

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1826

FACULTAD DE MEDICINA

Enlaces en Didáctica

**Estrategia didáctica visita
domiciliaria familiar**

Grupo de Investigación Edusalud
Sección de Pediatría Social



Cartilla N.º 2 vol. 1

VDF —visita domiciliaria familiar—

Segunda edición

Autores

Liliana Zuliani Arango: profesora Universidad de Antioquia

María Eugenia Villegas Peña: profesora jubilada Universidad de Antioquia

Miglena Kambourova: profesora Universidad de Antioquia

Leonor Angélica Galindo Cárdenas: profesora Universidad de Antioquia

Métodos y estrategias didácticas

Procesos académicos

Editores

Grupo de Investigación Edusalud

Facultad de Medicina

Decano

Carlos Alberto Palacio Acosta

Revisión académica:

María Elena Arango Rave

Miriam Bastidas Acevedo

Diana Patricia Díaz Hernández

Cruzana Echeverri Restrepo

Diseño y diagramación:

María Alejandra Ríos Meneses, Oficina de Comunicaciones

Impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

400 ejemplares

Noviembre de 2014

Medellín, Colombia

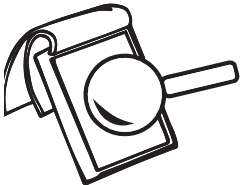
© Grupo de Investigación Edusalud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Esta cartilla es una publicación arbitrada.

Dirigido a docentes y estudiantes que, en su pluralidad cultural, inciden en procesos de enseñar y aprender para volver sobre un “círculo virtuoso didáctico” de interpretación y comprensión de estrategias, métodos y técnicas implementadas en la acción educativa-formativa.

Contenido

Introducción	5
¿Qué es la estrategia didáctica visita domiciliaria familiar —VDF—?	7
¿Cuáles son las características de la estrategia didáctica VDF?	8
¿Cuáles son las condiciones previas para desarrollar la estrategia didáctica VDF?	10
¿Cuáles son los objetivos de la estrategia didáctica VDF?	11
¿Cómo está constituida la estrategia didáctica visita domiciliaria familiar?	12
¿Cómo surge la visita domiciliaria familiar? Un poco de historia ..	14
¿Cuáles son los eslabones didácticos de la VDF?	21
¿Cuáles textos o documentos se pueden recomendar para consultar?	36
Anexos	41

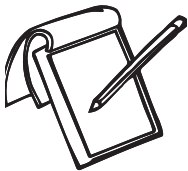
Convenciones



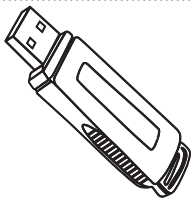
¿Sabías qué...?



Para pensar



Datos de interés



Para recordar

Introducción

La estrategia didáctica visita domiciliaria familiar (VDF) forma parte de uno de los productos de la investigación “La visita domiciliaria familiar como estrategia didáctica y su incidencia en los procesos de formación integral de los estudiantes del área de Niñez I durante el período 2006 a 2011, del pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín”. Los responsables de esta investigación son integrantes de la Sección de Pediatría Social y del Grupo de Investigación Edusalud de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

Los profesores de la Sección de Pediatría Social del Departamento de Pediatría y Puericultura desde hace décadas están convencidos de la importancia del microcontexto en la evaluación de los niños y en consecuencia con esto han realizado trabajos en comunidad y han desarrollado actividades para llevar a cabo la visita domiciliaria familiar a sus pacientes, con el propósito de favorecer una mirada más integral del proceso salud-enfermedad.

Desde hace varios años la visita domiciliaria familiar se incluyó en el programa de manera oficial.

Al desarrollar la investigación se logró develar que el valor de la visita domiciliaria familiar no solo estaba en el aporte de

Enlaces en Didáctica

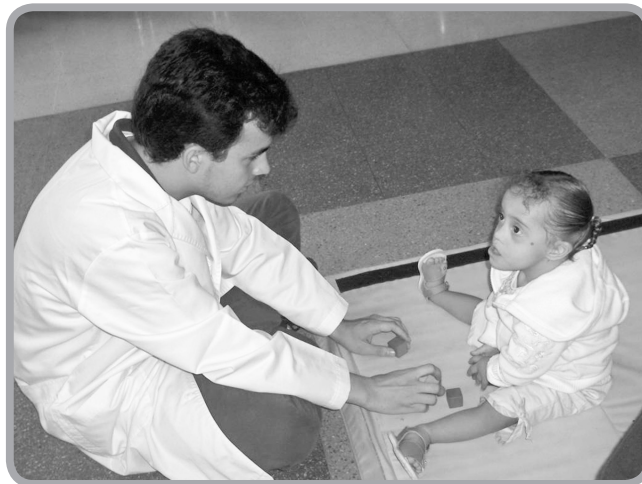
mejor intervención médica, sino, además, en la contribución que se hace a la formación integral de los estudiantes y futuros médicos. De esta manera se aporta al estado del conocimiento y específicamente a la educación médica ofreciendo una estrategia didáctica innovadora en el marco de modelos pedagógicos activos, que impulsan aprendizajes significativos cuyo impacto se refleja en un perfil humanístico y social de los estudiantes y futuros profesionales del área de la salud.

La estrategia didáctica de la visita domiciliar familiar permite articular el acto médico con la realidad familiar y sociocultural y llevar a cabo un análisis reflexivo profesional que promueva la salud, el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad. La aplicación de la estrategia didáctica es pertinente no solo para la enseñanza de la pediatría social, sino para la enseñanza general de la medicina y de otras áreas de la salud en ámbitos nacionales e internacionales.¹

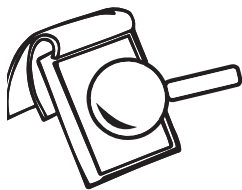
1. Nota: el consentimiento informado sobre el uso de las fotos como testimonio de las visitas domiciliarias se recibió de los estudiantes en forma verbal durante el semestre y el año en los cuales se realizaron.

¿Qué es la estrategia didáctica visita domiciliaria familiar —VDF—?

La visita domiciliaria familiar es una estrategia didáctica que favorece la formación integral de los estudiantes como futuros profesionales de la salud al permitir una mirada interdisciplinaria, la relación de la teoría con la práctica, la sensibilización social y a la vez contribuye a la visión integral del niño desde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, al complementar la historia clínica, fortalecer la relación médico-paciente y aportar desde la puericultura a la mejora del ambiente familiar que redunde en el bienestar del niño (Zuliani, Villegas, Galindo, Kambourova, 2011).



Estudiante de la Facultad en consultorio, previo a la visita domiciliaria familiar



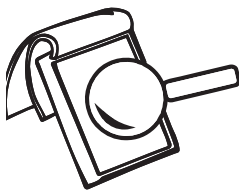
¿Sabías qué... La estrategia es una secuencia de pasos de acuerdo con un plan preconcebido y dirigido al logro de una meta? (Pozo y otros, 1994, citado por Carvajal, 2002).

¿Cuáles son las características de la estrategia didáctica visita domiciliaria familiar?

- Se centra en el estudiante desde el proceso formativo mediado por el profesor como profesional de la salud y en el niño desde el proceso salud-enfermedad acompañado por su familia.
- Desarrolla la competencia de aprender a aprender al potenciar la motivación al logro, las capacidades para la búsqueda planificada de fuentes, la constante indagación desde un análisis metacognitivo y la confrontación de la teoría con la práctica.
- Despierta el espíritu investigativo y crítico al confrontar las hipótesis que se hacen en la consulta con las realidades de la cotidianidad.
- Estimula el aprendizaje significativo a partir de la conexión de los conocimientos previos construidos en niveles anteriores de su formación con los nuevos conocimientos.
- Desarrolla capacidades comunicativas y de trabajo en equipo en el estudiante al participar como observador activo, al aportar argumentos en el diálogo interdisciplinario del

equipo de salud y al interactuar con la familia y el niño a través de un trabajo colaborativo y una visión compartida.

- Sensibiliza al estudiante con su compromiso social como futuro profesional de la salud al evaluar la dinámica interna de la familia, detectar sus necesidades, los recursos y las posibles redes sociales de apoyo para bienestar del niño.
- Crea condiciones para que el estudiante tome conciencia de que la realidad se construye mediante relaciones dialécticas consigo mismo y con el otro, por medio de la cual consigue objetivarse, al mirarse a través del otro, al entender las condiciones en que viven las familias desde lo cotidiano.
- Aporta a la elaboración de un diagnóstico integral del ser en crianza y un plan de intervención acordes con las necesidades reales para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, redundando en la calidad de vida familiar y comunitaria.
- Abre espacios importantes para introducir dinámicas interactivas como la puericultura.
- Favorece el diálogo de saberes y respeta los contextos y realidades sociales.



¿Sabías qué... La didáctica estudia el proceso docente educativo (procesos de enseñanza y de aprendizaje) el cual relaciona “el mundo de la vida con el mundo de la escuela a partir de las metas que se fija una sociedad para formar un tipo de persona” (Álvarez y González, 2002, p. 33).

¿Cuáles son las condiciones previas para desarrollar la estrategia didáctica visita domiciliaria familiar?

