1

La visita a domicilio. Generalidades

FRANCISCO MEGÍAS LIZANCOS

ESQUEMA GENERAL

A) Conceptos

- El individuo en su entorno
  - Concepción ecológica de salud
  - Importancia de la vivienda como generadora de salud o enfermedad
  - La visita domiciliaria: instrumento para conseguir un hábitat saludable
- Interrelación enfermera/familia/entorno
  - Fomentar la independencia de la familia
  - Clima favorable para la comunicación en el domicilio
  - Oportunidad para detectar problemas de salud
- Trabajo con la familia y desde la familia
  - Implicación de la familia en los cuidados. El autocuidado
  - Seguimiento directo y continuado en el domicilio
  - Atención personalizada. Utilidad de la educación para la salud
- La familia: unidad básica de cuidados
  - Definición de familia
  - El concepto de salud debe ser referido al grupo familiar
  - Papel del educador natural
  - Unidad básica de cuidados

A) Conceptos

- La visita a domicilio: necesidad sentida
  - Motivos de solicitud de visita a domicilio
  - Necesidad del usuario de educación e información
  - Crear seguridad e independencia en la población
- La enfermera en el equipo multidisciplinar
  - Autonomía profesional dentro del equipo multidisciplinar
  - Consultas interprofesionales
  - Visión integral de la enfermera
  - La enfermera actúa sobre las respuestas humanas
- Relación comunidad-enfermera
  - Factores que influyen en la relación enfermera-familia
  - Perfil profesional de la enfermera comunitaria
  - Adaptación de un perfil técnico a un perfil comunitario
  - La visita a domicilio: actividad comunitaria habitual

B) Aspectos organizativos de la actividad domiciliaria

- Modelo de referencia médica
- Modelo de servicios de urgencias
- Modelo especializado en el equipo multidisciplinar
- Modelo generalista o de familia, sin criterio geográfico
- Modelo generalista o de familia, con criterio geográfico
- Modelo de enfermera visitadora
- Modelo de enfermera visitadora especialista

C) Preparación de la visita

- Conocimiento del entorno
- Revisión de la historia familiar
- Concertación de la visita

D) Inicio de la atención domiciliaria

- Establecer relaciones positivas
- Preparación del mensaje inicial

E) Proceso de atención	1. Recogida de datos. Valoración	Ordenada y sistemática		Sistemas y aparatos Patrones funcionales Unidades de valoración
		Visión integral		
		Continuada y permanente		
		Basada en técnicas humanas		Observación Comunicación Entrevista
		Basada en técnicas instrumentales		Las manos Objetos Aparatos Técnicas de aplicación dependiente e interdependiente
		Contempla al individuo, familia y entorno	Individuo	Grado de satisfacción de necesidades. Limitaciones
			Familia	Características biopsicosociales Objetivos de la valoración Proceso de adaptación en la familia ante miembro enfermo Seguimiento de la familia
			Entorno	Concepto de vivienda Características de la vivienda: principios Aspectos que se deben valorar en la vivienda
		Constancia escrita de la valoración		

E) Proceso de atención

2. Identificación de problemas. Diagnósticos de enfermería
   - Actividades de la enfermera según nivel de decisión
   - Definición de Diagnóstico de enfermería
   - Taxonomía diagnóstica: ventajas
   - Clasificación de diagnósticos de la NANDA
   - Diagnósticos reales, potenciales y posibles
   - Enunciación de los diagnósticos

3. Planificación de cuidados: la educación para la salud como instrumento básico
   - Formulación de objetivos
     - Importancia y significado de proponerse metas
     - Beneficios del establecimiento de metas por el cliente
     - Condiciones para el establecimiento de metas
   - Planificación de cuidados
     - Orientación del plan de cuidados
     - Características de los planes de cuidados
     - Objetivos generales de los planes de cuidados
     - Educación para la salud:
       - Responsabilidad
       - Objetivos
       - Planificación: secuencias
     - Bases del cuidado de la familia
     - Bases del cuidado de la vivienda

4. Registro de la actividad domiciliaria
   - Principios de la actividad de registro
   - Registro de la historia
   - Beneficios del registro
   - Responsables de la actividad de registro
   - Registro específico de la atención domiciliaria de la enfermera:
     - Fichero alfabético
     - Historia familiar
     - Hoja de incidecias
     - Libro general de actividad
   - Sistemática de los registros: sistemas de clasificación

E) Proceso de atención	5. Evaluación de la actividad domiciliaria	Establecimiento de los aspectos que se van a evaluar Estándares, indicadores y variables Evaluación a partir de los registros de la actividad domiciliaria: • Variables obtenidas del fichero • Variables relacionadas • Evaluación del registro en la historia familiar • Revisión de diagnósticos no solucionados • Encuestas a profesionales y usuarios • Valor de las hojas de incidencias • Indicadores de actividad domiciliaria

Bibliografía

CONCEPTOS

El individuo y su entorno

Acercarse al individuo y a la comunidad, así como a las condiciones de su entorno, es el reto que se le plantea a la Organización de los servicios sanitarios. Conceptualmente, y en la práctica, la atención primaria aproxima la asistencia integral al entorno del hombre.

La atención primaria de salud se concibe como una actividad sanitaria que contempla al individuo inmerso en su medio social. En las personas influyen factores sociales, económicos, de infraestructura y otros que, además de los fisiopatológicos, favorecen la aparición de la enfermedad.

La importancia que se están dando en estos momentos a la atención en el domicilio tiene su origen en una concepción ecológica de la salud.

La salud, como equilibrio del hombre y su medio, nos lleva a investigar ese medio generador de salud y/o enfermedad.

La casa, núcleo primario, se convierte en objetivo de todos los estudiosos de la salud, especialmente del profesional de enfermería, ocurriendo a veces que, por la dificultad de su estudio, la actividad se centra progresivamente en el medio comunitario, más asequible a la investigación y del que de una u otra forma se pueden obtener datos con relativa facilidad.

Hay que plantearse la importancia de la vivienda como generadora de salud y/o enfermedad, la posibilidad real de estudiarla y de influir en ella.

El domicilio es el lugar primero donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

La visita domiciliaria es el instrumento para conocer este medio en el que vive la familia, y que influye en la salud de quienes la habitan. Es, además, una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la población en la medida que puede dar respuesta al problema que representa mantener a una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todos los inconvenientes de tipo asistencial y organizativo que de ello derivan tanto para el usuario y su familia, como para el equipo sanitario.

Los profesionales de la salud deberán prevenir, educar, aconsejar, etc., para conseguir un hábitat saludable. Podemos concluir con que la actividad domiciliaria, es un esquema relacional «paciente-entorno», y no un esquema de curación de tratamiento individualizado.

Aspectos positivos de la interrelación enfermera-familia-entorno

El individuo, el grupo familiar, observados en su medio natural, manifiestan un mayor control sobre su entorno que aumenta la sensación de seguridad. Cuando un miembro de la familia presenta problemas de salud, y para que esta sensación de seguridad y dominio de la situación se desarrolle, es importante el asesoramiento y apoyo de los profesionales, de forma que, ante las dificultades que puedan surgir, la familia pueda actuar por sí misma o saber a dónde acudir y a quién pedir ayuda. La comunicación que se establece en el domicilio es más fluida, espontánea, y en un clima de mayor libertad, siendo posible un conocimiento cercano de los sucesos cotidianos, lo que es muy importante para que la enfermera realice una valoración completa y realista del medio físico, familiar y social. Sucesivas visitas facilitarán el conocimiento de la vida familiar, de las relaciones interpersonales que se dan, así como de su capacidad para cuidarse, pudiéndose descubrir la existencia de estructuras familiares que influyen negativamente en el estado de salud del individuo o del grupo.

Mediante la valoración directa del medio familiar, la enfermera podrá detectar precozmente problemas de salud o situaciones potencialmente generadoras de los mismos. Es posible que la enfermera acuda a un domicilio ante la demanda familiar o por un problema detectado o identificado por otros profesionales, y que en su valoración descubra la existencia de problemas no sentidos o expresados, abordables, sin embargo, desde los cuidados de enfermería o a partir de la intervención de otros profesionales. Se trata de una oportunidad única para observar cómo se desenvuelve la familia en la vivienda, qué hábitos y conductas desarrolla, lo que supone una cuestión difícilmente valorable desde la consulta del centro de salud.

Trabajo con la familia y desde la familia

Para la consecución de los objetivos del plan de cuidados, los miembros de la familia deben sentirse implicados directamente, de forma que entiendan, acepten y participen en los cuidados individuales y familiares. Este plan comporta, por tanto, no sólo los cuidados a los miembros enfermos, sino el autocuidado simultáneo del resto de la familia. De esta forma, se aumenta la seguridad en el grupo familiar, se posibilita el que cada uno de sus miembros se haga responsable de su salud, y se favorece la independencia desde el punto de vista de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el aprendizaje de medidas de protección. La enfermera aprovecha de esta forma el caudal de conocimientos y hábitos positivos de la familia, y desarrolla habilidades en sus miembros respecto a la puesta en práctica de comportamientos beneficiosos para prevenir, curar y rehabilitar.

La visita a domicilio favorece un seguimiento directo y continuado de los cuidados prestados por la enfermera y por los familiares. La valoración es continua, dinámica, se retroalimenta, y a partir de ella puede medirse la eficacia de la intervención de los profesionales y del cuidado que la familia se da a sí misma. En los casos concretos de pacientes inmovilizados, incapacitados para actividades que implican salir del domicilio, la enfermera constituye el nexo con la ayuda exterior, activando otros apoyos externos que contrarresten los efectos del aislamiento social.

Dar continuidad a los cuidados prestados en el domicilio supone mantener un apoyo constante en los momentos críticos, y un seguimiento periódico como actividad puramente preventiva y de detección precoz de nuevos problemas.

Los cuidados que se presta la propia familia durante su vida van precedidos del aprendizaje y asimilación de informaciones recibidas en la misma familia, en el colegio, en los centros laborales, etc. La enfermera, por medio de la educación para la salud, ayuda a mejorar el nivel de bienestar. La educación de la familia debe ser realista, adaptada a su estado sociocultural y económico; la dificultad para acceder a los recursos sociosanitarios, así como las características geográficas de la zona donde viven pueden limitar los instrumentos que la enfermera y la familia tienen para dar cuidados. Además, la educación debe ser personalizada: un mismo plan de cuidados no puede aplicarse a diferentes personas o familias, aun partiendo de un mismo problema de salud. No hay dos individuos iguales, no hay dos grupos familiares idénticos.

Por medio de la educación para la salud, la familia podrá poner en marcha medidas de protección. Para ello, la enfermera deberá ser un «modelo de ejecución de cuidados que la familia debe imitar». En muchos casos, la educación para la salud ha de suponer necesariamente la modificación de las relaciones interpersonales, la distribución de roles, y el fomento de la participación de la familia en actividades sociales y comunitarias beneficiosas para la salud.

Cuadro resumen

Sobre la salud del hombre influyen múltiples factores internos y externos. El domicilio, lugar donde crece y se desarrolla la familia, es una fuente generadora de salud o enfermedad.

La atención primaria de salud tiene como principio acercar los recursos sociosanitarios a la comunidad y proporcionar asistencia integral en el medio cercano al hombre. La enfermera, mediante la atención domiciliaria, tiene capacidad para detectar problemas de salud a veces no sentidos o expresados por la familia, y está en una situación óptima para proporcionar cuidados personalizados y valorar al individuo, familia y medio de forma permanente (visitas sucesivas) y cada vez más completa.

La educación para la salud es un instrumento válido para fomentar en la familia la independencia, la autorresponsabilidad y el aprendizaje de medidas de fomento y protección de la salud.

La familia: unidad básica de cuidados

Cuando hablamos de un conjunto de personas interdependientes, que están en relación entre sí y con el medio que les rodea, nos estamos refiriendo a la familia. Según Bozett (1985), la familia se define como el grupo de personas a las que el propio sujeto considera como tal.

El conjunto de sus miembros, con funciones específicas y características propias, constituye un todo que va a satisfacer unas necesidades biológicas, psicológicas, y otras de índole social y cultural.

Los problemas individuales afectan a toda la familia, siendo factores de riesgo para ésta. Igualmente, otros factores externos influirán de forma positiva o negativa en el grupo familiar.

El concepto de salud no debe ser referido a un individuo aislado, sino a éste en relación con un grupo de convivencia, que posibilita cuidados de forma cercana y continuada.

La familia asume un papel educador de forma natural: es el principio del autocuidado.

En salud, los cambios cualitativos y cuantitativos son difíciles de imaginar sin contar con el importante papel que la familia desempeña; de ahí viene también la importancia de contemplarla como unidad básica de cuidados.

Es aceptado por todas las culturas que la familia es el primer grupo de referencia, siendo el núcleo más importante de relación, comunicación y formación.

— El apoyo de la familia puede determinar el grado de realización de las actividades por parte del paciente.
— La familia, en su conjunto, necesita tanto apoyo y orientación como el propio paciente.
— La comunicación abierta y sincera, con la atención debida, facilita una vida familiar positiva.
— Potenciar los esfuerzos y comentar los logros y mejoras.

La visita a domicilio es una necesidad sentida por el cliente

Las enfermeras que desarrollan su trabajo en el nivel primario de salud habrán comprobado los distintos motivos que llevan a la familia a solicitar atención en el propio domicilio a los profesionales sanitarios, independientemente de que éstos encuentren justificada la petición con arreglo al estado de salud del individuo y/o familia.

Con frecuencia, las solicitudes de atención en el domicilio son motivadas por:

— Situaciones o problemas nuevos respecto a la salud que se presentan en la familia.
— Situaciones o problemas crónicos agravados.
— Situaciones de urgencia.
— Problemas de inmovilidad o algún tipo de incapacidad que impide el traslado al centro sanitario.
— Problemas de acceso a la vivienda.

— Inclemencias del tiempo.
— Lejanía del centro sanitario, ausencia de medios de transporte, accidentes geográficos, etc.

Los usuarios tendrían que poseer un nivel de cultura sanitaria suficiente para satisfacer por sí mismos sus necesidades básicas de salud y saber actuar de forma eficaz ante situaciones urgentes. Para que esto se dé es preciso no sólo un buen nivel de cultura sanitaria, sino una buena información sobre los servicios sanitarios y sociales: los usuarios del Sistema sanitario de salud deben saber dónde acudir o llamar cuando se presenta un problema, a quién deben dirigirse, dónde se ubican y cómo se accede a los centros de primero y segundo nivel de atención.

Un nivel óptimo de educación e información genera actuaciones lógicas dando seguridad a las personas. De forma que: «soy capaz, y más capaz, si me enseñan».

La atención de la enfermera en el domicilio tiene como objetivo crear seguridad e independencia.

La enfermera en el equipo multidisciplinar

El trabajo de la enfermera en Atención primaria está enmarcado dentro de un equipo multidisciplinar, encaminado a la promoción de la salud en la población, mediante la atención a los múltiples factores que intervienen en ello. Dentro del equipo, a cada profesional se le reconoce su autonomía para poder desarrollar las tareas que le son propias, a la vez que se contribuye con aportaciones individuales, exigiéndose responsabilidades a cada uno de ellos en el trabajo del grupo.

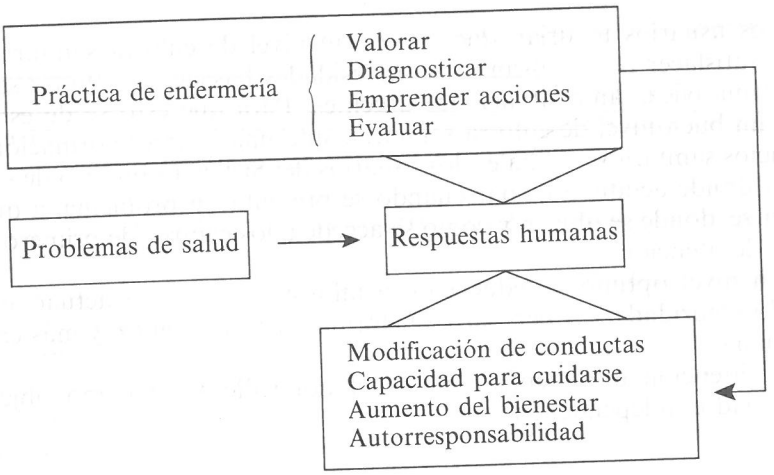
Los espacios de tiempo que dedica el equipo a discutir los problemas de salud, con sus tratamientos y planes de cuidados de grupos familiares concretos, son imprescindibles para la coordinación de las actuaciones y el seguimiento de los problemas.

