



5. La visita domiciliaria: una técnica vital para la intervención del médico familiar¹³

Ximena Giraldo González¹⁴

El presente artículo surge a partir de la reflexión sobre la importancia que tiene la técnica de la visita domiciliaria para la praxis en comunidad que adelanta el médico familiar. En este contexto, la visita domiciliaria comprende dos definiciones, por una parte, se entiende como una técnica de actuación profesional y, por otra parte, como un conjunto de actividades que aportan al desarrollo de diversas estrategias para el trabajo comunitario.

Es así como la visita domiciliaria cobra sentido para el médico familiar, puesto que se involucran facilitadores y obstaculizadores. Desde esta perspectiva, el médico familiar observa de primera mano la realidad de los diferentes grupos familiares inscritos en contextos diversos y cambiantes.

Para profundizar en el sentido que cobra la visita domiciliaria, resulta de vital importancia identificar aspectos clave de la técnica, tales

13 Quiero agradecer a la Doctora Alba Nidia Triana por pensar en mí y darme la oportunidad de escribir este artículo reflexivo. Igualmente reconocer en el marco de la gratitud y el aprecio a cinco estudiantes de la primera cohorte y a los grupos completos de la segunda y tercera cohorte de la Especialización en Medicina Familiar de la UPTC de Tunja, quienes me han inspirado para escribir estas líneas sobre la visita domiciliaria y el médico familiar.

14 Magister en Trabajo Social, con énfasis en familia y redes sociales. Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Educación y Orientación familiar y Trabajadora Social de la Fundación Universitaria Monserrate. Asistente académica de los Departamentos de Estudios Sociales y de Información de la Escuela de Humanidades y Estudios Sociales de la Universidad de la Salle. Colombia. xigiraldo@lasalle.edu.co xigiral@yahoo.es

como: antecedentes históricos, conceptos, ventajas, desventajas, características, el paso a paso, la ruta de acción, que le permitan al médico familiar tener un panorama amplio sobre la importancia de esta técnica como un pilar fundamental en el desarrollo del trabajo comunitario.

Orígenes de la visita domiciliaria

La visita domiciliaria nació junto a la cama del enfermo y desde su origen tuvo una connotación biopsicosocial. (Cubillos, 2017)

Desde la antigüedad se encuentran los primeros registros de lo que hoy se denomina la técnica de visita domiciliaria. Por ejemplo, en el Antiguo Egipto, el médico cobra un papel fundamental a la hora de tratar la enfermedad, a través del trabajo en el domicilio del paciente y es la familia quien acepta o no acepta su dictamen.

En el domicilio, después de revisar al enfermo, analizar la situación y consultar con los dioses, el médico, antes que emitir un diagnóstico, lo declaraba y la familia tenía que aceptar o rechazar lo que el médico declaraba: esta es una enfermedad que conozco y curaré, o esta es una enfermedad que conozco y no trataré; o bien, esta es una enfermedad que no conozco y no trataré”. Después de esto venía un proceso de negociación del cuidado. (Cubillos, 2007, p.1)

Según Cubillos (2007), estos son los primeros pasos de la medicina familiar que le apuesta a la semiología como estudio de los signos de la vida social y la asume como eje transversal en la relación del médico con las familias, en cuanto que:

La medicina de familia es narrativa y se debe auscultar para reconocer en ella los signos y manifestaciones de la vida familiar, que están presentes, no solo en el aspecto biológico sino también en lo psicológico, social y familiar. (Carrizosa, 2008, p.2)

De manera más reciente, se destacan los aportes a la visita domiciliaria, a través del trabajo que inicia desde 1896, en la ciudad de Londres,

la Charity Organization Society (COS). Su objetivo es trabajar con la población que presenta mayores necesidades sociales y económicas en el contexto barrial, para lo cual se involucra a los visitantes voluntarios o amistosos, quienes reciben una formación más profunda, a fin de que no se agote la relación en la inmediatez de la visita. Como señala G. Tonon (2005) al respecto:

La tarea de los visitantes voluntarios no siempre fue satisfactoria, dado que en ciertos casos se generaron problemas basados en el desconocimiento que estos podrían tener en las relaciones humanas y del buen trato a las personas. La COS decidió instruir un plan de formación mediante clases y conferencias para aquellas personas encargadas de desarrollar la citada tarea. (p. 50)

De manera más reciente, se encuentran las obras adelantadas por el sacerdote francés San Vicente de Paul, su opción por el servicio a los más pobres destaca la importancia de la visita domiciliaria como una técnica que ofrece un bien invaluable, que permite manifestar y reconocer la humanidad del otro.

