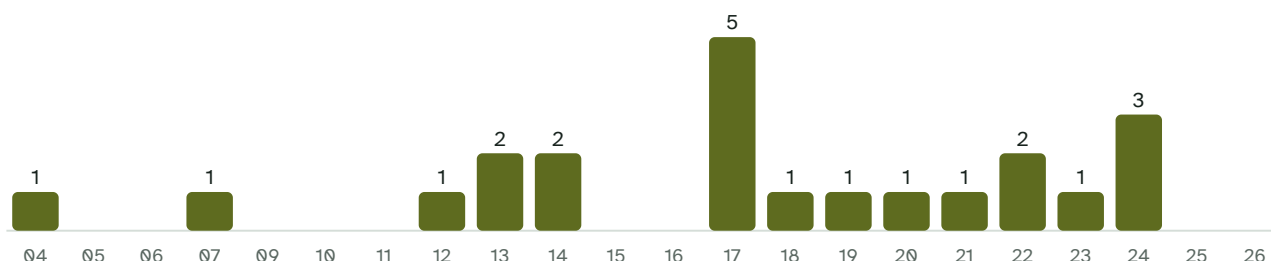


Familia y atención domiciliaria

La familia es la principal fuente de cuidados de las personas dependientes y, a la vez, un objeto de valoración enfermera en atención primaria. En el EIR cae sobre todo la «caja de herramientas» de la valoración familiar (APGAR familiar, genograma, ecomapa, escala de Zarit) y, en los últimos años, la atención domiciliaria, la hospitalización a domicilio y la gestión de casos.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



22 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Apgar familiar: valora la percepción del funcionamiento familiar (3 exámenes)
- Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador (3 exámenes)
- Ecomapa: herramienta de estructura familiar y red de apoyo extrafamiliar (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Ciclo vital familiar y acontecimientos vitales estresantes	6
2. Valoración estructural: genograma y ecomapa	9
3. Valoración funcional: APGAR familiar y apoyo social	13
4. La persona cuidadora y el sistema informal de cuidados	16
5. Sobrecarga de la persona cuidadora: escala de Zarit y cansancio del rol	17
6. Atención domiciliaria en atención primaria	21
7. Hospitalización a domicilio	23
8. Gestión de casos y continuidad de cuidados	25
Todas las preguntas del tema (23)	27
Preguntas que también podrían ser de este tema (9)	34
Solucionario	37
Fuentes	39

Resumen para repasar

1. Ciclo vital familiar y acontecimientos vitales estresantes

- Ciclo vital de la OMS (6 etapas): **formación** (matrimonio → primer hijo), **extensión**, **final de la extensión**, **contracción** (se va el primer hijo → se va el último), **final de la contracción** y **disolución** ^{F10}.
- Crecimiento por nacimientos; disminución por **emancipación de los hijos** o fallecimiento ^{F10}. Conflictos padres/hijos: propios de la **contracción** ^{F23}.
- Familia con **hijos adolescentes**: **flexibilizar los límites** para permitir su independencia; plataforma de lanzamiento: tolerar la partida de los hijos ^{F11}.
- **Holmes y Rahe**: 43 acontecimientos vitales puntuados en **UCV**; incluye la **incorporación de un nuevo miembro a la familia** (39 UCV); **< 150 estrés bajo, 150-300 moderado, > 300 alto** ^{F26,F12}.

2. Valoración estructural: genograma y ecomapa

- **Genograma**: representación gráfica de la familia **a lo largo del tiempo**; foto de un momento de su evolución; **3 generaciones**; lo hace también la enfermera para el plan de cuidados ^{F7,F8}.
- Estructural (miembros, fallecidos, **cuidador principal**) y funcional o relacional ^{F7}.
- Líneas: **tres = muy unidos, dos = unidos**, zigzag = conflictivos, discontinua = distantes; recuadro discontinuo = conviven ^{F7}.
- El **aborto** tiene símbolo propio (**triángulo**) en la simbología normalizada ^{F8}. Otra leyenda: **fallecido = cuadrado con X, separación = barra diagonal** (una o dos) ^{F28}.
- **Ecomapa**: la familia en su entorno, con sus **conexiones, conflictos, recursos y carencias con los sistemas externos** ^{F9}; la creó **Ann Hartman en 1978** ^{F29}.

3. Valoración funcional: APGAR familiar y apoyo social

- **APGAR familiar** (Smilkstein 1978; validación de Bellón 1996): **percepción de la función familiar**, 5 ítems Likert, auto o heteroadministrado ^{F2,F3}. Diseñado para el funcionamiento familiar **en un momento determinado** ^{F27}.
- Componentes: **adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive** ^{F2}. Ítem 1: ¿satisfecho con la **ayuda que recibe de su familia** cuando tiene un problema? ^{F1}
- 0-1-2 por ítem: **7-10 normofuncional, 3-6 leve, 0-2 grave** (manual del SAS); la hoja del HUVN invierte leve y grave ^{F1,F3}.
- **Duke-UNC-11**: apoyo social **percibido**, subescalas **confidencial** y **afectiva**; corte < 32 ^{F6,F1}.

4. La persona cuidadora y el sistema informal de cuidados

- **Sistema informal**: familiares, amigos, vecinos; **sin retribución ni relación contractual**, con vínculo afectivo y de forma voluntaria ^{F20,F25}.
- Principal fuente de cuidados («**sistema invisible**»); cuidadora principal: la que **organiza y gestiona** los cuidados ^{F20,F14}.

5. Sobrecarga de la persona cuidadora: escala de Zarit y cansancio del rol

- Carga **objetiva** (dedicación, tareas, tiempo) y **subjettiva** (percepciones y sentimientos negativos) ^{F20}.
- **Zarit**: mide la **carga subjettiva**; **22 ítems** 1-5; HUVN < **46 no**, 46-47 a 55-56 leve, > 55-56 intensa ^{F4}; guía valenciana ≤ **46 no**, 47-55 leve, ≥ 56 intensa ^{F20}.
- Es una medida de percepción que permite **discriminar a los cuidadores con mayor riesgo o más necesidades** ^{F20}. NANDA-I 2018-2020: «Caregiver Role Strain» (00061), dificultad para cumplir las responsabilidades de cuidado ^{F32}.
- Mayor carga con menos libertad para el tiempo personal, el ocio y las relaciones sociales; **servicios de respiro**: tiempo libre programado para descansar o para actividades lúdicas y sociales ^{F20,F14}.

6. Atención domiciliaria en atención primaria

- RD 1030/2006: atención **a demanda, programada y urgente**, en consulta y domicilio; atención domiciliaria a inmovilizados: valoración integral, plan de cuidados, **asesoramiento al cuidador principal** ^{F13}.
- Criterio de inclusión: **dificultad temporal o permanente para desplazarse** al centro de salud; se valora el **entorno** y los riesgos del hogar ^{F14}.

7. Hospitalización a domicilio

- **HAD**: atención especializada que **sustituye al ingreso** convencional ^{F15}.
- La unidad valora y acepta, pero la **voluntad de ingreso es del paciente y su cuidador**; puede pedir el traslado al hospital en cualquier momento ^{F15,F16}.
- El **alta la decide el equipo médico**; si el paciente rechaza el seguimiento, firma el **alta voluntaria** ^{F16}.

8. Gestión de casos y continuidad de cuidados

- **CMSA**: proceso de colaboración que **valora, planifica, facilita, coordina, monitoriza y evalúa**, con resultados de calidad y coste-efectivos ^{F19}.
- Gestora de casos: pacientes de **alta complejidad**; **diseña el plan en colaboración, colabora en su ejecución, moviliza recursos** y coordina el alta ^{F18}.
- **NIC 7320 Gestión de casos**: coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes para reducir costes y mejorar la calidad ^{F31}.

Puntos clave

- 1 Ciclo vital de la OMS: formación, extensión, final de la extensión, **contracción (se va el primer hijo)**, final de la contracción (se va el último) y disolución ^{F10}.
- 2 Familia con hijos adolescentes: **flexibilizar los límites** para permitir su independencia ^{F11}.
- 3 Holmes y Rahe: 43 acontecimientos vitales en UCV (incluye la **incorporación de un nuevo miembro a la familia**); **< 150 bajo, 150-300 moderado, > 300 alto** ^{F26,F12}.
- 4 Genograma: representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo, **al menos 3 generaciones**, estructural y funcional; **tres líneas = muy unidos, dos = unidos**, zigzag = conflicto ^{F7,F8}.
- 5 El aborto tiene símbolo propio (triángulo) en la simbología normalizada del genograma y el árbol genealógico ^{F8}.
- 6 Ecomapa: la familia y sus **conexiones, recursos y carencias con los sistemas externos** ^{F9}.
- 7 APGAR familiar: **percepción de la función familiar**, 5 ítems 0-1-2; **7-10 normal, 3-6 leve, 0-2 grave** ^{F1,F3}.
- 8 Duke-UNC-11: **apoyo social percibido**, subescalas confidencial y afectiva ^{F6}.
- 9 Zarit: **22 ítems**, mide la **carga subjetiva**; sobrecarga intensa > 55-56 (HUVN) o ≥ 56 (guía valenciana) ^{F4,F20}.
- 10 Sistema informal: familiares, amigos y vecinos, **sin relación contractual** ni retribución ^{F20,F25}.
- 11 Atención domiciliaria de AP: personas con dificultad **temporal o permanente para desplazarse** al centro de salud ^{F14}.
- 12 HAD: la voluntad de ingreso es **del paciente y su cuidador**; el alta la decide **el equipo médico** ^{F15,F16}.
- 13 Gestora de casos: diseña el plan en colaboración, **moviliza recursos**, coordina y **colabora en la ejecución** ^{F18}.