La realización de *consultas interprofesionales* es una práctica aconsejable que debe ser abordada por la enfermera en su ejercicio profesional y concretamente en su actividad domiciliaria. Tengamos en cuenta el perfil profesional de la enfermera, la cual, por su visión completa del individuo, sus conocimientos en ciencias humanas y en salud comunitaria, es el miembro del equipo más capacitado para llevar a cabo cuidados integrales.

La práctica enfermera tiene su punto de arranque en las respuestas humanas ante un problema de salud, las necesidades diagnosticadas, las dificultades, las preocupaciones y los problemas de los usuarios, que caen dentro de la práctica denominada enfermería.

Un segundo paso será aplicar la teoría para poder comprender estos problemas diagnosticados y, con arreglo a ella, determinar las acciones de enfermería más útiles a emplear; de este modo se podrá obtener más tarde un efecto beneficioso en la vida y en la salud del individuo, familia, o comunidad.

Por último, habrán de evaluarse los efectos, es decir, preguntarse cuáles han sido los resultados de las acciones de enfermería con respecto a los problemas diagnosticados.



Relación comunidad-enfermera

La relación enfermera-familia se debe basar en la definición que la familia hace de la salud, en los diferentes papeles que la enfermera decide desempeñar, así como en el grado de aceptación de la enfermera por parte de la propia familia o comunidad. La formación y experiencia profesional de la enfermera influyen en su comprensión de la comunidad y en su actuación en ella.

En relación a lo expuesto anteriormente, la enfermera que trabaja con la comunidad debe:

— Conocer los mecanismos psicológicos y patológicos que actúan en el ser humano, así como las técnicas que se utilizan en el campo de la psicología y sociología.
— Tener conocimientos de salud comunitaria.
— Tener dotes de organización e improvisación, sin olvidar la imaginación, creatividad y espontaneidad.
— Poseer aptitudes para establecer relaciones interpersonales positivas.
— Tener dotes y capacidad de observación, en el plano individual y colectivo.
— Ser capaz de ejercer autocrítica.
— Tener alto grado de responsabilidad como trabajador de la salud.
— Respetar y ser receptiva a cualquier tipo de valor moral, ético y social.
— Tener espíritu de cooperación y trabajo en equipo.

Durante las últimas décadas en España, el perfil de la enfermera debía ser técnico, centrado en la tarea, en el individuo, y volcado en los niveles especializados de atención.

Los profesionales, en este caso las enfermeras, están realizando un gran esfuerzo para acomodarse a las exigencias del modelo actual de Atención primaria de salud. Las habilidades personales, la destreza, e incluso cierto grado de madurez, son el resultado de la formación recibida y las propias experiencias. A veces, la enfermera puede sentirse más cómoda en el centro sanitario, tanto por la seguridad que ofrecen ciertas barreras psicológicas (situarse detrás de una mesa, tras la puerta de la consulta) como por la cercanía de otros profesionales.

La visita a domicilio debe llegar a ser una actividad comunitaria donde la enfermera se desenvuelve con comodidad y naturalidad, haciendo posible que cumpla con la responsabilidad de los cuidados directos tanto al individuo como a la familia y a la propia comunidad, de manera que éstos sean más autónomos e independientes del sistema sanitario y el nivel de salud de la población con la que trabaja aumente.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA ACTIVIDAD DOMICILIARIA DE LA ENFERMERA

La atención a domicilio es una actividad largamente desarrollada por la enfermera desde la antigüedad. En la historia reciente, diferentes formas organizativas más o menos elaboradas han ido sucediéndose, dependiendo del modelo teórico y de la política sanitaria del momento. Distintos modelos organizativos conocidos que han sostenido la visita a domicilio, algunos que perduran en la actualidad y otros que están iniciándose, se exponen a continuación.

Modelo de enfermera de referencia médica

Trabajo estructurado de forma individualizada, que no implica actividad multidisciplinar y que presta atención al núcleo familiar. Caracterizado por un horario muy limitado de permanencia en el centro sanitario y un tiempo más amplio para el desarrollo de la atención domiciliaria, basada en la orden de los profesionales médicos de referencia (médico general y pediatras adscritos al cupo de población adulta).

Modelo de enfermera de servicios de urgencias

Atención prestada en un Servicio del nivel primario de salud creado exclusivamente para las demandas urgentes de la población. Se trabaja con un grupo de profesionales reducido, dispensando cuidados a los usuarios que solicitan atención urgente tanto en el centro donde se ubica el Servicio, como en el domicilio. La atención suele prestarse generalmente en horarios de tarde y noche. Dichas atenciones son puntuales en el tiempo y no coordinadas con las actividades del resto de los profesionales del Nivel primario de atención.

Modelo de enfermera especializada en el equipo multidisciplinar

El trabajo se enmarca dentro del equipo multidisciplinar, con atención a individuos, familias y grupos de la comunidad, con una planificación de trabajo que el propio equipo organiza dentro de la jornada laboral. La atención domiciliaria queda recogida en programas específicos o incluida en otros programas dirigidos a diferentes etapas de la vida. La enfermera se especializa siguiendos dos criterios: programas específicos (enfermera que dedica su jornada exclusivamente a las visitas) o por etapas de la vida (enfermera que se especializa en la atención infantil o en adultos).

Modelo de enfermera visitadora

El trabajo está organizado sobre la base y actividades domiciliarias desde un punto de vista autónomo, relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y dirigidas a todos los grupos de edad. La actividad desarrollada según este modelo no se incluye dentro de un equipo de trabajo. Este modelo se desarrolla en el Sistema de salud del Reino Unido.

Modelo de enfermera visitadora especialista, enmarcada en un equipo multidisciplinar de apoyo

La enfermera visitadora actúa como experta desde un equipo reducido de expertos, cuya función es atender, a petición del equipo del centro de salud, a familias con problemas concretos, en los cuales está especializado el equipo de apoyo. El apoyo brindado por el equipo experto es tanto asistencial como formativo. Un ejemplo clásico de equipo de apoyo lo constituyen los equipos de cuidados paliativos, equipos de Salud Mental y Drogodependencia entre otros.

Modelo de enfermera generalista o de familia, sin establecer criterio geográfico

El trabajo se enmarca en el equipo multidisciplinar y la enfermera desarrolla su trabajo con todo el grupo familiar, tanto en el centro como en el domicilio y en la comunidad, aplicando todos los programas que se están desarrollando en la zona básica de salud. Las familias a las que presta atención son seleccionadas según criterios de agrupación en cupos médicos, y puede incluso tener adscritas familias de fuera de la zona básica de salud.

Modelo de enfermera generalista o de familia, con criterio geográfico establecido

Las familias a las que se presta atención viven todas en la porción de zona básica de referencia de la enfermera. Es un requisito importante que la zona

básica de salud esté geográficamente delimitada y tenga un equipo multidisciplinar de trabajo como mínimo, de manera que todos los usuarios del sistema de salud tengan como profesionales de referencia a los que forman el equipo. Las subzonas o barrios de la zona se distribuyen entre los miembros del equipo. Las demás condiciones son similares a las del modelo anterior.

Es importante, en la planificación de la actividad domiciliaria, tener en cuenta el enfoque familiar de esta actividad, de forma que en el domicilio la enfermera pueda atender a los niños, adultos y ancianos llevando a cabo las actividades de cuidados, detectando las necesidades y problemas de salud de la familia. Los problemas de salud, con independencia de que se identifiquen con uno de los miembros, afectan a todo el grupo. Los diagnósticos enfermeros, referidos a los individuos, siempre implican objetivos y cuidados que afectan a toda la familia, que en definitiva es el principal cuidador de sí mismo.

Desde el equipo de trabajo multidisciplinar, los profesionales deben conocer la zona o barrio que atienden para localizar con facilidad los domicilios y los recursos de los que dispone la población. La cercanía del centro de salud a los domicilios favorece la distribución del tiempo, con el consiguiente ahorro del mismo en los distintos recorridos, tanto del centro de salud a los domicilios, como de éstos entre sí.

El modelo organizativo, entre los anteriormente expuestos, que se acerca más a los aspectos destacados es el de **familia o atención generalista, con criterios geográficos establecidos.**

La zona básica de salud se distribuye entre los profesionales del equipo, según criterios de población, geográficos, urbanos y de configuración del propio equipo multidisciplinar, a esta división geográfica, la llamaremos **subzona**.

Es fundamental incluir el aspecto de cargas de trabajo de enfermera como criterio para subzonificar; de forma que una sola subzona puede estar atendida por más de una enfermera.

La finalidad de la subzonificación en una zona básica deberá ser siempre una mejor atención, unos cuidados más personalizados y un mayor acceso de la población a los profesionales del nivel primario de salud.

La subzonificación supone acercar físicamente los profesionales de salud al usuario, con las ventajas que ello supone para ambos (fig. 1-1).

PREPARACION DE LA VISITA

La preparación de la visita supone:

Conocimiento previo de la familia y entorno

Es importante tener una información previa a la visita respecto a los sujetos que componen la familia y de ésta en su conjunto: problemas de salud, interrelaciones, sistemas de apoyo, expectativas, etc.

Para ello es esencial que la enfermera haga una revisión de la historia familiar, comprobando los datos recogidos más relevantes para la actividad que va a realizar.

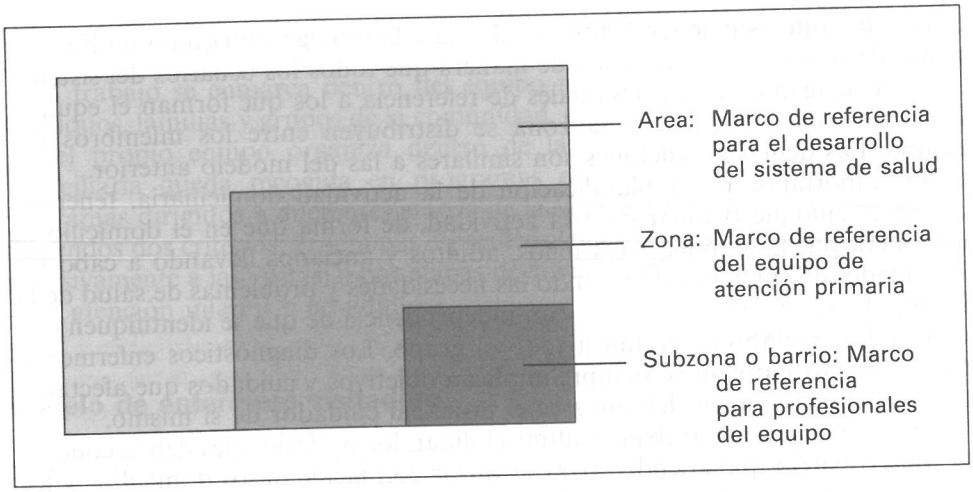


Figura 1-1. Marcos de referencia para el sistema de salud.

Por otro lado, procurará disponer de información actualizada sobre el barrio donde se ubica el domicilio: sus características y aspectos sociales, así como los recursos comunitarios, culturales y de ocio con que cuenta, entre otros.

Concertar la visita

Concertar la visita con la familia significa la elección de la hora y momento adecuados tanto para ella como para el profesional, de manera que la familia pueda recibir la atención de dicho profesional en las mejores condiciones. A la vez, e independientemente de que la visita sea solicitada por la familia o se lleve a cabo por iniciativa del profesional, en el momento de concertarla se suele tener una conversación con uno o varios miembros de la misma, personal o telefónicamente, que puede suponer una valiosa información, en cuanto a la situación presente.

> Una visita planificada ahorra tiempo y hace que éste se aproveche mejor, lo que contribuye a aumentar la calidad de la atención.

INICIO DE LA ATENCION DOMICILIARIA

La relación positiva con la familia va a depender en gran medida de las habilidades del profesional para crear un ambiente que propicie la colaboración, la comprensión y aceptación mutuas, es decir, una relación de empatía, que favorezca la asunción conjunta de objetivos y cuidados.

Es conveniente preparar el mensaje inicial, y comenzar el contacto con los miembros de la familia con la presentación personal y una breve explicación de

la labor profesional. Se hará necesario contestar preguntas, aclarar dudas, corregir informaciones erróneas, cuidando los distintos elementos de la comunicación, como: los gestos, ademanes, expresiones, etc.

PROCESO DE ATENCION

1. Recogida de datos y valoración

La recogida de datos, entendida como la recopilación ordenada de la información obtenida de forma directa e indirecta, y la propia valoración, como resultado de la integración de esos datos, son aspectos tan íntimamente ligados en el proceso mental que realiza el profesional que pueden simultanearse o sucederse en el tiempo. Al ser la valoración un proceso continuado y permanente, ésta debe comenzar antes de acudir al domicilio, como antes hemos visto, y mientras dura la atención de enfermería.

La recogida de datos debe cumplir unos requisitos mínimos para su validez:

— Ordenada y sistemática.
— Punto de vista integral.
— Continuada y permanente.
— Basada en técnicas humanas e instrumentales.
— Contemplar al individuo, familia y entorno.
— Constancia escrita.

Ordenada y sistemática

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la visita. La sistemática a seguir puede basarse en diferentes criterios establecidos:

— Criterios de valoración siguiendo un orden de **cabeza a pies**: como su nombre indica, sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, y constantes vitales. Es un modelo de valoración física e individualizada que incluye técnicas de observación, auscultación, palpación y percusión. Los aspectos de patrones de conducta no se valoran de forma específica.
— Criterios de valoración por **sistemas y aparatos**: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente. El orden que se elige para valorar al paciente dependerá de su estado de salud (se comienza por la zona afectada). En líneas generales se comienza por el aparato respiratorio, continuando por el corazón, sistemas circulatorio y nervioso, aparato digestivo y genitourinario, sistema musculoesquelético y piel. También es un modelo de valoración física e individualizada que no contempla criterios integrales.

— Criterios de valoración por **patrones funcionales de salud**: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud. La elección de este modelo de valoración facilita la identificación de conductas positivas, la detección de comportamientos de riesgo y el diagnóstico desde la profesión de enfermería de problemas de salud reales y potenciales abordables por ésta.

Gordon* desarrolló un sistema de valoración por patrones funcionales, clasificándolos en once grupos, que deben completarse con una valoración física, la cual debe seguir un orden elegido por la enfermera (recuérdense los criterios anteriormente expuestos para la valoración física).

Patrones funcionales

1. *Percepción-cuidado de la salud.* Descripción que el cliente/familia hacen de la salud, enfermedad; cuidados que se prestan a sí mismos (vacunaciones, accidentes, consumo de tabaco, alcohol, etc.).
2. *Nutrición y metabolismo.* Ingesta habitual de alimentos, líquidos, preferencias, en relación con las necesidades metabólicas e indicadores de aporte nutricional, problemas de masticación, deglución, de alimentación. Estado de la piel y mucosas.
3. *Eliminación.* Descripción de función de eliminación intestinal, vesical y cutánea (frecuencia, hora habitual, retención, incontinencia, cantidad de lo excretado, etc.).
4. *Actividad/ejercicio.* Descripción de actividades habituales/semanales de ejercicio, ocio, distracciones. Profesión. Limitaciones en la deambulación, baño, aseo personal; disnea, fatiga.
5. *Sueño/descanso.* Patrón de sueño habitual: hora de acostarse, horas de sueño, somníferos, problemas para conciliar el sueño, etc.
6. *Cognoscitivo/percepción.* Patrón de procesos mentales en relación con la comprensión, el razonamiento, juicio y memoria; orientación, deficiencias sensoriales.
7. *Percepción de sí mismo.* Preocupaciones principales, imagen corporal, estado de sensibilidad.
8. *Rol/relación social.* Papeles adoptados por el individuo, comunicación, relaciones personales.
9. *Sexualidad/reproducción.* Patrón de satisfacción/insatisfacción en relación con aspectos sexuales, y reproductivos (fertilidad, libido, erección, embarazo, contracepción, menstruación).
10. *Adaptación/tolerancia al estrés.* Patrón de adaptación general y la eficacia de éste en cuanto a la tolerancia al estrés.
11. *Valores/creencias.* Cambios de valores, creencias, necesidades espirituales y objetivos que guían las decisiones y elecciones.

---

* Adaptado de Gordon M. *Nursing Dioagnosis: Process and Applications.* Nueva York, McGraw-Hill, 1982.

