencia de trabajar	Viabilidad de hacerlo en relación a la información	Periodo de resolución necesario para trabajar en el tema	Grado de dificultad (interferencia) para el trabajo en APS	Total

IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS: (Los recursos pueden ser de tipo personales, materiales y funcionales, pudiendo ser aspectos propios de la persona, de la familia, y extrafamiliares (comunidad, intra e intersector), incluyendo los factores protectores)

IDENTIFIQUE OTRAS INTERVENCIONES DE INTERSECTOR, CONCOMITANTES PARA EVITAR LA SOBREINTERVENCIÓN

OTRAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN (por ejemplo curación en persona con dependencia severa)

CONSIGNAR SI DURANTE LA VISITA SE AVANZA, SE COMIENZA O SE TERMINA CON LA APLICACIÓN DE ALGÚN INSTRUMENTO PARA EVALUAR A LA FAMILIA Y SUS MIEMBROS

ELABORACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONJUNTO CON LA FAMILIA (poner especial atención si la familia considera apoyo para la atención el sistema de salud indígena: derivación al sistema de salud indígena, contacto con el facilitador intercultural)

EVALUACIÓN DE LA VISITA CON EL GRUPO FAMILIAR

1. Con respecto a los objetivos de la visita

2. Con respecto a las expectativas de la familia

FIRMA DE LOS RESPONSABLES

Anexo N°6: PROPUESTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Como equipo de salud queremos proponerle realizar una Visita Domiciliaria Integral, que consiste en una visita en su domicilio, efectuada por integrantes del equipo y que busca conocer la situación de salud de usted y su familia, asegurar una atención continua que responda a sus necesidades reales y fortalecer la relación entre usted, su familia y nuestro CESFAM

Esta Visita Domiciliaria es parte de un plan de acompañamiento que elaboraremos en conjunto, con el fin de seguir potenciando el cuidado de los integrantes del grupo familiar en base a las herramientas que cada uno puede aportar a este proceso. Este plan puede incorporar nuevas Visitas Domiciliares.

La Visita Domiciliaria, tiene una duración de 1 hora aproximadamente, será ejecutada habitualmente por dos personas del equipo y será confirmada previamente por el equipo de Salud, recordándole el día y la hora de la visita acordada.

Es importante que Ud. sepa que:

- Las acciones que se realicen durante la visita serán con su previo consentimiento.
- Las preguntas se harán siempre pensando en favorecer el bienestar suyo(a) y de su familia.
- Tiene derecho a no contestar y a hacer preguntas si hay algo que no le queda claro.
- La información allí entregada es confidencialidad en los términos establecidos por la normativa vigente.
- Puede rechazar la Visita y por esta razón no perderá ninguna de las otras prestaciones a las que tiene derecho, para la atención de usted y su familia.

Completar por el integrante de la Familia:

Yo (nombre completo), RUT He comprendido la información anterior, pudiendo preguntar y aclarar mis dudas.

Con fecha.....

__ SÍ autorizo la realización de la visita en mi domicilio y al proceso de acompañamiento descrito.

__ NO autorizo la realización de visita en mi domicilio, asumiendo las implicancias de ello para mi salud.

El motivo por el cual no acepto es:.....

Firma
Integrante del Equipo

Firma
Persona usuaria del CESFAM

GLOSARIO

AM: adulto mayor

APS: Atención primaria de salud

AVD: actividades de la vida diaria

CESFAM: Centro de Salud Familiar

ChCC: Chile Crece Contigo

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud

DI: Discapacidad Intelectual

DIR: Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida

DIPRECE: División de prevención y control de enfermedades, MINSAL

DIVAP: División de Atención Primaria, MINSAL

DSM: desarrollo psicomotor

EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor

EPSA: Evaluación psicosocial Abreviada

HCOP: historia Clínica Orientada a problemas

IAAPS: Índice de Actividad de Atención Primaria

MINSAL: Ministerio de Salud

MDS: Ministerio de Desarrollo social

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OT: Orientación Técnica

OPD: oficina de protección de derecho

PADBP: Programa de apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, componente salud del ChCC

