

La visita domiciliar familiar: estrategia educativa en salud de niños y sus familias


A visita domiciliar familiar: estratégia educativa em saúde de crianças e suas famílias (resumo: p. 14)

The family home visit: educational strategy in health of children and their families (abstract: p. 14)

Liliana Adela Zuliani Arango^(a)

<liliana.zuliani@udea.edu.co> 

Gustavo Alfredo Ariza Marriaga^(b)

<gustavo.ariza@udea.edu.co> 

Margarita María Gómez Gómez^(c)

<margaritam.gomez@udea.edu.co> 

^(a, b, c) Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Carrera 51 D No. 62-29 Aula 325. Medellín, Antioquia, Colombia.

La estrategia didáctica de la visita domiciliar familiar se incluyó, desde el año 2001, en el curso Niñez I, ofrecido por la Sección de Pediatría Social, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Este estudio indagó por el significado que, las familias participantes del programa, dan a sus interacciones con docentes y estudiantes que asisten a la visita. Estudio cualitativo con enfoque desde el interaccionismo simbólico, llevado a cabo entre 2017 y 2019. Emergieron tres categorías: 1) emociones de la familia al momento del anuncio de visita; 2) relaciona los significados de la visita, y 3) aprendizajes que la familia cree adquieren los estudiantes. Las familias expresaron satisfacción por interactuar con este equipo de salud en su propio espacio y manifestaron que interactuar les ayuda a constituirse en protagonistas de la crianza y en el acompañamiento del proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Visita domiciliar. Educación médica. Medicina familiar. Crianza del niño. Apoyo social.



Introducción

Más allá de la institucionalidad, la atención del proceso salud-enfermedad es un asunto que implica el apoyo a las comunidades y rescatar los procesos sociales, el sentido cultural y los derechos de las personas. El campo disciplinar de la salud colectiva entiende la salud como un derecho que necesita de las acciones sociales para que este se pueda dar¹ y, en este sentido, introduce tanto la noción del sujeto como el sentido que este sujeto da a la acción, en su condición de actor social protagonista que se involucra por voluntad, con sentimientos y deseos de realizar y producir la transformación en su salud. Con estas acciones, los sujetos se van transformando y representan mediante ellas una fuerza con presencia y permanencia en el conjunto social.

Al hablar de la salud de los colectivos, Edmundo Granda reclama la integración del pensamiento social al saber y al acto médico². En consonancia con este postulado, la pediatría social ve la salud de la población infantil desde su realidad, en su contexto, dentro de su familia, entendiendo al sujeto como un actor dentro de una comunidad íntima que puede favorecer su desarrollo y alcanzar sus metas, o entorpecerlo.

El niño, ese ser humano con habilidades y capacidad de relacionarse con el medio y de conocerlo, y es en la familia, espacio donde construye su identidad personal y social *única*³, en la literatura aparece reseñado que el acompañamiento que se hace a las familias les permite a estas identificar las situaciones que protegen o amenazan el desarrollo y la salud de cada uno de sus miembros^{4,5}.

Charry y Calvillo mencionan que las acciones y mediaciones que hacen los sujetos sociales para transformar su realidad se da en un intercambio con el otro, “que no pueden ser pensadas sin la voluntad de los actores, ni las transformaciones realizadas como simple resultado de la acción independiente de la voluntad”⁶ (p. 2). Así pues, la interacción activa de la familia con los profesionales que la acompañan, y los conocimientos adquiridos, se convierten en herramientas para la comprensión de su condición y las transformaciones que consideren necesarias.

Se consultaron diferentes bases de datos (OVID, OPAC, SCIELO, EBRARY, PUDMED, entre otras) y con varias combinaciones de términos MESH (*housecall, home visit, home nursing, diagnosis and children; significados de la visita, familias y el médico*), que no arrojaron resultados sobre la construcción de significados que hacen las familias participantes de la estrategia de la visita domiciliar. Sin embargo, en estas bases se pudo identificar el significado que construyen los profesionales que usan este tipo de estrategia y la importancia de esta visita en el acompañamiento a ciertas enfermedades o condiciones.

Un estudio sobre la prevención del maltrato infantil en el Estado de Hawái⁷, que ha impulsado la aplicación de las visitas domiciliarias, utilizó un modelo de asistente de maestros que visitaban los hogares para orientar a las familias en el riesgo del abuso infantil y la negligencia. El programa produjo resultados prometedores: ninguna de las familias del programa tenía justificados Servicios de Protección Infantil (CPS) de los casos de abuso físico, y sólo cuatro informes de abandono fueron documentados en el programa piloto de tres años que atendió a 1.693 familias. Las familias del programa también experimentaron una disminución en el estrés familiar, medida por un pre y postest de estrés familiar⁷.