Otro momento histórico para destacar en la implementación de la visita domiciliaria, se reconoce durante los años treinta y cuarenta del siglo pasado en Chile, a raíz de la situación de pobreza y miseria que vive un gran número de familias chilenas. Ante esta problemática, un grupo de mujeres profesionales en educación, salud y asistencia social, inician un trabajo en casa, teniendo en cuenta para su trabajo aspectos como: educación, higiene y epidemiología.

En la actualidad, en términos generales, la técnica de la visita domiciliaria se convierte en una herramienta vital para el médico familiar, no solo en términos de cuidado, entorno, necesidades, recursos y redes sociales, también en el mejoramiento de la dinámica familiar, la cual comprende la comunicación, las relaciones entre cada uno de los subsistemas (pareja, padres, madres y cuidadores, hijos, hermanos), los vínculos afectivos y las maneras de resolver los conflictos, enmarcados en un ciclo vital familiar.

En este orden de ideas y desde una perspectiva sistémica, se resalta la importancia del abordaje del grupo familiar por parte del médico familiar. En palabras de Lourdes (2003):

La familia como sistema, lo que implica explicarla como una unidad interactiva, como un “organismo vivo” compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. La familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento. (p. 1)

A partir de lo anteriormente expuesto, a continuación, se revisan los aportes de diferentes autores sobre el concepto de visita domiciliaria.

Algunas definiciones de la visita domiciliaria

Para Cubillos (2007) es importante hacer algunas distinciones sobre el concepto de visita domiciliaria, al afirmar que una cosa es hablar de la atención en domicilio y otra muy distinta es aquella que sigue un enfoque desde la epidemiología o sobre la visita con un componente integral. La tabla 2 describe algunas similitudes y diferencias de acuerdo con el objetivo de la visita domiciliaria.

Tabla 2

Descripción de la atención en domicilio, la visita epidemiológica y la visita domiciliaria integral

Atención en domicilio	Visita epidemiológica	Visita domiciliaria integral
<p>El profesional del equipo de salud ofrece a un miembro de la familia apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación.</p> <p>Su objetivo es el cuidado paliativo y el alivio del dolor. Actividad que se establece actualmente en la Atención Primaria en Salud.</p> <p>Se requiere de una evaluación previa y un plan de cuidado concertado previamente con el grupo familiar.</p>	<p>Se puede hacer en el domicilio del grupo familiar, aunque no es necesario.</p> <p>Requiere hacer una investigación epidemiológica del caso índice de una enfermedad que está bajo vigilancia.</p> <p>Los registros y formatos son distintos.</p>	<p>Es llevada a cabo por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio del grupo familiar.</p> <p>El profesional de salud establece interacciones con uno o más miembros de la familia, con el fin de establecer relaciones con el contexto.</p> <p>Para ello el equipo de salud centra su accionar en el fomento, protección, recuperación y rehabilitación del componente de salud.</p>

Nota. Tomada de Visita domiciliaria para actuar en salud familiar, Ximena Cubillos, 2007. Universidad de Concepción. VII Congreso Chileno de Medicina Familiar.

De hecho, los tres conceptos coinciden en el abordaje de la salud con base en la Atención Primaria en Salud, la participación del profesional de la salud y la mirada biopsicosocial, al enfocarse de manera especial en el ciclo vital de la persona y su grupo familiar. Por otra parte, estos conceptos varían en relación con los objetivos, las demandas del contexto, la experticia del profesional de la salud y los formatos o rúbricas para el registro y análisis de la información.

Ahora bien, existen otros conceptos que pueden alimentar esta reflexión de la importancia de la visita domiciliaria para el médico familiar, específicamente en el desarrollo que tiene esta técnica para la intervención de la profesión / disciplina del trabajo social.

Entre los autores estudiosos de las técnicas para el ejercicio del trabajo social, se destaca Ander-Egg (1995), quien ubica a la visita domiciliaria como aquella que se realiza en el domicilio de la persona o familia. Considera tres fines relevantes en la aplicación de esta técnica como son: investigación, tratamiento y asesoría:

Tiene como objetivo obtener, verificar y ampliar información en el domicilio, estudiar el ambiente social y familiar en el que está inserto el mismo, dar información a la familia sobre el estado de avance de la intervención, controlar la situación socio familiar, que indique el estado de avance, reforzamiento de directrices dadas en el proceso de tratamiento. (p. 333)