Desde el estudiante



- Interés por su propio proceso formativo.
- Deseo de aprender más allá de las aulas y el hospital.

Desde el profesor-profesionales de la salud



- Apertura para abordar integralmente el proceso salud- enfermedad.
- Interés por mejorar su práctica pedagógica.

Desde la institución educativa



- Instrumentos de apoyo para la evaluación del niño, la familia y el entorno.
- Disponer de recursos humanos y logísticos que ofrezcan viabilidad de la estrategia didáctica.

Desde la familia



- Motivación por participar.
- Deseo de buscar un mejor bienestar para su hijo.

¿Cuáles son los objetivos de la estrategia didáctica VDF?

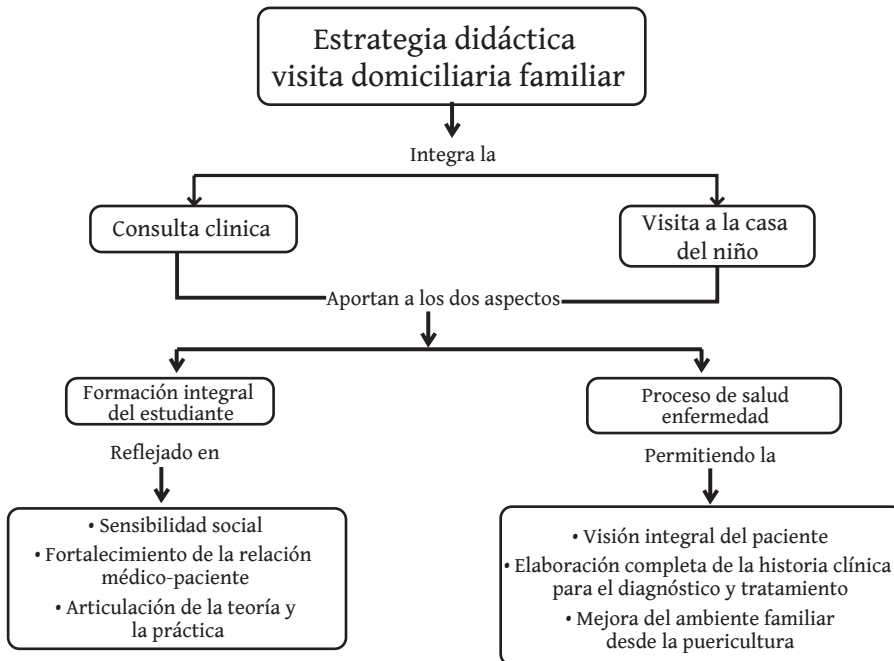
Desde el proceso de formación integral:

- Ampliar el marco de acción de los profesionales de la salud en la formación a partir del conocimiento de la situación de salud del niño y las relaciones e interacciones que se generan entre este, la familia y el contexto social.
- Promover el compromiso social de los estudiantes frente a las condiciones sociales y ambientales del niño y las familias.
- Trabajar en equipo desde la interacción entre las diferentes disciplinas que participan en el proceso.
- Aprender a aprender mediante la búsqueda planificada de fuentes, así como la confrontación teoría-práctica.
- Desarrollar la competencia ética a partir de la reflexión constante de la situación de salud del niño y el marco de la legislación de salud del país.

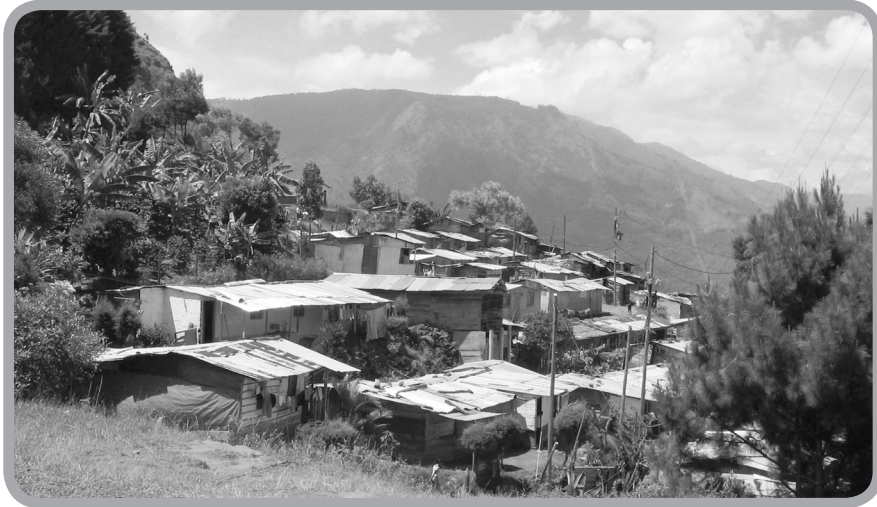
Desde el proceso de salud-enfermedad:

- Abrir espacios para reflexionar sobre el quehacer profesional buscando la humanización de la relación médico-paciente.
- Mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y las familias, y participar activamente en todo el proceso desde el diagnóstico hasta la búsqueda de las soluciones.

¿Cómo está constituida la estrategia didáctica de la visita domiciliaria familiar?



La relación consulta-visita domiciliaria familiar confirma la importancia de trabajar intencionalmente en los dos espacios de intervención médica, dado que la consulta al ser previa permite un primer acercamiento al paciente y su contexto, y la visita domiciliaria familiar amplía el diagnóstico y profundiza en los factores protectores y de riesgo que tienen los niños en consulta, desde su parte médica, así como desde su parte social y familiar.



Barrio visitado por estudiantes de la Facultad

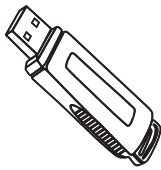
Desde el punto de vista de la formación integral de los estudiantes, el rescate de los contenidos y la apropiación de una práctica desde la puericultura reivindican el valor de los procesos de prevención y promoción como bases para un enfoque más integral del proceso de salud-enfermedad, sin descuidar el tratamiento y la rehabilitación. A través de la estrategia se fomenta la responsabilidad de la familia en el proceso de autocuidado y mejoramiento de las condiciones para el óptimo estado de salud, convirtiéndola en autogestora de su calidad de vida.

La visita domiciliaria familiar es vista, además, como el conjunto de actividades de carácter pedagógico, social y sanitario que se lleva a cabo en el hogar de las personas. Esta estrategia genera un espacio de interacción con las familias que amplía la visión acerca de la dinámica familiar, la situación social, cultural, económica y ambiental, que ayuda a comprender que la medicina no es solamente ver al paciente en el acto médico, sino comprender el contexto en el cual se desarrolla, con el fin de elaborar un diagnóstico integral y brindar herramientas para construir con las familias intervenciones sociales oportunas.



Para pensar: ¿cómo se interrelacionan promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en la VDF?

¿Por qué la estrategia didáctica VDF contribuye al aprendizaje significativo de los estudiantes?

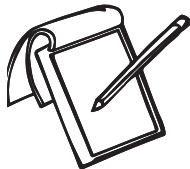


Para recordar: la visita domiciliar familiar es una estrategia que permite integrar al paciente y a su familia, al consultorio y la realidad del paciente.

¿Cómo surge la visita domiciliar familiar? Un poco de historia...

El mundo

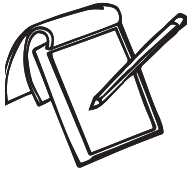
El modelo de las visitas domiciliarias de forma organizada y regular, que buscaba acompañar al enfermo en su casa, se consolida en Europa hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX. Luego durante el siglo XIX esta actividad social fue preferida para la ayuda a los pobres y fue utilizada como el mecanismo de trabajo básico de muchas sociedades dedicadas a atender a los desvalidos.



Datos de interés: desde 1983 se inició en Cuba la especialidad de Medicina General Integral, con el objetivo de perfeccionar el enfoque social de la medicina. La familia, el individuo y la comunidad son objeto de actuación profesional (Rocha, 2009). Se reportan evidencias en Chile con experiencias de aplicación de la visita domiciliar familiar en el pregrado de Medicina.

Colombia

Hacia mediados del siglo XIX en Colombia se crearon varias instituciones para ayudar a los más necesitados, en un momento en que la pobreza se había hecho visible en los principales centros urbanos y se planteaba por primera vez como un problema social. Esta actividad se llevó a cabo como un trabajo voluntario organizado y realizado por laicos; consistía en atención directa para conocer la situación real de una familia específica y poder determinar el tipo de asistencia que se iba a brindar (Castro, 2008).



Datos de interés: en Colombia se constató un estudio investigativo llevado a cabo en la Facultad de Odontología de la Universidad Santiago de Cali, en el cual se explora la visita domiciliaria como una estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria.