Otro estudio cualitativo en Brasil⁸, en el que participaron siete estudiantes del primero al cuarto año de medicina, realizaron visitas domiciliarias, en compañía de sus profesores, a niños portadores de enfermedades crónicas (parálisis cerebral, malformaciones congénitas, síndromes convulsivos graves, asma de difícil control, enfermedades neurodegenerativas y secuelas de tumores) y relataron que la presencia sola del médico, independientemente de utilizar o no medicamentos, provoca efectos benéficos en la salud de los pacientes y también en la dinámica familiar. Además, ellos manifestaron haber participado de la agradable sensación de la promoción de una mejoría en la situación de los pacientes y sus respectivas familias.

La Sección de Pediatría Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia implementa desde el 2001 la visita domiciliar a familias con niños en riesgo en el desarrollo. Su objetivo es que los estudiantes comprendan el proceso salud-enfermedad con la mirada ofrecida por el paradigma biopsicosocial, haciendo énfasis en la interrelación con el ambiente, desde lo individual y colectivo, y que propugnen porque sepan establecer una relación médico-paciente terapéutica como el objetivo deseable y, de modo esencial, en circunstancias en las que la técnica sea incapaz de ofrecer otras soluciones.

En el 2011, un grupo de docentes indagó entre profesores y estudiantes acerca de la importancia de la visita domiciliar familiar como estrategia didáctica para la formación integral de los estudiantes del curso Niñez I del pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia. El estudio evidenció la importancia de salir de los hospitales y de las instituciones prestadoras de servicios de salud para pisar las calles y las casas de los niños, donde el estudiante encuentra un marco idóneo para percibir de manera directa la dinámica familiar, las carencias, los conflictos, las necesidades, las prácticas de crianza, los recursos y las potencialidades, además de confrontar realidades y comprender las situaciones y circunstancias de cada caso⁵.

Así pues, la visita domiciliar familiar, previamente planeada por el estudiante con el acompañamiento del docente, permite recoger, corroborar y ampliar información para definir rutas y acciones que contribuyan al proceso de crecimiento y desarrollo del niño y la familia que viene consultando⁹. En este contexto, el agente de salud en formación vivencia la participación de la familia y la comunidad actuando de manera conjunta y coordinada con la atención especializada y los servicios sociales.

El presente artículo recoge el sentir y los significados que las familias con niños en riesgo en el desarrollo tienen sobre la visita domiciliar que realizan docentes y estudiantes del curso Niñez I.

Materiales y métodos

Esta investigación reconoció el significado que las familias participantes en el programa Riesgo en el Desarrollo, del curso de Niñez I, le atribuyen a las interacciones con docentes y estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Antioquia, antes, durante y después de la visita domiciliar familiar. Se optó por un diseño cualitativo con enfoque desde el interaccionismo simbólico, cuyo tema de estudio justamente es comprender la influencia de los significados y de los símbolos sobre la acción y la interacción humana¹⁰.

Las premisas del interaccionismo simbólico acuñadas por Blumer¹¹ son: 1) los seres humanos actúan hacia las cosas sobre la base de los significados que estas tienen para ellos; 2) el significado de tales cosas se deriva, o surge, de la interacción social que uno tiene con los demás, y 3) Estos significados se manejan y modifican por medio de un proceso de interpretación que utilizan las personas al tratar con las cosas que encuentran. El uso de este enfoque permitió reconocer cómo las participantes ven y comprenden la interacción con docentes y estudiantes dentro esta práctica académica.

Para la selección de la muestra se recurrió a la base de datos de pacientes del programa a quienes se les llamó telefónicamente y se les preguntó si estaban dispuestos a participar en la investigación. Una vez aceptaron su participación, y previa firma del consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Antioquia (acta F-CBI-012 de mayo de 2016), se procedió con 11 entrevistas a profundidad, que tuvieron una duración entre cuarenta y sesenta minutos; dos grupos focales de cinco participantes, cada uno con una duración de hora y media, con un total de 21 participantes y 11 observaciones participantes al momento de realizar las visitas domiciliarias. Con esto se logró la saturación teórica de las categorías.

Algunas de las características de los participantes (17 mujeres y 4 hombres) son: filiaciones: dos abuelas, una madrastra, 14 madres y cuatro padres de familia; edades de los participantes: entre los 23 y 52 años de edad; nivel de estudio: dos con primaria incompleta, dos con primaria completa, dos con bachillerato incompleto, ocho con bachillerato completo, seis con estudios técnicos y uno con tecnología; las ocupaciones: 14 amas de casa, dos con trabajo en confecciones, dos empleados en oficios varios, un conductor y un en auxiliar de ventas.