1. Ciclo vital familiar y acontecimientos vitales estresantes

El **ciclo vital familiar (CVF)** es la sucesión de etapas que atraviesa la familia desde que se establece hasta que se disuelve; cada fase va precedida de una crisis de desarrollo ^{F10}. El **modelo de la OMS** define **6 etapas**: se inicia con la formación en el momento del matrimonio y caracteriza las etapas siguientes según haya **crecimiento (nacimiento de los hijos)** o **disminución (emancipación de los hijos o fallecimiento)** ^{F10}.

Etapas (OMS) ^{F10}	Empieza	Termina
I. Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
II. Extensión (IIa y IIb)	Nacimiento del primer hijo (IIa hasta que cumple 11 años; IIb desde los 11 años del primer hijo)	Nacimiento del último hijo
III. Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV. Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V. Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Fallecimiento del primer cónyuge
VI. Disolución	Fallecimiento del primer cónyuge	Fallecimiento del cónyuge superviviente

Extensión y contracción

La familia **se extiende** con los nacimientos y **se contrae** con las salidas: la **contracción empieza cuando se va el primer hijo** y el final de la contracción, cuando se va el último ^{F10}. La tabla reproduce la versión modificada que usa la fuente, con la extensión dividida en IIa y IIb (primer hijo menor o mayor de 11 años) ^{F10}.

En el estudio de genogramas de De la Revilla y cols., el **conflicto de pareja** aparece en todo el ciclo, los **triángulos entre hijos y padres** sobre todo en las etapas de extensión y los **conflictos padres/hijos** son propios de las etapas de **contracción**, porque los problemas intergeneracionales se intensifican cuando los hijos se hacen adultos ^{F23}.

Ciclo vital familiar: fase de contracción (emancipación de los hijos)

¿Cómo se denomina la fase del ciclo vital caracterizado por el inicio de la emancipación de los hijos?:

1. Contracción.
2. Extensión.
3. Final contracción.
4. Disolución de la fratría.
5. Final de la extensión.

Otros modelos describen el ciclo por las tareas de cada etapa (revisión que adapta, entre otros, a Carter y McGoldrick, 1980) ^{F11}. En la **familia con hijos adolescentes** (del hijo mayor de 14 a 20 años) la tarea es **incrementar la flexibilidad en los límites de la familia para permitir la independencia de los adolescentes**; la crisis evolutiva típica es la de la adolescencia, con conflictos de identidad ^{F11}. En la **familia «plataforma de lanzamiento»** (hasta que el hijo menor abandona la casa) la tarea es aceptar múltiples entradas y salidas del sistema familiar y tolerar la partida de los hijos: permitir su independencia, su elección de pareja y vocacional, y abrir los límites familiares ^{F11}.

Etapa (enfoque por tareas) ^{F11}	Tarea principal
Familia con hijos adolescentes	Flexibilizar los límites para permitir la independencia de los adolescentes
Familia plataforma de lanzamiento	Aceptar entradas y salidas del sistema; tolerar la partida de los hijos; apertura de los límites familiares

Ciclo vital familiar: etapa de familia con hijos adolescentes

En relación a las etapas del ciclo vital de la familia, señale a cuál de las siguientes etapas de ciclo familiar corresponde la adquisición de autonomía e independencia de los hijos, con la consiguiente flexibilización de límites, otorgando mayores grados de libertad donde es primordial una comunicación abierta:

1. Familia con hijos en edad escolar.
2. Familia con hijos adolescentes.
3. Formación de la pareja.
4. Familia con hijos independientes.

La **escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe**, creada en 1967, mide el impacto del estrés de los **acontecimientos vitales** con unos pesos llamados **unidades de cambio vital (UCV, en inglés LCU)** para **43 acontecimientos** que predecían la aparición de enfermedad; se marcan los vividos en un periodo (p. ej., los 12 meses previos) y se suman sus UCV ^{F26}. Entre sus ítems están la **muerte del cónyuge** (100 UCV), el embarazo y la **incorporación de un nuevo miembro a la familia** (por nacimiento, adopción o llegada de una persona

mayor a casa (en la versión modernizada de 2023, un abuelo), entre otros), que en la escala original pesa **39 UCV** ^{F26}. Rahe comprobó que una puntuación de **unos 150** sugería que la persona seguiría sana los 12 meses siguientes, mientras que quienes enfermaban solían puntuar **más de 300** ^{F26}. Un estudio español publicado en *Atención Primaria* (2023) la interpreta así: **menos de 150 (0-149), estrés bajo; entre 150 y 300, estrés moderado; más de 300, estrés alto** ^{F12}. En ese mismo estudio, las puntuaciones de **más de 150 UCV** se presentan como indicador de un deterioro importante del estado de salud mental según la carga de estrés de Holmes y Rahe ^{F12}.

EIR 2021 · 165

P25 · respuesta en el solucionario

Nuevo miembro en la familia como acontecimiento vital estresante

La incorporación de un nuevo miembro a la familia es:

1. Un determinante incluido en el modelo de Lalonde.
2. Un acontecimiento incluido en la escala de acontecimientos vitales estresantes.
3. Un aspecto a valorar incluido en el documento Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta.
4. Una situación a valorar en el APGAR familiar (Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos).

EIR 2005 · 110

P32 · respuesta en el solucionario

Escala de Holmes y Rahe: umbral de >150 unidades de cambio vital

¿Qué cantidad, medida en unidades de cambio vital (UCV), tienen que sumar los acontecimientos de la escala de reajuste social de Holmes y Rahe para que se considere que afectan a la dinámica familiar y pueden ocasionar un problema psicosocial?:

1. >75 UCV.
2. >100 UCV.
3. >125 UCV.
4. >150 UCV.
5. < 150 UCV.

2. Valoración estructural: genograma y ecomapa

El **genograma** o árbol familiar puede definirse como la **representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo**; McGoldrick y Gerson, los autores que más han desarrollado sus aplicaciones, lo definen como el «instrumento para incorporar categorías de información familiar al proceso de resolución de problemas» ^{F7}. Para atención primaria se adopta la definición de Fleitas: representación gráfica que, por medio de **símbolos**, permite recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar **en un momento determinado de su evolución** ^{F7}. Da una visión de la estructura familiar y sus interacciones **a modo de fotografía**, pero la información no es estática ^{F7}.

EIR 2012 · 20

P21 · respuesta en el solucionario

Genograma: definición

Dentro de los instrumentos existentes para identificar a personas con problemas mentales, el que se ha definido como la presentación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, es denominado como:

1. Sociograma.
2. Modelo circunflejo de Olson.
3. Cuestionario Apgar familiar.
4. Árbol psicofamiliar.
5. Genograma.

- Lo puede hacer el médico, la **enfermera (como instrumento para el plan de cuidados)** o el trabajador social; requiere **10 a 30 minutos** y, si se analizan las interrelaciones, **consentimiento informado** y garantía de confidencialidad ^{F7}.
- Deben figurar **tres generaciones**, empezando por la del paciente y su núcleo, siguiendo por la generación siguiente y terminando por la anterior ^{F7}. SEMERGEN lo resume igual: estructura familiar de **al menos 3 generaciones** con simbología normalizada ^{F8}.
- **Genograma estructural**: la arquitectura familiar (miembros, edades, enfermedades o factores de riesgo, situación laboral, vivos y fallecidos, **incluso el cuidador principal**); el paciente se señala siempre con un trazo identificador y hay códigos para indicar quién convive en el mismo domicilio ^{F7}.
- **Genograma funcional o relacional**: aporta la visión dinámica, las interacciones entre los miembros, con su propia simbología ^{F7}.
- Limitación: refleja mal otros apoyos sociales (amigos...), que pueden registrarse aparte; hay que anotar siempre la fecha ^{F7}.