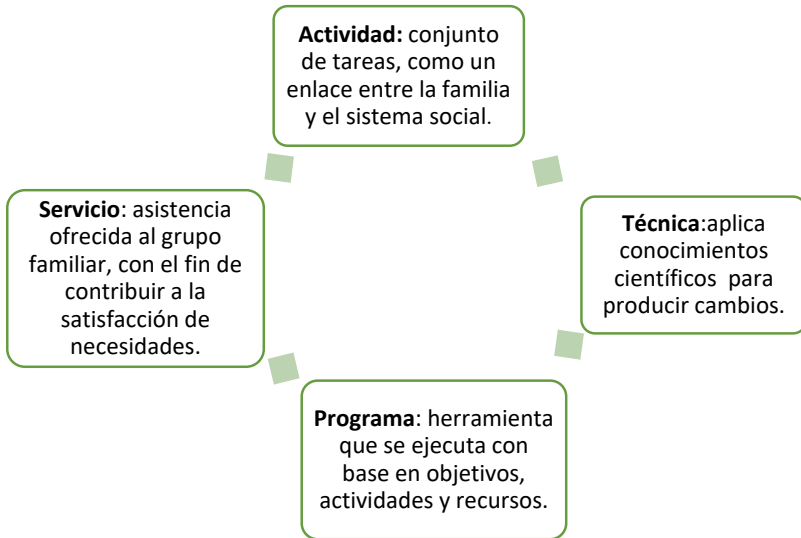
En esa misma línea coincide Tonon (2005) al ubicar la visita domiciliaria como una técnica de actuación profesional del trabajo social, resalta la participación de otras técnicas para lograr su desarrollo y la importancia del proceso dialogal y comunicativo por parte del profesional con el grupo familiar. Tonon la define como:

Técnica de actuación profesional del trabajo social, que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas: la observación y la entrevista, que facilita la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana. (p. 57)

Para Roca y Úbeda, citados por Tonon (2005) la visita domiciliaria se presenta como actividad, técnica, programa y servicio, de acuerdo con el estudio y el objetivo de intervención que se proponga como se describe en la figura 24.

Figura 24

La visita domiciliaria como actividad, servicio, técnica y programa



Nota. Tomada de Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social, Graciela Tonon, 2005.

A partir de estas aproximaciones conceptuales sobre la visita domiciliaria, se revisan algunas consideraciones básicas, ventajas y desventajas de esta técnica, que debe tener en cuenta el médico familiar para su trabajo comunitario.

Consideraciones básicas y momentos

Carrizosa (2008) describe una serie de consideraciones básicas a la hora de realizar una visita domiciliaria, estas van desde el acto de la visita, la observación y el contexto hasta la importancia de los espacios familiares y la experiencia del profesional que lleva a cabo dicha técnica. Estas son:

1. El acto de visitar: interacción no simétrica, es jerárquica. Tiene impacto en los visitados.
2. El contexto de la visita: observación, conocimiento y valoración. Profesional y grupo familiar son observados mutuamente.

3. Profesional como “extraño” observador: aumenta la tensión del grupo familiar.
4. Espacio familiar o espacio de intimidad: lealtad familiar frente a la presencia de extraños.
5. Entorno vital: perspectiva personal y profesional, para que el profesional ingrese al espacio de intimidad familiar.
6. Experiencia personal del profesional: reconocimiento y cuidado de sí y del otro.

De igual manera, las consideraciones básicas tienen que estar íntimamente relacionadas con la preparación de la visita domiciliaria. Esta preparación considera tres momentos para llevarla a cabo de forma procedimental y sistemática: planeación, realización de la visita, análisis y registro.

En el primer momento de planeamiento, se requiere clarificar el objetivo de la visita (teniendo en cuenta si es una visita inicial, de seguimiento o de cierre de caso). Igualmente, es importante organizar la información previa que se tenga del grupo familiar.

En el segundo momento, el cual consiste en la realización de la visita domiciliaria, es importante que el profesional tenga en cuenta aspectos como: conversación con la familia, observación del contexto, organización del espacio, estructura familiar y cuándo finaliza la visita.

En el último momento que corresponde al análisis y registro, el profesional recoge sus observaciones por escrito y elabora su concepto profesional en un informe social de acuerdo con los protocolos institucionales establecidos.

Asimismo, las consideraciones básicas y los momentos para realizar una visita le permiten al médico familiar tener un panorama sistémico y ecológico del grupo familiar, al conectar la información recogida y evidencias, experiencias, lecciones aprendidas y encuadres del diagnóstico y el tratamiento, que le asientan una ruta de acción de apoyo, acompañamiento y ayuda para el grupo familiar y sus respectivos integrantes.

De hecho, la visita domiciliaria como técnica que entrega servicios a la comunidad, es influenciada por distintas teorías que sustentan sus aportes al desarrollo humano integral, entre las cuales se destacan: teoría de la autoeficacia individual de Bandura y el modelo de desarrollo humano de Bronfenbrenner.

En relación con la teoría de la autoeficacia individual, hace especial énfasis en el rol primario del profesional que realiza la visita domiciliaria: “Como encargado de potenciar las capacidades de cada miembro de la familia, logrando en ellos altos niveles de confianza en su quehacer y promoviendo la importancia de su accionar en el logro de las metas propuestas” (Save The Children, 2014, p. 9).