El procesamiento de los datos se inició con el análisis de las respuestas dadas por los participantes, en donde se identificaron frases con sentido que fueron editadas. Seguidamente, y tras la relectura de cada una de estas frases, se clasificaron de acuerdo con el contenido hasta llegar a las categorías que permitieron explicar el significado que estas familias le atribuyen a la visita domiciliar dentro del programa de riesgo en el desarrollo.

Interesarse en la subjetividad del ser humano implica entender las redes de significaciones que se tejen en sus interacciones, pues, como lo acuñó el antropólogo Clifford Geertz, la cultura es un concepto esencialmente semiótico¹². En consecuencia, desentramar esta red de significaciones se traduce en entender realmente la forma de pensar, ser, relacionarse y abstraer el mundo de un grupo social, desde una visión que asume al ser humano como un animal inserto en tramas de significación, tal como lo planteó Weber¹³.

Tras el análisis, y para ampliar el sentido de la información recolectada, se hizo una nueva convocatoria a todas las familias participantes en el programa para socializar los resultados obtenidos hasta el momento, actividad que permitió la realización de dos grupos focales con cinco familias cada uno, además de permitir la triangulación de los datos.

Al incorporar los datos de los grupos focales al análisis que se traía, se consolidan tres categorías sobre los significados que las familias dan a las interacciones con los docentes y estudiantes en la visita domiciliar (figura 1). La primera relacionada con las emociones que siente al saber de la visita; otra, los significados que las familias le

atribuyen a la interacción en la visita domiciliar, y, finalmente, la categoría que da cuenta de los aprendizajes que tiene la familia y los que ellas creen tienen los médicos en formación. Estas tres categorías constituyen el fundamento de este artículo.

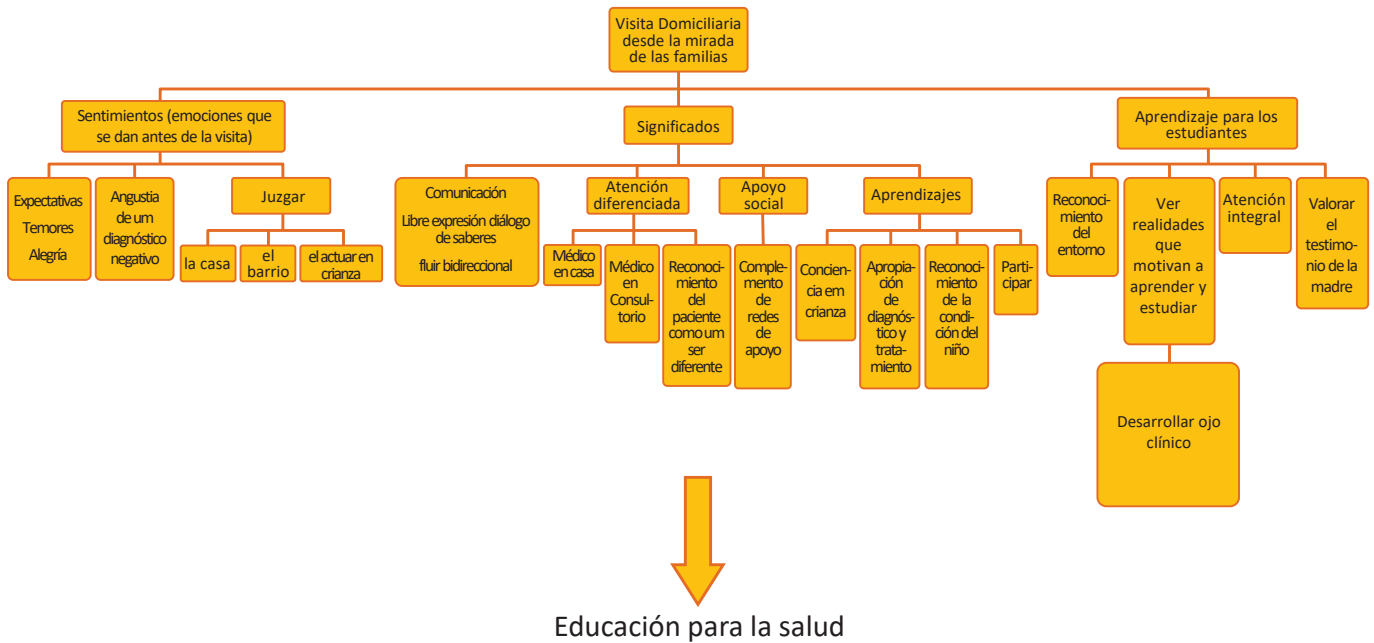


Figura 1. Significado de la visita domiciliar para las familias

Fuente: Zuliani Arango LA, Ariza Marriaga GA, Gómez Gómez MM. Significado de la visita domiciliar para las familias. 2019

Resultados

Este apartado presenta el análisis de las voces de las mujeres, solas o con sus parejas, que aceptaron recibir la visita domiciliar, visita que para ellas fue una experiencia significativa, donde sintieron emociones encontradas; construyeron significados de la visita domiciliar, y reconocieron en esta experiencia un espacio de formación para los estudiantes.