Símbolo del genograma relacional (fig. 4 de Yurss, modificada de De la Revilla) ^{F7}	Significado
Tres líneas paralelas	Relación muy unida
Dos líneas paralelas	Relación unida
Línea en zigzag	Lazos pobres conflictivos

Símbolo del genograma relacional (fig. 4 de Yurss, modificada de De la Revilla) ^{F7}	Significado
Zigzag superpuesto a líneas paralelas	Lazos pobres conflictivos (segunda entrada de la leyenda)
Línea discontinua	Relaciones distantes
Línea cortada por dos trazos perpendiculares	Relaciones apartadas o separadas
Recuadro de trazo discontinuo que rodea a varios miembros	Familiares que conviven en un mismo hogar

- Símbolos estructurales de la figura 3 de Yurss: **cuadrado = varón, círculo = mujer**; los hijos se ordenan por **orden de nacimiento**; los **gemelos** salen del mismo punto y el **hijo adoptivo** se une con una línea de puntos ^{F7}.

La doble línea no significa lo mismo en todas partes

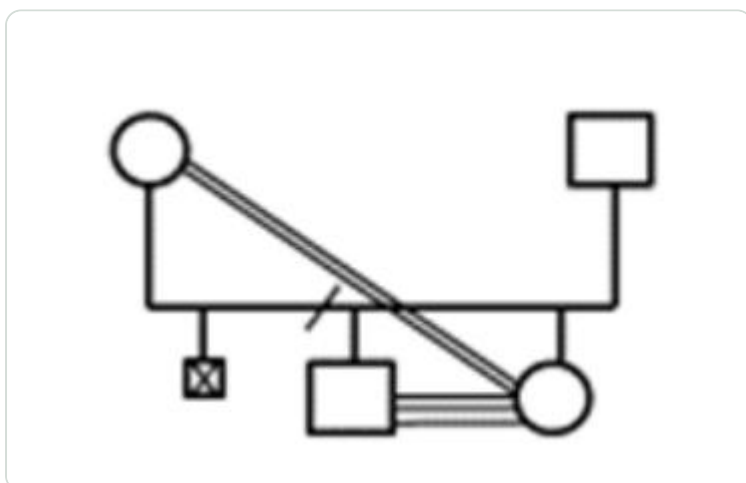
En el genograma relacional de Yurss, **dos líneas paralelas** entre dos personas = relación **unida** (tres = muy unida) ^{F7}. En la simbología del árbol genealógico que recoge SEMERGEN, la doble línea es **unión consanguínea** y la adopción se dibuja entre corchetes ^{F8}. Y una leyenda de genograma publicada por un servicio de trabajo social hospitalario (Casas Fernández, 1998) llama a la línea simple «relación íntima» y a la doble «relación estrecha» (figura 2; en su figura 1 la doble línea es «relación cercana») ^{F28}.

EIR 2019 · 209

P9 · respuesta en el solucionario

Genograma: símbolo de relación unida

Tras revisar este genograma, la simbología nos indica que:



1. El matri monio sufrió un aborto espontaneo.
2. El matrimonio está divorciado.
3. La relación entre la madre y la hija es unida.
4. La relación entre los descendientes es conflictiva.

El genograma (estructura familiar y relaciones) y el **árbol genealógico** (patrón de herencia) tienen una representación gráfica normalizada **con símbolos similares**, aunque algunos con significado distinto ^{F8}. En esa simbología el **aborto tiene símbolo propio: un triángulo**, en el que se consigna el sexo o si fue ectópico y la semana de gestación; el fallecimiento se marca con una línea diagonal que cruza el símbolo ^{F8}. Entre la información que se recoge figuran los antecedentes de salud reproductiva: **infertilidad, abortos** ^{F8}. El APGAR familiar, en cambio, solo contiene 5 preguntas sobre la percepción del funcionamiento familiar (apartado 3) ^{F1}. Otra leyenda de genograma (Casas Fernández, 1998) dibuja al **fallecido** como un **cuadrado con una X**, la **separación** como una **barra diagonal** (dos en su figura 1), la relación conflictiva como línea en zigzag y la distante como línea discontinua; en la leyenda leída no figura el símbolo del divorcio ^{F28}.

EIR 2022 · 186

P5 · respuesta en el solucionario

Genograma: el aborto se representa

El aborto como suceso en un miembro del núcleo familiar es:

1. Un aspecto estructural del APGAR familiar.
2. Un aspecto/símbolo a incluir en el genograma.
3. Un determinante incluido en el modelo de Lalonde.
4. Un acontecimiento no incluido en la escala de acontecimientos vitales estresantes.

El **ecomapa** es una **representación gráfica del individuo y su familia en su entorno**, en la que se registran las **conexiones, los conflictos, los recursos y las carencias** que presenta la familia **con los sistemas externos** ^{F9}. En el caso clínico publicado, el ecomapa se dibuja a partir del genograma de la familia y registra sus relaciones con sistemas externos como los vecinos, la religión o los servicios de salud ^{F9}. Yurss llama también «eco-mapa» al **método de los círculos** de De la Revilla, útil en consultas breves para situar a la persona dentro del núcleo familiar, aunque con **utilidad limitada** frente a otros instrumentos; no es lo mismo que el ecomapa de sistemas externos ^{F7}. El ecomapa lo desarrolló por primera vez **Ann Hartman en 1978**, a partir de la teoría de sistemas ecológicos y del mapa del árbol familiar ^{F29}. En un estudio brasileño que lo utilizó, el equipo de salud de la familia se situaba en un círculo central y los círculos de alrededor eran los demás actores o servicios; las líneas expresaban la fuerza de la relación (**gruesa = conexión fuerte, fina = débil, punteada = tenue**), las flechas el sentido del flujo de recursos o apoyo y las **líneas en zigzag** las relaciones estresantes o conflictivas (Hartman, 1978) ^{F30}.



Genograma frente a ecomapa

Genograma: estructura y relaciones **dentro** de la familia, en al menos **tres generaciones** ^{F7,F8}.

Ecomapa: la familia **y sus conexiones, conflictos, recursos y carencias con los sistemas externos** ^{F9}.

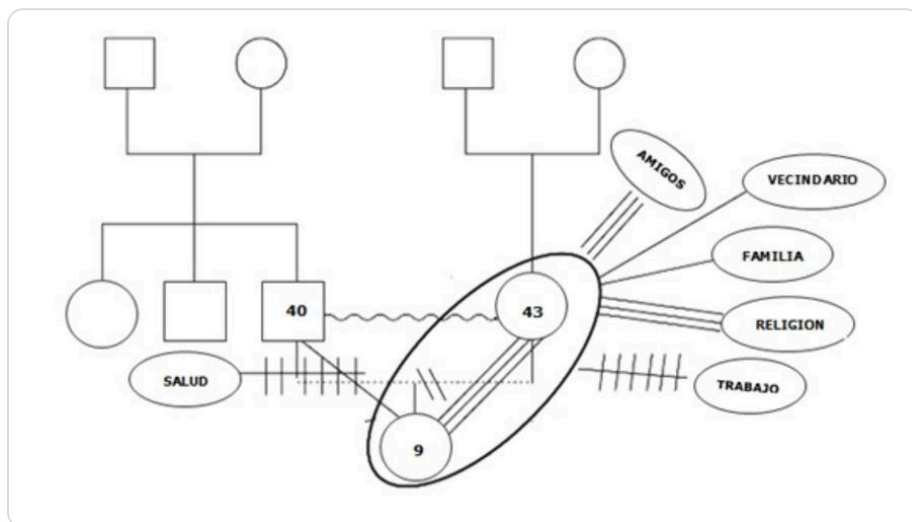
Ecomapa: herramienta de estructura familiar y red de apoyo extrafamiliar

La herramienta utilizada para apreciar la estructura familiar y la conexión de ésta con la red de soporte extrafamiliar de recursos existente o ausente en cada familia, se denomina:

1. Genograma.
2. Ecomapa.
3. Ficha familiar.
4. APGAR familiar.

Ecomapa: herramienta de estructura familiar y red de apoyo extrafamiliar

Pregunta asociada a la imagen 6. Identifique de qué herramienta se trata:



1. Ecomapa.
2. Genograma.
3. Apgar familiar.
4. Ficha familiar.

3. Valoración funcional: APGAR familiar y apoyo social

El **APGAR familiar** (Smilkstein, 1978) es el cuestionario de **función familiar**; su validación española la hicieron Bellón y cols. en 1996, con resultado **válido y fiable** ^{F2}. El Servicio Andaluz de Salud lo recoge como cuestionario de «**percepción de la función familiar**»: puede ser autoadministrado o heteroadministrado, consta de **5 ítems tipo Likert** y sirve para **valorar la percepción de la persona sobre la función familiar**; su población diana es la población general ^{F3,F1}. Un estudio mexicano de 2020 lo describe como un instrumento diseñado por Smilkstein en 1978 para la percepción del funcionamiento de la familia de un individuo **en un momento determinado** ^{F27}.