La segunda teoría del modelo de desarrollo humano de Bronfenbrenner reconoce la importancia de los sistemas familiares y el contexto en la vida de cada una de las personas visitadas. Este modelo reconoce la influencia que la familia, los amigos y la comunidad tienen en la vida del individuo (Save The Children, 2014, p. 10).

Esta postura sistémica de Bronfenbrenner, que se fundamenta en la teoría ecológica, sostiene que la familia:

Es un microsistema interactivo que se encuentra en relación con otros microsistemas y a la vez está inmerso en sistemas más amplios. Esta teoría permite ubicar el estudio de la familia y los factores que influyen en la dinámica de la misma en un marco contextual sistémico. (Valdés, 2007, p. 18)

Ahora bien, la visita domiciliaria en el momento de su planeación, desarrollo y cierre puede traer consigo una serie de ventajas y desventajas que es importante validar bajo la mirada de la medicina familiar. Al respecto, Talero (2006), especialista en Medicina Familiar del Departamento de Medicina Preventiva de la Pontificia Universidad Javeriana, recoge algunas premisas de la visita domiciliaria como escenario de prevención (tabla 3).

Tabla 3
Ventajas y desventajas de la visita domiciliaria

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Permite reunir mejor información sobre el contexto familiar.• Facilita la evaluación de recursos de apoyo social.• Favorece la evaluación medio - ambiental.• Favorece una mejor valoración del riesgo.• Potencia la relación médico - paciente.• Favorece una prescripción más precisa y mejor orientada.• Mejora la adherencia a las recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none">• Requiere tiempos más prolongados para su realización.• Requiere infraestructura asistencial y administrativa específica.• Sus costos son más altos que los de la consulta ambulatoria en los servicios.• Hay poca estandarización de actividades.• Ausencia de incentivos económicos para el personal.• El personal de salud no tiene formación adecuada para la actividad.• Dispersión geográfica de los pacientes.

Nota. Tomada de La visita domiciliaria como escenario de prevención, Alba Talero, 2006, Pontificia Universidad Javeriana.

A través de estas aproximaciones conceptuales a la técnica de la visita domiciliaria, se evidencia cómo se convierte en una herramienta fundamental para la praxis comunitaria del médico familiar.

Lo anterior cobra sentido con los planteamientos de Giraldo et al. (2020) en relación con la fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural, donde:

La visita domiciliaria (VD) se considera en un medio para fomentar el cuidado y la educación para la salud y, de esta forma, fortalecer en las personas, familias y comunidades, la capacidad para avanzar hacia una salud más satisfactoria para ellas, según las oportunidades que tengan en sus contextos. (p. 100)

Una vez descrito un primer panorama general de la visita domiciliaria, es importante para el médico familiar en formación y profesional

ubicar la técnica en el Plan Integral de Cuidado Familiar de la Gobernación de Boyacá (2015).

La visita familiar en el Plan Integral de Cuidado Familiar de la Gobernación de Boyacá 2015

El plan ubica al grupo familiar no solamente a partir de una mirada biológica y consanguínea, es también un escenario propicio para el bienestar y acceso a diferentes oportunidades, aunque en muchos casos no sucede así debido a la situación socioeconómica de muchas familias en Colombia y específicamente en el departamento de Boyacá.

Por ello, el Plan Integral de Cuidado Familiar propone apreciar a las familias tanto desde sus debilidades, riesgos o carencias como desde las habilidades, fortalezas y competencias de cuidado.

Aquí es donde la atención en salud, a través de la visita familiar, se muestra como un espacio de oportunidad para el reconocimiento de necesidades y condiciones de vulnerabilidad, así como para la identificación de factores protectores y potenciadores que inciden en la construcción del cuidado del grupo familiar, “Es así como en la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar, la visita familiar se convierte en una oportunidad para la identificación de necesidades sociales en salud, que facilitan la planeación y el desarrollo de políticas públicas” (Gobernación de Boyacá, 2015, p. 2).

En este contexto, la visita familiar se convierte en la estrategia del Plan Integral de Cuidado Familiar, a través de una serie de actividades, objetivos y tareas de carácter social y sanitario, que se prestan en el domicilio del grupo familiar, con el fin de valorar las necesidades de salud, al favorecer y mejorar la calidad de vida de los integrantes del grupo familiar.

De esta forma, la visita familiar recae exclusivamente en el equipo de salud, por lo que la participación del médico familiar es vital por sus aportes tanto en la parte clínica como en el enfoque social, ya que

reconoce las demandas del contexto y su articulación e incidencia en el marco de la política pública.