PESPI: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas

PTI: Plan de tratamiento integral

REM: Registro estadístico mensual

SDRM: Sistema de registro y Monitoreo del MDS

SNAC: Sistema Nacional de Apoyos y cuidados

TMS: Trastorno Mental Severo

VDI: Visita Domiciliaria Integral

VD: Visita Domiciliaria (concepto ocupado en revisión de literatura)

VIF: Violencia Intrafamiliar

BIBLIOGRAFÍA

1. DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

- Araujo, M., Ramírez, S., Hoogma, A. & Zamora, C. . ((2012).). Revisión Sistemática sobre la Efectividad de la Visita Domiciliaria para el Desarrollo Infantil con Niños de 0 a 6 años. Informe Final. Obtenido de Chile Crece Contigo: <https://drive.google.com/file/d/0B7cqRKqiWD4-d>
- Caprile, M. (30 de julio de 2014.). Visita Domiciliaria Integral: avances y desafíos. Presentación en Jornada de Trabajo de la Mesa de Expertos, . Santiago, Chile.
- Chile Crece Contigo . Ministerio de Salud. ((2014)). Protocolo Pauta de Calidad Visitas Domicilia-rias Integrales. Obtenido de Evaluar la calidad de las Visitas Domiciliarias Integrales a través de la confección y pilotaje de pauta de calidad.: <https://drive.google.com/file/d/0B7cqRKqiWD4-WXlMX09sSXFmUWM/view?pli=1>
- Chile Crece Contigo. MINSAL. (2008). Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia. Obtenido de <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/01/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biosicosocial-de-la-Infancia.pdf>
- ICCOM. ((2013)). Análisis de la Implementación y Funcionamiento de las Visitas Domicilia-rias Integrales del sistema Chile Crece Contigo. Informe Final: Reporte final del trabajo de campo. Obtenido de Ministerio de Desarrollo Social de Chile: <https://drive.google.com/file/d/0B7cqRKqiWD4-dFR0a2pMX0JITjg/view>
- Martinic, S. & Bernal, N. (Santiago, 9 de de septiembre de (2011)). Sistematización Jornada Nacional en Visita Domiciliaria Integral (VDI). Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsisocial del Niño y la Niña,. Obtenido de Ministerio de Salud.: <https://drive.google.com/file/d/0B7cqRKqiWD4-dFR0a2pMX0JITjg/view>
- Martinic, S., Molina, Y. & Ochoa, G. ((2012)). Evaluación efectividad proceso de capacitación en visita domiciliaria integral 2009 - 2010. Informe Final. Santiago.
- 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. Obtenido de Chile crece contigo: <https://drive.google.com/file/d/0B7cqRKqiWD4-dFR0a2pMX0JITjg/view>

2. EVIDENCIA SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA CON INFANCIA

- Aracena, M. & Marinkovic K. (2013). (10 y 11 de de Octubre de 2013.). Desafíos de Implementación: Avances de la Investigación en Visita Domiciliaria con Monitoras Comunitarias. La experiencia chilena de la última década. Presentación en I Seminario Internacional de Resiliencia y XV Semi. II seminario Resiliencia y XV Seminario Nacional de Resiliencia, Santiago, Chile.
- Aracena, M., Krause, M., Pérez, J.C., Méndez, M.JSoto, M., Pantoja, T., Navarro, S., Salinas, A., Farah, C. & Altimir, C.,. ((2009)). :A cost-effectiveness evaluation of a Home Visit Program for adolescent Mothers. . Journal of Health Psychology, 14,, 878-887.
- Aracena, M., Leiva, L., Undurraga, C., Krause, M., Pérez, C., Cuadra, V., Campos, M.S. & Bedregal,P. (2011). Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. Revista Médica de Chile, 139., 60.