Smilkstein eligió el acrónimo APGAR para recordar los **cinco componentes de la función familiar**: **adaptabilidad** (adaptability), **cooperación** (partnership), **desarrollo** (growth), **afectividad** (affection) y **capacidad resolutive** (resolve), aprovechando la similitud con el Apgar de pediatría también en el significado de las puntuaciones ^{F2}. Existe una versión con respuestas Likert de **5 opciones**, de mayor poder discriminativo, recomendable para investigación ^{F2}.

Ítem del APGAR familiar (SAS) ^{F1}	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

EIR 2017 · 31

P14 · respuesta en el solucionario

Apgar familiar: valora la percepción del funcionamiento familiar

¿Qué cuestionario utilizarías para valorar el funcionamiento familiar?:

1. Apgar Familiar.
2. Cuestionario de MOS.
3. Cuestionario de Duke-UNC.
4. Escala de Reajuste Social.

Apgar familiar: valora la percepción del funcionamiento familiar

En la valoración familiar en situaciones de crisis, la enfermera puede identificar las características de las familias funcionales o disfuncionales. ¿Cuál de los siguientes test pueden ser de utilidad?:

1. Cuestionario de MOS.
2. Cuestionario de Duke-UNC.
3. Apgar Familiar.
4. Genograma familiar.

Apgar familiar: valora la percepción del funcionamiento familiar

Señale la respuesta correcta. Usted está atendiendo a una familia en su consulta de Atención Primaria. Sobre los instrumentos de atención a la misma, sabemos que:

1. El Apgar familiar permite valorar la percepción de la persona sobre el funcionamiento de su familia en un momento determinado.
2. El Apgar familiar no permite medir la afectividad como elemento evaluador de la funcionalidad familiar.
3. El Apgar familiar no permite medir la capacidad resolutoria como elemento evaluador de la funcionalidad familiar.
4. El Apgar familiar no permite una aproximación para identificar conflictos en el área familiar.

Apgar familiar: valora la percepción del funcionamiento familiar

En qué escala o cuestionario aparece la pregunta: ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?:

1. Escala de depresión de Yessavage.
2. Escala de Zarit.
3. Escala de depresión de Goldberg.
4. Cuestionario Apgar familiar.

Puntuación (manual del SAS): total de **0 a 10**; los individuos se clasifican en **normofuncionales de 7 a 10 puntos** y **disfuncionales de 0 a 6**, y dentro de estos, **graves de 0 a 2** y **leves de 3 a 6**^{F1}. El manual leído solo distingue normofuncional, disfunción leve y disfunción grave^{F1}. En la validación de Bellón, el 16 % de la muestra obtuvo un APGAR disfuncional y la puntuación media fue de 8,4; se asociaron a disfunción el déficit de apoyo social, estar viudo o separado-divorciado, una mayor percepción de susceptibilidad-gravedad ante la enfermedad, la hiperutilización de consultas y ser mujer^{F2}.

APGAR familiar en números

5 ítems $\times$ 0-1-2 = 0-10. 7-10 normal, 3-6 disfunción leve, 0-2 disfunción grave ^{F1}.

EIR2023-044: puntos de corte del APGAR familiar

La clave de EIR2023-044 hace corresponder **2 puntos** con **disfunción grave**, que es lo que dice el manual de cuestionarios del SAS (graves de 0 a 2, leves de 3 a 6) ^{F1}. Sin embargo, la hoja del cuestionario que publica hoy el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (SAS) dice literalmente «Disfuncional leve: 0 - 2» y «Disfuncional grave: 3 - 6» ^{F3}. Esa hoja asigna la etiqueta más leve a la puntuación más baja, al revés que el manual, pese a que en el APGAR a menos puntos peor función familiar ^{F1,F3}. Aquí no se corrige ninguna de las dos fuentes.

EIR 2023 · 44

P4 · respuesta en el solucionario

Apgar familiar: interpretación de la puntuación (disfunción grave)

Obtener como resultado 2 puntos en el cuestionario APGAR FAMILIAR, significa:

1. Normofuncional.
2. Disfuncional leve.
3. Disfuncional moderado.
4. Disfuncional grave.

El **cuestionario Duke-UNC-11** mide el **apoyo social funcional percibido**; su validación española separó dos subescalas: **apoyo confidencial (7 ítems)** y **apoyo afectivo (4 ítems)** ^{F6}. En el manual del SAS tiene 11 ítems puntuados de 1 a 5 (p. ej., «Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares», «Recibo amor y afecto»); la puntuación refleja el apoyo **percibido, no el real**, y el punto de corte de la validación española es **< 32** (apoyo bajo) ^{F1}. En esa validación, la función familiar medida con el APGAR explicó el 23,5 % de la variabilidad del apoyo social ^{F6}.

Instrumentos que se confunden

APGAR familiar: función familiar percibida ^{F3}. **Duke-UNC**: apoyo social percibido, confidencial y afectivo ^{F6}.

Zarit: sobrecarga (carga subjetiva) de la persona cuidadora ^{F20}. **Escala de valoración sociofamiliar** (manual del SAS): riesgo social, con punto de corte 16 ^{F1}. **Holmes y Rahe**: acontecimientos vitales estresantes ^{F12}. El ítem 1 del APGAR familiar es «¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?» ^{F1}.

4. La persona cuidadora y el sistema informal de cuidados

Los cuidados se proporcionan por dos vías: el sistema formal (servicios sanitarios y sociales) y un **sistema informal** en el que cuidan **los familiares, amigos u otras personas que no reciben retribución económica ni tienen relación laboral** ^{F20}. El **cuidado informal** es el conjunto de actividades o servicios que prestan personas de la red social a quienes no pueden realizar autónomamente las actividades de la vida diaria; existe un **vínculo afectivo** y se provee **de forma voluntaria, sin que medie organización ni relación contractual** ^{F20}. Una revista de la Junta de Castilla y León lo resume: los **cuidadores informales (familiares, amigos y vecinos)** son la principal ayuda instrumental y psicosocial en la atención a los mayores ^{F25}.

EIR 2014 · 136

P17 · respuesta en el solucionario

Sistema informal de cuidados: definición

El sistema que integra la asistencia y el cuidado que proporciona la familia, los vecinos o allegados sin que exista ninguna relación contractual y basado en unas relaciones personales estrechas, se corresponde con:

1. Asistencia social.
2. Sistema de atención integral.
3. Sistema informal de cuidados.
4. Atención sociosanitaria.
5. Prestación social.

- En nuestro medio, el **sistema informal familiar** es la principal fuente de cuidados para la mayoría de las personas que los necesitan; algunos autores lo llaman «**sistema invisible de atención a la salud**» ^{F20}.
- Rasgos del sistema informal: actividad **no remunerada**, hecha por cuidadores no profesionales, basada en **relaciones afectivas y de parentesco** y situada en el ámbito privado, lo que dificulta verlo como agente de salud ^{F20}.
- **Persona cuidadora principal**: la que **organiza y gestiona los cuidados**, habitualmente alguien del entorno familiar; es cuidadora no profesional ^{F14}. La guía valenciana añade que puede recibir apoyo de otros familiares o allegados, la **red de cuidadores secundarios**, que a veces es básica para **evitar la claudicación** de la cuidadora principal ^{F20}.
- La cartera común de atención primaria incluye, dentro de la atención domiciliaria a inmovilizados, la **información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal** ^{F13}.

5. Sobrecarga de la persona cuidadora: escala de Zarit y cansancio del rol

La carga del cuidado tiene dos componentes ^{F20}. La **carga objetiva** es la dedicación, las actividades que se desempeñan, las limitaciones en la vida familiar y social, las restricciones del tiempo libre y el impacto laboral y económico; compartir el cuidado la reduce ^{F20}. La **carga subjetiva** es el conjunto de **percepciones y sentimientos negativos ante la experiencia de cuidar** (tensión emocional, ansiedad, depresión); es un **indicador subjetivo que depende de la percepción** que la persona cuidadora tiene de su situación en cada momento ^{F20}.

Para medir la carga subjetiva se dispone de escalas como la **Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit)** y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Robinson); permiten discriminar a los cuidadores con mayor riesgo o más necesidades y predicen una posible institucionalización por claudicación familiar ^{F20}. La Zarit **evalúa una única dimensión de la carga, centrándose en la carga subjetiva**, y establece puntos de corte entre ausencia de carga, sobrecarga leve y sobrecarga intensa; es actualmente el cuestionario más utilizado para este fin, en investigación y en la práctica clínica ^{F5}. La guía valenciana la describe como escala que **mide el grado de carga subjetiva** de las personas cuidadoras, con 22 ítems (carga social, estrés psicológico, culpa, presión emocional, dependencia) puntuados de 1 a 5; la **Zarit reducida** tiene 7 ítems y se validó en cuidadores de pacientes paliativos ^{F20}.