Antioquia

—Universidad de Antioquia-Facultad de Medicina—

En Antioquia se encontraron dos evidencias de la aplicación de la visita domiciliaria familiar en el currículo del pregrado de Medicina. Una de ellas en la Fundación Universitaria San Martín donde la visita domiciliaria es utilizada como aporte a la atención en el cuidado del paciente, pero aún no se ha investigado con una mirada de estrategia didáctica, y la otra, en la Universidad de Antioquia.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en 2000 hizo una reforma curricular cuyo enfoque educativo se centró en el estudiante, a partir del reconocimiento de sus intereses y

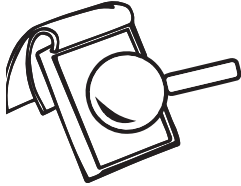
Enlaces en Didáctica

necesidades y basado en paradigmas cognitivos de los procesos de enseñar y aprender, así como en las maneras de interacción profesor y estudiante caracterizadas por el diálogo y la mediación pedagógica que eleva el potencial de aprendizaje y la motivación al logro, desarrolla las competencias de aprender a aprender y el trabajo en equipo, los cuales favorecen la formación integral.

Para cumplir con los propósitos educativos se desarrollan las estrategias didácticas denominadas activas por la función que cumplen en el proceso de aprendizaje de los estudiantes, se basan en la solución de problemas donde se elaboran hipótesis, se verifican, se consultan fuentes para así construir el conocimiento. Por eso la participación de los estudiantes es esencial. Ellos, como protagonistas del aprendizaje, utilizan los contenidos propuestos para su profesionalización y la intervención a la comunidad, relacionando la teoría con la práctica, lo que permite al estudiante hacer una transferencia pensada y comprensiva, formando valores y autodisciplina de estudio a lo largo de toda su vida.

La aplicación de estas estrategias didácticas corresponde con el perfil de los futuros médicos egresados descrito así:

[...] médicos generales que ante todo sean buenos ciudadanos, éticos y que tengan en cuenta la cultura universal y la singular. Muestren capacidad de trabajar en forma interdisciplinaria para intervenir en el proceso salud-enfermedad en el contexto del ciclo vital humano, mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de influir sobre la realidad social como agentes de cambio para mejorar la calidad de vida del ciudadano y la sociedad. Sean profesionales íntegros en el ser y en el hacer, autónomos, reflexivos, críticos, que sepan escuchar, cuestionar y disfrutar. Con capacidad de construir conocimientos en una relación intersubjetiva, de buscar y analizar la información, así como de utilizar adecuadamente la tecnología. Propendan por relaciones democráticas con las personas y con la sociedad y entre todos los estamentos de la comunidad universitaria (Comité de Currículo, 1999, p. 19).



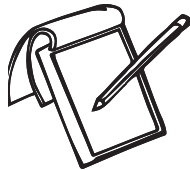
¿Sabías qué... El aprendizaje basado en problemas (ABP), el seminario, el taller, la ronda clínica, la comunidad de indagación, el estudio de caso son algunas de las estrategias didácticas activas privilegiadas en la formación médica? La visita domiciliaria familiar se convierte en otra estrategia didáctica activa.

La Sección de Pediatría Social, del Departamento de Pediatría y Puericultura Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en Medellín en su trabajo con estudiantes de pregrado y posgrado, vio la necesidad de salir del hospital como sitio de práctica para ir hacia las realidades de los niños y las familias que atiende. Desde 2004 se ha venido implementando la visita domiciliaria familiar como una parte fundamental para hacer la historia clínica integral y acompañamiento oportuno al niño.



Participante en plan de intervención

Por lo anterior es importante que el recurso humano que inicia su formación en Medicina tenga preparación integral que le permita la comprensión y la defensa de la vida identificando los determinantes sociales de la salud. La visita domiciliaria familiar se convierte entonces en una estrategia fundamental para llevar a cabo ese acercamiento a la cotidianidad y a la realidad de las familias y los niños.



Datos de interés: los estudiantes y profesores del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia han visitado familias en dieciséis comunas de Medellín, que incluyen cien barrios de la ciudad y tres corregimientos.

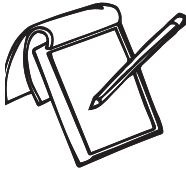
Algunos hallazgos interesantes de la investigación efectuada en la Facultad de Medicina

Desde el contexto:

Los países como Colombia, con situaciones de violencia y socioeconómicas tan extremas, limitan las estrategias didácticas como la visita domiciliaria familiar porque los estudiantes se deben enfrentar a sentimientos de miedo, inseguridad, impotencia, frustración frente a la realidad que vive el paciente y su familia.

- Ubicación geográfica. Familias ubicadas en sectores marginales y en áreas semirurales de la ciudad en las que la accesibilidad, el transporte y la seguridad son complejos.
- Barreras invisibles. Sectores en los que los grupos violentos determinan fronteras invisibles creando un ambiente tenso y hostil que dificulta el acceso al domicilio familiar, teniendo que buscar otras alternativas de desplazamiento.

- Accesibilidad. Dificultad con la factibilidad del transporte, por varios motivos: la falta de vías de acceso, algunas están ubicadas en sitios muy lejanos sin rutas de acceso vehicular, el transporte informal con horarios de difícil uso y el desconocimiento de la zona.



Datos de interés: desde 2006 hasta 2011 se han llevado a cabo 612 visitas domiciliarias familiares.

Desde la familia:

- Expectativas positivas. La familia puede esperar más de lo que le pueden ofrecer los profesionales de la salud, en el mejoramiento de la crianza y la calidad de vida.
- Expectativas negativas. Al esperar demasiado desde ayudas económicas, sociales, educativas, mejoramiento de la vivienda y solucionar la situación de salud del niño.
- Sentimientos de temor. Por creer que la van a juzgar en su intimidad o sancionarla por su inadecuado quehacer de crianza.

Desde el estudiante en formación:

- Sentimientos de diferente índole. Están el temor por entablar comunicación y lenguaje pertinente, el estrés por las condiciones reales en las que vive la familia, la inseguridad y falta de confianza hacia la familia, los vínculos de dependencia que puede establecer con el profesor acompañante y la familia, y la incomodidad frente a la realidad social.



Datos de interés: desde 2006 aproximadamente 80 a 90 estudiantes realizan la visita domiciliaria familiar cada semestre. Adicionalmente un grupo de 15 a 20 estudiantes por semestre lleva a cabo principalmente trabajo comunitario en Rionegro, Antioquia.

Desde el equipo de profesores:

- Dificultades en la planeación. La visita domiciliaria familiar es una estrategia didáctica que requiere rigurosidad en su planeación, se pueden presentar dificultades desde la coordinación de horarios con las familias, hasta el desconocimiento del lugar al que deben llegar.
- Omitir algún eslabón en la estrategia didáctica. Hace que muchos estudiantes se sientan con desconocimiento de lo que van a observar en la visita y usen los instrumentos como encuestas o cuestionarios para llenar, lo que obstaculiza la relación y la dinámica de la visita.



Datos de interés: el equipo de profesores que ha participado en el desarrollo de la visita domiciliaria familiar está conformado por: Liliana Zuliani Arango, médica neuropsicóloga infantil; Julio Nicolás Torres, médico pediatra, neuropsicólogo infantil; María Eugenia Villegas Peña, trabajadora social, especialista en Familia; Luz Elena Gómez Londoño, pedagoga especial y Federico Ordóñez, psicólogo.

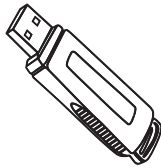


Para pensar: ¿qué diferencia hay entre visita domiciliaria familiar y estrategia didáctica visita domiciliaria familiar?

¿En qué aporta la estrategia VDF al perfil del médico que se pretende formar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia?

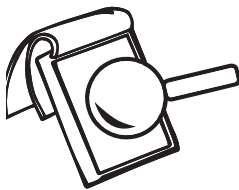
¿Desde qué ámbitos se podría trabajar la visita domiciliaria familiar por sus características?

¿Por qué surge esta estrategia didáctica en el Departamento de Pediatría y Puericultura? ¿Qué condiciones han favorecido esto?

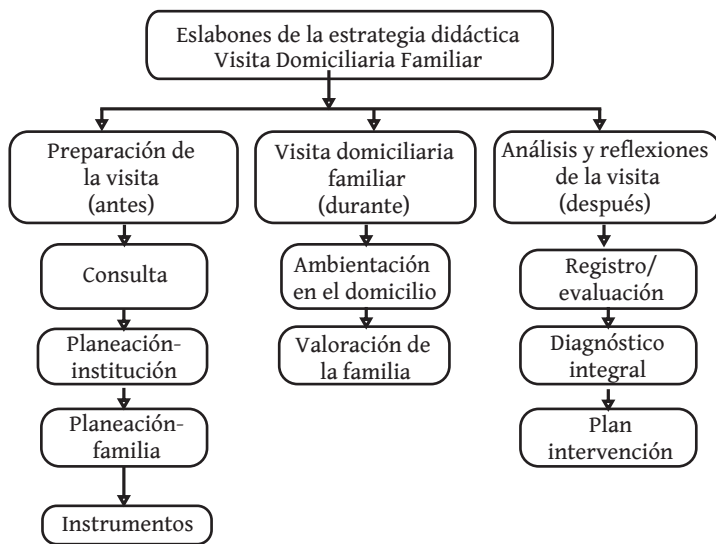


Para recordar: los profesionales de la salud deben entender el mundo de los niños y de las familias que se ven en la consulta, pues el comprender la cotidianidad de ellos permite valorarlos desde lo cultural, lo social y los estilos de vida, para hacerlos más participes en la búsqueda de soluciones.