A continuación, se presenta la ruta propuesta de la visita familiar (figura 25) contemplada en el Plan Integral de Cuidado Familiar, que tiene en cuenta aspectos como: propósitos, principios y criterios para formular compromisos de cuidado y cumplimiento de logros. Lo anteriormente expuesto permite al médico familiar:

- Tener una mayor confianza, seguridad y empatía en el momento de acercamiento al grupo familiar y su contexto.
- Lograr la participación del grupo familiar en el inicio, desarrollo y cierre de la visita domiciliaria.
- Identificar, analizar y comprender la dinámica familiar a través de la observación, introspección y reflexión de los espacios, estructuras, funcionamiento y vitalidades del grupo familiar.
- Establecer una relación interpersonal directa, la cual requiere de escucha activa, empatía y habilidades como el desarrollo de la observación y la entrevista familiar con preguntas que favorezcan la conversación y el diálogo (pedagogía de las preguntas reflexivas, circulares, lineales y estratégicas).
- Tener acceso al espacio cotidiano del grupo familiar, que le permite tener un panorama de necesidades, problemas y carencias, así como de la posibilidad de acompañar desde una orientación y relación de ayuda.
- De acuerdo con los tiempos, rutinas y espacios familiares, el médico familiar logra un acercamiento para verificar el cumplimiento de logros y objetivos y la posibilidad de palpar de primera mano la gestión del cambio al interior del grupo familiar.

Figura 25

Ruta de la visita familiar del Plan Integral de Cuidado Familiar



Nota. Adaptación de la Guía Plan Integral de Cuidado Familiar; Gobernación de Boyacá, 2015.

Ahora bien, ¿cómo se logra lo dicho anteriormente? Aquí el rol del equipo de salud, específicamente del médico familiar, cobra sentido en la medida en cómo establezca el contacto familiar y realice el consenso del cuidado. Por lo tanto, es de vital importancia ubicar los momentos de la visita domiciliaria para lo cual se acude a los aportes de Tonon (2005) que cobran relevancia para responder a esta pregunta (tabla 4):

Tabla 4

Momentos de la visita domiciliaria

Primera visita domiciliaria	Visitas domiciliarias siguientes	Visita domiciliaria final
Primer acercamiento. Conocer la situación de la persona y la familia. Lograr un clima de confianza. Facilitar la comunicación a través de preguntas abiertas. Facilitar el desarrollo de la expresión oral de ambas partes.	Trabajar en la modificación de la situación original. Reforzar la confianza en el vínculo establecido. Apoyar en el proceso de resolución de la situación problema. Acompañar a la familia y sus integrantes. Evitar que se reitere la situación problema.	Concluir la actuación profesional. Síntesis del proceso llevado a cabo. Posibilitar un contacto posterior. Devolución de información puntual. Refuerzo del proceso personal. Afrontamiento de situaciones futuras.

Nota. Adaptado de Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social, Graciela Tonon, 2005, editorial Espacio.

Como indica la tabla 4, estos momentos se pueden lograr, en la medida que exista un adecuado contacto con el grupo familiar y sus integrantes, a través del diálogo y consenso en el cuidado, tal como lo plantea el Plan Integral del Cuidado Familiar (Gobernación de Boyacá, 2015).

En cuanto a la preparación de la visita, el profesional de la salud está llamado a establecer los criterios de inclusión tales como: responsabilidades y conocimiento del equipo de salud en relación con la familia, sus integrantes y el contexto que los rodea y revisión de la carpeta donde se consigna toda la información de la familia (algunas herramientas como el genograma, APGAR, el ecomapa y la cartografía social son de gran utilidad).

En relación con el establecimiento del plan de acción, este debe ser dialogado con la familia. La planeación, el desarrollo y el cierre de la visita domiciliaria dependen de los tiempos establecidos y concertados entre el equipo de salud y el grupo familiar.

La visita familiar tiene como fin la co-construcción del plan de cuidado familiar, el cual para efectos prácticos queda desarrollado a través de un instrumento de planeamiento, registro y seguimiento de compromisos de corto, mediano y largo plazo, concertados entre la familia y el equipo de salud. (Gobernación de Boyacá, 2015, p. 16)

Luego de presentar toda la contextualización de la técnica de la visita domiciliaria como una herramienta clave para el trabajo comunitario del médico familiar, es importante escuchar las voces de los profesionales en formación de la Especialización en Medicina Familiar de la UPTC de Tunja en el aula de clase, específicamente en la asignatura de proyecto comunitario, con el módulo concerniente al modelo sistémico, ecológico, complejo, visita domiciliaria y la ficha social, como se viene registrando desde el 2019 hasta la fecha.