El anuncio de la visita genera sentimientos encontrados

Cuando a una familia se le habla sobre realizar una visita domiciliar por personal de la salud, dice sentirse o privilegiados o avergonzados por sus condiciones económicas, o asustadas, pues podrían encontrar más gravedad en la situación de salud del niño. Sin embargo las llena de expectativas pues saben que esta visita puede significar aprendizaje.

Las participantes expresaron que se sintieron privilegiadas al saber que recibirían asesoría en la propia casa y alegres de saber que al entender las condiciones del niño y de las familias, podrían llevar a comprender mejor las condiciones generales de ellos.



[...] cuando ustedes dijeron de la visita yo sentí como esa alegría, nos van a asesorar, se preocupan por mí, por mi familia, por lo que yo haga en ella. Me gustó mucho en esa parte. LMHCAM (E2P1)

Otras participantes señalan que para aceptar la visita tuvieron que vencer su timidez y el miedo a ser juzgadas por las condiciones de la casa, y el estar ubicados en barrios lejanos y poco seguros, pero sabían que la visita les daría la posibilidad de recibir los aportes y aprender cosas que ellos no saben y las manejan desde la intuición, y que pueden ser susceptibles de mejorar para que los niños logren sus propios niveles de desarrollo.

Uno piensa que le van a mirar a uno la casa, ¡claro que el doctor dijo que eso no lo iban a ir a mirar!, pero uno sí piensa que le van a mirar la casa a ver qué tal es [...] mi barrio es bullicioso, a veces hay peleas y gente vulgar. LAFAM (E4P3)

Finalmente, otra de las emociones manifestadas por las madres participantes ante la visita fue la angustia de que les hicieran una mala evaluación a sus prácticas de crianza o que empeorara el diagnóstico.

Tenía mucha angustia del diagnóstico y esperaba aprender demasiado. AGBM (E16P3)

Significados atribuidos a la visita domiciliaria

En la construcción de los significados atribuidos a la visita domiciliaria, los participantes resaltaron que la escucha y las estrategias del respeto por el otro y el diálogo de saberes que los docentes y los estudiantes mantuvieron en el momento de la actividad fueron esenciales para mejorar la relación médico-paciente y hacer educación para la salud. Concluyeron que la visita domiciliaria significó una atención diferenciada, apoyo social y adquisición de conocimientos.

Los participantes señalaron que la diferencia entre la atención domiciliaria y la consulta en los centros asistenciales está en la estrategia del diálogo de saberes que se implementan en los encuentros que se dan entre los docentes, los estudiantes y las familias que se contactan y participan del programa de niños con riesgo en el desarrollo.

En la consulta, el médico es un profesional distante, con limitación de tiempo y miran y revisan al niño centrados en el síntoma, en el malestar, sin interés en lo que pasa con el niño en la casa y con su familia, por lo tanto muchas veces sus comentarios y apreciaciones son desmoralizantes; además no creen o no valoran lo dicho por la madre, impidiendo la construcción de confianza.

[...] ¡La diferencia es mucha! Cuando uno va al consultorio uno muchas veces sale es desmoralizado, porque uno ve incluso médicos groseros. SOPM (E1P4)



El médico me debe conocer y conocer a mi familia para yo sentirme más cómoda con él. BEGTF (E6P2)

Los participantes en el estudio perciben que con la visita domiciliar el médico logra el reconocimiento del paciente en su entorno, lo que facilita una mejor comunicación.

Fue agradable que conozcan el entorno del niño para hacer mejor diagnóstico [...] En la visita recibo apoyo para que mi hijo y yo tengamos claridad en el diagnóstico y el plan de intervención sea acorde con la realidad nuestra. AOBM (E15P4)

Las entrevistadas reconocen la amabilidad, el respeto, el comportamiento ético y la responsabilidad con que docentes y estudiantes de medicina tratan a las familias y sus niños durante la visita domiciliar, lo que les permite romper el hielo y ser más receptivas a las explicaciones y al aprendizaje en la salud de sus hijos.