Valoración física (algunas normas)

— La valoración física debe realizarse de forma simultánea a la recogida de datos por patrones funcionales con una técnica adecuada de entrevista, en lugar de realizar toda la exploración física en silencio.
— El sistema y el orden seguidos para la valoración física deben ser siempre los mismos.
— Si la enfermera detecta un problema de salud obvio, o es informada por el paciente de un síntoma urgente, comenzará la valoración por ese problema, síntoma o zona afectada.
— Deben tomarse notas o apuntes especialmente de datos numéricos, localización de lesiones, etc. De este modo los datos recogidos serán valorados con mayor exactitud y ordenados en la historia del paciente.
— Durante la valoración física la enfermera utilizará todos sus sentidos para observar, auscular, palpar y percutir. Todas las técnicas de valoración requieren adiestramiento y una práctica continuada.

Organización de la recogida de datos por unidades de valoración. Valoración focalizada

Inicialmente, la valoración realizada por la enfermera debe ser completa y exhaustiva, considerando tanto aspectos físicos y de conducta como sociales del individuo/familia. Sin embargo, cuando la enfermera que presta atención en el domicilio dispone de la información suficiente para conocer el estado general del paciente, los problemas de salud que presenta, y los diagnósticos establecidos por el médico, se aconseja ordenar la valoración en bloques, de forma que desde un principio el conjunto de éstos permita tener una visión global de los problemas/procesos principales.

En cada uno de los bloques o unidades se reflejarán datos o aspectos relevantes que definen un problema de salud o una necesidad; desde la valoración de un síntoma determinado, hasta un órgano o zona corporal concretos. Siempre se deberán seguir criterios de valoración, como decíamos, integrales, con un enfoque familiar y del entorno.

En ciertos pacientes, la valoración de un síntoma, conducta y necesidad constituyen por sí mismos unidades de valoración, dada la importancia que estos aspectos pueden tener sobre el estado de salud y la calidad de vida del cliente y su familia. La valoración organizada por unidades es un tipo de «valoración focalizada».

Una *unidad de valoración* se define como los aspectos del individuo, familia y entorno que son objeto de observación, siguiendo criterios de:

— Patrón funcional.
— Sistema, aparato u órgano.
— De conducta.
— Actividades de promoción, prevención o cuidados.
— Necesidad básica de salud.
— Síntoma/respuesta relevante del individuo/familia ante factores desencadenantes internos y externos de problemas de salud.

En una misma *unidad de valoración* puede contemplarse un solo criterio o implicarse más de un sistema de valoración.

Ejemplos de *unidades* según los diferentes criterios expuestos:

— *Patrón funcional.* Valoración del patrón de micción en el paciente con retención o incontinencia urinaria.
— *Sistema, aparato u órgano.* Valoración de la sexualidad del paciente diabético.
— *De conducta.* Valoración de la visión en la mujer puérpera.
— *Actividades de promoción, prevención, cuidados.* Valoración del estado o grado de higiene.
— *Necesidad básica de salud.* Valoración de necesidades afectivas del paciente terminal.
— *Síntoma/respuesta.* Valoración del dolor.

Visión integral de la valoración

La concepción del modelo de atención integral es posible si la recogida de datos y valoración parten de la contemplación del individuo en relación con su medio, adaptando su función física y mental según los factores internos y externos que influyen sobre su salud. Desde un equipo multidisciplinar se facilita la atención al individuo en todos los planos. La enfermera aplicará diferentes técnicas y deberá desarrollar habilidades para captar e integrar las impresiones, signos y síntomas que revelan cualquier tipo de problema de origen social, psicológico, cultural, etc., que pueden influir de diferentes formas en la salud.

Valoración continuada y permanente

En el proceso de atención, la recogida de datos es el comienzo de un ciclo de actividades encadenadas que se suceden unas a otras y se simultanean durante el desarrollo de las visitas a domicilio. De la valoración se obtiene una identificación de problemas reales que son priorizables; potenciales, y por tanto abordables desde la prevención; y posibles, de forma que se puede prever la aparición de los mismos.

Es importante utilizar taxonomías diagnósticas de enfermería que unifiquen los enunciados de los problemas detectados tras la valoración. El uso de diagnósticos facilita el entendimiento profesional y estandariza los planes de cuidados.

La formulación de objetivos determina lo que nos proponemos conseguir para solucionar/aliviar los problemas. En la formulación de objetivos participan el paciente, la familia y el profesional. La ejecución de las actividades y su evaluación nos llevan invariablemente a la valoración y revisión del estado de salud de la familia, factores determinantes y evolución de la enfermedad instaurada.

Durante el desarrollo de la atención domiciliaria, la enfermera observará la resolución de problemas, su evolución en el tiempo, la aparición real o potencial de problemas nuevos. La captación temprana y el correcto seguimiento de los diagnósticos establecidos por la enfermera, dependerán en gran medida de la *valoración continuada y permanente* (fig. 1-2).

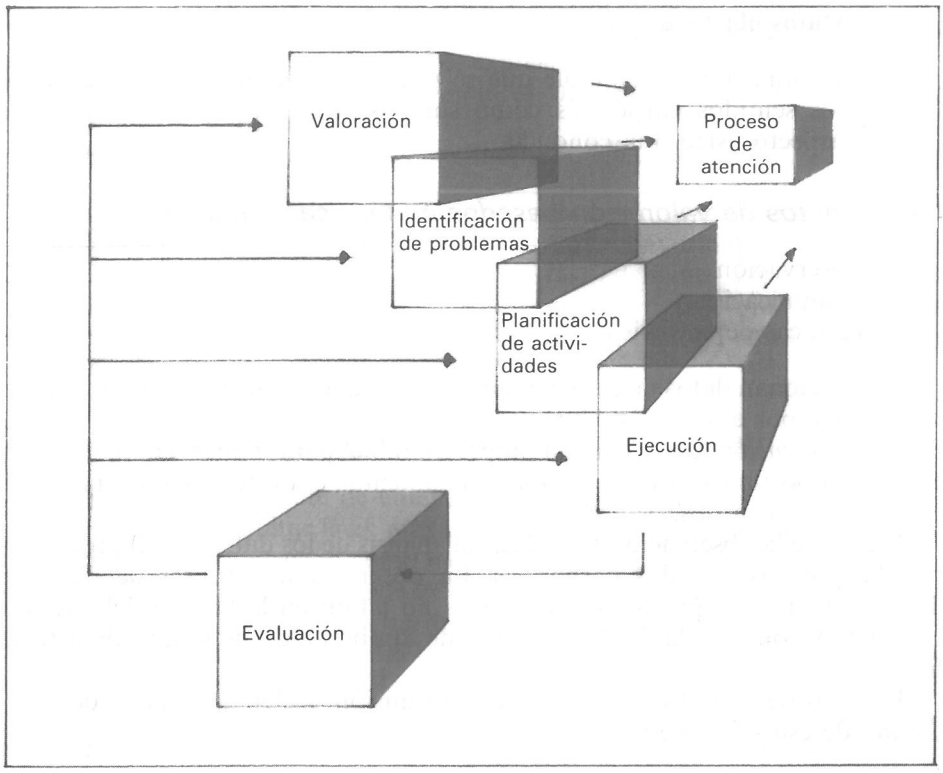


Figura 1-2. Interrelación de las fases del proceso de atención. La valoración es una fase continua y permanente.

Valoración basada en técnicas humanas e instrumentales

El profesional dispone de instrumentos que debe emplear según su experiencia, utilizando sus habilidades de comunicación, relación y observación. Los instrumentos de valoración basados en el uso de materiales y aparatos que arrojan mediciones objetivas son de fácil aprendizaje.

Dependiendo de la fuente de información y de las técnicas de valoración utilizadas por el profesional, los datos obtenidos que se pueden comprobar directamente son datos objetivos. Los datos proporcionados por el cliente, no constatados por el profesional son subjetivos.

La enfermera no debe subestimar o desechar la información proporcionada por el cliente en ningún caso. La actitud profesional consistirá en comprobar, analizar e interpretar las impresiones y sensaciones que refiere el individuo.

Datos subjetivos

Lo que el cliente dice que siente o percibe durante el proceso de valoración.

Datos objetivos

Información constatable que se puede percibir de forma directa con los sentidos corporales como son los signos vitales, cambios en el aspecto físico o la conducta.

Instrumentos de valoración basados en técnicas humanas

— Observación.
— Comunicación.
— Técnicas de entrevista.

Proporcionan datos de carácter subjetivo (lo que el cliente refiere) y objetivo (observable por el entrevistador).

La *observación* es condición imprescindible para poner en marcha los cuidados oportunos; como principio fundamental, el profesional de enfermería debe ser un buen observador.

Mediante la observación se realiza un análisis de los datos que el profesional percibe por sus sentidos corporales. La observación debe ser detallada, es decir, meticulosa y precisa; discreta para no influir en la actitud del paciente, completa y continuada. La transmisión de lo observado debe ser exhaustiva y fiel.

Los errores más frecuentes en la transmisión suelen originarse debido a alguno de estos factores:

— Desconocimiento del profesional sobre las manifestaciones que puede presentar el cliente debido a su problema de salud.
— Utilización de términos inadecuados.
— Observación incompleta, imprecisa, poco exacta.
— Observaciones poco objetivas.
— Transcurso de tiempo excesivo entre la observación y el registro en la historia, que favorece el olvido de datos observados.

Aspectos en los cuales el profesional debe fijar su atención durante la visita a domicilio:

— Aspecto general del paciente.
— Lenguaje: forma de hablar y contenido. Exposición espontánea de temas, comentarios, respuestas.
— Alimentación: reacción ante las comidas, hábitos, comportamiento durante éstas, etc.
— Sueño: posición, características.
— Intereses del cliente: temas o elementos que atraen su atención, o causan indiferencia o rechazo.
— Carácter y actitud en general.
— Relación con sus familiares, en términos generales, y con cada uno de ellos.
— Relación con el profesional que le visita: cómo le recibe, le despide, etc.

— Grupo familiar: actitud de ayuda, colaboración, indiferencia, rechazo. Distribución de roles. Lenguaje, expresión, etc.
— Aspecto general de la vivienda: olores, iluminación, orden y colocación de objetos y mobiliario.
— Objetos personales del paciente: limpieza, etc.

La observación es un elemento decisivo en la comunicación entre la familia y el profesional. El contenido de los mensajes, en la mayoría de los casos, no es sólo verbal; la palabra se acompaña de gestos, ademanes y posturas que a veces tienen mayor contenido y significado que el lenguaje oral. Observar la comunicación no verbal es fundamental durante el diálogo con el paciente y sus cuidadores.

La comunicación, factor primordial de los cuidados de enfermería

Establecer una corriente de entendimiento y de información válida con el paciente puede no resultar fácil; máxime cuando no sólo se pretende informar, sino utilizar la comunicación como medida terapéutica, como medio de aliviar problemas, o bien para educar, por ejemplo, para cambiar hábitos en el paciente.

La comunicación efectiva es ya de por sí una forma de cuidar, es más, los planes de cuidados se basan en el establecimiento de unos buenos canales de información y educación. Por lo general, el medio domiciliario propicia la exposición abierta y realista de los problemas por parte del paciente y sus familiares. El principio básico de una buena comunicación consiste en mantener una actitud «de escuadra» que propicie la expresión sincera y relajada.

El ser humano dispone de variados recursos para comunicarse: el lenguaje corporal, la disposición para escuchar, los silencios, la palabra hablada, el establecimiento de empatía (dar muestras de entendimiento), la creación de ambiente relajado que genera confianza («rapport»).

La comunicación es un proceso que se da en varios sentidos y direcciones; por lo tanto, no depende exclusivamente de la voluntad de comunicar del emisor o de recibir información en el receptor. La falta de atención en uno de ellos dará lugar a la pérdida del contenido o a la interpretación no correcta del mensaje.

Entrevista programada

Una buena entrevista está basada en una buena comunicación

Para que exista comunicación, el paciente tiene que entender lo que se le dice y la enfermera tiene que constatar que esto es así.

Una misma información, un mismo mensaje, dado a varios pacientes puede ser interpretado de diferente manera por cada uno de ellos. Sólo cuando se entiende lo que nosotros queremos decir hay comunicación. Si esto no sucede así, deberemos intentar transmitir la información de otra forma y comprobar de nuevo si se ha entendido, ya que la clave de la comunicación radica en que el paciente capte lo que nosotros pretendemos.

Para realizar una buena entrevista, para que exista una verdadera comunicación se requiere, por tanto, un gran esfuerzo por parte de la enfermera. Debemos tener en cuenta que la habilidad para comunicarse es tan importante como cualquier otra técnica o procedimiento de enfermería, y que para conseguir una correcta comunicación, la enfermera tiene que:

— Utilizar un lenguaje claro, adecuado a cada paciente, a su cultura, aspectos psicológicos, etc.
— Mostrar una actitud cercana e interesada hacia el paciente.
— Acompasar los gestos y posturas —nuestro lenguaje no verbal— a lo que se está diciendo verbalmente. Decir lo mismo con nuestros gestos, tono de voz, posturas, que con nuestras palabras, ya que no sólo damos al paciente información de tipo verbal. «No podemos desdecir con nuestros gestos lo que decimos con palabras».

Podemos decir que una entrevista

Es	*No es*
Una comunicación cara a cara.	Un simple intercambio de información.
Una conversación que se lleva a cabo con un propósito determinado, en un tiempo variable en función de cada paciente.	Una recogida de datos para rellenar un registro, en un tiempo determinado.
Un diálogo entre dos personas, cada una con necesidades concretas.	Dos monólogos con dos interlocutores.
Relación, interacción por medio de gestos, expresiones, palabras —lenguaje verbal y no verbal—.	Relación sólo por medio de lenguaje verbal.
Observar detalladamente y buscar lo inesperado, tener la mente abierta a cada caso concreto, y en todo momento.	Enjuiciar a primera vista y creer saberlo todo de antemano.
Escuchar las respuestas: qué se dice y cómo se dice. «Escuchar entre palabras».	Anotar las respuestas verbales.
Responder, atender, preguntar reflejando las palabras del paciente.	Preguntar sin más.
Dejar que el paciente se exprese abiertamente y escucharle sin prisas.	Cuestionario rápido de preguntas cerradas.

La entrevista: Algunas recomendaciones y sugerencias

Qué se debe hacer	*Qué hay que evitar*
Contacto inicial: crear un ambiente agradable y de confianza.	Dar sensación de prisas y/o de falta de atención.
Presentarse y llamar al paciente por su nombre.	No presentarse y llamar al paciente con familiaridad forzada y artificial («abuelo»), o tuteándole.
Explicar al paciente el propósito de la entrevista.	Pasar a preguntar directamente.
Fijar la atención en el paciente.	Fijar la atención sólo en nuestro cuestionario.
Intentar hacer las preguntas en tono natural de conversación.	Hacer las preguntas en tono de lectura o de interrogatorio.
Utilizar preguntas que inviten a que el paciente cuente su historia a su manera, a que se exprese abiertamente.	Utilizar preguntas que provoquen monosílabos o que condicionen la respuesta:
¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Cómo es su relación con su ...? ¿Por qué cree que le pasa ...? ¿Qué quiere decir con ...? Cuénteme.	¿Se encuentra mejor? ¿Se lleva bien con su ...? ¿Pasó el dolor, verdad? ¿No cree usted que sería mejor...?
Preguntar, en primer lugar, por el problema que le llevó a establecer contacto con el profesional.	Hacer dos preguntas a la vez, o ambiguas: ¿Vómitos no ha tenido, de vientra anda bien?
Utilizar las mismas palabras que el paciente.	Usar palabras técnicas que no entienda el paciente.
Tener un guión flexible.	Tener un cuestionario cerrado.
Dejar que el paciente acabe las frases. Paciencia.	Dar respuestas por sabidas, por terminadas, antes de que el paciente acabe.
Mostrar interés en todo momento por el paciente y sus respuestas.	Estar distraído, realizar interrupciones.
Repetir todo lo que queramos que capte el paciente, lo que consideremos más importante.	Mostrar desinterés durante la conversación.