- Aracena, M., Undurraga, C., Bedregal, M. (2013). Visita Domiciliaria en Salud: mejorando la efectividad de las visitas domiciliarias en familias vulnerables con niños y niñas menores de un año. Un estudio comparativo costo-efectividad, según tipo de agente visitador y frecuencia de las intervenciones. Santiago, Chile.: Informe Final FONDECYT 1100762 .
- Aracena, M., Undurraga, C., Gómez, E., Leiva, L., Simonsohn, A. y Navarro, P. (s.f.). Home visits to mothers with children between the ages 0 to 4 years: A mental health intervention strategy in emerging countries. Obtenido de Essential Notes in Psychiatry, Olisah, V. (Ed.), ISBN: 978-953-51-0574-9, InTech.: <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/home-visits-to-mothers-with-children-between-the-ages-0-to-4-years-a-mental-health-intervention-st>
- Aracena, M; Krause, M; Pérez, C; Bedregal, P; Undurraga, C; Alamo, N. (2012). Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. Atención Primaria, 45 (3), 157-164, doi: 10.1016/j.aprim.2012.09.017 .
- Aracena, M., Marinkovic, K., Boetto, C., Lavin, C., & Konig, J., (2014). La Visita Domiciliaria: Una apuesta para mujeres gestantes y sus familias, en contextos de vulnerabilidad psicosocial. La realidad en Latinoamérica, Santiago, borrador-en revisión
- Avellar, S., Paulsell, D., Sama-Miller, E., Grosso, P., Akers, L., Kleinman R. (2016). Home visiting evidence of effectiveness review: executive summary. Mathematica policy research. OPRE Report #2015-85a.
- Cardia N., Alves R., Astolfi R. (2016). Aprendizajes y desafíos para el perfeccionamiento de la visita domiciliaria: una reflexión a partir de una línea de investigación en Chile. Visita domiciliaria: Prevención de la Violencia y Promoción de Desarrollo Saludable en Primera Infancia (p. 217-262). Sao Paulo, Br: Editorial Universidad de Sao Paulo.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. . (2005). Implementation Research: a synthesis of the literature. . Tampa, Florida, EEUU.: University of South Florida.
- Gogia, S. & Singh Sachdev, H. (2010). Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. . Bulletin of the World Health Organization, 88, , 658-666.
- Gomby, D.S., Culross, P.L. & Behrman, R.E. (1999). Home Visiting: Recent Program Evaluations-Analysis and Recommendations. The Future of Children, 9 (1), 4-26.
- Humphries, M.L., Korfmacher, J. (2011). The good, the bad, and the ambivalent: quality of Alliance in a support program for Young mothers. Infant Mental Health Journal, 33(1), 1-21.
- Korfmacher, J. (2011). Supporting the Paraprofessional Home Visitor. Borrador no publicado. .
- Kotliarenko, M.A., Gómez, E., Muñoz, M. & Aracena, M. (2010). Características, efectividad y desafíos de la Visita Domiciliaria en Programas de Intervención Temprana. . Revista de Salud Pública, 12., 184-196.
- Leer, J., Boo, F.L., Expósito, A.P., Powell CH. (2016). A snapshot on the quality of seven home visit parenting programs in latin america and the caribbean. Social Protection and Health Division, Inter. American Development Bank. 22-52
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Kitzman, H., Eckenrode, J.J., Cole, R.E. & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses: recent findings. . The Future of Children HOME VISITING: RECENT PROGRAM EVALUATIONS., 9 (1) , 44-65.

- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D. & Muhajarine, N. . (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. . *BMC Public Health*, 13 (17), doi:10.1186/1471-2458-13-17.
- Sweet, M., & Appelbaum, M. ((2004)). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.