Escala de Zarit	HUVN (SAS) ^{F4}	Guía valenciana 2014 ^{F20}
Población diana	Personas cuidadoras de personas dependientes; autoadministrada	Personas cuidadoras; autoadministrable
Ítems	22, Likert 1 (nunca) a 5 (casi siempre)	22 , de 1 (nunca) a 5 (casi siempre)
No sobrecarga	< 46	≤ 46
Sobrecarga leve	46-47 a 55-56	47 a 55
Sobrecarga intensa	> 55-56	≥ 56
Validación española	Martín y cols., 1996 (Revista de Gerontología)	—

EIR2017-185: una Zarit de 46 puntos

Los puntos de corte no coinciden entre fuentes oficiales: con la hoja del HUVN, 46 puntos cae en **sobrecarga leve** (46-47 a 55-56) ^{F4}; con la guía valenciana, **46 es «no sobrecarga»** (≤ 46) ^{F20}; el manual del SAS de 2002 puntúa cada ítem de 0 a 4 y da cortes contradictorios entre sí («> 46-47 No sobrecarga», «< 46-47 Sobrecarga») ^{F1}. La clave de EIR2017-185 no depende del corte: da por correcta una **medida subjetiva**, y las fuentes leídas dicen que la Zarit mide la **carga subjetiva** y permite discriminar a los cuidadores con mayor riesgo o más necesidades ^{F20}. Ninguna fuente leída dice que la puntuación de la Zarit «oriente» hacia el diagnóstico de cansancio del rol de cuidador ni que NANDA-I la incluya entre sus características definitorias; F32 solo recoge un estudio de validación que la usó como una de ellas ^{F32}. Esa parte de la clave no se apoya en el texto de este tema.

★ Lo que más cae de la Zarit

Mide la **sobrecarga subjetiva** de la persona cuidadora ^{F20,F5}. Es un cuestionario que recoge la **percepción** de la cuidadora y permite discriminar a los cuidadores con mayor riesgo o más necesidades ^{F20}. No confundir con el APGAR (función familiar) ni con el Duke-UNC (apoyo social percibido, confidencial y afectivo) ^{F3,F6}.

El diagnóstico NANDA de cansancio del rol de cuidador se definía en la edición 2007-2008 (etiqueta de entonces: «Cansancio en el desempeño del rol de cuidador») como: «La persona **percibe o demuestra dificultad** para desempeñar el papel de cuidador de la familia» ^{F22}. La edición NANDA-I 2018-2020 recoge el diagnóstico como «Caregiver Role Strain» (00061), definido como la dificultad para cumplir las responsabilidades, expectativas y/o conductas de cuidado de la familia o de otras personas significativas; esa revisión solo cambió ligeramente la definición ^{F32}. El **riesgo de claudicación** es la incapacidad del cuidador principal para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas del paciente; para valorarlo se consideran, entre otros datos, la **puntuación de la Zarit reducida**, la falta de apoyos familiares, los problemas de salud del cuidador y que el cuidado no se haga por voluntad propia ^{F20}.

EIR 2013 · 148

P31 · respuesta en el solucionario

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

HMP, cuidadora principal de su madre con Enfermedad de Alzheimer, acude a la consulta de enfermería con síntomas que hacen sospechar que presenta sobrecarga como cuidadora. ¿Cuál de los siguientes instrumentos sería el indicado para valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de Zarit.
2. Escala de Filadelfia.
3. Escala de salud familiar (APGAR).
4. Escala Gijón.
5. Escala de recursos sociales (OARS).

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

Concepción, cuidadora principal de su padre con demencia vascular, acude a la consulta de enfermería, donde nos refiere que cada vez se siente menos capaz de cuidar de su padre, y que su vida social se ha visto altamente mermada desde que cuida a éste. ¿Cuál de los siguientes instrumentos emplearíamos a fin de valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de salud familiar (APGAR).
2. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI).
3. Escala de evaluación del funcionamiento familiar.
4. Escala de Zarit.

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

Alba, mujer de 66 años de edad cuidadora principal de su marido desde hace 10 años. Su marido, Sebastián, hombre de 67 años con limitación de la movilidad y sensorial a consecuencia de un accidente de tráfico. En la historia clínica de Alba se informa que la semana pasada presentaba una puntuación de 46 en la escala de Zarit. Ante esta información se ha de tener en cuenta que:

1. Es la medida objetiva para diagnosticar el Cansancio de rol de cuidador.
2. Es una medida subjetiva que orienta hacia el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.
3. Es el campo necesario para diagnosticar el Cansancio del rol de cuidador.
4. Es una característica definitoria, pero no determinante para el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

El test de Zarit mide:

1. El grado de carga subjetiva de las personas cuidadoras.
2. El esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.
3. El apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.
4. El estrés del cuidador.

La **carencia de libertad para ocupar el tiempo personal, el ocio y las relaciones sociales** se relaciona con una **mayor carga** ^{F20}. Por eso, entre las intervenciones con la persona cuidadora están los llamados **servicios de respiro**, que facilitan que disponga de manera programada de **tiempo libre para descansar o para actividades lúdicas, sociales**, etc., que no puede hacer habitualmente (centros de día o de noche, entre otros) ^{F20}. El programa de atención domiciliaria de Mallorca recuerda que el cuidado interfiere en la actividad laboral y familiar y **en las actividades de ocio y relaciones sociales** de la cuidadora ^{F14}.



Cuidar a quien cuida

El programa de atención domiciliaria de Mallorca describe que el rol de cuidadora interfiere en sus **actividades de ocio y relaciones sociales** y que muy a menudo **olvida el cuidado personal** ^{F14}. La guía valenciana recoge los **servicios de respiro**, que permiten a las personas cuidadoras disponer de manera programada de tiempo libre para descansar o para actividades lúdicas y sociales ^{F20}.

EIR 2017 · 75

P13 · respuesta en el solucionario

Baja autoestima situacional en la cuidadora: fomentar el tiempo de autocuidado

María, de 81 años de edad, es cuidadora principal de su marido desde hace 3 años. Hace unos meses al acudir a su domicilio, identificamos un diagnóstico de “Baja autoestima situacional”. De entre todas las actividades que podemos realizar, ¿Cuáles serían más adecuadas para ayudar a María a superar esta situación?:

1. Potenciar el aprendizaje de las técnicas necesarias para el cuidado de la persona dependiente.
2. Valorar tanto los síntomas físicos como psicológicos y derivar a consulta médica para prescripción de tratamiento farmacológico.
3. Insistir en la importancia de procurarse un tiempo para su propio cuidado y ayudar a encontrar alternativas para compartir tiempo con amistades y realizar actividades de ocio.
4. Facilitar conocimientos y habilidades sobre acciones de autocuidado básicas para las actividades de la vida diaria.

6. Atención domiciliaria en atención primaria

La cartera de servicios comunes de atención primaria (RD 1030/2006, anexo II) incluye la **atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo** ^{F13}. Dentro de ella está la **atención domiciliaria a pacientes inmovilizados**, que comprende (para mayores, el apartado 6.5.4 añade el apoyo a las personas vinculadas, especialmente al cuidador/a principal) ^{F13}:

- a) **Valoración integral** de las necesidades del paciente, incluidas las causas de su inmovilización ^{F13}.
- b) Establecimiento de un **plan de cuidados, médicos y de enfermería**, con medidas preventivas, instrucciones para el seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de síntomas y cuidados generales, y **coordinación con los servicios sociales** ^{F13}.
- c) Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio ^{F13}.
- d) Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite ^{F13}.
- e) **Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal** ^{F13}.

El programa de atención domiciliaria de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (IB-Salut, 2017) incluye a las personas que pertenecen a la población diana y **tienen dificultades temporal o permanentemente para desplazarse al centro de salud**, por motivos de salud, por su condición física o por su situación social o del entorno ^{F14}. Se excluye a quien no cumple los criterios y necesita otro recurso, y el hecho de que **el paciente y su familia no acepten** la atención domiciliaria; si el paciente quiere entrar y el cuidador no, se priorizan las preferencias del paciente ^{F14}. La captación puede venir de la **demanda espontánea** de atención a domicilio del interesado, su familia o la persona cuidadora ^{F14}.