Soluciones a algunos problemas de comunicación detectados por la enfermera al evaluar el resultado de una exposición de temas de educación para la salud

Problema detectado	*Soluciones*
«No le dije todo lo que le quería decir a ...».	Preparar previamente el mensaje sobre el papel, anotando los puntos principales. Prever posibles objeciones/preguntas.
«Me dio la impresión de que no oyó todo lo que le expliqué».	Buscar el momento adecuado para él/ella, por ejemplo cuando esté descansando, sin dolor, etc. Recapitular lo explicado.
«No escuchó nada de lo que le dije».	Observar y analizar regularmente su comunicación no verbal. Expresarse con cuidado, e introducir preguntas de control para comprobar si ha escuchado.
«No comprendió lo que le dije».	Prestar más atención a su vocabulario. Hablar su lenguaje.
«Comprendió lo que le dije pero no lo aceptó».	Esforzarse en comprender los motivos que le inducen a no aceptarlo. Adaptarse a su personalidad. Empezar de nuevo, con paciencia, la emisión del mensaje.
«Aceptó lo que le dije, pero no lo retuvo todo».	Concretar paso a paso los trozos de mensaje y hacer un resumen por escrito.

Los primeros contactos, el comienzo de la conversación con el paciente/familia son decisivos. Estos deben apreciar un sincero deseo de ayuda y una actitud de atención ante lo que nos quieren explicar. A veces, las barreras psicológicas, impuestas voluntariamente, o las barreras físicas insalvables, como son los estados de sopor, inconsciencia, fase terminal de la enfermedad, hacen imposible que se den los elementos necesarios para la comunicación.

Algunas pautas generales, interesantes para el profesinal de enfermería, en cuanto a la actitud en el domicilio son las siguientes:

— Debe evitarse mostrar un exceso de compasión («Pobrecito, qué mal debe sentirse»).
— Si el paciente desea estar solo, no debe forzarse el diálogo.
— Deben evitarse durante la conversación las frases que indiquen falsas esperanzas: («No se preocupe, todo se arreglará»).
— Intentar levantar el ánimo del paciente con falsas promesas sólo tiene efecto de alivio sobre el que las hace.
— Convertirse en sustituto de algún miembro de la familia, o en un amigo de confianza, supone perder el rol profesional con todo lo que ello conlleva.
— Es posible que a veces el paciente y la enfermera no empaticen aunque los dos se esfuercen en ello. Quizá otro miembro del equipo pueda relacionarse mejor con él.

— No implicarse en los sentimientos del paciente y su familia es prácticamente imposible; de cualquier forma, es preciso mantener cierta lejanía emocional y estar en el papel profesional que en ese momento toca desempeñar.
— Ante las reacciones de enojo, ira, negación, desinterés, rechazo, etc., la enfermera deberá valorar y sopesar todos los factores que están influyendo sobre el estado emocional del paciente, que probablemente justifican su comportamiento. Es muy importante que el profesional no se sienta el blanco de los ataques del mismo.

La conversación, el diálogo y la atención a pequeños detalles llevan a una buena relación entre profesional y familia. Sin las bases de una buena relación, la comunicación real y efectiva como instrumento para valorar y cuidar no será posible.

La técnica de la entrevista

La entrevista consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. De ese conocimiento depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista*.

La entrevista es un método científico que se aprende. No consiste en hacer un interrogatorio, ni una anamnesis.

El objetivo de la entrevista puede ser la recogida de datos para realizar la valoración, pero también sirve para identificar problemas y, por lo tanto, diagnosticar o prestar cuidados convirtiéndose en una terapia.

El tipo de entrevista que se realiza en el domicilio debe ser *abierta*, de forma que el entrevistado hable y opine con libertad. Esta suele ser una entrevista flexible, es decir, acomodada a las circunstancias del entrevistado. Podrá ser *individual* o de *grupo*, según que se entreviste a una sola o varias personas a la vez.

En la atención domiciliaria el beneficio de la entrevista siempre recaerá sobre el entrevistado, tanto si la entrevista se utiliza con fines de valoración como si se realiza con el fin de prestar cuidados.

La entrevista permite:

— Obtener datos completos del comportamiento. Para ello es preciso escuchar, observar, reflexionar.
— Conocer las posibles divergencias y desacuerdos entre los miembros de la familia. Imagen global del grupo.
— Comprender para poder prestar apoyo eficaz.
— Comprobar el grado de ansiedad y su relación con el hecho de la entrevista u otros factores.

---

* José Bleguer. Temas de Psicología (Entrevistas y grupos), 1985.

Indicaciones para la realización de la entrevista

— Situar la entrevista en el tiempo: establecer un límite en la extensión de ésta.
— Situación en el espacio: contemplar el marco ambiental en el cual ha de realizarse la entrevista (la estancia de la casa más adecuada).
— Reservar tiempo para estudiar el resultado de la entrevista.
— Rol técnico del profesional: en ningún caso el entrevistador debe admitir el papel de amigo, ni entrar en el relato de su propia vida. El único interés debe ser el profesional.
— La entrevista debe tener como objetivo el beneficio del entrevistado y nunca la demostración de las habilidades y del poder del entrevistador.
— Las preguntas deben ser directas, sin complicaciones ni segundas intenciones.
— El comienzo de la entrevista no debe ser impreciso. La entrevista da comienzo cuando el entrevistado empieza a hablar.
— Utilizar cortesía, no efusión.
— El silencio del entrevistado no significa el fracaso de la entrevista. Hay muchos tipos de silencio: depresivo, de confusión, timidez.
— Hablar mucho no es lo mejor en una entrevista, ya que el lenguaje no es sólo una forma de transmitir información sino también un medio para evitarla.
— Durante la entrevista se establece, además de la comunicación verbal, un código de signos que no se oyen: son los gestos, posturas, ademanes, etc., siendo necesario poseer unas grandes dotes de observación, intuición y entrenamiento para descifrarlos.

Observación en el curso de la entrevista

Comunicación verbal

— La palabra.
— El timbre de voz.
— La tonalidad afectiva de la voz.
— Tipo de discurso.

Comunicación no verbal

— Gestos, movimientos y posturas.
— Características de la mirada.
— Ademanes.
— Ritmos corporales. Tics.

El lenguaje no verbal es inseparable del lenguaje oral, de forma que, a veces, los gestos dicen con claridad lo que no saben explicar las palabras. Con

frecuencia, pueden existir contradicciones entre lo que se expresa verbalmente y lo que expresa el comportamiento no verbal (el paciente dice que está muy tranquilo, pero sus gestos demuestran un alto grado de ansiedad y nerviosismo).

Flora Davis, en su libro «La comunicación no verbal», habla extensamente del lenguaje de los gestos, de las manos, de la mirada y en general de todos esos signos sin los cuales la palabra sería muda.

Cuadro resumen

La enfermera utiliza la observación como instrumento básico para valorar. El buen observador realizará una recogida de datos más completa y unos planes de cuidados más certeros.

La observación es un elemento decisivo en la comunicación y en el transcurso de la entrevista. Deben observarse los comportamientos verbales y no verbales, los objetos y el espacio físico donde se desarrolla la vida familiar.

La comunicación es en sí misma una forma de cuidar. El medio domiciliario propicia una buena comunicación entre enfermera y familia. Establecer desde el comienzo unas buenas relaciones es primordial.

El diálogo, la conversación durante la entrevista, conducida por el profesional con unos fines concretos y en unas condiciones predeterminadas por éste, constituyen un elemento valioso para valorar, detectar problemas y proporcionar cuidados.

Formas de valoración basadas en técnicas instrumentales

— *Las manos:* principal instrumento de trabajo.
— *Instrumentos u objetos simples:* el resultado se observa o se percibe.
— *Aparatos medidores:* proporcionan cifra o medida.
— Técnicas que necesitan un proceso más complejo de interpretación.

Proporcionan fundamentalmente datos de carácter objetivo.

Las manos: principal instrumento de trabajo

Mediante el tacto y la palpación la enfermera obtiene multitud de datos directos del paciente. Percibe la turgencia de la piel, las diferencias de temperatura, la calidad del pulso en las arterias, los signos de inflamación, la fuerza de los músculos. Es el único instrumento capaz de proporcionar apoyo y calor humano mientras busca signos y detecta medidas indicadoras del estado del individuo. Téngase en cuenta que los signos que la enfermera puede detectar mediante la palpación pueden indicar no sólo alteraciones fisiológicas sino también de conducta y por supuesto, en muchos casos, problemas de origen social que el individuo hace patentes de forma física en su organismo.

Instrumentos u objetos simples de valoración

Durante la estancia en el domicilio, el profesional podrá observar multitud de escenas familiares en las que el cliente tenga que utilizar objetos cotidianos, por ejemplo, la cuchara o el cepillo de dientes, o realizar ejercicios de rehabilitación con una pelota de goma. Además de observar estos hechos, la enfermera puede proponer de forma intencionada diversos ejercicios o pruebas en los que intervienen el manejo de objetos (periódicos para comprobar la agudeza visual, papel y lápiz para comprobar la habilidad pérdida/recuperada en cuanto a la escritura, globos para comprobar la capacidad respiratoria del paciente, etcétera).

La enfermera utilizará instrumentos como el martillo para explorar los reflejos tendinosos, el diapasón para determinar la sensibilidad vibratoria, el fonendoscopio para ampliar los sonidos cardíacos y respiratorios, la linterna para valorar los reflejos pupilares, los depresores para observar la cavidad bucal, la campanilla y sonajero para valorar el sentido del oído en el niño, etc. El manejo adecuado de objetos de uso exclusivo clínico, y de otros que no lo son, es a menudo imprescindible para realizar valoraciones, a partir de las cuales se pueden obtener datos para, posteriormente, plantearnos la actuación de enfermería.

Aparatos medidores

Los avances técnicos en la medicina han hecho posible la cuantificación de parámetros en el ser humano que dan la medida del funcionamiento del organismo. Actualmente en el nivel primario de salud se facilita la realización de pruebas relativamente sencillas y poco agresivas que forman parte de las valoraciones que habitualmente realiza la enfermera en el domicilio en relación con problemas de salud específicos y que son fácilmente aprendidas por el cliente/familia: tiras de papel reactivo de un solo uso que cambian de color, cuando se impregnan en líquidos corporales, y determinan la presencia y cantidad de los diferentes componentes del fluido que se desea analizar; aparatos medidores de la presión arterial, aparatos que miden la cantidad de glucosa y otros componentes en sangre, etc. El aprendizaje de estas técnicas de valoración sencillas, por parte del paciente o los familiares, tiene claros efectos beneficiosos sobre el cuidado de la salud y por lo tanto sobre el grado de independencia. La enfermera actuará coordinando y supervisando la correcta utilización y lectura de estos métodos de valoración y seguimiento.

Técnicas de valoración interdependiente/dependiente

La existencia de protocolos de actuación multidisciplinar en los problemas de salud, acordados en el equipo de atención primaria, puede transformar una actividad de enfermería dependiente en interdependiente. Dichas actividades pueden consistir en la realización de electrocardiogramas, espirometrías, o la obtención de muestras sanguíneas para realizar análisis clínicos en laboratorio, que son utilizadas para evaluar el efecto de tratamientos medicamentosos y el proceso de la enfermedad. De la actuación de cada profesional del equipo, se pueden derivar actuaciones que competan a otros profesionales.

La valoración contempla al individuo, familia y entorno

Valoración del individuo

Tras la valoración integral, ordenada y sistemática del individuo, la enfermera llega a identificar los hábitos y los patrones de función normal; a partir de ellos se observan las respuestas a los estados de alteración de la salud, y por lo tanto la capacidad de adaptación presente y pasada. En términos de necesidades básicas de salud, la enfermera establecerá el grado de satisfacción de éstas y las capacidades y limitaciones de la persona.

En la actividad de enfermería a domicilio con ancianos es especialmente interesante manejar el concepto de *grado de incapacidad para la realización de actividades diarias.* En la valoración inicial, para determinar si un individuo puede vivir independiente y si es capaz de desenvolverse en su domicilio (en especial cuando vive solo), debe evaluarse la capacidad de autocuidado a través de la realización de actividades de la vida diaria.

Katz y cols., diseñaron un sistema de indicadores para estudiar y clasificar los diversos grados de incapacidad que pueden padecer las personas; este sistema de evaluación, llamado Indice de independencia en las actividades de la vida diaria*, valora la capacidad para realizar seis habilidades básicas, según las cuales se establecen siete categorías o grados de incapacidad.

> *Habilidades básicas*: comer, vestirse, caminar, asearse, usar el baño y contener esfínteres (vesical y anal).

Grados de incapacidad

Grado 0: Independiente en las seis actividades mencionadas.
Grado 1: Independiente en cinco y dependiente en una.
Grado 2: Independiente en cuatro y dependiente en dos.
Grado 3: Independiente en tres y dependiente en tres (dos de ellas han de ser asearse y vestirse).
Grado 4-5: Independiente en una sola actividad y dependiente en cinco (cuatro de ellas han de ser asearse, vestirse, caminar y usar el baño).
Grado 6: Dependiente en las seis actividades.
Grado 7: Dependiente en al menos dos actividades y que no ha sido incluida en los grados anteriores.

Además de estas habilidades o necesidades básicas, debe evaluarse la capacidad para realizar las actividades domésticas y las relacionadas con la vida fuera del hogar. Muchas de estas actividades llevan aparejadas un conjunto de acciones (como por ejemplo, utilizar el teléfono, que implica buscar el número, ver las cifras, marcar, etc.).

---

* Tomado de Series Monográficas 2 de la Comunidad Autónoma de Madrid (España). «Nuestros ancianos». Perfil sociosanitario de la Tercera Edad en la CAM, 1989.

Cada actividad evaluada debe ser clasificada según tres parámetros: realiza la actividad sin ayuda, con ayuda, o no puede realizarla de forma alguna.

La enfermera que visita en el domicilio al cliente por primera vez, para poder valorar su estado de salud físico-mental y el grado de bienestar social, deberá determinar qué necesidad de cuidados tiene el individuo según su estado de salud y/o deterioro a causa de su edad, y qué tipo de ayuda precisa para vivir en su casa.

Personas que viven solas

— Necesidades de cuidados personales.
— Necesidad de ayuda en tareas domésticas.
— Necesidad de ayuda para salir de casa.
— No necesita ayuda.

Establecer frecuencia en cada tipo de necesidad.

Valoración de la familia

El comportamiento y la forma de vida de la familia influye en la salud de todos sus miembros de múltiples formas. Como hemos ido exponiendo durante el desarrollo del presente capítulo, en los cuidados a domicilio, la familia desempeña un papel primordial, de manera que cuando no existen cuidadores en el hogar del cliente incapacitado crónica o transitoriamente, se hace muy difícil, y muchas veces imposible, la permanencia de aquél en su casa. En ocasiones, la existencia de familiares en el domicilio tampoco garantiza unos cuidados de calidad a la persona incapacitada, debido a problemas de origen social, cultural o sanitario en el grupo de convivencia.

Es fundamental que la enfermera valore las características generales e individuales de la familia para determinar la existencia de problemas, qué tipo de ayuda precisan, qué cuidados pueden ejercer sobre cada uno de sus miembros sanos y enfermos. En cada visita, durante la conversación con los cuidadores y el cliente, y por la simple observación, se irán perfilando los datos suficientes para realizar una valoración global de la familia y de cada uno de sus miembros (fig. 1-3).

Información necesaria para valorar la familia

— *Configuración.* Número de miembros, edad, lazos de parentesco, raza, procedencia, religión.
— *Estado de salud.* ¿Cómo califican su salud? Existencia de procesos crónicos, problemas agudos de aparición periódica, intervenciones quirúrgicas, accidentes, medicamentos que consumen (composición del botiquín), consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, presencia de factores de riesgo de origen metabólico, existencia de deficiencias sensoriales cognitivas; cuidados que se dan a sí mismos: revisiones periódicas de salud, vacunaciones de los niños y adultos, cuidados de la boca y visitas al dentista; utilización de aparatos correctores de visión/oído y visitas periódicas al médico especialista; hábitos higiénicos en cuanto a

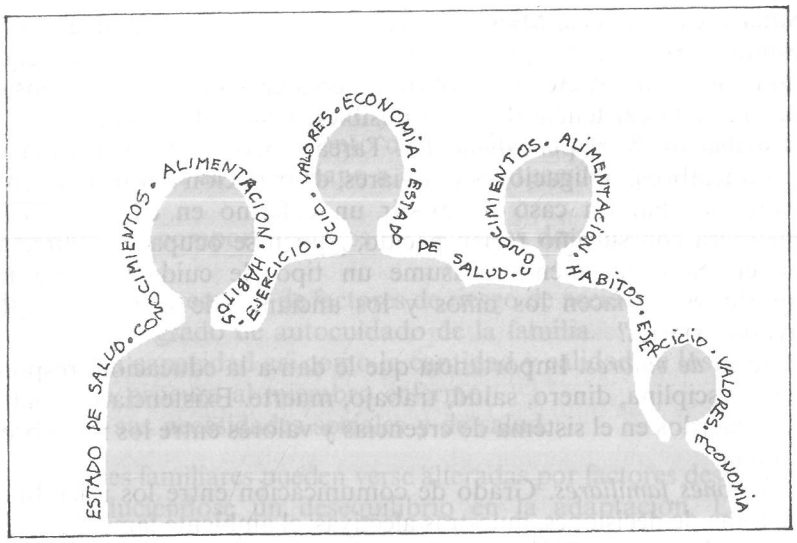


Figura 1-3. Perfil socio-sanitario del grupo familiar.

aseo personal, ropa; planificación familiar, alimentación equilibrada, ejercicio periódico.