En la casa le explican a uno cosas que no había entendido, y me dieron instrucciones claras sobre lo que tenía que hacer, y también herramientas para entender la ruta de atención que puede apoyarme en el cuidado de la niña. PZPM (E3P5)

Los participantes percibieron a los docentes y a los estudiantes como personas muy profesionales en su ejercicio; sencillos, amables, con capacidad de escucha y de ofrecer respuestas a las preguntas e inquietudes sobre la atención de los niños y niñas; información que les dio tranquilidad y seguridad para el acompañamiento.

Como estrategia de apoyo social, la visita domiciliar es un espacio que les permite identificar instituciones para complementar la atención integral que necesita el niño y recibir orientación acerca del cumplimiento de los derechos de los hijos, vulnerados constantemente y que por desconocimiento no saben cómo hacerlos cumplir, y donde tendrán la posibilidad de conocer otros padres que tal vez viven la misma situación que ellos.

Los participantes en el estudio señalan que obtuvieron aprendizajes que van desde haber adquirido conciencia sobre la importancia de ocuparse de la crianza de sus hijos, hasta un conocimiento real de la condición del niño o la niña, su posible diagnóstico, tratamiento y la importancia de una información real y completa sobre la condición del niño en la parte familiar, social y cultural, y la importancia que tiene el que toda la familia participe del acompañamiento del niño en su crianza y crecimiento y desarrollo.

Con la visita empecé a aceptar al niño como es; entiendo su diagnóstico y aprendo sobre la condición. Aprendí que tengo que trabajar en la crianza del niño en familia. ECET (E11P3)



Percepción sobre los aprendizajes adquiridos por los estudiantes

Los participantes manifiestan que la visita domiciliaria no solo los benefició a ellos sino que contribuyó a que los estudiantes aprendieran sobre el contexto y conocieran entornos que nunca habían visto, pues al visitarlos pueden valorar más a esa madre, al niño y a la situación que están viviendo.

Los estudiantes aprenden a ver la realidad de la vida, a conocer los entornos donde viven las familias, a conocer las dificultades que se viven a diario, a evidenciar las diferencias entre los barrios de la ciudad [...] a ir a lo real, lo que realmente se está haciendo con el niño, en qué condiciones vive. EARTSF (E8P4)

Las participantes creen que al acercarse a la familia, el estudiante se compromete a estudiar y aprender para ser más responsable de ese sujeto que ha puesto la confianza en él, además de humanizar su mirada al valorar al otro como sujeto válido de conocimiento y reconocer su saber.

En una visita domiciliaria los estudiantes aprenden más la profesión, y se ven en ellos esa personalidad, el carisma, el deseo de aprender, mirar e investigar, y se muestran muy interesados en el paciente, a quien tratan con amabilidad. DMHAM (E5P3)

Finalmente, las familias creen que la visita domiciliaria contribuye a desarrollar el ojo clínico, a que sean perspicaces, más agudos y certeros, haciendo diagnósticos más reales y acordes con la realidad del niño y su familia.

Discusión

El enfoque metodológico empleado en este estudio tiene entre sus premisas que construimos significados en la interacción con los otros. Esto se evidencia en este trabajo cuando encontramos que las familias ven en la visita domiciliaria un espacio que les permite entender las condiciones del niño y saber cómo será el acompañamiento terapéutico, además de conocer sobre respuestas sociales que los puedan apoyar y que a los estudiantes les provee conocimiento acerca de las condiciones y ambientes que rodean el crecimiento y desarrollo de los niños para la definición de diagnósticos y tratamientos.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de la investigación “La familia, determinante social de la salud integral”⁵ (p. 43-4), que encontró que la visita domiciliaria es una estrategia didáctica para la formación integral del profesional de la salud, donde los participantes fueron los estudiantes y reconocieron que esta visita es un espacio de conocer y de hacer diagnósticos integrales y de ver las realidades de las familias y sus verdaderas necesidades. Los hallazgos de estas investigaciones concuerdan con los planteamientos de González Calvo Valentín, quien señala que la visita domiciliaria “ofrece un espacio para percibir de manera directa las carencias, los conflictos, las necesidades, y también los recursos y las potencialidades”¹⁴ (p. 67).

El encuentro en el domicilio de los miembros del grupo familiar con los agentes de salud genera un diálogo de saberes que puede dar cuenta de las condiciones de salud de la familia. Por lo tanto, no se requiere hacer preguntas elaboradas, o test, puesto que las realidades se reconocen de forma espontánea con los relatos de las vivencias y experiencias de los participantes en la visita y la información que aporta la observación del ambiente. Así pues, la visita domiciliar posibilita abandonar la parafernalia burocrática de la oficina que encorseta la actuación profesional¹⁵, lo que se confirma en el presente estudio en el que se observó que durante esta visita se da un diálogo amistoso entre familia, docentes y agentes de salud en formación, y se logra acercamiento, confianza, comodidad, tranquilidad y seguridad para que circule entre las partes el conocimiento existente.