- **Objetivo general:** una atención **integral y multiprofesional** a quien necesita atención domiciliaria, a su familia y a la persona cuidadora, respetando su autonomía y sus valores, y dirigida a **fomentar el autocuidado y la corresponsabilidad** del individuo y su familia para mejorar su calidad de vida ^{F14}.
- Recomendaciones de calidad: el diagnóstico debe tener presente a la persona en conjunto, **con una importancia vital de su entorno social y del apoyo familiar**; pasar de un abordaje reactivo a uno **proactivo**, basado en necesidades más que en demandas; abordaje multidisciplinar; tener presente el aspecto rehabilitador ^{F14}.
- La valoración incluye el entorno: **valoración de los riesgos del hogar** y disponibilidad de ayudas técnicas ^{F14}.
- La educación para la salud individual también se hace **en los domicilios**, orientada a fomentar el autocuidado, los cuidados y la corresponsabilidad ^{F13}.

Atención domiciliaria: definición y población diana

Seleccione la respuesta correcta con respecto a la Atención Domiciliaria:

1. Existen 3 modalidades básicas de atención domiciliaria: espontánea, urgente y programada.
2. Da respuesta a necesidades de asistencia creadas por personas que de forma temporal o permanente se encuentran incapacitadas para desplazarse al Centro de Salud.
3. La atención domiciliaria espontánea es la que permite el desarrollo de tareas de tipo curativo, prevención, educación sanitaria, promoción del autocuidado y rehabilitación dirigidas a mejorar la calidad de vida.
4. El conocimiento directo del entorno vital inmediato de sus integrantes de una familia no serán valorados en este tipo de atención.

7. Hospitalización a domicilio

La SEHAD distingue la **atención domiciliaria basada en la atención primaria** (asistencia de **baja complejidad** prestada en el domicilio por un profesional o equipo de AP) de la **basada en el hospital** (asistencia de **complejidad hospitalaria** prestada en el domicilio por un profesional o unidad de atención especializada) ^{F15}. La **hospitalización a domicilio (HAD)** es una atención de **rango especializado**, con actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de cuidados de alta intensidad o complejidad, que se desarrollan en el domicilio **en sustitución del ingreso hospitalario convencional** ^{F15}. En el RD 1030/2006 pertenece a la cartera de atención especializada: el servicio de salud puede optar por ella cuando el paciente requiere atención continuada sin inestabilidad clínica que suponga un riesgo ^{F13}.

- Para ingresar en HAD, el paciente debe cumplir criterios de ingreso hospitalario, ser derivado por un médico que lo haya valorado, **ser valorado y aceptado por HAD** en la mayoría de los casos y tener asignado un médico responsable dentro de HAD ^{F16}.
- **Voluntariedad**: aceptación del paciente, representante legal o cuidador para realizar un episodio de HAD, a quienes se informa de que **pueden solicitar el traslado al hospital en cualquier momento** ^{F15}. En la valoración de ingreso se establece el plan terapéutico y **se recaba la aceptación del paciente y su cuidador** para ser atendido en su domicilio (consentimiento) ^{F15}.
- La guía de práctica clínica pide tener **en especial consideración la voluntad de paciente/cuidador respecto a su admisión**; la aceptación voluntaria implica que el paciente **puede rechazar la HAD en cualquier momento** una vez iniciado el episodio y **solicitar el traslado al hospital o el alta voluntaria**; se recomienda firmar el consentimiento informado ^{F16}.
- «Cuidado voluntario»: el paciente, cuidador o responsable legal elige recibir la atención en su residencia, pero **puede permanecer o volver al hospital** si lo prefiere ^{F16}. Un servicio de salud lo formula como criterio de ingreso: **aceptación por parte del paciente y de su cuidador**, si este es preciso ^{F17}.
- **Alta**: «La decisión de finalizar el proceso de HAD es tomada **por el equipo médico** cuando el paciente ha completado el plan de cuidados y procedimientos que motivó su ingreso», por curación, mejoría, empeoramiento o traslado ^{F16}. Si el paciente adulto (o los padres de un paciente pediátrico) **rechaza el seguimiento por HAD**, firma el formulario de **alta voluntaria** ^{F16}.

Quién decide qué en HAD

La unidad **valora y acepta** al paciente, pero **la voluntad de ingresar es del paciente y su cuidador** ^{F15,F16}. Rechazar la HAD no obliga a irse del hospital: el paciente puede pedir el **traslado al hospital** o el alta voluntaria ^{F16}. El **alta clínica** la decide el **equipo médico** ^{F16}.

Hospitalización a domicilio (SEHAD): criterio de voluntariedad

Según la Sociedad Española de Hospitalización a domicilio (SEHAD), señale lo correcto con referencia a los criterios de Voluntariedad del paciente/cuidador para ingreso en domicilio:

1. La voluntad de ingreso en Hospitalización a Domicilio es del paciente y cuidador, aunque sea admitido por la unidad de hospitalización a domicilio.
2. El rechazo a continuar ingresado en hospitalización a domicilio, requiere de la firma de alta voluntaria, aunque el paciente quiera regresar a ingresar en el hospital.
3. El rechazo al ingreso en hospitalización a domicilio, una vez valorado y aceptado por la unidad de hospitalización a domicilio, lleva implícito el alta voluntaria en el hospital, por parte del paciente o familiar.
4. La decisión de finalizar el proceso de hospitalización a domicilio, es tomada por el paciente o cuidador una vez completado el plan de cuidados y procedimientos que motivó su ingreso.

8. Gestión de casos y continuidad de cuidados

La Case Management Society of America (CMSA) define la gestión de casos como «un proceso de colaboración mediante el que se **valora, planifica, facilita, coordina, monitoriza y evalúa** las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud integrales de una persona y su familia, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover **resultados de calidad y costo-efectivos**» (Standards of Practice, 2010) ^{F19}.

Definición de la CMSA y definición de la SEHAD

La CMSA define un **proceso** («valora, planifica, **facilita**, coordina, monitoriza y evalúa», que termina en «articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos») ^{F19}. La SEHAD, en cambio, define a la **profesional**: la enfermera con experiencia en pacientes complejos que «conoce, valora, facilita y coordina» los recursos necesarios ^{F15}.

EIR 2017 · 28

P30 · respuesta en el solucionario

Gestión de casos: definición del proceso

¿Cuál es el proceso en el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos?:

1. Planificación centrada en la persona.
2. Enfermería de Enlace.
3. Gestión de casos.
4. Continuidad asistencial.

En el Servicio Andaluz de Salud, la gestión de casos es una **modalidad de atención dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta intensidad**, que busca que reciban los servicios adecuados de manera integrada mediante un **plan de gestión del caso personalizado**, acordado con ellas y con su red de apoyo, en el que colabora el conjunto de profesionales implicados ^{F18}. En atención primaria nació dirigida a los pacientes del **programa de atención domiciliaria**, con la cuidadora principal también como destinataria; las primeras gestoras se llamaban **enfermeras comunitarias de enlace** ^{F18}. La SEHAD define a la enfermera gestora de casos como la profesional con experiencia en pacientes complejos que **conoce, valora, facilita y coordina los recursos** necesarios ^{F15}. La intervención **NIC 7320 «Gestión de casos»**, que según el artículo citado se introdujo en el año 2000, se define como coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para **reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados** ^{F31}.

- **Diseño del plan asistencial en colaboración** con paciente, personas que cuidan y equipo profesional de referencia; **supervisión, revisión y colaboración en la ejecución del plan** ^{F18}.
- Planificación, ejecución, supervisión y revisión de los **planes de atención centrados en la familia**, con especial atención a las personas que cuidan ^{F18}.
- Seguimiento programado, presencial (consulta, **domicilio**, unidad de hospitalización, residencia) y telefónico ^{F18}.

- **Identificación y movilización de servicios o recursos de apoyo al cuidado** ^{F18}.
- **Coordinación** de relaciones y derivaciones en AP, en el hospital y entre niveles, en colaboración con los equipos de referencia ^{F18}.
- Planificación y ejecución de las **transferencias entre niveles**, en especial la **planificación anticipada del alta hospitalaria** ^{F18}.

EIR2018-196: ¿ejecuta la gestora el plan de cuidados?

La clave de EIR2018-196 da por **incorrecto** que la gestora de casos «es la enfermera responsable de la ejecución del Plan de cuidados». El modelo del SAS apoya esa clave para el **plan asistencial**: lo **diseña en colaboración** con el paciente, las personas que cuidan y el **equipo profesional de referencia**, y ella **supervisa, revisa y colabora en su ejecución** ^{F18}. Pero el mismo documento le atribuye también la «**planificación, ejecución, supervisión y revisión de los planes de atención centrados en la familia**» ^{F18}. Por tanto, la fuente leída no respalda un «nunca ejecuta» absoluto. Con la fuente, lo que se sostiene es que la gestora **colabora en la ejecución** del plan asistencial y ejecuta los planes centrados en la familia ^{F18}.