¿Cuáles son los eslabones didácticos de la VDF?



¿Sabías qué... Un eslabón didáctico es “un momento o una fase del proceso, una categoría pedagógica” y se “caracteriza por los tipos de actividad cognoscitiva que desarrollan los estudiantes durante el aprendizaje de un nuevo contenido” (Álvarez y González, 2002, p.94).



Eslabón I. El antes o preparación de la visita

1. Realice consulta médica elaborando la historia clínica del niño
Este es el primer acercamiento que tendrá el estudiante con el niño y su familia, en este diálogo el médico o profesional de la salud desarrolla la historia clínica, el examen físico y el análisis inicial que le permite hacer una valoración diagnóstica con algunas hipótesis, las cuales serán puestas a prueba durante la observación real de las condiciones de vida de la familia.
2. Planee la visita domiciliaria familiar desde la institución
 - a. Reunión inicial

Para llevar a cabo la visita domiciliaria familiar es preciso hacer un trabajo previo con el grupo de estudiantes y profesores, se parte de los imaginarios que traen los estudiantes, los cuales se confrontan con los elementos teóricos que previamente se han seleccionado para este tema y al analizar estos dos aspectos se elabora la ruta que servirá de guía para la recolección de la información. En este espacio educativo de intercambio de saberes se revisan los aspectos básicos de la historia clínica, la importancia de la anamnesis conociendo

aspectos de la identificación del niño y la dinámica interna de la familia, el examen físico, las escalas de desarrollo y las curvas de crecimiento, las cuales le facilitarán el primer contacto a los estudiantes con el niño y su familia.

b. Analice la historia clínica

Es preciso revisar de nuevo la historia clínica, analizarla desde la revisión bibliográfica para resaltar los elementos que se desea profundizar y a partir de este organizar las herramientas que se van a utilizar en la visita.

c. Identifique fuentes bibliográficas

Revise y seleccione la literatura acorde con el área de estudio en el que se encuentra el proceso de aprendizaje del estudiante, de modo que le ofrezca orientación de fuentes de consulta, además de elementos que apoyen y fortalezcan la estrategia didáctica.

d. Establezca los objetivos de la visita

e. Identifique los instrumentos

Identifique los instrumentos que se van a utilizar de acuerdo con las necesidades de la situación de salud de la población a

Enlaces en Didáctica

estudiar. Los instrumentos tienen una connotación didáctica que les permite a los estudiantes analizar el proceso, valorar lo subjetivo y lo objetivo, emitir juicios de valor y tomar decisiones gracias a la información obtenida.

f. Elabore hipótesis iniciales

Analice los instrumentos que se utilizarán, identifique sus partes y el sentido de cada una en relación con la indagación que se busca realizar y describa la o las hipótesis que busca resolver.

Esto se convierte en un proceso investigativo, dinámico, de autorreflexión y evaluación que les permite hacer y comprobar hipótesis, generar conocimiento y así reconsiderar posturas que dan seguridad y confianza en el quehacer médico y puericultor.

g. Elabore una guía

Elabore una guía con indicaciones claras a seguir o mapa conceptual con los aspectos que se evaluarán.

h. Diseñen una entrevista

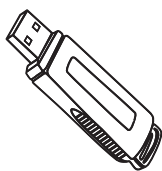
Diseñen en conjunto profesores y estudiantes una entrevista semiestructurada que direccionará el trabajo con la familia.

Preguntas

- 1: _____
- 2: _____
- 3: _____
- n: _____

i. Localización del lugar

Acuerde con el grupo de estudiantes la forma de desplazamiento al lugar, las recomendaciones para transitar la zona, la indumentaria, etc.



Para recordar: para poder llevar a cabo la evaluación integral de la familia y del niño se recomienda unir los aspectos individuales con los ambientales, en los que se pueden observar con mayor precisión los obstáculos del entorno interno que serían el niño y su familia, y aquellos del entorno externo que serían la escuela, la comunidad y su municipio.

Enlaces en Didáctica

3. Planee la visita domiciliaria familiar desde la familia

a. Contacte la familia para llegar a acuerdos

En esta etapa también es importante que se establezcan acuerdos con la familia sobre lo que se pretende lograr con la visita, y establecer consensos y claridades para no generar temores ni falsas expectativas.

b. Planee con la familia el día y hora de la visita

Se concreta el día y hora de la visita, para así maximizar el tiempo del equipo de salud y además contar con el desplazamiento, medio de transporte y otros aspectos que sean necesarios.

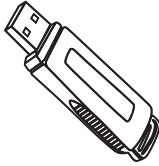
Día: _____

Hora: _____

Precise la dirección de la residencia: _____

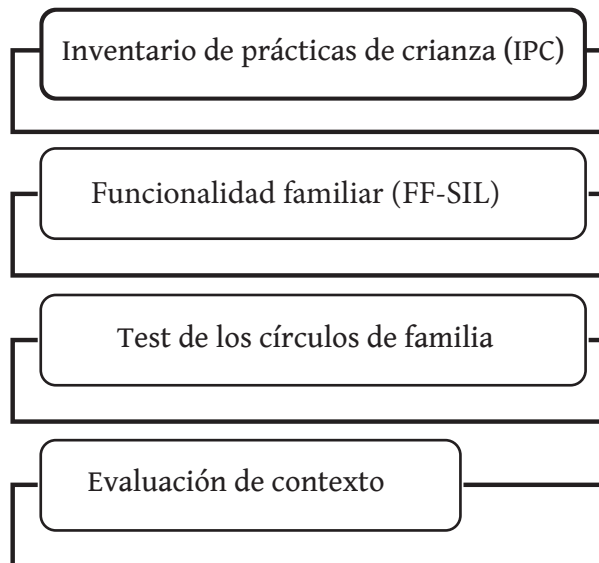
Teléfono (si tienen): _____

Nombre de la persona con la que se hizo el contacto: _____



Para recordar: la visita domiciliaria familiar es una estrategia didáctica productiva en la medida en que se elijan adecuadamente los escenarios para actuar, se dé la capacitación inicial a los estudiantes, se determinen los instrumentos de evaluación y pasos a seguir, teniendo en cuenta la población objetivo, además de contar con el equipo profesional capacitado que acompañará el proceso.

¿Cuáles son los instrumentos que se utilizan en la estrategia VDF?



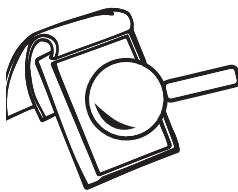
Nombre del instrumento	Anexo 1. Inventario de prácticas de crianza (IPC)
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar diferentes aspectos de la crianza y de la disciplina de los niños• Identificar cuáles son los modelos parentales (autoritarios, permisivos, sobreprotectores, democráticos o por consenso) de esa familia evaluada• Detectar factores protectores y de riesgo en cuanto a su crianza para hacer planes de promoción y prevención más acordes a la realidad de esas familias
Descripción	<p>Es un instrumento cualitativo de 37 ítems</p> <p>Se utiliza una escala de: 0 (nunca o casi nunca), 1 (algunas veces), 2 (frecuentemente) y 3 (muy frecuente)</p>
Nombre del instrumento	Anexo 2. Test de evaluación de la funcionalidad familiar (FF-SIL)
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Medir la percepción del funcionamiento familiar a través de las dimensiones:• Cohesión o unión familiar física y emocional• Armonía o equilibrio emocional positivo• Comunicación o capaces de transmitir en forma clara y directa

	<ul style="list-style-type: none">• Adaptabilidad o habilidad para cambiar• Afectividad o capacidad de demostrar sentimientos• Rol o funciones negociadas• Permeabilidad o capacidad de dar y recibir experiencias• Caracterizar el tipo de familia:<ul style="list-style-type: none">• Funcional• Moderadamente funcional• Disfuncional• Severamente disfuncional
Descripción	Es un instrumento cualitativo que ayuda en la observación de la realidad de la familia, ya que permite ver el nexo entre sus miembros
Nombre del instrumento	Anexo 3. Test de los círculos de familia
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Aportar datos de interés para el profesional de la salud sobre el funcionamiento familiar, sobre atracciones y rechazos en el ámbito familiar• Suministrar información sobre aspectos psicosociales del círculo familiar

Descripción	<p>Es un método gráfico, fácil de ejecutar y sencillo. Los círculos y su significado representan una imagen subjetiva de la propia familia del sujeto</p> <p>Consiste en formular preguntas de manera tal que broten o se expresen aquellos conflictos o problemas que ayuden a definir áreas de influencias familiares, así como cambios deseados.</p>
Nombre del instrumento	Anexo 4. Cuestionario sobre el contexto familiar y social
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Caracterizar la vivienda, el entorno físico donde vive la familia: el barrio, las rutas de acceso y el transporte, las zonas recreativas, deporte y cultura, las instituciones educativas y los centros de salud• Evaluar los momentos que se comparten en familia
Descripción	<p>Es cualitativo y permite al estudiante mayor objetividad con respecto a los factores protectores y de riesgo que se encuentran en el entorno familiar</p>
Nombre del instrumento	Anexo 5. Test de las redes de apoyo social Nota. Este instrumento no se aplica en la Sección de Pediatría Social
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar la conducta de ayuda o la interacción dinámica entre dos personas que se influyen

	<p>mutuamente en los comportamientos, emociones y conductas</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar los recursos con que cuentan las familias para solucionar tensiones y compartir tareas con otros parientes o miembros de la comunidad
Descripción	<p>Esta información se puede recoger a partir de la elaboración del mapa de redes, que se grafica por medio de un círculo con cuatro cuadrantes: familia, amigos, trabajo-estudio y comunidad y con tres círculos de relaciones, íntimas, sociales y ocasionales</p>

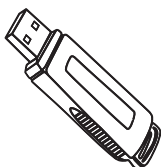
Los instrumentos ofrecen al trabajador de la salud, en este caso a los estudiantes de medicina, tener una percepción más amplia de la familia y de las relaciones que establecen entre ellos y el contexto, además son una guía que se utiliza para complementar la mirada biológica desde la parte ambiental, la accesibilidad a los servicios y los estilos de vida.