Durante las visitas, los padres sienten que se les refuerza sus procesos de crianza y aprenden, o se les corrigen, errores que hayan venido presentando y que puedan representar algún inconveniente para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Según la Dra. Fornós i Barreras, debido a diferentes enfermedades, algunos niños no pueden interactuar como los adultos esperan y se produce un desajuste, porque las necesidades de uno no coinciden con las del otro. Esto tendría que ver con la condición del niño y cómo los padres la entienden¹⁶.

El hecho de que muchas familias se sientan inseguras en el proceso de crianza tiene que ver con la falta de soporte social, el poco reconocimiento de su rol en la crianza, y por las dificultades que representa el ser un buen trabajador y un buen padre o madre y al mismo tiempo participar y disfrutar de actividades de ocio¹⁶. Por lo anterior, para comprender como ha sido la crianza, puede ser fundamental conocer los contextos en que viven las familias, reconociendo diferencias significativas en esta, el desarrollo cognitivo, social-emocional y conductual del niño desde muy temprano edad¹⁷⁻¹⁹.

Unas pautas adecuadas de crianza favorecen la construcción de lazos emocionales fuertes y relaciones de apoyo y cariño con los adultos significativos o cuidadores, además de consolidar un espacio donde la interacción entre los miembros forme un todo que promueve la salud familiar y cree mecanismos que le permitan la satisfacción de sus necesidades básicas⁵.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, las familias se sintieron privilegiadas por la asesoría *in situ*, esto es en la visita domiciliar, que les proporcionó comprensión acerca de las condiciones de salud del niño y la mejora de su acompañamiento y cuidado, entendiendo que la crianza es un asunto colectivo, no individual, que aminora la carga y el malestar. Según Fornós i Barreras, la salud familiar se expresa en

la satisfacción y el bienestar de los integrantes de la familia, [...] propiciando el crecimiento y el desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y situaciones de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir los cambios y ajustes a ello¹⁶. (p. 185, 196)



La investigación nos permitió entender que la estrategia didáctica Visita Domiciliaria Familiar, implementada por Pediatría Social, es una apuesta por la formación y educación para la salud, tanto para las familias cuidadoras de los niños como para los agentes de salud, asunto referido en otras investigaciones^{7,8,20}. Una de estas señala “que hay que invertir en la formación de los cuidadores de los niños, o profesionales que tratan con los niños, los profesionales de preescolar y primaria, aumentando la información en general y estableciendo programas materno infantiles que recojan estos elementos de crianza-relaciones tempranas, los cuales son considerados como fundamentales en el desarrollo de los niños²⁰. Para este mismo estudio, el bienestar subjetivo, las expectativas sobre el desarrollo de los hijos y las actitudes positivas sobre la crianza llevan a mayor involucramiento en la crianza, en general asociado a mejores resultados escolares.

En este estudio emerge que la visita familiar es una fuente de reconocimiento que permite mejorar la confianza con el médico, aprender más del diagnóstico de los hijos, aclarar dudas y orientarlos hacia respuestas sociales, condiciones que jamás podrían disfrutar durante una consulta en el sistema de salud vigente, debido a que bajo este impera una relación paciente-EPS mediada por médicos que dedican mucho del tiempo de consulta, de por sí limitada, en registrar la historia clínica en el sistema, haciendo que se perciba una atención inadecuada, y tanto médicos como pacientes experimenten un alto grado de frustración.

Los hallazgos del estudio coinciden con el marco ofrecido por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015²¹, y el Artículo 65 de la Ley del Plan de Desarrollo aprobado por el Congreso de la República de Colombia, establece la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), hecha efectiva mediante la Resolución 429 de 2016²², que centra la atención en el paciente y se fundamenta en la atención primaria en salud -APS.

Por su parte, la Resolución 3280 de 2018²³ define los lineamientos para las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, para garantizar el derecho a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud y la identificación de vulnerabilidades, factores de riesgo y alteraciones de cada momento vital para establecer intervenciones.

En consonancia con este marco institucional, la estrategia didáctica de la visita domiciliar familiar se convierte en una herramienta fundamental para conocer las realidades y necesidades de las familias y en un espacio de educación en y para la salud. Consultar en los hogares es una competencia básica que debe formar parte de las competencias curriculares de las facultades de medicina, para que el estudiante aprenda a acompañar a los individuos, sus familias y poblaciones.

En este punto, vale recordar que en 1998 la Unesco estableció la pertinencia como dimensión fundamental de la calidad de la educación superior, entendida en términos de su adecuación a las necesidades y demandas de la sociedad; esto es, la coherencia entre lo que la sociedad necesita y espera de las instituciones de educación superior y lo que estas finalmente hacen²⁴. La educación médica debe nutrirse de las ciencias básicas, sociales, humanas y clínicas y del método científico, la ética y el conocimiento de los sistemas de salud, con profundo sentido de responsabilidad social²⁵.