EIR 2018 · 196

P27 · respuesta en el solucionario

Enfermera gestora de casos comunitaria: funciones (no ejecuta el plan de cuidados)

En relación a la enfermera gestora de casos comunitaria, señala la respuesta INCORRECTA:

1. La gestión de casos se ha incorporado como modalidad de atención a personas con problemas de salud de alta complejidad.
2. Es la enfermera responsable de la ejecución del Plan de cuidados.
3. Identifica y moviliza servicios o recursos de apoyo al cuidado.
4. Favorece la atención domiciliaria.

Todas las preguntas del tema (23)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2024 · 143

P1 · respuesta en el solucionario

Según la Sociedad Española de Hospitalización a domicilio (SEHAD), señale lo correcto con referencia a los criterios de Voluntariedad del paciente/cuidador para ingreso en domicilio:

1. La voluntad de ingreso en Hospitalización a Domicilio es del paciente y cuidador, aunque sea admitido por la unidad de hospitalización a domicilio.
2. El rechazo a continuar ingresado en hospitalización a domicilio, requiere de la firma de alta voluntaria, aunque el paciente quiera regresar a ingresar en el hospital.
3. El rechazo al ingreso en hospitalización a domicilio, una vez valorado y aceptado por la unidad de hospitalización a domicilio, lleva implícito el alta voluntaria en el hospital, por parte del paciente o familiar.
4. La decisión de finalizar el proceso de hospitalización a domicilio, es tomada por el paciente o cuidador una vez completado el plan de cuidados y procedimientos que motivó su ingreso.

EIR 2024 · 90

P2 · respuesta en el solucionario

Seleccione la respuesta correcta con respecto a la Atención Domiciliaria:

1. Existen 3 modalidades básicas de atención domiciliaria: espontánea, urgente y programada.
2. Da respuesta a necesidades de asistencia creadas por personas que de forma temporal o permanente se encuentran incapacitadas para desplazarse al Centro de Salud.
3. La atención domiciliaria espontánea es la que permite el desarrollo de tareas de tipo curativo, prevención, educación sanitaria, promoción del autocuidado y rehabilitación dirigidas a mejorar la calidad de vida.
4. El conocimiento directo del entorno vital inmediato de sus integrantes de una familia no serán valorados en este tipo de atención.

EIR 2024 · 57

P3 · respuesta en el solucionario

En qué escala o cuestionario aparece la pregunta: ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?:

1. Escala de depresión de Yessavage.
2. Escala de Zarit.
3. Escala de depresión de Goldberg.
4. Cuestionario Apgar familiar.

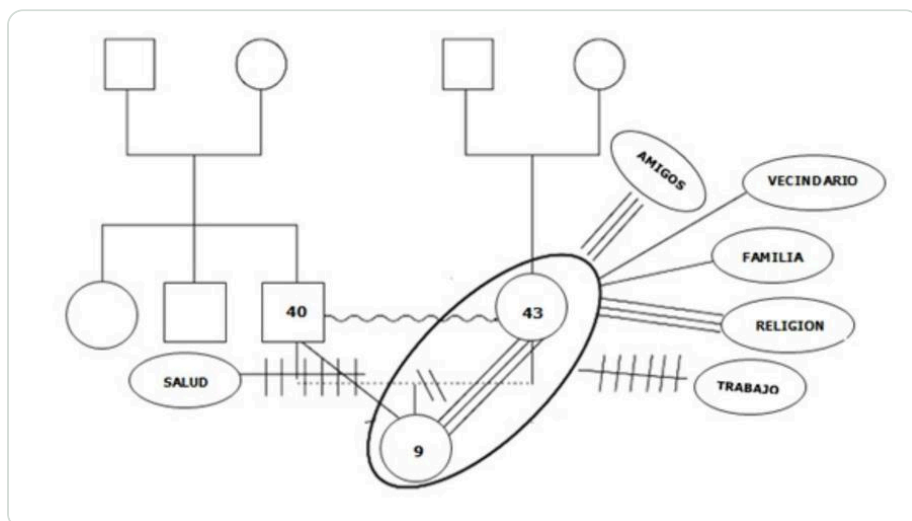
Obtener como resultado 2 puntos en el cuestionario APGAR FAMILIAR, significa:

1. Normofuncional.
2. Disfuncional leve.
3. Disfuncional moderado.
4. Disfuncional grave.

El aborto como suceso en un miembro del núcleo familiar es:

1. Un aspecto estructural del APGAR familiar.
2. Un aspecto/símbolo a incluir en el genograma.
3. Un determinante incluido en el modelo de Lalonde.
4. Un acontecimiento no incluido en la escala de acontecimientos vitales estresantes.

Pregunta asociada a la imagen 6. Identifique de qué herramienta se trata:



1. Ecomapa.
2. Genograma.
3. Apgar familiar.
4. Ficha familiar.

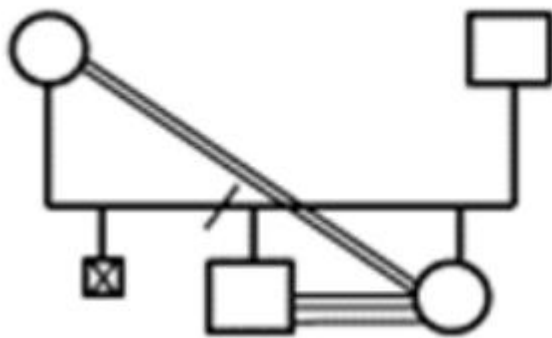
La herramienta utilizada para apreciar la estructura familiar y la conexión de ésta con la red de soporte extrafamiliar de recursos existente o ausente en cada familia, se denomina:

1. Genograma.
2. Ecomapa.
3. Ficha familiar.
4. APGAR familiar.

El siguiente símbolo utilizado en el genograma identifica a:

1. Paciente identificado.
2. Mujer con Problema de alcoholismo.
3. Mujer embarazada.
4. Cuidadora principal.

Tras revisar este genograma, la simbología nos indica que:



1. El matrimonio sufrió un aborto espontáneo.
2. El matrimonio está divorciado.
3. La relación entre la madre y la hija es unida.
4. La relación entre los descendientes es conflictiva.

Señale la respuesta correcta. Usted está atendiendo a una familia en su consulta de Atención Primaria. Sobre los instrumentos de atención a la misma, sabemos que:

1. El Apgar familiar permite valorar la percepción de la persona sobre el funcionamiento de su familia en un momento determinado.
2. El Apgar familiar no permite medir la afectividad como elemento evaluador de la funcionalidad familiar.
3. El Apgar familiar no permite medir la capacidad resolutive como elemento evaluador de la funcionalidad familiar.
4. El Apgar familiar no permite una aproximación para identificar conflictos en el área familiar.

En la valoración familiar en situaciones de crisis, la enfermera puede identificar las características de las familias funcionales o disfuncionales. ¿Cuál de los siguientes test pueden ser de utilidad?:

1. Cuestionario de MOS.
2. Cuestionario de Duke-UNC.
3. Apgar Familiar.
4. Genograma familiar.

En relación a las etapas del ciclo vital de la familia, señale a cuál de las siguientes etapas de ciclo familiar corresponde la adquisición de autonomía e independencia de los hijos, con la consiguiente flexibilización de límites, otorgando mayores grados de libertad donde es primordial una comunicación abierta:

1. Familia con hijos en edad escolar.
2. Familia con hijos adolescentes.
3. Formación de la pareja.
4. Familia con hijos independientes.

María, de 81 años de edad, es cuidadora principal de su marido desde hace 3 años. Hace unos meses al acudir a su domicilio, identificamos un diagnóstico de “Baja autoestima situacional”. De entre todas las actividades que podemos realizar, ¿Cuáles serían más adecuadas para ayudar a María a superar esta situación?:

1. Potenciar el aprendizaje de las técnicas necesarias para el cuidado de la persona dependiente.
2. Valorar tanto los síntomas físicos como psicológicos y derivar a consulta médica para prescripción de tratamiento farmacológico.
3. Insistir en la importancia de procurarse un tiempo para su propio cuidado y ayudar a encontrar alternativas para compartir tiempo con amistades y realizar actividades de ocio.
4. Facilitar conocimientos y habilidades sobre acciones de autocuidado básicas para las actividades de la vida diaria.

¿Qué cuestionario utilizarías para valorar el funcionamiento familiar?:

1. Apgar Familiar.
2. Cuestionario de MOS.
3. Cuestionario de Duke-UNC.
4. Escala de Reajuste Social.

¿Cuáles son los componentes y herramientas en el modelo de Valoración Familiar de Friedman?:

1. Estadio de desarrollo familiar, estadio estructural, estadio funcional.
2. La familia como sistema, la salud como centro de trabajo, el aprendizaje como proceso a través del que se adquieren conductas saludables.
3. Fase de ajuste familiar, fase de adaptación.
4. Identificación de la información, estadio de desarrollo familiar, datos del entorno, estructura familiar, funciones de la familia, afrontamiento familiar.