¿Sabías qué... Los instrumentos permiten al estudiante la construcción permanente del aprendizaje valorando tanto el proceso como el producto, haciendo que la visita domiciliaria familiar se convierta en un ambiente natural de conversación basado en la objetividad y en la confiabilidad, en el respeto por el tiempo y los estilos de vida de las familias?

Los instrumentos son los medios o herramientas mediante los cuales el estudiante busca la información necesaria para complementar la historia clínica y poder llevar a cabo la mirada integral. Por medio de ellos se puede percibir el proceso de crianza que se lleva a cabo en la familia, las

características del contexto familiar y social y una observación objetiva del contexto.



Para recordar: el conocimiento previo de los instrumentos facilita la utilización y búsqueda de la información, además de tener pautas claras de lo que se pretende buscar en la visita, la recolección de elementos que ayudan a la elaboración de un diagnóstico y un plan de intervención más integrales, optimizando el tiempo con preguntas claras y prácticas para el aprendizaje significativo.

Eslabón II. El durante o visita domiciliaria familiar

La visita se inicia desde que los estudiantes se encuentran en el transporte y se dirigen a la hora y lugar concertado con la familia; aquí el estudiante se convierte en un observador participante, alerta e investigador de todos los determinantes sociales que pueden aportarle información para complementar su historia clínica integral. Es el arte de recoger datos de cualquier aspecto que le dé la posibilidad al médico o profesional de la salud en formación de crear un modelo explicativo a su hipótesis inicial.

Ambientación en el domicilio. Una vez ubicados en el hogar es preciso que el equipo de salud comparta con la familia el objetivo de la visita y en una forma concreta comente los alcances de la misma. En esta fase es preciso que se escuche a la familia sobre lo propuesto, es una forma de identificar si no se han generado temores o falsas expectativas.

Dentro de esta fase podríamos identificar tres subetapas:

- Saludo. Romper el hielo, presentar y compartir los objetivos.

- Desarrollo en sí de la visita. Es decir la recolección de la información que se tiene preparada, para la cual se ha estructurado la guía.
- Cierre. En el que se le informa ampliamente a la familia en forma positiva sobre los logros y se le ofrece un concepto general sobre la situación de la familia, en caso de continuidad se le plantean los cronogramas de intervención y finalmente agradecer el poder compartir su cotidianidad con el equipo de salud.
- Valoración de la familia. En la primera visita es muy difícil realizar una valoración completa de la familia, por eso es necesario que cuando se piense en utilizar este tipo de estrategia didáctica se tenga presente la necesidad de la continuidad.

Eslabón III. El después o análisis y reflexiones de la visita

Es un espacio de socialización colectivo en el que se comparten los elementos encontrados en cada familia y se pueden generar aportes significativos de otros integrantes del equipo.

- Registro y evaluación de la visita. Es preciso que la visita quede registrada, teniendo en cuenta los objetivos, los logros y las recomendaciones. También es importante la evaluación, esta propuesta académica propone que se elabore un diagnóstico integral de la familia, en la que se cotejen aspectos de la historia clínica y los hallazgos encontrados durante la visita.

La visita domiciliaria familiar como tal es un evento complejo, dado que se conjugan una serie de factores como: la observación de cada uno de los integrantes de la familia, sus relaciones e

interacciones, la participación de los miembros del equipo de salud en la cotidianidad de la familia y la recolección de la información que se ha propuesto; de ahí la necesidad de una evaluación minuciosa de la visita.

- Diagnóstico integral. Es valorar y aclarar la condición del niño y su familia, con el fin de orientar un apoyo acorde con los hallazgos de la anamnesis, examen físico y visita domiciliaria familiar. Es estudiar la información obtenida para plantear conclusiones y un plan de intervención.

Por ello, el estudiante debe elaborar una historia clínica completa en la que se interrogue sobre los aspectos básicos del área biológica, familiar y social, hacer un examen físico completo y correlacionar la información con la visita domiciliaria familiar, al final él estará en la capacidad de elaborar diagnósticos claros desde lo biológico, lo familiar y lo social para crear el plan de intervención acorde con las necesidades del grupo familiar.

El diagnóstico dará cuenta del estado de salud o enfermedad del paciente y las condiciones sociofamiliares relevantes de cada niño y familia. Para ello será necesario tener en cuenta los factores de riesgo y protectores que rodean al niño, su familia y el contexto social en que se ubican.

El diagnóstico integral bien elaborado permite que otros miembros del equipo de salud tengan claridad de la situación del niño, la familia y su contexto con la que se llevó a cabo la visita domiciliaria familiar.

- Plan intervención integral es aquel que va acorde con los hallazgos de la confrontación de la historia clínica con la visita domiciliaria familiar, en la cual se tienen en cuenta los factores de riesgo y los protectores para orientar a la familia en pautas de crianza, estilos de vida saludables y promover la salud.

Este plan busca además que las familias cuenten con redes sociales de apoyo para que no se sientan solas sino que participen activamente en la solución de sus problemas.

Bibliografía citada

Álvarez de Zayas C.; González E. M., (2002). Lecciones de didáctica general. Bogotá, Cooperativa Editorial Magisterio.

Castro B., (2008). Las visitas domiciliarias femeninas en Colombia. Del trabajo voluntario a su profesionalización. Publicado en Sociedad y Economía, N.º 14, Cali, junio de 2008, pp. 109-131.

Carvajal, E., (2002). La trascendencia del método, la metodología, la didáctica, la estrategia, la metódica y la mediación en el proceso docente investigativo universitario. Monografía para optar al título de especialista en Didáctica Universitaria. Universidad de Antioquia, Facultad de Educación.

Comité de Currículo, Facultad de Medicina, (1999). La visión curricular, los propósitos de formación, la propuesta pedagógica: para la renovación curricular aspectos conceptuales. Medellín, Imprenta de la Universidad de Antioquia.

Grupo asesor metodológico de los estudios de salud de la familia. Manual de intervención familiar. Ministerio de Salud Pública, Cuba. 2002.

Rocha M., (2009). La visita domiciliaria como forma de enseñanza en la atención primaria de salud cubana. Science direct. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2075481>. Acceso: 3 de marzo de 2012.

Zuliani, L.; Villegas, M. E.; Galindo, L.; Kambourova, M., (2011). Proyecto de investigación “La visita domiciliaria familiar como estrategia didáctica y su incidencia en los procesos de formación integral de los estudiantes del área de Niñez I durante el período 2006 a 2011, del pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín”.

¿Cuáles textos o documentos se pueden recomendar para consultar?

Si quiere saber más acerca de las estrategias didácticas activas y el aprendizaje significativo puede consultar en:

- ¿Cómo transforma el ABP los sentidos educativos del programa de Medicina de la Universidad de Antioquia? Galindo, L.; Arango, M. E.; Díaz, D.; Villegas, E. M.; Aguirre, C.; Kambourova, M.; Jaramillo, P. *Revista Iatreia*, Volumen 24, N.º 3, pp. 325-334, septiembre de 2011.
- *Aprendizaje significativo: Teoría y práctica*. Morería M. A. Ed. Visor: Madrid, 2000.
- *Desarrollo psicológico y educación*. Palacio, J.; Marchesi, A.; Doll, C. Alianza Editorial: Madrid, 2006.
- *El aprendizaje basado en problemas. De herejía artificial a res popularis*. Branda, L. A. *Revista Educación Médica*, 12 (1), pp. 11-23, 2009.
- *Epistemología y teoría del conocimiento*. García, R. *Revista Salud Colectiva: Argentina*, 2 (002), pp. 113-122, 2006.
- *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista*. 3.ª ed. Díaz, F.; Hernández, G. México: McGraw-Hill Educación, 2010.
- *Estrategias para el aprendizaje significativo: guías del estudiante*. Quesada, R. México: Limusa, 2002.
- *Estrategias para promover procesos de aprendizaje autónomo*, 2.ª ed. Argüelles, D., Nagles García, N. Bogotá: Alfa Omega, 2007.