En América Latina²⁶ las instituciones educativas buscan implementar la formación de los profesionales (médicos, odontólogos, enfermeros, fisioterapeutas, matronas, personal técnico, entre otros) como agentes comunitarios de salud. Para ello, pueden servir de metodologías basadas en casos complejos de Atención Primaria en Salud, que abarcan la dimensión biopsicosocial del proceso salud-enfermedad y muestran la necesidad de una acción clínica de calidad, asociada a intervenciones intersectoriales con participación de los usuarios y las comunidades.

Con las mismas intenciones, la Medicina Familiar en España²⁷ busca formar en el futuro médico su responsabilidad de contribuir a elevar el nivel de salud de las personas y las comunidades, con la Atención Primaria como eje fundamental del sistema, con un demostrado impacto positivo sobre los sistemas sanitarios.

Esta investigación evidencia que el enfoque de salud familiar integral propicia cambios en la atención en salud, así la familia y el paciente se convierten en protagonistas de su accionar para generar un estilo de vida saludable y mejorar los vínculos en la relación institución prestadora de salud–médico–paciente– familia.

Estos hallazgos pueden también explicarse a partir del enfoque de la teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner, que hace referencia a cuatro sistemas en los que están inmersos los individuos: el microsistema y su ambiente íntimo familiar; el mesosistema, con las relaciones entre sus entornos cercanos; el exosistema, y esas estructuras sociales formales e informales, y el macrosistema, o contexto político, que les da una realidad cultural y social que debe ser observada para entender su influencia en el desarrollo de sus integrantes^{28,29}.

Conclusiones

La visita domiciliaria, además de servir como estrategia didáctica para apoyar la formación y comprensión de los estudiantes sobre la importancia del contexto familiar en el desarrollo de los niños, beneficia a las familias al recibir un profesional experto en el tema del desarrollo del niño.

Los padres dicen que gracias a la visita empiezan a entender la situación del niño, su diagnóstico, y a conocer mejor sus necesidades, y la crianza se vuelve más tranquila y segura. La satisfacción con el rol en la crianza y las intervenciones sobre pautas y prácticas de crianza hace que la estrategia de la visita domiciliaria familiar sea un modelo de políticas sociales para apoyar a la familia y a cuidadores de niños en la crianza.

La familia durante la Visita Domiciliaria reflexiona sobre la condición de salud del niño, y se empodera en su papel protagónico de acompañar y garantizar los derechos de salud del niño, independiente de la condición de discapacidad.

La mejora del vínculo entre agentes de salud y las familias desarrolla una unidad de trabajo conjunto, rica en su diversidad, en pro de alcanzar una salud para el niño, especialmente con riesgo en el desarrollo.



Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la preparación del manuscrito.

Agradecimientos

A los padres de familia que participaron en la investigación, por permitir a los investigadores conocer su experiencia sobre la visita domiciliar familiar y ver los aprendizajes adquiridos para que otras familias puedan acceder a esta estrategia didáctica y los profesionales de la salud vean la bondad de realizarla.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Vera Lucía García

Editor asociado

Flavio Adriano Borges

Submetido em

23/06/20.

Aprovado em

11/10/20

Referencias

1. Granda Ugalde E. La salud y la vida. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2009. v. 1.
2. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2004 [citado 25 Jun 2019]; 30(2):1-20. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm
3. Morrow V, Connolly P. Editorial. Special issue on gender and ethnicity in children's everyday lives. Child Soc. 2006; 20:87-91.
4. Bellato R, Araújo LF, Dolina JV, Musquim CA, Corrêa GH. The family experience of care in chronic situation. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50 Spec:81-8.
5. Zuliani-Arango LA, Villegas-Peña ME. La familia, determinante social de la salud integral. La visita domiciliar, estrategia didáctica para la formación integral del profesional de la salud. Riga: Editorial Académica Española; 2016.