— *Conocimientos sobre la salud.* En caso de padecer una enfermedad crónica alguno de sus miembros, ¿conocen su fundamento, síntomas, precauciones y cuidados, signos de alarma, pautas de tratamiento?

En caso de padecer un proceso banal algún miembro de la familia, ¿conocen la forma adecuada de actuar, los cuidados que alivian los síntomas, y en qué momento se debe acudir al centro de salud?

Tipo de remedios o cuidados practicados en casa respecto a algunos problemas de salud. Conocimientos de primeros auxilios, prevención de accidentes infantiles y en los ancianos en casa y fuera de ella, medidas para prevenir o detectar precozmente el cáncer.

Presencia de animales domésticos en casa: medidas de higiene, control sanitario veterinario.

— *Estado nutricional. Hábitos de alimentación.* Ingesta habitual de líquidos y alimentos en casa, costumbres y preferencias individuales de sus miembros, tallas y pesos, obesidad, desnutrición. Si existe algún miembro que precise una dieta especial, ¿qué grado de cumplimiento realiza?, ¿supone problemas para el resto de la familia?, ¿cómo organizan las comidas?

— *Hábitos de sueño y descanso.* Tendencias en la familia en cuanto a la hora de acostarse, levantarse, hacer siesta, realización de actividades concretas antes de dormir. La presencia de un enfermo, de un niño recién nacido, de un anciano en casa, ¿cómo afecta al sueño de la familia?

— *Actividad, ejercicio y ocio.* Grado de actividad física que desarrolla cada miembro de la familia, práctica de deportes, ocupación del tiempo libre de los niños, jóvenes, adultos y ancianos de la casa.

— *Situación económica.* Miembros que trabajan, profesión, niveles y tipo de estudios, expectativas profesionales. Nivel socioeconómico. En el caso de jubilados, viudos, etc., es importante conocer además de la pensión que perciben, la existencia de otras posibles fuentes de ingresos.
— *Distribución de responsabilidades.* Tareas encomendadas a cada uno de sus miembros, obligaciones familiares, distribución del trabajo en casa y fuera de ella. En caso de existir un enfermo en casa, o una mujer puérpera con su niño recién nacido, ¿quién se ocupa más directamente de él? Si cada miembro asume un tipo de cuidado, ¿qué tipo de aportaciones hacen los niños y los ancianos de la familia? ¿Reciben ayuda externa?
— *Sistema de valores.* Importancia que le dan a la educación, responsabilidad, disciplina, dinero, salud, trabajo, muerte. Existencia de conflictos o desacuerdos en el sistema de creencias y valores entre los miembros de la familia.
— *Relaciones familiares.* Grado de comunicación entre los miembros, tipo de toma de decisiones, muestras afectivas: el ambiente familiar es relajado, tenso, depresivo. Existencia de problemas específicos de relación con algún miembro de la familia. Actitud hacia los niños y participación de éstos en la vida familiar.
— *Patrón de adaptación.* Factores de estrés en la familia, comportamientos individuales frente al estrés o mecanismos de defensa puestos en marcha ante situaciones que producen ansiedad. Presencia de respuestas constructivas o destructivas. Historia de consumo de drogas, enfermedades mentales, comportamientos violentos, etc., en los miembros de la familia. Ante una situación de crisis, ¿cómo actuaron sus miembros en otras ocasiones?

Cuadro resumen

La enfermera deberá realizar una valoración global de la familia en el transcurso de las visitas:

— Configuración de la familia.
— Estado de salud.
— Conocimientos sobre temas de salud.
— Estado nutricional y hábitos.
— Hábitos de sueño y descanso.
— Actividad, ejercicio y ocio.
— Situación económica.
— Distribución de responsabilidad.
— Sistema de valores.
— Relaciones familiares.
— Patrón de adaptación.

Los objetivos de la enfermera en cuanto a la valoración de la familia serán:

— Determinar la influencia de los factores de estrés sobre la familia. Las causas que pueden producir estrés en una familia son: enfermedad, hospitalización o fallecimiento de uno de sus miembros, nacimiento de un hijo, llegada de un anciano a la casa, situación de pobreza, drogadicción, etc.
— Detectar los comportamientos o conductas destructivas como respuesta al estrés.
— Identificar la presencia de factores de riesgo de accidentes y enfermedades.
— Observar el grado de autocuidado de la familia.
— Valorar la capacidad así como la cantidad y calidad de los cuidados que la familia procura al miembro enfermo.
— Conocer sus necesidades sociales y de salud.

Las relaciones familiares pueden verse alteradas por factores desencadenantes de estrés, produciéndose un desequilibrio en la adaptación. La enfermera deberá facilitar el proceso de adaptación en los momentos críticos.

Proceso de adaptación en la familia ante un miembro enfermo

¿Reconoce la familia el problema?

Signos de reconocimiento:

— Identifican los síntomas.
— Solicitan información sobre los recursos disponibles.

¿Buscan ayuda?

Signos de reconocimiento:

— Preguntan a los profesionales.
— Buscan información escrita.
— Acuden a asociaciones de la comunidad.

¿Aceptan el problema y lo que se deriva de él?

Signos de reconocimiento:

— Hablan del problema entre ellos.
— Toman medidas para disminuir la ansiedad.

¿Toman decisiones que implican adaptación?

Signos de reconocimiento:

— Adoptan otras formas de vida: hacen cambios.
— Actitudes de ánimo entre ellos y el enfermo: fomentan la independencia.
— Toman medidas de adaptación a las incapacidades residuales.
— Reconocen la depresión y la ansiedad.

La valoración de la familia, como es lógico pensar, también debe ser integral, continua y permanente, incluso después de pasados los momentos críticos. Una familia que ha vivido un problema de salud grave en alguno de sus miembros sufre un desgaste físico y emocional. Es necesario el seguimiento por el profesional de enfermería, ya que existe el riesgo de que se presenten problemas de salud. Identificar precozmente a los miembros más sensibles, o que desarrollan mecanismos de defensa ineficaces, observando signos tempranos de alarma, es una labor de prevención que puede evitar problemas que afecten a todo el grupo familiar.

Valoración de la vivienda

La vivienda, junto con la alimentación y la ropa, se considera una necesidad fundamental de la vida humana. La vivienda está íntimamente unida al concepto de salud.

La vivienda es el lugar que debe proteger de los riesgos del entorno físico, satisfacer la necesidad psíquica de territorio propio y constituir el centro de reunión del grupo social primario: la familia.

El concepto idóneo de vivienda es aquel que cumple una serie de aspectos relacionados con la salud y el bienestar social:

— Fomentar la salud física y mental de sus ocupantes.
— Proporcionar seguridad psíquica.
— Proteger de los riesgos del entorno físico y social.
— Proporcionar lazos físicos con la comunidad, cultura y un medio para expresar su individualidad.

Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no goza de los aspectos positivos o ventajas que debe tener una vivienda.

Características de la vivienda en relación con la salud

En líneas generales, las viviendas deben ajustarse a unos principios* con el fin de acercarse al concepto ideal de alojamiento, de forma que éste repercuta positivamente en el estado de salud de las personas que lo habitan. La puesta en práctica de estos principios dependerá de diversos aspectos, como la cultura, clima, tipo de terreno, etc.

Adecuación del entorno de la vivienda

El entorno puede suponer riesgos para la salud. La población urbana se enfrenta con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación, pobreza, peligros del tráfico, aislamiento social, aunque suele tener mejor acceso a los servicios de todo tipo. En las zonas rurales, se agrava el problema de aislamiento físico, pobreza, falta de servicios sanitarios, sociales y otros.

El entorno de la vivienda debe contar con abastecimiento de agua, eliminación de excretas y basuras, desagües; establecimientos comerciales y culturales, servicios de transporte accesibles, servicios sanitarios primarios y sociales, sin

---

* Adaptado de los «Principios de higiene de la vivienda». OMS Ginebra, 1990.

olvidar elementos estéticos necesarios para la vida familiar, como los espacios libres con vegetación, y las instalaciones para actividades recreativas.

Medidas de protección frente a las enfermedades transmisibles

La vivienda adecuada debe proteger de la exposición a agentes y vectores de enfermedades transmisibles, disponiendo de:

— Abastecimiento de agua potable para fomentar la higiene doméstica y personal y prevenir la propagación de enfermedades gastrointestinales.
— Eliminación higiénica de excretas para reducir la transmisión por vía fecal-oral de enfermedades y la reproducción de insectos vectores.
— Eliminación de basuras domésticas, utilizando métodos apropiados para el almacenamiento y eliminación de los desechos. Esta medida protege contra insectos y roedores vectores de enfermedades, contra sustancias venenosas y objetos que pueden causar accidentes por traumatismos.
— Desagüe para drenar adecuadamente las aguas.
— Habitantes que desarrollen buenos hábitos higiénicos, aseo y orden en la vivienda. La higiene personal y doméstica es tanto cuestión de medios e instalaciones como de comportamiento. En los hábitos saludables deben incluirse la preparación correcta de los alimentos, así como la selección, almacenamiento y manipulación higiénica de éstos.
— Características estructurales que protejan de la transmisión de enfermedades, como son un espacio suficiente para todos los componentes de la familia, espacios sin rincones que favorezcan la formación de nidos de insectos, suelos con pavimento.

Las mujeres y los niños están más expuestos a los riesgos para la salud existentes en el hogar, ya que pasan más tiempo en él.

Medidas de protección contra traumatismos, intoxicaciones y enfermedades crónicas

Además de resguardar de las inclemencias del tiempo, las viviendas deben servir de protección frente a accidentes y sustancias perjudiciales a corto o largo plazo. Estas medidas dependen de las características estructurales de la vivienda y del comportamiento humano. Los ancianos, los enfermos crónicos y los incapacitados, cuya movilidad es generalmente limitada, son personas especialmente expuestas a riesgos en el hogar.

— Las características de la vivienda deben reducir al mínimo los ruidos externos, la contaminación, los vapores y olores de vertederos de desechos químicos y alimentarios, los movimientos de tierra y las inundaciones.
— Las temperaturas extremas deben mitigarse con estructuras que aíslen, calefacción, ventilación, aire acondicionado.
— La iluminación debe ser natural y artificial. El mobiliario debe elegirse teniendo presente la seguridad, y mantenerse en buen estado, especialmente en viviendas donde hay niños y ancianos.

— La vivienda debe estar bien ventilada y el aire libre de sustancias tóxicas e irritantes (combustibles biológicos que se queman, productos químicos, humo del tabaco, etc.) con el fin de reducir el riesgo de cáncer y enfermedades respiratorias crónicas.
— Se deben adoptar precauciones para reducir la exposición a sustancias químicas peligrosas, que son causa de envenenamientos, quemaduras y problemas crónicos.
— Cuando la casa es también el lugar de trabajo, deben respetarse las medidas de seguridad frente a incendios, accidentes mecánicos, químicos o animales, y por supuesto las normas de higiene.

Reducción de los factores de estrés psicológicos y sociales

El hogar siempre ha sido un refugio para el ser humano, además del lugar donde se desarrolla su vida privada. La vivienda proporciona seguridad física y mental, y combate el estrés producido por la vida moderna en las ciudades. Para reducir al mínimo los factores de estrés psicosociales, las viviendas deberían:

— Contar con suficiente espacio, alumbrado, ventilación, mobiliario y habitáculos que faciliten la intimidad.
— Dar sensación de seguridad personal, reforzada por las estructuras comunitarias y vecinales.
— Proporcionar espacio para el esparcimiento con los mínimos riesgos de accidentes y enfermedades.
— Estar situadas de forma que reduzcan los ruidos, donde haya zonas verdes y un buen acceso a los servicios de la comunidad.
— Ser fáciles de mantener limpias y ordenadas.

Uso adecuado de la vivienda: la salud de la familia depende en gran medida de la utilización que ésta haga de su hogar.

El uso adecuado de la vivienda y su habitabilidad dependen en último término de las actitudes, aspiraciones y conocimientos de los que la habitan.

Los profesionales y agentes de salud, por medio de la información y educación, deben alentar y ayudar a la población a utilizar lo mejor posible las vivendas de que disponen.

Cuadro resumen

Características de la vivienda en relación con la salud:

— Adecuación del entorno de la vivienda.
— Medidas de protección frente a las enfermedades transmisibles.
— Medidas de protección contra traumatismos, intoxicaciones y enfermedades crónicas.
— Reducción de los factores de estrés psicológicos y sociales.

En definitiva, la vivienda puede ser una fuente generadora de salud o de enfermedad, dependiendo de factores como ubicación, infraestructura, enseres que contiene, y especialmente del uso que de ella hacen los que la habitan. Si bien la enfermera de atención directa sólo puede actuar sobre alguno de estos factores, dentro del ámbito de su competencia profesional en el nivel primario de salud, sí tiene en sus manos detectar las deficiencias estructurales, los factores de riesgo y las lagunas de conocimiento e información que la familia posee acerca de la prevención de la enfermedad cuyas causas se localizan en el entorno más inmediato.

Durante el proceso de atención domiciliaria, la enfermera deberá valorar, en lo que se refiere a la vivienda:

1. Ubicación de la vivienda en el barrio o zona: valoración del entorno (grado de aislamiento, zonas verdes, industriales, de desecho de basuras; centros culturales, sociales, sanitarios, comerciales, etc.), medios de transporte accesibles.
2. Tipo de vivienda: rural o urbana, bloque de pisos o unifamiliar; propia, alquilada, compartida, en régimen de pensión, etc.
3. Aspectos de habitabilidad: instalaciones básicas, como agua corriente, retrete dentro de la vivienda, baño o ducha, gas de uso doméstico, instalación eléctrica. Otros equipamientos, como teléfono, calefacción móvil o fija, electrodomésticos, radio, televisión, vídeo. Metros cuadrados de la casa en relación con el número de personas que la ocupan.
4. Accesibilidad: presencia de barreras arquitectónicas que dificultan el acceso a la calle (escaleras, ausencia de ascensor), y el acceso de unas zonas a otras dentro de la misma vivienda.
5. Adecuación de la vivienda a los problemas de salud de la familia: agarraderas en el baño, pasamanos en los pasillos y escaleras, iluminación suficiente y accesible en todas las estancias de la casa, salientes de muebles protegidos.
6. Existencia de factores de riesgo de enfermedad: higiene deficiente o inadecuada en la vivienda, convivencia con animales sin control sanitario, etc.
7. Existencia de factores de riesgo de accidentes: botiquín accesible a cualquier miembro de la familia, productos de limpieza accesibles o no adecuados, objetos deslizantes en los suelos, suelos encerados, etc.

Constancia escrita de la valoración

La valoración inicial del individuo debe ser registrada en su totalidad en la historia clínico-social, así como los datos más significativos de la familia y entorno. En el transcurso de las visitas, se deberán ir reflejando todos los datos nuevos que arroje la valoración continuada, completando así el perfil familiar y del entorno, datos que pueden constituir factores de salud o enfermedad para los miembros de la familia.

(Véanse los aspectos generales de registro y evaluación de la actividad domiciliaria en el último apartado de este capítulo.)

2. Identificación de problemas: diagnósticos de enfermería

La aplicación del proceso de atención implica, entre sus fases, la identificación de problemas y la enunciación de diagnósticos de enfermería. El proceso de atención, como método científico de trabajo, es invariable sea cual sea el marco donde se desenvuelve la enfermera: centro de salud, hospital, domicilio, colegio, etc.