- Ética comunicativa y educación para la democracia. Hoyos, G. Revista Iberoamericana de Educación, N. ° 7, pp. 65-91, enero-abril, 1995. Disponible en: <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie07a03.htm>. Acceso: 21 de agosto de 2012.
- Incidencia de la renovación curricular sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje en el pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia. Díaz D. Universidad de Antioquia, Medellín, 2009.
- La función del tutor en la estrategia de aprendizaje basado en problemas en la formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Villegas, E. M.; Aguirre, C.; Díaz, D.; Galindo, L.; Arango, M. E.; Kambourova, M.; Jaramillo, P. Revista Iatreia, volumen 25, N. °3, pp. 261-271, julio de 2012.
- Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo. Ausubel, D. P. 2^a impresión. Trillas: México, 1980.
- Teoría y práctica de la educación. Novak, J. 8.ª reimpresión. Alianza Editorial, S.A: Madrid, 1997.

Si quiere saber más acerca de la **formación integral** puede consultar en:

- El significado de la formación integral en estudiantes de último semestre de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Tovar, M. C. Revista Colombia Médica, volumen 33, N. ° 004, pp. 149-155, 2002. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28333402.pdf>. Acceso: 9 de abril de 2012.
- Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. Morales J. C. Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales,

Enlaces en Didáctica

Bogotá. 2009. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/colaboracion2.pdf>. Acceso: 9 de abril de 2012.

- La formación integral. Mito y realidad. Orozco L. E. En: Colombia 1999. Tercer Mundo Editores. Disponible en: <http://mail.ups.edu.ec/universitas/publicaciones/universitas10/contenidospdf/laformacionintegral10.pdf>. Acceso: 23 de agosto de 2012.

Si quieres saber más acerca de la **visita domiciliaria familiar** consulte en:

- Diccionario del Trabajo Social. Ander-egg. Ediciones Lumen. Buenos Aires, 1995.
- Familia como espacio privilegiado para el desarrollo humano. Villegas M. En: Posada A, Ramírez H, Gómez J, Niño Sano. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2005.
- Familia y desarrollo humano. Palacios J, Rodrigo M. J. Alianza editorial. Madrid, 1998.
- La familia el desafío de la diversidad. Gimeno, A. Editorial Ariel. Barcelona, 1999. p. 171.
- La visita domiciliaria como estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria que realizan estudiantes de Odontología de la Universidad Santiago de Cali. Pardo I, Pardo, A. C. En: IV Simposio Educación Médica: Retos y Perspectivas, 8.º Congreso Internacional de Educación Superior, bienal, Cuba, 2012.
- Trabajos de revisión: Reflexiones acerca de la salud familiar. González, I. Revista Cubana Médica General Integral, 2000.

Si desea saber más acerca del **proceso salud-enfermedad** puede consultar en:

- El proceso de salud y enfermedad. Comité de Currículo, Facultad de Medicina. Editorial de la Universidad de Antioquia, 2000.
- Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Restrepo, H. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín. Volumen 19, N. ° 01, pp. 41-56, Ene-Jun, 2001.
- La promoción de la salud: Una perspectiva mundial. Kickbusch I. En: Promoción de la Salud: Una antología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica; 557, Washington, D.C. OPS, 1996.
- Proceso vital humano-proceso salud enfermedad: Una nueva perspectiva. Franco S. Corporación Salud y Desarrollo. Universidad Nacional Santa Fe de Bogotá, 1993.

Si desea saber más acerca de la **investigación cualitativa** puede consultar en:

- Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Galeano, M. E. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit, 2004.
- Sistematización de experiencias en educación popular y en adultos: Unidad de autoformación participativa. Jaramillo J. Medellín: Ministerio de Educación Nacional y Corporación Educativa CLEBA, 1994.
- La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Martínez M. Revista IIPSI, Facultad de Psicología, UNMSM, 9(1), pp.

Enlaces en Didáctica

126-134, 2006.

- Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Taylor S, Bogdan R. 1.^a ed. Barcelona: Paidós, 1998.
- La investigación cualitativa. Vera L. s/f. Disponible en: <http://www.ponce.inter.edu/cai/Comite-investigacion/investigacion-cualitativa.html>. Acceso: 23 de agosto de 2012.

Anexo 1

Inventario de prácticas de crianza (IPC) de Bauermeister, Salas y Matos

Los padres de los niños con el diagnóstico del TDAH se enfrentan también con dificultades significativas para disciplinarlos correctamente. Los niños que reciben el diagnóstico necesitan supervisión cercana y a menudo no responden favorablemente a las estrategias tradicionales de disciplina. Por esta razón se han desarrollado programas de adiestramiento para orientar y ayudar a los padres a implantar acercamientos constructivos y técnicas especializadas para el manejo de la conducta.

El IPC es un instrumento de 37 ítems que fue desarrollado en 1995 por Bauermeister, Salas y Matos para evaluar diferentes aspectos de la crianza y de la disciplina de los niños. Para construir el IPC se seleccionaron varios de los ítems del Parent Practices Scales de Strayhorn y Weldman y del Parenting Scale de Arnold, O' Leary, Wolff y Acker. Estos ítems fueron revisados tomando en consideración las prácticas de crianza de los padres puertorriqueños. Otros ítems fueron construidos con base en la experiencia clínica de los autores. El IPC puede ser administrado en forma de entrevista o de autoinforme. Cada ítem es evaluado por la madre o el padre de acuerdo con la siguiente escala: 0 (nunca o casi nunca), 1 (algunas veces), 2 (frecuentemente) y 3 (muy frecuente).

La consistencia interna y la confiabilidad temporal del IPC son altas. Los índices obtenidos en los estudios iniciales apoyan la validez de constructo de IPC de Bauermeister, Salas y Matos. Sin embargo, es necesario llevar a cabo otros estudios de validez que tomen en consideración el trasfondo cultural y el nivel socioeconómico de diferentes grupos hispanos. Anticipamos que varios de los ítems del IPC pueden no estar en sintonía con los valores culturales de familias hispanas de diferentes países y

trasfondos socioeconómicos.

Al igual que el IEF, el IPC debe interpretarse cualitativamente, ya que todavía está en una fase de desarrollo. Desde el punto de vista clínico, recomendamos dar atención especial a los siguientes ítems contestados con 2 (frecuentemente) o con 3 (muy frecuentemente): 4, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 29, 30, 33 y 35. Estos ítems componen una dimensión de prácticas de crianza en la cual abunda la inconsistencia, el retiro del amor y el control de la conducta con base en la coerción (p. ej. castigo corporal, gritos, insultos). Los demás ítems componen una dimensión de prácticas de crianza que Rothbaum y Weisz han denominado aceptación-sensibilidad. Esta dimensión incluye estrategias de aprobación (p. ej. alabar, dar por bueno, alentar) aconsejar (p. ej. razonar, explicar) motivación (p. ej. uso de recompensas, pérdida de privilegios), sincronización (p. ej. prestar atención, ser sensible y responsivo al niño) y afecto (p. ej. calor humano). Por lo tanto las contestaciones de 0 (nunca o casi nunca) y de 1 (algunas veces) deben recibir atención especial del clínico al interpretar el IPC. Este tipo de análisis es muy valioso al momento de diseñar programas de tratamiento, especialmente los de adiestramiento para padres.

IPC —inventario de prácticas de crianza— de Bauermeister, Salas y Matos

Nombre del niño _____

Fecha _____

Nombre de la persona que contesta el formulario _____

Instrucciones

Los padres y las madres tienen distintas maneras de manejar la conducta de sus hijos. El propósito de esta escala es identificar cuáles de ellas usted utiliza o no utiliza.

Lea las siguientes oraciones y escoja la alternativa que mejor describa la frecuencia con que usted maneja la conducta de su hijo de esa manera. Por ejemplo, si la oración es “Le pido a mi hijo que recoja sus cosas”, debe indicarme si usted le pide a él que recoja sus cosas nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente o muy frecuentemente. No hay contestaciones correctas o incorrectas.

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuen- temente	Muy frecuen- temente
1. Cuando le pido a mi hijo que haga algo, voy al punto y soy claro en mi petición	1	2	3	4
2. Durante el día trato de darme cuenta de los momentos en que mi hijo se está comportando bien y le demuestro que me gusta cómo se está comportando	0	1	2	3
3. Mi hijo y yo vemos la televisión juntos	0	1	2	3
4. Cuando mi hijo no hace lo que le pido, termino haciéndolo yo	0	1	2	3

Enlaces en Didáctica

4. Cuando mi hijo no hace lo que le pido, termino haciéndolo yo	0	1	2	3
5. Mi hijo logra lo que quiere por medio de llanto, grito o lloriqueo	0	1	2	3
6. Amenazo a mi hijo si no hace lo que le pido	0	1	2	3
7. Cumpló con las recompensas o castigos que le ofrezco a mi hijo	0	1	2	3
8. Cuando mi hijo y yo planificamos hacer algo divertido juntos, lo que hacemos resulta ser verdaderamente divertido	0	1	2	3
9. Cuando mi hijo hace algo malo, o algo que no me gusta, lo envío a una habitación y hago que se quede allí solo	0	1	2	3
10. Tengo que cantaletearle o insistirle a mi hijo para lograr que haga lo que le pido	0	1	2	3
11. Le hago cuentos a mi hijo	0	1	2	3
12. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo insulto	0	1	2	3
13. Utilizo frases como: “¡Muy bien!”, “¡Qué bueno lo que hiciste!”, “¡Gracias!”, “¡Sigue adelante!”, para elogiar a mi hijo	0	1	2	3