6. Charry CI, Calvillo M. Organizaciones civiles: nuevos sujetos sociales. *Razón Palabra* [Internet]. 2000 [citado 18 Ago 2019]; (18). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/antiores/n18/18charrcalvil.html>
7. Park E. A family impact analysis of home visiting programs [Internet]. Madison: Policy Institute for Family Impact Seminars; 2003 [citado 18 Ago 2019]. (Family Impact Analysis Series). Disponible en: http://www.familyimpactseminars.org/fia_analyses_fphvp.pdf
8. García D, Benedetto MC, Blasco PG. Visitas domiciliarias a niños con enfermedad crónica: impacto en la formación de los estudiantes de medicina. *Rev Unam Aten Fam* [Internet]. 2010 [citado 18 Ago 2019]; 17(3):1-5. Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/19292
9. Cárdenas LAG, Kambourova M, Arango LZ, Peña MEV. Impacto de la visita domiciliar familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en el área de Pediatría Social. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):649-60.
10. Ritzer G. Sociología fenomenológica y etnometodología. En: Ritzer G. *Teoría Sociológica Contemporánea*. 3a ed. Castellano: McGraw-Hill; 1993. p. 263-311
11. Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método [Internet]. Barcelona: Hora S.A.; 1982 [citado 28 Abr 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/33815657/El-Interaccionismo-Simbolico-Perspectiva-y-Metodo-Blumer_1_.pdf
12. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa editorial, 1997.
13. Weber M. *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. 2a ed. México: FCE; 1964.
14. Calvo VG. La visita domiciliar, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Rev Serv Soc Polit Soc*. 2003; (61):63-86.
15. Gaviria M. *El caso social individual y diagnóstico social*. Madrid: Talasa; 1995. p. 186-8. (Textos seleccionados).
16. Fornós i Barreras A. La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc*. 2001; (31/32):183-98.
17. Bornstein MH, Putnick DL. Cognitive and socioemotional caregiving in developing countries. *Child Dev*. 2012; 83(1):46-61.
18. Bornstein MH, Putnick DL, Lansford JE, Deater-Deckard K, Bradley RH. A developmental analysis of care giving modalities across infancy in 38 low- and middle-income countries. *Child Dev*. 2015; 86(5):1571-87. doi: 10.1111/cdev.12402.
19. McCoy DC, Peet ED, Ezzati M, Danaei G, Black MM, Sudfeld CR, et al. Early childhood developmental status in low- and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates using predictive modeling. *PLoS Med*. 2017; 14(1):e1002233.
20. Solís-Cámara P, Medina Cuevas Y, Díaz Romero M. Análisis comparativo de predictores potenciales de prácticas disciplinarias severas con preescolares, antes y después de un entrenamiento para padres. *Acta Colomb Psicol*. 2015; 18(2):139-50.
21. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley Estatutaria nº 1.751 de 2015. *Diario Oficial*. 16 Feb 2015; nº 49.427, p.13.
22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución nº 429, de 17 Febrero de 2016. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. p. 6.



23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución nº 3.280, de 3 de Agosto de 2018. Diario Oficial. 3 Ago 2018; nº 50.674, p. 520.
24. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Bogotá: MINSALUD y MINEDUCACIÓN; 2017.
25. Patiño JF. Pensar la medicina. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2014.
26. Harzheim E. Documento macro. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina [Internet]. Porto Alegre: Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre - GP APS; 2008 [citado 18 Ago 2019]. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/00515.pdf>
27. Casado V. La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. MEDIFAM [Internet]. 2002 [citado 18 Ago 2019]; 12(2):111-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n2/hablemosde1.pdf>
28. Verdugo MA. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. Siglo Cero. 2003; 34(205):5-19.
29. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 2002.

A estratégia didática da visita domiciliar familiar foi incluída, desde o ano 2001, no curso Criança 1, oferecido pela Sessão de Pediatria Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Antioquia, Medellín, Colômbia. Este estudo investigou o significado que as famílias participantes do programa atribuem às suas interações com doentes e estudantes que assistem a visita. Estudo qualitativo com enfoque desde o interacionismo simbólico, levado a cabo entre 2017 e 2019. Emergiram três categorias: 1) Emoções da família no momento do anúncio da visita; 2) Relaciona os significados da visita; 3) Aprendizagens que a família acredita que vão adquirir os estudantes. As famílias expressaram satisfação pelo fato de interagir com a equipe de saúde em seu próprio espaço e manifestaram que interagir lhes ajuda a se construir em protagonistas da criança e no acompanhamento do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Educação em saúde. Família. Educação infantil. Apoio social.

The family home visit was introduced to the Child 1 course offered by the Social Pediatrics Department at the Faculty of Medicine, University of Antioquia, Colombia in 2001. This study investigated the meanings that participating families assign to their engagement with the professors and students involved in the visits. We conducted a qualitative study between 2017 and 2019 drawing on the theory of symbolic interactionism. Three categories emerged: 1) Family emotions at the time of the announcement of the visit; 2) Meanings assigned the visits; 3) Lessons that the families believe the students learn. The families reported that they were satisfied with the engagement with the health team in their own space, suggesting that the interactions help them to play a more active role in their children's health care.

Keywords: Home visit. Health education. Family. Early childhood education. Social support.