Una vez identificados los patrones funcionales, se deduce el estado de salud del individuo mediante el estudio y reflexión de los datos recogidos. De este proceso mental se obtienen o identifican problemas, que no siempre son exclusivamente abordables por la enfermera. Algunos de los problemas detectados precisan atención por otros profesionales, otros, actuaciones conjuntas, y otros son tratados exclusivamente por la enfermera. Respecto a estos últimos, la enfermera deberá establecer *diagnósticos de enfermería.*

Aunque existen en la literatura diversas definiciones sobre la expresión Diagnóstico de enfermería, la definiremos de forma escueta como «la explicación del estado de salud, resultado del proceso de identificación de problemas que deben ser tratados por la enfermera».

El empleo de un sistema de clasificación de diagnósticos de enfermería crea un marco de referencia profesional que unifica los términos y por lo tanto facilita el entendimiento entre las enfermeras.

Ventajas de la utilización de una taxonomía de diagnósticos de enfermería

— Describe el estado de salud del cliente.
— Es una forma eficaz de comunicación interprofesional.
— Abre cauces para la docencia e investigación.
— Supone una vía efectiva para asegurar el reconocimiento de la competencia profesional enfermera.
— Permite establecer sistemas adecuados para su tratamiento informático (codificación de los diferentes diagnósticos).

Desde el punto de vista teórico y práctico han existido diferentes tipos de clasificaciones diagnósticas, surgidas en Estados Unidos y Canadá. En 1973, se celebró la Primera Conferencia sobre Diagnósticos de Enfermería, con el propósito de identificar las funciones de las enfermeras y crear un sistema de clasificación. Se creó un Comité especial permanente, que entre otras funciones, recopila el material sobre diagnósticos y coordina las conferencias nacionales. Desde la quinta conferencia, el grupo de enfermeras que sigue recopilando y perfeccionando la clasificación de diagnósticos se denomina Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería («North American Nursing Diagnosis Association»: NANDA).

Hasta la actualidad se han celebrado ocho conferencias, en las cuales se van incorporando y revisando diagnósticos probados en la práctica. Otras clasificaciones como la de Omaha, creada por enfermeras domiciliarias*, y del

---

* Visiting Nurse Association of Omaha. Nebraska. A Classification Scheme for Client Problems in Community Health Nursing. Washington DC: US Department of Commerce-National Technical Information Service, 1980.

Consejo Psiquiátrico y de Salud Mental de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) presentaron un proyecto conjunto con la NANDA en agosto de 1987, que fue remitido a la OMS; dicho documento representa el Sistema de Clasificación de la NANDA. La NANDA fue designada oficialmente por ANA como la organización encargada de llevar a cabo el desarrollo del Sistema de Clasificación de Diagnósticos de enfermería.

La unificación de los diferentes trabajos sobre diagnósticos de enfermería en una sola nomenclatura, la consideramos un verdadero avance, de cara a la definición de problemas relacionados con aspectos del entorno inmediato de la familia, que son abordables por la enfermera.

En el caso concreto de la enfermera comunitaria española, que presta atención tanto en el centro de salud y a grupos de la comunidad, como en los domicilios, la clasificación diagnóstica debe ser la misma tanto para la actividad domiciliaria como para el conjunto de la atención enfermera, en el nivel primario de salud y por supuesto la misma taxonomía que la que utilizan las enfermeras del nivel especializado, como punto de partida para coordinar la atención a los mismos usuarios de nuestra población.

La enfermera no debe olvidar que los diagnósticos pueden reflejar una situación actual positiva, un problema real o potencial y problemas de posible aparición.

Diagnósticos reales, potenciales y posibles

El diagnóstico real o actual es aquel al que se llega tras la valoración y confirmación de los signos y síntomas, identificándose o no los factores etiológicos.

El diagnóstico potencial es aquel que se establece sin que se confirmen los signos y síntomas principales pero sí los factores de riesgo etiológicos. Cuando el diagnóstico es potencial, se comienza anotando «Riesgo de ... en relación con el/los factor/es de riesgo».

El diagnóstico posible es aquel que se establece cuando no se confirman signos o síntomas ni tampoco factores de riesgo, pero se sospecha un problema que aún no se ha detectado. Cuando el diagnóstico es posible, se comienza anotando la palabra «Posible ... en relación con la situación que lo puede originar». Se deben recoger más datos para descartar o no el diagnóstico posible.

Enunciado de los diagnósticos

El nombre del diagnóstico puede incluir dos o tres partes diferenciadas:

— Título o categoría diagnóstica.
— Factor etiológico, concurrente o de riesgo.
— Signos, síntomas, tratamientos o enfermedad de base.

La primera y segunda parte se relacionan entre sí generalmente con el término «en relación con ...» o «relacionado con ...». Cuanto más explícita sea la segunda parte del diagnóstico, mejor encaminados irán los objetivos y el plan de cuidados. Se utiliza el diagnóstico de dos partes en las situaciones potenciales y posibles, puesto que todavía no existen signos y síntomas reales.

— *Ejemplo*: Riesgo de lesión en relación con frecuentes caídas en su casa.

Los diagnósticos con tres partes se utilizan para las situaciones reales detectadas. La segunda parte se enlaza con la tercera, utilizando el término «manifestado por ...» cuando son signos o síntomas los que dan validez al diagnóstico real. Cuando conviene precisar convenientemente el diagnóstico aclarando cuál es la enfermedad de base o tratamiento que ha dado lugar a la categoría, se utiliza el término «secundario a ...».

— *Ejemplo*: Alteración en las relaciones familiares, en relación con expresión de sentimientos no manifestados hasta ese momento, secundario a la enfermedad cancerosa de un miembro de la familia.
— *Ejemplo*: Rechazo al tratamiento en relación con temor a los efectos secundarios del medicamento, manifestado por somnolencia.
— *Ejemplo*: Falta de conocimientos del paciente/familia, en relación con ingesta suficiente de líquidos, manifestado por sequedad de mucosas y signo del pliegue positivo.

Categorías diagnósticas que pueden implicar competencias médicas (problemas interdependientes), como es el caso de «alteración en el gasto cardíaco» y «alteración en la perfusión tisular», es conveniente que sean sustituidas por otros diagnósticos que reflejen las alteraciones funcionales que se dan en estos casos, abordables por actuaciones enfermeras, relacionándolos con el término «secundario a...» a disminución de la perfusión tisular, alteración en el gasto cardíaco o cualquier otra causa que origina la alteración en la función o respuesta humana.

— *Ejemplo*: Afectación de la movilidad física en relación con uso limitado de miembros inferiores secundario a alteración en la perfusión tisular periférica.

La transformación de un problema detectado en un diagnóstico enfermero sobre las hojas de la Historia familiar, requiere práctica y una visión global de todo el proceso de atención.

Se dice que las enfermeras que acuden a domicilio, son las que actúan de forma más independiente, más que las enfermeras de los centros hospitalarios. La visita domiciliaria es pues un medio idóneo para prestar atención enfermera.

3. Planificación de cuidados: la educación para la salud como instrumento básico de atención

Formulación de objetivos

El primer paso en la planificación de los cuidados es la formulación de objetivos. Los objetivos deberán definirse tras la enunciación del diagnóstico y serán siempre previos a la elaboración del plan de cuidados. La enfermera deberá tratar con el paciente y su familia el aspecto de su salud que se pretende mejorar/solucionar. La implicación del paciente y sus cuidadores debe ser total: a veces ni siquiera es suficiente con la participación en las pautas que establece la enfermera; así pues, es preciso comprender perfectamente el problema objeto de cuidados y adquirir responsabilidad directa sobre él. La

aceptación y asunción de los objetivos es el otro paso imprescindible para poder llevar a cabo el plan de cuidados.

La enfermera pactará con el paciente y la familia las metas, que deben ser asequibles y cortas en el tiempo sobre todo al principio; el logro de estas pequeñas metas aumentará su seguridad y confianza. El paciente puede recuperar cierto control sobre su cuerpo y su mente al comprobar los resultados de proponerse algo para mejorase a sí mismo.

Diagnóstico de enfermería	*Pacto de objetivos de la familia/paciente/ enfermera*	*Elaboración y ejecución conjunta del plan de cuidados*
Alteración/déficit/... en relación con ...	El paciente/familia será capaz de ...	Actividades de fomento de la salud; apoyo en conductas positivas: — Cuidados preventivos. — Cuidados curativos. — Cuidados paliativos. — Cuidados rehabilitadores y de reinserción. — Medios que utiliza la enfermera: cuidados directos y la educación para la salud.

Importancia y significado de proponerse metas

El simple hecho de proponerse una meta, de asumirla y entender su fundamento, de dedicar esfuerzo a conseguirla, ya es un progreso con vistas a la recuperación de la salud, a mantenerla frente a la presencia de factores de riesgo y a aumentar el bienestar dentro de un proceso irreversible. Plantearse un objetivo de salud es sinónimo de ganas de vivir en muchos casos, de mejorar la calidad de vida en otros. Supone participar, esforzarse en satisfacer las propias necesidades físicas, mentales y emocionales. Detrás de estas pequeñas metas que el paciente acepta, junto con sus familiares y los profesionales sanitarios en cuanto a la resolución de problemas concretos de salud, pueden estar otras metas muy personales e individuales de índole familiar, laboral, espiritual, que alientan al ser humano y le ayudan a superar momentos críticos en su vida. Son personas con esperanzas.

Beneficios del establecimiento de metas por el cliente

— Predispone mental y emocionalmente para tomar decisiones propias en cuanto a la recuperación, mantenimiento de la salud y freno del avance de la enfermedad.

— El cliente confía en su capacidad para hacer algo por sí mismo, de satisfacer sus propias necesidades. «Ser capaz de ...» significa poder recuperar el control sobre las cosas. Ahuyenta la desesperanza y la sensación de desamparo.

— Proponerse una medida concreta se traduce en invertir las propias energías, en establecer prioridades y esforzarse en un solo sentido.
— Cuando se acepta mejorar un aspecto o satisfacer una necesidad, es evidente que se reconocen las propias deficiencias y necesidades, lo cual contribuye a formentar una imagen propia positiva. Se confía en poder mejorar y merece la pena intentarlo. Se genera una visión positiva de la situación.

Condiciones para el establecimiento de metas

— Las metas deben contemplar la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales. Un plan de cuidados debe tener formuladas unas metas integrales y equilibradas.
— Las metas deben ser realistas y adecuadas a la capacidad y experiencia del cliente. No deben proponerse muchas a la vez y en corto tiempo.
— Deben ser tangibles, concretas y específicas, que se pueda comprobar fácilmente cuando han sido alcanzadas.
— Para que se pueda comprobar si han sido conseguidas o no, y en cuánto tiempo, deben ser mensurables. El tiempo concedido para el cumplimiento de una meta debe ser generoso, porque siempre se piensa que se puede conseguir en menos tiempo del que en realidad se necesita.
— Deben asumirse metas cuya consecución esté en manos del cliente y no dependa del comportamiento de otros. Si la meta propuesta no se encuentra dentro de lo que el paciente o sus familiares pueden conseguir, el fracaso está asegurado.
— El resultado de una meta debe producir satisfacción en la persona que es objeto de cuidados.
— Al principio, las metas deben ser asequibles y pequeñas para adquirir confianza. Los objetivos a largo plazo suelen ser frustrantes y causan ansiedad. Un objetivo a largo plazo debe desglosarse en objetivos más pequeños y encadenados que conduzcan, éxito tras éxito, al gran objetivo.

Cuadro resumen

En la formulación de los objetivos debe tomar parte activa el cliente y su familia, de forma que sean objetivos del cliente, asumidos y puestos en práctica por él, y apoyados de forma permanente y continuada por la enfermera. En el medio domiciliario, donde el principal cuidador es la propia familia, es fundamental el entendimiento y aceptación de objetivos específicos, medibles y a corto plazo, es decir, la asunción de metas. Quizá la fase del proceso de atención más significativa, en relación con el concepto de autocuidado*, es la formulación de los objetivos del cliente, más que la ejecución de las actividades del plan de cuidados, ya que sin unos objetivos coherentes previos, el plan de cuidados está abocado al fracaso.

* Para información sobre Modelo de Autocuidado ver D. Orem.

Planificación de cuidados

El domicilio es el medio más adecuado para proporcionar cuidados integrales y personalizados. En esta fase del proceso de atención, la enfermera ya tiene suficiente información y conocimiento de los cuidados que la familia se da a sí misma de forma espontánea y natural, de los factores positivos y negativos que están influyendo sobre su salud, tanto internos como externos, así como de sus hábitos y patrones de comportamiento. Centrarse únicamente en los patrones alterados y en los problemas de salud existentes es un error de base. Aunque en el nivel primario de salud se trabaja con población sana, el profesional sanitario tiende a tratar y a priorizar los aspectos negativos que inciden sobre la salud. Sin embargo, concretamente la enfermera debe reflexionar sobre cuál debe ser la orientación acertada de su plan de cuidados. En principio, es más fácil estimular comportamientos sanos que ya se están dando, que cambiar hábitos perjudiciales. Las actividades de fomento de la salud en los planes de cuidados son fundamentales. La enfermera debe apoyar las conductas positivas de la familia y respetar cualquier tipo de medidas que se practiquen, aunque no estén actualizados o sean de dudosa eficacia, si están admitidos por su formación y cultura.

El plan de cuidados elaborado por la enfermera debe estar en consonancia con las pautas de los demás miembros del equipo multidisciplinar. El uso común de la historia familiar y del registro de la familia (véase la fase de registro y evaluación en este capítulo) en el domicilio, así como las consultas interprofesionales y sesiones clínicas son elementos básicos para conseguir una unidad de criterios en el trabajo del equipo de salud.

Cuadro resumen

Características de los planes de cuidados:

— Comprenden actividades integrales.
— Cuidados personalizados. Cada plan es exclusivo de cada cliente/familia.
— Los planes de cuidados de enfermería deben estar en consonancia con las actuaciones globales del equipo multidisciplinar que atiende a la misma familia.
— Deben comprender actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción social.
— La enfermera debe respetar los cuidados que la familia se da a sí misma, influidos por su cultura y creencias.

Objetivos generales de los planes de cuidados de enfermería

El objetivo global de cualquier plan de cuidados de enfermería es la *promoción del autocuidado y de la independencia del cliente.* La atención a la familia debe estar siempre orientada a cuidar y mantener la salud de todos y

cada uno de los miembros que la componen. Los cuidadores van a ser los principales ejecutores de las actividades del plan de cuidados, tratando de prevenir la aparición o el agravamiento de los problemas, funciones físicas y mentales, y sobre todo procurando que el paciente siga sintiéndose útil, querido y necesario, admitido por la sociedad sea cual sea su situación.

Mediante la aplicación del plan de cuidados en el domicilio, la enfermera persigue:

— Prestar apoyo profesional continuado y permanente por medio de la coordinación de cuidados en el domicilio y la aplicación de cuidados directos.
— Prestar atención al individuo, familia y entorno.
— Fomentar los comportamientos saludables y las actitudes beneficiosas que lleven a mejorar la calidad de vida y que ésta sea más larga.
— Promover la rápida recuperación de la familia en procesos agudos.
— Retardar la aparición de complicaciones en los procesos crónicos.
— Aumentar el bienestar, aliviando los síntomas.
— Actuar sobre los estados emocionales de la familia ante acontecimientos que alteran la vida familiar.

La ejecución del plan de cuidados exige una amplia gama de actividades y cuidados específicos: desde el diálogo con unos fines concretos, la aplicación de técnicas de enfermería, etc., hasta la enseñanza o adiestramiento de la familia en habilidades que satisfagan las necesidades básicas del paciente. Los aspectos informativos sobre el problema de salud, así como los recursos de los que la familia puede disponer en general, forman parte del plan de cuidados. Los aspectos de educación sobre los cuidados que deben llevarse a cabo de forma cotidiana o con carácter temporal, dependiendo del estado de salud, constituyen la base de cualquier plan de cuidados a domicilio.

Educación para la salud en el domicilio

Tiene como objetivo glogal aumentar los conocimientos de la familia en temas específicos de salud, en el campo del fomento, la prevención, curación y reinserción. La educación para la salud no es un instrumento exclusivo de la enfermera ni del equipo de atención primaria: es un tema ampliamente tratado también en sectores no sanitarios, como medios de comunicación, instituciones gubernamentales, y también en las agrupaciones de la comunidad, donde se siente la necesidad de que las personas conozcan más y mejor aspectos sanitarios que mejoren su salud.

La educación para la salud debe ser participativa, con una metodología bidireccional, planificada por la enfermera, con arreglo a los objetivos marcados y por medio de actividades precisas para conseguir dichos objetivos.

Los objetivos de la educación para la salud serán, en líneas generales:

— Proporcionar cuidados continuados y permanentes de calidad, llevados a cabo por la familia.