3. EVIDENCIA SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA PARA ADULTOS Y ADULTO MAYOR

- Avlund, K., Jepsen, E., Vass, M., & Lundemark, H. (2002). Effects of comprehensive follow-up home visits after hospitalization on functional ability and readmissions among old patients. A randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(1), 17-22.
- Beck, A. M., Kjaer, S., Hansen, B. S., Storm, R. L., Thal-Jantzen, K., & Bitz, C. (2013). Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(6), 483-493. .
- Beck, R. A., Arizmendi, A., Purnell, C., Fultz, B. A., & Callahan, C. M. (2009). House calls for seniors: building and sustaining a model of care for homebound seniors. [Erratum appears in *J Am Geriatr Soc*. 2010 Nov;58(11):2258]. *J Am Geriatr Soc*, 57(6), 1103-1109.
- Behm, L., Ivanoff, S. D., & Ziden, L. (2013). Preventive home visits and health--experiences among very old people. . *BMC Public Health*, 13, 378. , doi: 10.1186/1471-2458-13-378.
- Dalby, D. M., Sellers, J. W., Fräser, F. D., Fraser, C., Van Ineveld, C., & Howard, M. . (2000). Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: A randomized controlled trial. . *CMAJ*, 162(4), , 497-500.
- Favela, J., Castro, L. A., Franco-Marina, Sanchez-Garcia, S., Juarez-Cedillo, T., Bermudez, C.E. Garcia-Pena, C. (2013). Nurse home visits with or without alert buttons versus usual care in the frail elderly: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*, 8, , 85-95. doi: 10.2147/cia.s38618.
- Frese, T., Deutsch, T., Keyser, M., & Sandholzer, H. (2012). In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality--A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*, 55(3), 639-644. .
- Fushiki, Y., Ohnishi, H., Sakauchi, F., Oura, A., & Mori, M. (2012). Relationship of hobby activities with mortality and frailty among community-dwelling elderly adults: results of a follow-up study in Japan. *J Epidemiol*, 22(4), 340-347. .
- Hosseini, H., Torkani, S., & Tavakol, K. (2013). The effect of community health nurse home visit on self-care self-efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010. . *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(1), 47-53. .
- Imhof, L., Naef, R., Wallhagen, M. I., Schwarz, J., & Mahrer-Imhof, R. (2012). Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. *J Am Geriatr Soc*, 60(12), 2223-2231. doi: 10.1111/jgs.12026.
- INE., I. N. (2013). Demograficas y vitales. . Obtenido de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
- Kawagoe, M., Kajiya, S., Mizushima, K., Yamasaka, H., Izuhara, T., Bishu, N., & Moriyama, M. (2009). Effect of continuous home-visit rehabilitation on functioning of discharged frail elderly. *J Phys Ther Sci*, 21(4), 343-348. .

- Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C., Kondo, T., Kushiya, K., & Rubenstein, L. Z. (2012). Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 67(3), 302–309. doi:10.1093/gerona/qlr176
- Kronborg, C., Vass, M., Lauridsen, J., & Avlund, K. . (2006). Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: Economic evaluation alongside randomized controlled study. . *European Journal of Health Economics*, 7(4), 238–246. .
- Nicolaidis-Bouman, A., van Rossum, E., Habets, H., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2007). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *J Adv Nurs*, 58(5), 425–435.
- Nikolaus, T., & Bach, M. (2003). Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized Falls-HIT trial. *J Am Geriatr Soc*, 51(3), 300–305.
- Rytter, L., Jakobsen, H. N., Ronholt, F., Hammer, A. V., Andreasen, A. H., Nissen, A., & Kjellberg, J. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*, 28(3), 146–153. doi: 10.3109/02813431003764466
- Sahlen, K. G., Lofgren, C., Mari Hellner, B., & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. . *Scand J Public Health*, 36(3), 265–271.
- Sinclair, A. J., Conroy, S. P., Davies, M., & Bayer, A. J. (2005). Post-discharge home-based support for older cardiac patients: A randomised controlled trial. . *Age Ageing*, 34(4) , 338–343.
- Suttanon, P. H. (2013). Feasibility, safety and preliminary evidence of the effectiveness of a home-based exercise programme for older people with Alzheimer's disease: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(5), 427–438.
- Thume, E., Facchini, L. A., Tomasi, E., & Vieira, L. A. (2010). Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Revista de Saude Publica*, 44(6), 1102–1111.

4. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

- Cotlear, D. (. (2011). Population Aging. Is Latin America Ready? . The World Bank. Washington D.C.
- Graham, H. (2010). Where is the future in public health? . *The Milbank Quarterly*, 88(2), p. 149–168.
- Halfon, N. & Hochstein, M. . (2002). Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), p. 433–479.
- Lu, M.C. & Halfon, N. (2003). Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective . *Maternal and Child Health Journal*, 7(1), p. 13–30.
- National Scientific Council on the Developing Child . (2010). Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper No. 10. Obtenido de <http://www.developingchild.net>
- Parodi, J. (2016). El Curso de Vida: renovando el enfoque y buscando oportunidades para la Salud Pública. Obtenido de https://issuu.com/unidadninezadolescencia/docs/el_curso_de_vida_renovando_enfoque_
- Vivas, P., Benia, W., Fernández, M. & Levcovitz, E. (2011). Ciclos de Vida: un enfoque hacia la equidad e integralidad de la atención sanitaria. Montevideo: Documento conceptual, versión preliminar para discusión. Representación en Uruguay, Organización Panamericana de la Salud.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RELACIÓN DE AYUDA