En el siguiente apartado, de acuerdo con una elaboración propia en el aula, fundamentada en el enfoque integral y de salud, se proponen tres preguntas a los médicos familiares en formación, sobre la realización de la visita domiciliaria. Estas preguntas son:

1. Como médico familiar, ¿cuáles son las fortalezas y aspectos por mejorar a la hora de llevar a cabo una visita domiciliaria?
2. ¿Cuál sería el listado de errores que se pueden cometer a la hora de llevar a cabo una visita domiciliaria? Incluya gustos y disgustos a la hora de ser visitado (es importante tener en cuenta que cuando se visita a una persona tanto el visitado como el visitante son impactados en el acto de visitar, en la relación observado-observador que en sistémica se denomina observación de segundo orden.
3. ¿Cuáles recomendaciones y reflexiones propondrían desde la medicina familiar para lograr efectos que potencien el acto de visitar?

A partir de las respuestas obtenidas, en la tabla 5 se sintetizan las fortalezas y aspectos a mejorar, de acuerdo con los planteamientos y expresiones de los estudiantes de la segunda y tercera cohorte de la Especialización en Medicina Familiar de la UPTC, en los periodos comprendidos entre 2019 y 2021.

Tabla 5

Fortalezas y aspectos para mejorar del médico familiar en la visita domiciliaria

Fortalezas que tiene como médico familiar a la hora de realizar una visita domiciliaria	Aspectos por mejorar, lo que le falta, algunas dudas o temores
Acercamiento emocional	Rígido en situaciones
Interés por aprender	Soberbio
Humanismo	Falta de tacto
Empatía	Necesidad de control sobre el paciente
Enfoque psicosocial	Falta de comunicación bidireccional
Adecuado trato con pares	Competencia
Interés por aprender	Reactividad verbal
Creatividad	Interpretación
Atención individualizada	Mejorar en la formulación de preguntas, temor o no ser aceptado en la visita, el manejo del lenguaje.
Calidez	Hablar rápido, lo cual puede dificultar el entendimiento del paciente con respecto a lo que les quiera transmitir.
Tolerancia	Temor de que se genere algún tipo de rechazo por parte de la familia durante mi consulta.
Honestidad	Incrementar el acercamiento con la comunidad, disposición a encontrar algo diferente y espíritu de paciencia y comprensión.
Ética profesional	Observador
La disposición, el no juzgar, el saber escuchar, el comprender y ser escuchado.	Humildad
Observador	El acercamiento para realizar la integralidad de manejo médico, la facilidad para intervenir desde el paciente incluyendo a su familia.
Humildad	Psicorrígido/dogmático
El acercamiento para realizar la integralidad de manejo médico, la facilidad para intervenir desde el paciente incluyendo a su familia.	Desconocimiento sobre cómo abordar situaciones de estrés o conflicto durante la visita familiar.
Respeto	Conocer más sobre el manejo de lenguaje corporal.
Prudencia	Dificultad para la comprensión de los sentimientos de otras personas.
Facilidad para entablar una conversación	Timidez
Actitud tranquila	Temor ante reacción negativa por parte de las personas que se visitan.
	Trabajar en el diseño de pedagogías para la salud.

Respecto de la descripción de fortalezas, unas corresponden a la esfera personal en relación con la responsabilidad, el respeto, la ética, la honestidad, la prudencia, la calidez y la tolerancia. Otras, aluden al desarrollo profesional desde la experiencia y lecciones aprendidas tales como: integración médico-paciente, empatía, disposición, observación, atención e interés por aprender.

Estas fortalezas donde se reconocen aspectos personales y profesionales permiten trascender el proceso pedagógico y didáctico, como docente no puedo enseñar a otros a realizar una visita domiciliaria, si primero no escucho su voz en el marco de sus fortalezas y lo que debe potenciar cada uno de los estudiantes, al respecto Ceberio (2006), en su libro *La buena comunicación*, exalta que: “Toda conducta es comunicación y como tal se desarrolla en el ámbito de las relaciones. Es decir, todo comportamiento, palabra, gesto, acción, que tiene lugar en un contexto es comunicación. Por tal razón es imposible no comunicarse (p. 30).

Por lo tanto, cobra sentido continuar en la escucha de las narrativas de los profesionales en formación en Medicina Familiar para indagar sobre estos aspectos personales y profesionales en el marco de sentido de la visita domiciliaria.

Al respecto, un estudiante de Medicina Familiar (2020) de la segunda cohorte expresa que encuentra una “gran capacidad de empatía en las diferentes situaciones sociales”). Otro estudiante (2021) afirma: “como he realizado visitas, me he dado cuenta de que debo conocer primero a la comunidad un poco más antes de abordarla”.