— Aumentar la seguridad y el sentido de la responsabilidad de los cuidados y del cliente en las tareas y actividades de cuidados que realizan en su domicilio.
— Disminuir el estrés y la ansiedad que producen las dudas y el desconocimiento ante situaciones de alteración de la salud de algún miembro de la familia.
— Influir sobre los hábitos nocivos de la familia y sobre los factores de riesgo ambientales.

La educación para la salud es uno de los instrumentos eficaces para evitar los accidentes en el domicilio. La educación sobre la higiene general de la vivienda, higiene de los alimentos y de la preparación de éstos en la cocina, la adaptación de sus estancias a personas incapacitadas, o el aprendizaje de medidas de asepsia especiales cuando hay un enfermo inmunodeprimido, son todos ellos aspectos íntimamente ligados a la creación de un entorno inmediato saludable.

La educación para la salud debe ser planificada

Entablar en el domicilio un diálogo relajado y amable, sin unos fines preconcebidos es de dudosa utilidad. Los temas de educación deben seleccionarse, ordenarse y exponerse con la técnica elegida, utilizando los medios de apoyo de los cuales se disponga.

Proceso secuencial de la educación para la salud

Revisar las actividades que componen el plan de cuidados.

De las actividades que en principio se van a poner en marcha, la enfermera ejecutará todas aquellas que requieran cualificación profesional técnica y aquellas que considere que el paciente o sus cuidadores, no podrán realizar hasta que estén adiestrados específicamente para ello.

Valorar qué tipo y cantidad de conocimientos posee la familia sobre los cuidados que hay que prestar, y el perfil del cuidador/cuidadores habituales en el domicilio.

Disponer los temas de educación por orden de importancia en los cuidados y adecuarlos a la capacidad de los cuidadores. Los aspectos que contempla el tema deben estar dirigidos exclusivamente al cuidado que se va a aplicar. Por ejemplo, cuidado: cambio de postura cada 3 horas durante el día. Educación para la salud: aprendizaje de la realización de cada cambio de postura y colocación correcta del tronco, cabeza y miembros en cada posición.

Seleccionar la técnica de enseñanza: la explicación acompañada de demostración práctica es un buen método en el domicilio. La enfermera deberá esmerarse en la realización de la tarea para que los cuidadores puedan imitar un modelo correcto. Puede ser muy útil, especialmente al principio, grabar una cinta magnetofónica con las instrucciones para que la persona responsable de la actividad la utilice de guía.

El tema de educación para la salud no debe superar un tiempo límite estimado por el profesional antes de acudir al domicilio. El tiempo será el

suficiente para ser entendido, tratando de no extenderse ni profundizar demasiado, ya que excesivos datos o instrucciones pueden producir confusión en el receptor.

La realización de los cuidados por la familia deben ser comprobados, y evaluados periódicamente por la enfermera, que debe hacer todo lo posible por estar presente cuando éstos se llevan a cabo. Puede ser un momento oportuno para felicitar a los cuidadores por el esfuerzo que están realizando.

No es conveniente exponer a la vez temas diferentes. Una vez asimilado e incorporado a la práctica diaria un tema específico, se debe pasar a otro más complicado. La rapidez en el aprendizaje y adiestramiento depende de las características y capacidad de la familia, así como las habilidades de la enfermera.

Los temas de educación escritos, como folletos, cuadernillo, etc., pueden ser útiles si se utilizan como recordatorio de lo aprendido con otras técnicas, es decir, como apoyo. Se deberán proporcionar siempre y cuando el nivel de formación y los aspectos culturales de la familia permita interpretar convenientemente su contenido.

Bases del cuidado a la familia

— Fomentar los aspectos que domina la familia.
— Actuar sobre todo en las situaciones de desaliento y en los momentos críticos.
— Facilitar la comprensión de los sentimientos, especialmente los del enfermo.
— Ayudarle a valorar objetivamente la situación.
— Proporcionar información clara y real, anticipándonos, si es posible, al avance de la enfermedad.
— Educación sanitaria permanente pero gradual.
— Facilitar recursos sociosanitarios disponibles.

Bases del cuidado de la vivienda

— La limpieza de los cuartos de baño debe realizarse con frecuencia.
— La limpieza de la cocina debe ser diaria; esta estancia se reservará para el acto de almacenamiento, preparación y cocinado, cuidando la higiene de los objetos que se emplean para comer.
— No deben utilizarse los mismos accesorios de limpieza en toda la casa; los del cuarto de aseo y cocina deben ser exclusivos de estas estancias.
— El almacenamiento de basuras debe realizarse en un lugar alejado de aquel donde se preparan los alimentos. Siempre en un recipiente tapado y lavado a diario.
— La vivienda debe ser ventilada todos los días. El polvo se retira de los objetos y muebles con un paño húmedo.
— La vivienda debe estar suficientemente iluminada en todas sus zonas.
— Repartir por la casa los focos de calefacción, en caso de que ésta no sea centralizada.
— Reducir al mínimo los obstáculos, como muebles con salientes, alfombrillas y juguetes, para evitar golpes y caídas.

— Si hay personas impedidas en la casa, se deben colocar los accesorios necesarios para que puedan moverse lo mejor posible por toda la vivienda, con el mínimo riesgo.
— Si hay niños pequeños, retirar de su alcance los productos de limpieza, los medicamentos, y los objetos pequeños y/o punzantes.
— Proteger las terrazas, huecos y bajadas de escaleras para evitar caídas.
— Mantener limpio el lugar donde duerme, come y hace sus necesidades el animal doméstico. Este debe tener control veterinario. Dependiendo del tipo y costumbres del animal, la limpieza de la vivienda deberá ser más frecuente, manteniéndola libre de olores, desechos, pelos, etc.

4. Registro de la actividad domiciliaria

Está muy extendida la idea de que los profesionales que desempeñan su labor en el nivel primario de salud tienen que dedicar gran parte de su tiempo a cumplimentar registros y rellenar impresos. Si bien es cierto que la actividad de registro requiere cierta dedicación, existe una gran diferencia entre los profesionales que saben distinguir lo que es estrictamente necesario escribir y además conocen los formatos y objetivos del registro, y los que escriben mucho pero no conocen el fin y la utilidad de éstos.

Principios de la actividad de registro

— El registro tiene un valor socio-sanitario, administrativo y legal.
— El registro debe realizarse con unos fines concretos.
— Registrar fundamentalmente los datos que se van a utilizar es una inversión del tiempo del profesional.
— Un registro sistemático facilita la localización de la información y ahorra tiempo.
— Los registros utilizados deben ser comprensibles y estar a disposición de los miembros del equipo multidisciplinario.

Hay datos de gran importancia en la Atención primaria que sólo pueden registrarse de forma natural en el domicilio del cliente. Los datos de la vivienda, factores medio-ambientales, y la capacidad y medios de que dispone la familia para cuidarse son aspectos que se captan durante la actividad domiciliaria.

La actividad realizada en el domicilio, debe ser registrada en la Historia familiar, no posee lógica alguna realizar registros paralelos del mismo grupo familiar, dependiendo si la atención fue en el centro sanitario o en el domicilio. Esto induce serias dificultades para el seguimiento de la familia en el equipo de salud.

La historia deberá revisarse antes de acudir a la visita, y ser utilizada durante ella, o posteriormente en el centro de salud. Registrar en el domicilio supone tener que sacar la historia del centro y llevarla al domicilio del usuario. Sobre este aspecto existen diversas opiniones:

— La historia es un documento que contiene datos confidenciales y no debe ser en ningún caso sacada del centro de salud. Tampoco parece

conveniente escribir en el domicilio datos sobre la higiene y otros aspectos de la vivienda que podrían crear malestar en los miembros de la familia. Exceptuando datos numéricos, que se pueden olvidar con cierta facilidad, todos los datos obtenidos de la valoración, prestación de cuidados y evaluación en el domicilio se registran con mayor exactitud y acierto posteriormente en el centro de salud.

— La historia es un documento que contiene datos de la familia y por lo tanto está a disposición de ella. Los profesionales sanitarios respetan el principio de que todos sus datos son de carácter confidencial, aunque compartan su contenido y uso exclusivamente con los miembros de la familia. El uso de la historia en el domicilio no excluye completarla posteriormente en el centro de salud con determinados datos obtenidos, los cuales se estima más conveniente registrar fuera de él.

Si bien las dos posiciones al respecto sustentan criterios respetables, el hecho fundamental es que de una u otra manera ha de producirse el registro de la actividad domiciliaria, sin el cual la evaluación no es posible, y por lo tanto no puede llevarse a cabo el proceso de atención por parte de la enfermera.

Beneficios del registro

— Permite evaluar todo el proceso de atención de forma continuada y permanente.
— Garantiza una información fiable a todos los profesionales del equipo.
— Permite planificar y organizar adecuadamente los recursos, el tiempo y los servicios profesionales en general.
— Favorece la continuidad de la atención, dentro de la misma profesión, en el equipo multiprofesional, y entre otros niveles de atención.
— Supone una fuente de información para la elaboración de los planes de formación continuada y reciclaje profesional.
— Es una fuente útil para la puesta en marcha de proyectos y estudios de investigación.
— Constituye la base para la evaluación de protocolos de actuación y programas de salud.
— Es un instrumento para estudiar la garantía de calidad que miden la eficacia del trabajo del equipo de salud.

Responsables de la actividad de registro

Todos los profesionales que prestan atención directa al usuario son responsables de la realización de registros que reflejen cuantitativa y cualitativamente la actividad realizada. En la actividad domiciliaria, todos los profesionales que visitan deben registrar su actuación, planes y observaciones pertinentes. Es importante identificarse y firmar como profesional que presta la atención. En algunos casos, países como España, donde aún existen diferentes modelos que prestan atención a domicilio, en los cuales no se da una coincidencia horaria, siendo además difícil la coordinación de los profesionales, el único nexo entre ellos y los usuarios es la historia.

Los familiares que son cuidadores habituales en su domicilio, disponen de informaciones y datos tan importantes para la continuidad de los cuidados, que deben quedar también escritos y a disposición de todas las personas que atienden al mismo grupo familiar. Es de gran utilidad la existencia de hojas de evolución numeradas o de un cuaderno en el domicilio, donde el paciente, familiares, visitantes profesinales de la salud y los que no lo son, puedan reflejar cuidados, tratamientos, sugerencias, observaciones, etc. En cada comentario debe identificarse la persona que lo ha escrito.

Registro específico de la atención domiciliaria de la enfermera

— Fichero alfabético.
— Historia familiar.
— Hojas de incidencias.
— Libro general de actividad.

Fichero alfabético

Localización: consulta de la enfermera.
Material necesario: fichas de cartulina, caja-fichero, lápiz y goma.
Objetivos:

— Poder determinar con rapidez ciertas variables que miden la actividad domiciliaria de la enfermera.
— Identificar y conocer datos de filiación de los usuarios que reciben atención en sus domicilios de forma periódica y continuada.
— Facilitar una visión global de la situación/seguimiento por la enfermera.
— En ningún caso este registro sustituye a la Historia familiar.

Datos de la ficha:

— Apellidos, nombre.
— Número historia familiar/individual.
— Dirección y teléfonos de contacto.
— Motivo inicial de la visita (se puede utilizar un código numérico).
— Material clínico que precisan en casa.
— Nombre del médico, enfermera y trabajador social.
— Familiares cuidadores habituales.
— Fecha de cada visita y tiempo invertido en ella (descontando el tiempo de traslado).
— Motivo de cerrar la ficha.

Historia familiar

Localización: archivos del centro sanitario.
Material necesario: la propia historia, hojas para incluir en ella y bolígrafo.
Objetivos: todos los enunciados en el punto que se refiere a beneficios de los registros, y especialmente el seguimiento, planificación y evaluación de los planes de cuidados de enfermería.

Datos a registrar por la enfermera:

— Primera visita:

- Valoración inicial del individuo, familia y entorno.
- Problemas detectados/diagnósticos de enfermería.
- Objetivos iniciales.
- Plan de cuidados inicial: actividades del paciente, familiares y enfermera.

— Sucesivas visitas:

- Datos destacables valorados/unidades de valoración, datos subjetivos y objetivos nuevos.
- Diagnósticos de enfermería por orden de prioridad, evolución de los problemas anteriores y detección de problemas nuevos.
- Objetivos propuestos.
- Cuidados que realizan el paciente, familia y enfermera. Nuevo plan de cuidados.
- Fecha e identificación de la enfermera.

Registro de incidencias

Localización: domicilio familiar, ubicación fija y conocida por toda la familia.

Material necesario: hojas de incidencias con membrete o identificación del centro de salud y bolígrafo.

Objetivos:

— Favorecer el seguimiento de los cuidados.
— Reforzar el sentimiento de autocuidado.
— Facilitar el recuerdo de detalles de interés para los profesionales.
— Mantener actualizada la información sobre el estado de salud del paciente/familia en el propio domicilio.
— Disponer de información para llevar a otros servicios sanitarios ante la presentación de una situación urgente.

Datos de las hojas de incidencias:

— Fecha y hora.
— Comentarios, cuidado realizado, sugerencias, etc. (con letra legible).
— Nombre y apellidos de la persona que escribe y relación con el paciente/familia.

Libro general de actividad domiciliaria

Localización: centro de salud, ubicación fija y a disposición de los miembros del equipo que prestan atención domiciliaria.

Material necesario: libro o carpeta anillada exclusiva para el registro domiciliario.

Objetivos:

— Determinar la actividad de atención domiciliaria llevada a cabo por los profesionales del centro.

— Proporcionar información fiable a instancias superiores sobre la localización y actuación del profesional fuera del centro sanitario.

Datos del libro o carperta: generalmente son los siguientes:

— Fecha y hora de la visita.
— Nombre del receptor de la atención.
— Dirección y teléfono.
— Tipo de visita: demandada, programada, derivada, etc.
— Motivo de la visita.
— Profesional que presta la atención.

Sistemática de los registros

Cuando hablábamos de la taxonomía diagnóstica y de sus ventajas para los profesionales, hacíamos alusión a la importancia de entenderse utilizando los mismos términos, a llamar a los mismos problemas de la misma manera, para proceder, entre otras cosas, al estudio global de los problemas que son tratados por las enfermeras. Ello no es posible si en la actividad de registro no se utiliza un sistema. Se puede llevar a cabo el proceso de atención, desarrollando todas las habilidades humanas y técnicas a nuestro alcance, y sin embargo errar en su registro. El paso del pensamiento a la escritura requiere habilidad, y sobre todo práctica.

La aplicación de sistemas de clasificación de motivos de consulta, de enfermedades y de diagnósticos enfermeros va a permitir la codificación de los problemas desde el punto de vista del usuario, desde el punto de vista médico y desde el punto de vista de enfermería, respectivamente. La asignación de un código a cada categoría va a facilitar el proceso de evaluación, especialmente si se dispone de apoyo informático.

La selección del sistema de clasificación es un aspecto primordial en los registros. Se debe utilizar un sistema de códigos reconocido y utilizado por el mayor número posible de profesionales, con el fin de posibilitar estudios comparativos que redunden en beneficio de la población y del sistema de salud.

Si partimos de unos registros fiables, que cumplan los objetivos para los cuales se han cumplimentado, el proceso de evaluación ya tiene sus bases sólidamente establecidas.

5. Evaluación de la actividad domiciliaria

La evaluación de una actividad o programa debe quedar fijada antes de comenzar la ejecución del proyecto. La evaluación es la fase del proceso de atención que encierra el círculo de dicho proceso y que enlaza con todas las demás (véase fig. 1-2), de forma que se debe evaluar cada objetivo formulado, cada actividad, cada recurso utilizado. La evaluación en el plan de cuidados tiene como fin determinar el valor o grado de éxito en la consecución de los objetivos del plan.

Deben quedar establecidos previamente los aspectos que se van a evaluar en cada componente del programa o actividad, como por ejemplo:

— Calidad y cantidad de recursos materiales y humanos. Tiempo invertido.
— Cobertura de la actividad.
— Calidad de los cuidados ofrecidos.
— Cumplimiento de los objetivos.
— Calidad de los registros.

Deberá establecerse también el tiempo que va a transcurrir entre la puesta en marcha de la actividad, y por lo tanto la situación inicial de la cual se parte, y el momento de la evaluación (puede ser semestral, anual, bianual). La evaluación cobra suma importancia en los proyectos piloto, que establecen una evaluación a muy corto plazo, lo cual resulta decisivo para modificar el programa experimental.