- Beauchamp, T. &. (1999). Principios de ética Biomédica,. Barcelona: ed. Inglesa.Versión española de la 4ª .
- Bermejo. (1996). La relación de ayuda y práctica médica . Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica.
- Brusco, A. (2005). Elementos de relación de ayuda. . Rev. Ars Médica.Vol.12,Nº12 PUC de Chile .Santiago.escola.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/Elementos.htm.
- Campbell, S. (2010). Depresión Materna y la Adaptación de los Niños Durante la Primera Infancia. Obtenido de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2450/depresion-materna-y-la-adaptacion-de-los-ninos-durante-la->
- Chalifour, J. (1994). La relación de ayuda en cuidados de enfermería :Una perspectiva holística y humanista . Barcelona. España: SG.editores .
- Cinabal .L, Arce M, Siles J & Galao, Roberto. ((2000)). Notas sobre El estado de la cuestión en la relación de ayuda en enfermería . Rev.Enfer, Nº11 Alicante España.
- Dominguez Márquez Otaviano, Manrique Nava Carolina. (jun de 2011). Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. Acta bioeth. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100004>
- Mercer, R. (1995). Adopción del rol maternal -convertirse en madre. . EN.Marriner. A& Raile. M .
- Moriano, J. M. (2014). Manual de la de relación de ayuda integrativa. Madrid: S.L.Punto Rojo libros.
- Rogers, C. (1961). The process equation of psychotherapy.Amer. J. Psychotherapy, págs 27-45.
- Torralba, F. (2002). Ética del cuidar: fundamentos contextos y problemas. Madrid España.: Ed.MAFRE, SA.
- Torralba, F. (2002). Ética del cuidar: fundamentos contextos y problemas . Madrid: MAPFRE .
- Torralba, F. (2002). Modelos y teorías en enfermería.
- Watson, J. (1979). Filosofía y ciencia del cuidado. . EN: Marriner. A& Raile.M .

6. MODELO DE SALUD FAMILIAR Y VDI

- Arteaga, J., Bernardo, J. Y Roa, E. (2002). Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, República bolivariana de Venezuela. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/9-modulo-pssyc.pdf>,
- Aylwin, N.; Solar, M. O. (2002). "Trabajo Social familiar". Obtenido de Ediciones Universidad Católica de Chile.: <http://danalarcon.com/wp-content/uploads/2015/01/Trabajo-social-familiar-por-aylwin.pdf>
- C., S. (18 de 06 de 2014). mapa de red. Obtenido de <http://tecnicastsutem.blogspot.com/2009/04/mapa-de-red.html>,
- Centro de Políticas Públicas UC. (2014). • Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Obtenido de <http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/01/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>

- División de Atención Primaria. (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Obtenido de Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>
- División de Atención Primaria,. (2008). En el Camino al Centro de salud familiar. Obtenido de Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
- Equipo de Estudios Sociales en Salud. (2016). • Vulnerabilidad Social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hasta la implementación de las soluciones. Santiago: Universidad del Desarrollo .
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. (2008). Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Obtenido de El Sevier: https://books.google.es/books?id=yya5lzouA5EC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ministerio de Desarrollo Social, . (2013). Análisis de la Implementación y Funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del sistema Chile Crece Contigo, reporte final:Informe final del trabajo de campo. Santiago.
- Ministerio de salud y Ministerio de Desarrollo Social . (2012). Manual Práctico de Visita Domiciliaria Integral en Salud. Uruguay .
- Ministerio de Salud, Gobierno Argentino. (s.f.). Obtenido de Módulo 9 Salud y Redes, Completa el alcance del trabajo en red y su significado: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/9-modulo-pssyc.pdf>
- Subsecretaría de Salud Pública,Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2008). Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el desarrollo biopsicosocial de la Infancia. Santiago.