En cuanto a las debilidades, la mayoría de los estudiantes se enfocan en la falta de entrenamiento en cuanto a temas relacionados con el manejo de situaciones de crisis referidas al ciclo vital, comunicación verbal y no verbal, inicio, desarrollo y finalización de la entrevista familiar, elaboración de preguntas y acercamiento a la comunidad. Por ejemplo, en algunas narrativas de dos estudiantes se expresa la” falta de comunicación en técnicas de entrevista y preguntas acertadas en visitas domiciliares” (Estudiante segunda cohorte, 2020). Además, “en ocasiones utilizo lenguaje en el que no me logro hacer entender de la comunidad, ya que sin querer es demasiado técnico” (Estudiante Tercera cohorte, 2021).

Una vez se abordan las fortalezas y debilidades, es de vital importancia identificar los errores que se pueden cometer a la hora de realizar una visita, así como los gustos y disgustos cuando el médico familiar en formación visita o ha sido visitado. En la tabla 6 se presenta una síntesis de los aspectos referidos por los estudiantes.

Tabla 6

Síntesis de listados de errores, aspectos que gustan y disgustan a estudiantes de la Especialización de Medicina Familiar durante la visita domiciliaria

Listado de errores	Aspectos que le gustan a la hora que lo visitan (personal, profesional, familiar)	Aspectos que les disgustan a la hora de que lo visiten (personal, profesional y familiar)
<ul style="list-style-type: none"> - No saludar. - Determinar de forma unilateral los objetivos y el orden de la sesión. - No permitir el diálogo familiar. - Mal uso del lenguaje corporal. - Tener actitud negativa o imagen de que la familia es disfuncional. - Tener prisa por realizar la sesión. - No demostrar interés en la situación familiar. - No incluir a todos los miembros de la familia. - No generar confianza. - Juzgar al paciente. - Hablar sobre temas álgidos en la familia sin antes haber establecido una buena relación médico paciente. - Hablar demasiado limitando la participación del paciente. - Criticar actitudes o condiciones en las que viven. - No planear un orden para el desarrollo de la visita. - Centrarse en un único tema o solamente en aspectos negativos. - Decidir los compromisos sin aprobación por parte del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo amable. - Conversación inclusiva para todos. Interés por el tema de conversación para todas las partes. - Relación cordial - Que se escuchen las experiencias o puntos de vista de todos los participantes, sin interrupciones. - Muestras de respeto y cordialidad, en el saludo, la presentación y la explicación del motivo de la visita, así como en el transcurso de esta y su cierre. - Sentir que escuchan y se interesan por ayudar a resolver alguna dificultad. - Comprensión y amabilidad. - Que sea planeada y concertada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestos que indiquen prisa o inconformidad. - Falta de interés por la conversación. - Conversación sobre temas que excluyen a parte de los participantes. - Uso de palabras ofensivas - Que hablen mal o den quejas de otras personas - Que critiquen las cosas de la casa. Que sean inoportunos o imprudentes con los comentarios. - Actitud despectiva o de desagrado. - Incomodidad o afán. - La no programación de la visita. - Que hablen en exceso y no se permita la participación. - Que den instrucciones sin considerar las condiciones en las que se encuentra la persona. - Que comuniquen solo aspectos negativos.

En la misma línea de las fortalezas y aspectos por mejorar aparecen otros elementos indispensables a la hora de visitar o ser visitado que citan algunos estudiantes de la segunda y tercera cohorte. Estos elementos están relacionados con:

1. La planeación, el desarrollo y la finalización de la visita domiciliaria.
2. La concertación de objetivos de la visita domiciliaria (médico familiar/grupo familiar).
3. Habilidades sociales y comunicativas.
4. Observar a la familia desde la disfuncionalidad, causa / efecto y no desde una visión, sistémica, holística, ecológica e integral.
5. Tiempo de la familia distinto al del médico familiar.
6. Reconocimiento de la experiencia del grupo familiar (dinámica familiar y ciclo de vital de la persona, la pareja y la familia).
7. Actitud exenta de juicios y aplicación del principio de autodeterminación (toma de decisiones de cada uno de los integrantes del grupo familiar).
8. Manejo del lenguaje verbal y no verbal.
9. Manejo adecuado de los espacios y el tiempo del grupo familiar.
10. Uso de lenguaje muy técnico e instruccional que no lleve a la conversación o narrativa con el grupo familiar.

Finalmente, en el marco de escuchar la voz de los estudiantes en formación de Medicina Familiar, es relevante tener en cuenta algunas reflexiones con el fin de generar impacto en el acto de visitar al grupo familiar. Estas reflexiones se enuncian en la figura 26.