Conocer la situación inicial de la actividad domiciliaria será imprescindible para poder formular los objetivos que se pretende conseguir, y evaluar el alcance y acierto de los mecanismos puestos en marcha en el programa. El punto de referencia, que permite realizar un juicio, es el *estándar* o *norma*; y las características observables en las que se basa la evaluación son los *indicadores* y las *variables*. Pongamos un ejemplo: si nuestro objetivo es «visitar al 80 por 100 de los niños recién nacidos en la población atendida por el equipo de salud», la variable es «la visita a domicilio al recién nacido», y la norma o estándar es el «80 por 100». En resumen, la norma le atribuye un valor numérico al criterio y lo convierte en un objetivo operativo.

Los criterios que se van a evaluar deben ser medibles, partiendo de fuentes de información fidedignas. Esto se traduce en la selección de las variables y la elaboración de indicadores significativos, que realmente ofrezcan una medida de lo realizado. Sin embargo, tampoco hay que desechar los datos subjetivos de la evaluación, pues la opinión de los profesionales y de los usuarios es muchas veces la señal que nos indica que algo no ha ido bien, y suele dar una pista acertada para observar con mayor detenimiento la calidad de los servicios ofrecidos a la población.

Evaluación a partir del registro propuesto de actividad domiciliaria

Variables cuantitativas (obtenibles de la ficha domiciliaria)

— Familias visitadas por la enfermera: número de fichas abiertas en ese período (activas y pasivas).
— Fichas pasivas y motivo de salida: cambio de domicilio, fallecimiento, curación o rehabilitación.
— Motivo inicial de las visitas: tipos de motivos que originan las visitas, incluidos los motivos de los profesionales (si están codificados, agrupar por códigos).
— Patologías instauradas: tipo y número de patologías que padecen los pacientes/familias visitados (si están codificadas, agrupar por códigos).

— Diagnósticos de enfermería: número de diagnósticos realizados por la enfermera agrupados por categorías (si están codificadas, agrupar por códigos).
— Visitas realizadas: número total de visitas realizadas a cada familia. Obtenemos también la media aritmética de visitas por familia.
— Frecuencia de las visitas: se pueden establecer grupos según su frecuencia, por ejemplo, número de familias visitadas con una frecuencia menor de 7 días, entre 8 y 14 días, entre 25 y 29 días, o más de 30 días.
— Tiempo invertido en visitas a domicilio en el período estimado. Obtenemos también la media aritmética de minutos por visita y minutos dedicados a cada familia.
— Material clínico: frecuencia de utilización en los domicilios.

Relación entre las variables cuantitativas

— Agrupación de las familias según motivo.
— Agrupación de las familias según patología.
— Agrupación de las familias según diagnósticos de enfermería.
— Frecuencia de las visitas según motivo.
— Frecuencia de las visitas según patología.
— Frecuencia de las visitas según diagnósticos de enfermería.
— Tiempo dedicado en relación con los distintos diagnósticos de enfermería.

La utilización de programas estadísticos informatizados simplifica enormemente la labor de recogida de datos y la obtención de todos los parámetros cuantificables. El margen de error es muchísimo menor, siendo también considerable el ahorro de tiempo.

Evaluación del registro en la historia

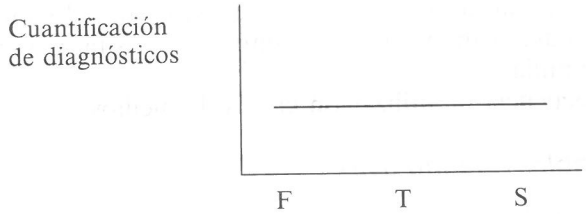
Número de historias para revisar (si la muestra que se ha de evaluar va a ser el 100 por 100 de la población objeto de atención domiciliaria, el número de historias debe coincidir con el número de fichas):

EVALUACION DEL REGISTRO EN LA HISTORIA		
Variables a revisar en cada historia	*Sí*	*No*
Registro de ... Valoración inicial completa. Datos de valoración en visitas sucesivas. Problemas detectados. Diagnósticos enfermeros. Objetivos. Plan de cuidados. Evolución, observaciones. Identificación de la enfermera.		

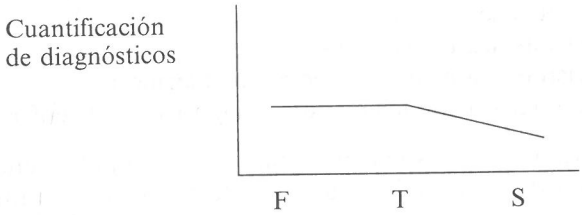
Evaluación cuantitativa y cualitativa de diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria

— Número de diagnósticos formulados (F) .....
— Número de diagnósticos tratados (T) .....
— Número de diagnósticos solucionados (S) .....

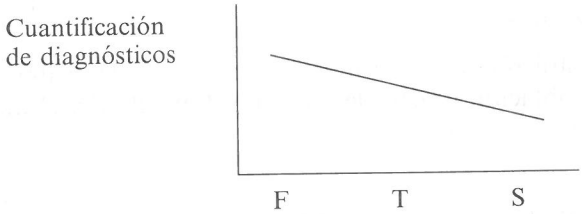
Situación ideal (empírica)



Situación posible (entra dentro de la lógica)



Situación posible (no deseable: buscar factores que han producido estas actuaciones)



Revisión de diagnósticos no solucionados

Medidas que tomó la enfermera en cada uno de ellos:

	Diagnósticos no solucionados
Cambios en el plan de cuidados	.....
Nueva formulación de objetivos	.....
Revisión bibliográfica	.....
Consultas interprofesionales	.....
Sesiones clínicas/enfermería	.....
Otros	.....

Opinión de la enfermera en cuanto a diagnósticos no solucionados:

— Fallo profesional.
— Insuficiente apoyo del paciente.
— Insuficiente apoyo familiar.
— Problema social grave.
— Influencia negativa del entorno.
— Otros.

Encuestas a los profesionales y a los usuarios

Las encuestas de opinión por sí solas no conducen a una evaluación objetiva, aunque sí pueden completar estudios de evaluación. En general se utilizan para estimar el grado de satisfacción, el clima profesional, alternativas, enumerar obstáculos, dificultades y formular sugerencias.

Evaluar la utilidad de las hojas de incidencias en el domicilio, y el efecto positivo sobre los cuidados que recibe el paciente y su familia entraría en el terreno de la apreciación subjetiva de los cuidadores, de la utilidad y provecho que ellos le hayan querido dar al registro de forma diaria o ante algún suceso extraordinario.

Variables que se pueden determinar objetivamente en las hojas de incidencias

— Grado de utilización: número de hojas escritas.
— Valoración del registro en el domicilio: número de personas diferentes que han escrito en él.
— ¿Lo utilizan en presencia de la enfermera para proporcionar información? Sí, No.
— ¿Han llevado el registro a algún lugar diferente del domicilio? Sí, No. ¿Dónde?:
  - Urgencias del hospital.
  - Otro domicilio familiar.

Indicadores de actividad domiciliaria

Los indicadores sanitarios son medidas de evaluación de la eficacia de los servicios de salud. Se utilizan como elemento de comparación entre el estado de salud actual (antes de la puesta en marcha de la actividad, proyecto, programa) y el estado de salud que se pretende alcanzar con los objetivos. Se utilizan para traducir en términos claros los números que arrojan las estadísticas, de forma que el indicador puede resumir un conjunto de estadísticas. Pueden expresarse en porcentajes, tasas, ratios, para facilitar su comparación.

Medidas de evaluación de los servicios de enfermería a domicilio

1. *Tasa de actividad en el domicilio*:

   - Número de visitas a domicilio realizadas (primeras y sucesivas) por la enfermera / Total de actividades realizadas × 100

2. *Tasa de personas visitadas a domicilio*:

   - Número de personas visitadas por la enfermera / Población total atendida por la enfermera × 100
   - Número familias visitadas por la enfermera / Número de familias adscritas a la enfermera × 100

3. *Tasa de captación de atención domiciliaria*:

   - Número de personas captadas para atención domiciliaria según los criterios establecidos en el equipo o programa de atención / Población total atendida por la enfermera × 100

4. *Tasa específica de motivos de visita a domicilio*:

   - Número de familias visitadas por motivo (código) / Número de familias visitadas por la enfermera × 100

   Este indicador se desglosará en tantos como motivos diferentes se hayan producido para iniciar la atención domiciliaria.

5. *Tasa específica de diagnósticos enfermeros solucionados en el domicilio*:

   - Número de diagnósticos enfermeros (código) solucionados en el domicilio / Número de diagnósticos (mismo código) formulados en el domicilio × 100

   Este indicador se desglosará en tantos como diagnósticos diferentes se hayan formulado en los domicilios.

6. *Tasa de recuperación*:

- Número de personas que disminuyen su incapacidad de grado 6 a grado 3 atendidas en sus domicilios × 100

  Número de personas con incapacidad grado 6 (previo a la disminución).

- Número de personas que disminuyen su incapacidad de grado 3 a grado 0 atendidas en sus domicilios × 100

  Número de personas con incapacidad grado 3 (previo a la disminución).

7. *Cobertura de atención domiciliaria*:

- Número de personas de 65 años o más atendidas en el domicilio. × 100

  Total población atendida

- Número de personas de 14 años o menos atendidas en el domicilio. × 100

  Total población atendida

Generalmente, la última etapa del proceso de atención queda relegada a un segundo término, e incluso en muchas ocasiones no se llega a realizar, interrumpiéndose el proceso de planificación.

Uno de los aspectos más importantes que debe llevar a cabo el profesional es la comprobación de los resultados obtenidos en la actividad de cuidar. Este aspecto es fundamental para corregir actuaciones, incorporándose los conocimientos, por retroalimentación, al proceso de atención de enfermería.

Cuidar al individuo y la familia es una constante a lo largo de la historia del hombre. Hay que reconocer que la profesión enfermera está enraizada en las ciencias humanas. La confusión en nuestro rol profesional es consecuencia de las barreras existentes entre lo intelectual y «lo afectivo», llegando a lo que se ha dado en llamar deshumanización de la atención. Hay que tender al encuentro interpersonal entre la enfermera y la comunidad.

Nuestros actos, en el ejercicio profesional, no son triviales. Si pensamos lo contrario, puede suceder que nuestra inseguridad nos impida desarrollar procedimientos en los que creemos.

El secreto de la capacitación profesional está en la actualización permanente de los conocimientos, completados con la experiencia diaria en función de una meta común: la mejora del nivel de salud de la población.

BIBLIOGRAFIA

ALCAIDE, R.; GARCÍA, A., *y cols.*: *Curso Comunicación.* Dirección Enfermería, Area 10, Getafe (Madrid), Diciembre, 1991.

ANTÓN, M.ª V.: *Enfermería y Atención Primaria de Salud.* Ediciones Díaz de Santos, S. A., Madrid, 1989.

BLEGUER, J.: *Temas de psicología. Entrevista y Grupos.* Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

BORREL, L.: *Manual de entrevista clínica.* Ediciones Doyma. Barcelona, 1992.

CARPENITO, L. J.: *Diagnóstico de enfermería.* Editorial Interamericana, 3.ª Edición, Madrid, 1990.

CELAYA, I., y ZABALA, M.ª A.: *La sectorización una alterantiva de enfermería.* Delimitación geográfica de los recursos de Atención Primaria. Pamplona, junio 1991.

CUESTA, C.: *Atención directa de enfermería. Conceptos generales y procedimientos.* Instituto Nacional de la Salud, octubre 1987.

DAVIS, F.: *La comunicación no verbal.* Alianza Editorial, Madrid, 1988.

DEVERS, T.: *Aprender a comunicarse mejor.* Editorial Grijalbo, 1990.

FAST, J.: *El lenguaje del cuerpo.* Editorial Kairos, 1990.

GARCÍA. F.: *Análisis de la consulta programada de enfermería a domicilio en un equipo de atención primaria para su optimización.* Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1992.

GERVAS, J., *y cols.* (equipo Cesca): *Los sistemas de registro en Atención Primaria de Salud.* Ediciones Díaz de Santos, S. A., Madrid, 1987.

GUILLÉN, D., y PUXAN, R.: *La Enfermería en el Equipo de Atención Primaria. Atención Primaria,* Vol. 7, 6, junio, 1990.

GOODALE, J. G.: *La entrevista.* Editorial Pirámide, 1988.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J. y BERNOCCHI-LOSEY, D.: *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería.* Editorial Interamericana, 1987.

JIMÉNEZ, Mª DE LA O, y GUTIÉRREZ, Mª C.: *Formación continuada de enfemería en los centros de salud.* Junta de Andalucía, 1987.

JENICEK, M., y CLEROUXS, R.: *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones.* Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1990.

KOZIER. *Enfermería fundamental.* Editorial Interamericana, 4.ª edición, 1993.

LANCASTER, J.: *Enfermería comunitaria. Modelos de prevención de la salud mental.* Editorial Interamericana, 1983.

LÓPEZ, I.: *Curso: Educación para la salud.* Organizado por el Consejo General de Enfermeros, en la Comunidad de Castilla y León, septiembre/diciembre, 1988.

LÓPEZ, I.; MEGÍAS-LIZANCOS, F., *y cols.*: *Subcomisión de trabajo para la «Sectorización de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad de Madrid».* Dirección Provincial del Insalud, Madrid, 1990.

MARTÍN, A.: *Manual de Atención Primaria.* Ediciones Doyma, S. A., Barcelona, 1989.

MARTÍNEZ, R.; BOLEA, M.ª A., *y cols.*: *Nuestros mayores. Perfil socio-sanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid.* Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Imprenta de la Comunidad de Madrid, 1989.

MATTHEWS, S.: *Familia contra enfermedad.* Ediciones Raíces, Madrid, 1989.

MEGÍAS-LIZANCOS, F.: *Niveles de autocuidados y redes de apoyo familiar en mayores de 75 años, en el Municipio de Pinto (Madrid).* Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.

MEGÍAS-LIZANCOS, F.: *La Consulta de Enfermería. Programa de Formación continuada.* Direción de Enfermería de Atención Primaria, Area 10, Getafe (Madrid), 1988/1989.

MEGÍAS-LIZANCOS, F.: *Aspectos de la Actividad Enfermera en Atención Primaria de Salud* (Día Internacional de la Enfermera). Dirección de Enfermería de Atención Primaria, Area 3, Alcalá de Henares (Madrid), mayo, 1990.

MEGÍAS-LIZANCOS, F., y CARRASCO, R.: *La Enfermería en Salud Mental en la Comunidad: teoría y práctica.* V Congreso, Asociación de Enfermería en Salud Mental, Vitoria, 1987.

MEGÍAS-LIZANCOS, F.: *La visita domiciliaria de la enfermera (programa de formación continuada).* Dirección de Enfermería de Atención Primaria, Area 10, Getafe (Madrid), 1988.

MEGÍAS-LIZANCOS, F.: *Observación, comunicación y entrevista.* Monografías. Asociación de Enfermería en Salud Mental, 1989/1990.

MEGÍAS-LIZANCOS, F.: *El proceso de la comunicación.* Talleres: equipos de atención primaria. Dirección de Atención Primaria, Area 3, Madrid, 1990.

MELENDO, M.: *Comunicación e integración personal.* Editorial Sal Terrae, 1985.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía para la elaboración de programas del anciano, en atención primaria de salud.* Servicio de Publicaciones del Ministerio, Madrid, 1984.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud.* Servicio de Publicaciones del Ministerio, Madrid, 1984.

OMS: *Principios de Higiene de la Vivienda,* Ginebra, 1990.

OREN, D. : *Conceptos de enfermería en la práctica.* Ediciones Científicas y Técnicas, S. A., Barcelona, 1993.

PEPLAU, H.: *Teorías para el ejercicio de la enfermería psiquiátrica: desarrollo y futuro.* V Congreso. Asociación de Enfermería en Salud Mental. Vitoria, abril, 1987.

PINEAULT, R., y DAVELUY, C.: *La planificación Sanitaria,* 2.ª edición. Editorial Masson, S. A., 1989.

PRITCHARD, P.: *Manual de Atención Primaria de Salud. Su naturaleza y organización.* Ediciones Díaz de Santos, S. A., Madrid, 1986.

ROPER, N.: *Diccionario de Enfermería,* 15.ª edición. Editorial Interamericana, Madrid, 1986.

VENTOSA, F.: *Historia de la Enfermería Española.* Editorial Ciencia 3, Madrid, 1984.