14. Los que compartimos el cuidado de este niño le decimos que es malo o que no es tan bueno como los demás	0	1	2	3
15. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le pego con la mano o le doy una bofetada	0	1	2	3
16. Hago cosas divertidas con mi hijo	0	1	2	3
17. Le grito a mi hijo cuando se ha comportado mal	0	1	2	3
18. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le explico que lo ha hecho mal	0	1	2	3
19. Mi hijo y yo realizamos juntos tareas del hogar, de una manera que resulta placentera para ambos (p. ej., ir de compras, lavar el automóvil, recoger la casa, cocinar, etc.)	0	1	2	3
20. Cuando mi hijo no hace lo que pido, terminamos discutiendo	0	1	2	3
21. Comparto con mi hijo, hablando o jugando, sin decirle u ordenarle lo que tiene que hacer	0	1	2	3
22. Cuando le pido a mi hijo que haga algo, me quedo pendiente para asegurarme de que obedece	0	1	2	3

Enlaces en Didáctica

23. Las discusiones entre mi hijo y yo son interminables	0	1	2	3
24. Los que compartimos el cuidado de este niño estamos de acuerdo con la manera de manejar su comportamiento	0	1	2	3
25. Le comento a mi hijo sobre mis propias experiencias, diciendo cosas como, “hoy tuve un buen día” o “estoy feliz porque...”	0	1	2	3
26. Cuando mi hijo no hace lo que le pido, le ofrezco algo agradable para que lo haga	0	1	2	3
27. Bailo o canto con mi hijo	0	1	2	3
28. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le restringo privilegios, como ver televisión o salir	0	1	2	3
29. Amenazo a mi hijo con irme o dejarlo solo si no se comporta mejor	0	1	2	3
30. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, siento ira por más tiempo del que desearía	0	1	2	3
31. Juego con mi hijo (p. ej., juegos de mesa, al esconder, deportes, jugar a la casita, etc.)	0	1	2	3

32. Cuando castigo a mi hijo, lo hago en el momento y no dejo que las cosas se me vayan de la mano (no pierdo el control)	0	1	2	3
33. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le pego con correa (cinto) o con otros objetos	0	1	2	3
34. Mi hijo y yo conversamos para discutir problemas o tomar decisiones	0	1	2	3
35. Dejo que mi hijo haga lo que quiera hacer	0	1	2	3
36. Cuando mi hijo me hace preguntas, le contesto demostrando interés y entusiasmo y no me siento irritado	0	1	2	3
37. Soy firme y consistente al disciplinar a mi hijo	0	1	2	3

Anexo 2

Universidad de Antioquia

Facultad de Medicina

Niñez I

Preparado por:

María Eugenia Villegas Peña

Docente de la Sección de Pediatría Social

Evaluación de la funcionalidad familiar

Para la evaluación de la salud integral de la familia es necesario tener en cuenta varios aspectos; los relacionados con la dinámica interna, que tiene que ver con la dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia y los movimientos que realiza para conservar su estabilidad y armonía; para esta evaluación es importante tener en cuenta la calidad de la convivencia de la familia y la satisfacción de las necesidades humanas básicas.

A continuación se describen los elementos a tener en cuenta desde la dinámica interna con la aplicación del FF-SIL y el cumplimiento de las necesidades básicas.

La prueba hace posible tener una visión global de cómo maneja la familia su dinámica interna respecto a los siguientes factores:

Cohesión familiar. Da cuenta de la unión física y emocional de la familia en la toma de decisiones y el acompañamiento diario. Se evalúa en las preguntas 1 y 8.

Armonía. Da cuenta de la correspondencia entre la satisfacción de las necesidades individuales de cada miembro en interacción con el cumplimiento de las necesidades del grupo familiar. Se registra en las preguntas 2 y 13.

Comunicación. Los miembros de la familia son capaces de compartir sus experiencias y conocimientos en forma clara. Se evalúa en las preguntas 5 y 11.

Adaptabilidad. Habilidad de la familia para reestructurar papeles sociales, normas, costumbres, cuando una situación lo requiere. Evaluada en las preguntas 6 y 10.

Afectividad. Capacidad de los miembros de la familia para demostrar sus sentimientos y emociones positivas entre ellos. Evaluada en las preguntas 4 y 14.

Rol. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades asignadas a él por el mutuo acuerdo del grupo familiar. Evaluado en las preguntas 3 y 9.

Permeabilidad. Capacidad para brindar y recibir experiencias de otras familias. Evaluada en las preguntas 7 y 12.

Tabla de valores

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Enlaces en Didáctica

De acuerdo con los valores anteriores se confrontan las respuestas de la familia y se realiza una sumatoria para determinar:

Funcional	70-57
Moderadamente funcional	56-43
Disfuncional	42-28
Severamente disfuncional	27-14

Para que la evaluación integral de la familia sea real, es importante relacionar la aplicación del FF-SIL con la evaluación del cumplimiento de las funciones básicas de la familia, entre las que se encuentran la función económica, afectiva y educativa de la familia.

Función económica. Se cumple cuando la familia siente que tiene satisfechas sus necesidades básicas según lo establecido por el entorno social en el que se desarrolla; en ella es necesario tener en cuenta, las condiciones materiales de vida, en las que se tendrán en cuenta los ingresos, la satisfacción de la familia con ellos, las condiciones de la vivienda y los enseres que poseen. Además es necesario tener en cuenta el espacio con que cuentan, si están o no hacinados según lo que plantea el Ministerio de Salud.

Función educativa. Da cuenta de que el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia esté acorde con lo esperado socialmente.

Función afectiva. Se logra cuando los miembros de la familia se sienten reconocidos y afectivamente están seguros dentro de su entorno familiar.

**Prueba de percepción del funcionamiento familiar
(FF-SIL)**

	Pregunta	Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple las responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida familiar					
5	Nos expresamos, sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté sobrecargado					

Enlaces en Didáctica

10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Anexo 3

Test de los círculos de familia

Modelo 2

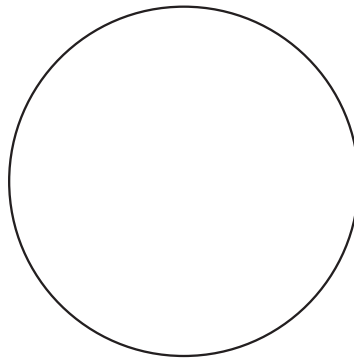
Círculo familiar

Nombre: _____

Instrucciones

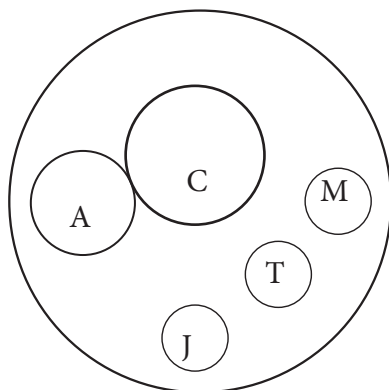
“Estamos interesados en usted, en su familia y en la gente que es importante para usted. Este círculo representa a su familia tal y como es en la actualidad. Dibuje algunos círculos más pequeños, representándose a usted y a otras personas que considere importantes. Recuerde que las personas pueden estar adentro o afuera, muy cerca o lejos, ellos pueden ser grandes o pequeños de acuerdo con la importancia que tengan para usted. Si hay otras personas o cosas lo suficientemente importantes para estar en este círculo, póngalas adentro. Identifique a cada persona poniendo la letra inicial del nombre dentro de cada círculo que dibuje (si no sabe leer, puede pedir ayuda).

Recuerde que no hay círculos buenos ni malos”.



Enlaces en Didáctica

Carlos y Teresa tienen tres hijos adolescentes, Alberto de quince, José de catorce y Marianela de diecisiete. Beto consulta porque desde hace un mes no puede dormir bien, se despierta mucho porque tiene pesadillas. Le fue mal en los exámenes del colegio y no tiene ganas de salir con sus amigos. El siguiente fue el círculo familiar que dibujó:



Se evidencia que existen dos subsistemas familiares: la madre con Marianela y José por un lado, y Carlos y Alberto, quienes están en otro extremo y, aparentemente, muy unidos. El mayor tamaño y la posición central de Carlos hacen pensar que es la persona más importante para Alberto y quien, además, es el centro de la familia. El tamaño mediano del círculo que representa a Alberto podría interpretarse que él ocupa el segundo puesto de importancia dentro de la familia. Lo contrario sucede con quienes están periféricos, del mismo tamaño y con bastante cercanía.

Después de interrogar a Alberto, se obtuvo la información de que hacía un mes su padre fue operado de emergencia. Al resto de la familia se le dijo que había sido una apendicitis aguda. Sin embargo, Carlos le confesó a Alberto que tenía un cáncer de colon, en un estadio muy avanzado y le han dicho que podría vivir seis meses más. Carlos le solicitó a Alberto no decirle nada al resto de la familia, porque no quiere que sufran. En cambio, a Alberto, como es el hijo varón mayor, le ha solicitado que se encargue de todos los asuntos de la casa y que cuide a su madre y hermanos siempre.