Figura 26

Principales reflexiones sobre el médico familiar y la visita domiciliaria



Conclusiones

- La visita domiciliaria es una técnica vital para la praxis del médico familiar, en diversos contextos y grupos poblacionales.
- Es una herramienta clave para el médico familiar en la planeación, ejecución y evaluación del proyecto comunitario.
- La visita domiciliaria ofrece al médico familiar la oportunidad de realizar procesos de intervención e investigación en comunidad, acompañado de otras técnicas tales como la entrevista familiar y la observación (participante / no participante).
- Favorece el acompañamiento que realiza el médico familiar al grupo familiar, en términos de la identificación, reflexión y análisis de la dinámica familiar, estructura familiar, ciclo vital, vínculos afectivos, relaciones, comunicación resolución de conflictos y habilidades de negociación.
- La visita domiciliaria es una oportunidad para el médico familiar en términos de necesidades, carencias, vulnerabilidad y riesgo, así como en la posibilidad de trabajar factores protectores, recursos, redes sociales de apoyo, capacidades, destrezas, habilidades y potenciadores del grupo familiar y sus integrantes.

- La concepción contemporánea de la visita domiciliaria surge entre las profesiones relacionadas con la salud y se desarrolla en aquellas profesiones cobijadas en las ciencias sociales, específicamente en el Trabajo Social, lo cual conlleva a un trabajo en equipo interdisciplinar, dialógico y colectivo entre diversas disciplinas.
- La visita domiciliaria es un escenario propicio para el médico familiar, en términos de superar una visión clínica, asistencial, de diagnóstico y tratamiento que le permite ampliar el mundo familiar, entendido este como las trayectorias de vida, las costumbres, las normas, los límites, las reglas, las identidades, las diversidades, los encuentros y los desencuentros donde “la casa es más que muros”.
- La visita domiciliaria es una técnica que privilegia la oportunidad de un encuentro conversacional, donde lo verbal y no verbal cobran relevancia, por un lado, para el cumplimiento del objetivo de la visita y por el otro, para trascender el acompañamiento, es decir, ir más allá de lo que se ve a simple vista.
- La visita domiciliaria es un arte, por lo cual requiere entrenamiento permanente y sistemático por parte del médico familiar en: escucha activa, ayuda, apoyo, asertividad, empatía, pedagogía de la pregunta, resolución de conflictos, habilidades de negociación, orientación familiar, terapia familiar, manejo de emociones y estilos comunicativos.
- La visita domiciliaria es una estrategia en salud, que le permite al médico familiar ubicado en contextos diversos, dinámicos y cambiantes, generar acciones que conduzcan al fortalecimiento de la educación, prevención y promoción.
- La visita domiciliaria, desde un enfoque sistémico y ecológico, favorece en el médico familiar una visión integral y holística del grupo familiar, teniendo en cuenta las demandas del contexto y el desarrollo humano de cada uno de sus integrantes.
- Cada grupo familiar tiene sus propios espacios, tiempos y momentos, los que los hace ser diferentes a los demás, por lo cual es de vital importancia que el médico familiar comprenda que, a la hora de llevar a cabo una visita domiciliaria, ya sea de inicio, seguimien-

to o cierre, estos temas están presentes en los diferentes acuerdos y disensos que se puedan presentar.

Referencias

- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Editorial Plazas & Janes.
- Carrizosa, P., (2008). *Reflexiones en torno a la visita domiciliaria*. Bogotá Colombia. Fundación Universitaria Monserrate.
- Ceberio, M. (2006). *La buena comunicación, las posibilidades de la interacción humana*. Paidós.
- Cubillos, X., (2007). *Visita domiciliaria para actuar en salud familiar*. Universidad de Concepción. VII Congreso Chileno de Medicina Familiar.
- Giraldo, A., Betancourt, D., Orozco, L., y Mejía, A. (2020). Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 99-111.
- Gobernación de Boyacá (2015) *Guía Plan Integral de Cuidado Familiar*. Gobernación de Boyacá,
- Lourdes, L. (2003). *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México.
- Save The Children, (2014) *Manual de visitas domiciliarias, mirando y acompañando con afecto*. Publimagen ABC.
- Talero, A., (2006). *La visita domiciliaria como escenario de prevención*. Departamento de Medicina Preventiva. Pontificia Universidad Javeriana.
- Tonon, G., (2005) *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*. Editorial Espacio.
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo, intervenciones en terapia familiar*. Manual Moderno.

Figura 27

Paciente masculino en consulta por medicina familiar en la ESE Motavita



Nota. Fotografía, equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá), 2021.

Figura 28

Residente de Medicina Familiar de la UPTC hace entrega de Plan integral de cuidado familiar a un miembro de la familia durante visita en domicilio en la vereda, El Quite del municipio de Samacá (Boyacá), 2021



Nota. Fotografía, equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario vereda del Quite del municipio de Samacá (Boyacá), 2021.