Para una discusión y análisis del EBAIS y del equipo de apoyo.
(Tomado del Módulo de Salud Familiar. UCR. 1998).

Anexo 4

Cuestionario sobre el contexto familiar y social

1. Estructura familiar:
(Completa)

Nombre	Parentesco	Edad	Profesión/estudios

2. Situación socioeconómica familiar:
(Señala con “X” la elección más adecuada, o contesta “SÍ” o “NO” o completa, según los ítems).

• Los ingresos económicos parecen:		
• Suficientes		
• Insuficientes		
• El nivel cultural es:	Madre	Padre
• Muy bajo (analfabetismo)		
• Bajo (estudios primarios)		
• Medio		
• Alto		
• ¿Realizan cambios frecuentes de residencia?		
• Otras observaciones		

Enlaces en Didáctica

3. Datos del entorno físico familiar:

(Señala con “X” la elección más adecuada, o contesta “SÍ” o “NO” o completa, según los ítems).

• La vivienda es:	
• Propia	
• Alquilada	
• Cedida	
• La vivienda tiene las siguientes características:	
• Condiciones de habitabilidad adecuadas	
• Condiciones de habitabilidad no adecuadas	
• El acceso responde a las necesidades de autonomía del niño	
• El acceso no responde a las necesidades de autonomía del niño (tiene dificultades de acceso)	
• La disposición interior facilita o permite el desplazamiento autónomo	
• La disposición interior dificulta el desplazamiento autónomo	
• Tiene espacio suficiente para que el niño disponga de un lugar exclusivo	

• Tiene espacio suficiente para todos los miembros que la habitan	
• Otras	
• El barrio tiene las siguientes características:	
• Tiene la población diseminada	
• Está en zona rural	
• Está en zona urbana	
• Tiene zonas donde el niño puede jugar e interactuar con otros niños	
• No tiene zonas donde el niño pueda jugar e interactuar con otros niños	
• Tiene servicios cercanos o medios de transporte adecuados para que el niño reciba atenciones complementarias	
• No existen servicios cercanos o medios de transporte adecuados para que el niño reciba atenciones complementarias	
• Otras	

4. Dinámica familiar general:
 (Señala con “X” la elección más adecuada o completa, según los ítems).

Enlaces en Didáctica

<ul style="list-style-type: none"> Indicar los problemas que se detectan en la vida familiar (alcoholismo, violencia, paro, etc.): 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las variables que determinan la relación padres-hijos?: 	Madre	Padre
<ul style="list-style-type: none"> Afecto-permisividad 		
<ul style="list-style-type: none"> Afecto-control 		
<ul style="list-style-type: none"> Hostilidad-control 		
<ul style="list-style-type: none"> Hostilidad-permisividad 		
<ul style="list-style-type: none"> La relación con sus hermanos es: 		
<ul style="list-style-type: none"> Equilibrada 		
<ul style="list-style-type: none"> Tensa 		
<ul style="list-style-type: none"> Distanciada 		
<ul style="list-style-type: none"> Celotípica 		
<ul style="list-style-type: none"> La relación con otros familiares es: 		
<ul style="list-style-type: none"> Equilibrada 		
<ul style="list-style-type: none"> Distante 		
<ul style="list-style-type: none"> Protectora 		
<ul style="list-style-type: none"> Autoritaria 		
<ul style="list-style-type: none"> Otras observaciones (variedad, tiempo y riqueza de la interacción, etc.) 		

5. Reacción de la familia ante la deficiencia:

(Señala con “X” la elección más adecuada, o contesta “SÍ” o “NO” o completa, según los ítems).

Negación	
• Se obstina en no ver la deficiencia del hijo	
• Atribuye las conductas no acordes con el desarrollo normal a falta de motivación, de atención, etc.	
• Busca compulsivamente soluciones por distintos medios, a pesar de estar informados de sus características y evaluación	
• Cree que las causas de los resultados negativos escolares que obtiene el niño son debidos a:	
• Su poco esfuerzo	
• La insuficiente preparación de sus profesores	
• La inadecuación de las tareas escolares	
• Insuficiente atención familiar	
• Otras	
• Manifiesta conductas de escasa protección (pueden estar ligadas a negación de la deficiencia):	
• Descuido hacia el niño (abandono de limpieza, de alimentación adecuada, etc.)	
• Dan al niño tareas excesivas para su capacidad	

<ul style="list-style-type: none">• Inexistencia de normas, horarios, etc. adecuados	
<ul style="list-style-type: none">• Otras	
Reacción de culpa	
<ul style="list-style-type: none">• Por atribuir la deficiencia a alguna de sus características personales	
<ul style="list-style-type: none">• Por descubrir en ellos mismos sentimientos de rechazo hacia su hijo	
<ul style="list-style-type: none">• Manifiesta conductas de excesiva protección (pueden estar ligadas a reacción de culpa):	
<ul style="list-style-type: none">• No permiten que el hijo realice aquellos actos para los que es competente	
<ul style="list-style-type: none">• Centran toda su atención en ese hijo y a veces se olvidan de la presencia de las otras personas del núcleo familiar	
<ul style="list-style-type: none">• Bajo nivel de exigencia	
<ul style="list-style-type: none">• Existencia de normas, horarios, etc., excesivamente rígidos	
<ul style="list-style-type: none">• Otras	
Superación positiva y aceptación de la deficiencia	
<ul style="list-style-type: none">• Admite la deficiencia como algo que aumenta las dificultades de la vida familiar pero no la destruye	
<ul style="list-style-type: none">• Asume la presencia de la diversidad	

<ul style="list-style-type: none">• Conoce las características de la deficiencia, sus distintos aspectos y los recursos adecuados para hacer frente a las necesidades que requiere	
<ul style="list-style-type: none">• Conoce la influencia de la deficiencia en el desarrollo y adecúa las expectativas a la realidad	
<ul style="list-style-type: none">• Piensa que las causas de los resultados positivos escolares que obtiene el niño son debidos a:	
<ul style="list-style-type: none">• El esfuerzo que realiza	
<ul style="list-style-type: none">• La preparación de sus profesores	
<ul style="list-style-type: none">• La adecuación de las tareas escolares	
<ul style="list-style-type: none">• La atención familiar adecuada	
<ul style="list-style-type: none">• Otras	
<ul style="list-style-type: none">• Manifiesta conductas de protección adecuada (pueden estar ligadas a superación positiva):	
<ul style="list-style-type: none">• Satisfacen las necesidades de forma similar al resto de los hermanos	
<ul style="list-style-type: none">• Se da oportunidad para adquirir autonomía	
<ul style="list-style-type: none">• Se asignan responsabilidades en casa	
<ul style="list-style-type: none">• Existencia de normas, horarios, etc., flexibles	
<ul style="list-style-type: none">• Otras	

6. Otras conductas familiares que facilitan o dificultan el proceso educativo del niño:
(Señala con “X” la elección más adecuada, o contesta “SÍ” o “NO” o completa, según los ítems).

Reacción ante los logros	
• Se comparan sus resultados con los de sus hermanos o amigos	
• No se han adoptado comportamientos de refuerzo	
• Se usan recompensas:	
• Primarias (golosinas, etc.)	
• Sociales (elogios, sonrisas, etc.)	
• De actividad	
• ¿Cuál es el tipo de recompensas, de las señaladas en el ítem anterior, que se usa con más frecuencia?	
• Otras	
Reacción ante la escuela	
• No se confía que el colegio vaya a dar una respuesta adecuada a la problemática del niño	
• No colabora con los profesionales del centro porque:	
• No tiene posibilidades ni disposición para colaborar con el centro	

<ul style="list-style-type: none">• No tiene posibilidades de colaborar con el centro, aunque sí buena disposición	
<ul style="list-style-type: none">• Tiene posibilidades pero no disposición para colaborar con el centro	
<ul style="list-style-type: none">• No asiste a las reuniones convocadas por el centro	
<ul style="list-style-type: none">• No asiste al centro sin ser convocado para intercambiar información	
<ul style="list-style-type: none">• Mantiene la expectativa de que el centro le va a ofrecer una respuesta educativa adecuada	
<ul style="list-style-type: none">• Colabora o está dispuesto a colaborar con los profesionales del centro	
<ul style="list-style-type: none">• Ha desarrollado un horario para llevar a cabo esta colaboración	
<ul style="list-style-type: none">• Asiste a las reuniones convocadas por el centro	
<ul style="list-style-type: none">• Asiste con regularidad al centro para intercambiar información sin ser convocado	
<ul style="list-style-type: none">• Otras	

Enlaces en Didáctica

7. Expectativas sobre las posibilidades educativas:
(Señala con “X” la elección más adecuada).

• Las expectativas de la familia sobre sus posibilidades educativas son:	
• Realistas	
• Excesivamente negativas	
• Excesivamente positivas	
• La familia piensa que podrá mejorar en aspectos de:	
• Autonomía y habilidades sociales	
• Terminar educación primaria	
• Cursar estudios profesionales y llegar a ser independiente	
• La familia piensa que no podrá mejorar en aspectos de:	
• Autonomía y habilidades sociales	
• Terminar educación primaria	
• Cursar estudios profesionales y llegar a ser independiente	