¿A qué fase de la adaptación a la situación del cuidado corresponde aquella en que la cuidadora puede tener dificultad para verbalizar los sentimientos provocados por los acontecimientos dolorosos del cuidado?:

1. Fase de negación o falta de Conciencia del Problema.
2. Fase de Búsqueda de información y aparición de sentimientos negativos.
3. Fase de Reorganización.
4. Fase de Resolución.

El sistema que integra la asistencia y el cuidado que proporciona la familia, los vecinos o allegados sin que exista ninguna relación contractual y basado en unas relaciones personales estrechas, se corresponde con:

1. Asistencia social.
2. Sistema de atención integral.
3. Sistema informal de cuidados.
4. Atención sociosanitaria.
5. Prestación social.

Según Berman et al., desde el punto de vista sanitario, al grupo social básico constituido por personas de género femenino o masculino, jóvenes o adultos, unidos por lazos legales, de amistad, relacionados o no genéticamente y que los demás consideran allegados, se le denomina:

1. Colectivo.
2. Sistema informal.
3. Grupo control.
4. Ciudadanía.
5. Familia.

En cualquier intervención familiar, la enfermera deberá tener en cuenta que la salud de la familia es preciso considerarla desde una perspectiva que contemple:

1. A los diferentes miembros que la componen.
2. Pacientes, cuidadores familiares y entorno.
3. Pacientes, cuidadores familiares y profesionales de la salud.
4. Individuo, familia y comunidad.
5. Individuo, familia y redes sociales.

Para abordar el cuidado familiar, la convivencia prolongada con personas dependientes, las continuadas amenazas de separación por parte de algún miembro de la familia y la existencia de una persona ludópata en el seno familiar, son indicadores de riesgo que sugieren una posible:

1. Disponibilidad insuficiente de recursos económicos por la familia.
2. Disminución de la autonomía de cada miembro de la familia.
3. Disponibilidad de escasos recursos económicos por los hijos.
4. Vivienda no adaptada a las necesidades de la persona cuidada.
5. Alteración de la estructura de la familia y disfunción familiar.

Dentro de los instrumentos existentes para identificar a personas con problemas metales, el que se ha definido como la presentación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, es denominado como:

1. Sociograma.
2. Modelo circunflejo de Olson.
3. Cuestionario Apgar familiar.
4. Árbol psicofamiliar.
5. Genograma.

Las funciones biológica, afectiva y de socialización, en las sociedades occidentales, son asumidas por:

1. El estado.
2. La sanidad y la educación.
3. El sistema sociosanitario.
4. La familia.
5. Los grupos de ayuda mutua.

¿Cómo se denomina la fase del ciclo vital caracterizado por el inicio de la emancipación de los hijos?:

1. Contracción.
2. Extensión.
3. Final contracción.
4. Disolución de la fratría.
5. Final de la extensión.

Preguntas que también podrían ser de este tema (9)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2023 · 47

P24 · respuesta en el solucionario

El test de Zarit mide:

1. El grado de carga subjetiva de las personas cuidadoras.
2. El esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.
3. El apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.
4. El estrés del cuidador.

EIR 2021 · 165

P25 · respuesta en el solucionario

La incorporación de un nuevo miembro a la familia es:

1. Un determinante incluido en el modelo de Lalonde.
2. Un acontecimiento incluido en la escala de acontecimientos vitales estresantes.
3. Un aspecto a valorar incluido en el documento Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta.
4. Una situación a valorar en el APGAR familiar (Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos).

EIR 2021 · 84

P26 · respuesta en el solucionario

Entre las características de las familias que influyen positivamente en un buen desarrollo de la salud mental NO se encuentra:

1. La orientación hacia un sistema abierto.
2. Los límites permeables que permiten una aportación de la sociedad y el ambiente.
3. La estructura jerárquica y piramidal donde las funciones de cada uno de sus miembros están perfectamente definidas.
4. Autoridad compartida entre sus miembros y que implica conductas de rol complementarias.

EIR 2018 · 196

P27 · respuesta en el solucionario

En relación a la enfermera gestora de casos comunitaria, señala la respuesta INCORRECTA:

1. La gestión de casos se ha incorporado como modalidad de atención a personas con problemas de salud de alta complejidad.
2. Es la enfermera responsable de la ejecución del Plan de cuidados.
3. Identifica y moviliza servicios o recursos de apoyo al cuidado.
4. Favorece la atención domiciliaria.

Alba, mujer de 66 años de edad cuidadora principal de su marido desde hace 10 años. Su marido, Sebastián, hombre de 67 años con limitación de la movilidad y sensorial a consecuencia de un accidente de tráfico. En la historia clínica de Alba se informa que la semana pasada presentaba una puntuación de 46 en la escala de Zarit. Ante esta información se ha de tener en cuenta que:

1. Es la medida objetiva para diagnosticar el Cansancio de rol de cuidador.
2. Es una medida subjetiva que orienta hacia el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.
3. Es el campo necesario para diagnosticar el Cansancio del rol de cuidador.
4. Es una característica definitoria, pero no determinante para el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.

Concepción, cuidadora principal de su padre con demencia vascular, acude a la consulta de enfermería, donde nos refiere que cada vez se siente menos capaz de cuidar de su padre, y que su vida social se ha visto altamente mermada desde que cuida a éste. ¿Cuál de los siguientes instrumentos emplearíamos a fin de valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de salud familiar (APGAR).
2. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI).
3. Escala de evaluación del funcionamiento familiar.
4. Escala de Zarit.

¿Cuál es el proceso en el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos?:

1. Planificación centrada en la persona.
2. Enfermería de Enlace.
3. Gestión de casos.
4. Continuidad asistencial.

HMP, cuidadora principal de su madre con Enfermedad de Alzheimer, acude a la consulta de enfermería con síntomas que hacen sospechar que presenta sobrecarga como cuidadora. ¿Cuál de los siguientes instrumentos sería el indicado para valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de Zarit.
2. Escala de Filadelfia.
3. Escala de salud familiar (APGAR).
4. Escala Gijón.
5. Escala de recursos sociales (OARS).

¿Qué cantidad, medida en unidades de cambio vital (UCV), tienen que sumar los acontecimientos de la escala de reajuste social de Holmes y Rahe para que se considere que afectan a la dinámica familiar y pueden ocasionar un problema psicosocial?:

1. >75 UCV.
2. >100 UCV.
3. >125 UCV.
4. >150 UCV.
5. < 150 UCV.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2024 · 143	1	
P2	EIR 2024 · 90	2	
P3	EIR 2024 · 57	4	
P4	EIR 2023 · 44	4	hoja del archivo oficial
P5	EIR 2022 · 186	2	
P6	EIR 2022 · 6	1	
P7	EIR 2021 · 164	2	
P8	EIR 2020 · 74	4	
P9	EIR 2019 · 209	3	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2018 · 233	1	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2018 · 199	3	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2017 · 170	2	
P13	EIR 2017 · 75	3	
P14	EIR 2017 · 31	1	
P15	EIR 2017 · 30	4	
P16	EIR 2017 · 29	1	
P17	EIR 2014 · 136	3	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2014 · 120	5	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2013 · 124	4	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2013 · 109	5	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2012 · 20	5	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2007 · 93	4	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2004 · 43	1	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2023 · 47	1	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2021 · 165	2	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2021 · 84	3	
P27	EIR 2018 · 196	2	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2017 · 185	2	
P29	EIR 2017 · 116	4	
P30	EIR 2017 · 28	3	
P31	EIR 2013 · 148	1	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2005 · 110	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (Junta de Andalucía). Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Enfermer@s de familia y salud comunitaria. Revisión: Duarte Climents G, Rodríguez Gómez S. Noviembre de 2002. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (15/06/2016), porque el documento ya no está en la web oficial. · https://web.archive.org/web/20160615191335/http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf · consultada 2026-09-30
- **F2** Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996;18(6):289-96 (PMID 8983381). · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357> · consultada 2026-09-27
- **F3** Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Servicio Andaluz de Salud), Enfermería. Percepción de la función familiar: cuestionario APGAR familiar (hoja de cuestionario, versión en línea vigente). · https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/cuestionarios/Cuestionarios-1/cuestionario_apgar_familiar.pdf · consultada 2026-09-27
- **F4** Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Servicio Andaluz de Salud), Enfermería. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (hoja de cuestionario, versión en línea vigente). · https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/cuestionarios/Cuestionarios-3/cuestionario_zarit.pdf · consultada 2026-09-27
- **F5** Crespo López M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid). 2015;26(1). doi:10.1016/j.clysa.2014.07.002. · <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2014.07.002> · consultada 2026-09-27
- **F6** Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996;18(4):153-63. Resumen en PubMed (PMID 8962994). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8962994/> · consultada 2026-09-27
- **F7** Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. Anales Sis San Navarra. 2001;24(Supl 2):73-82 (figuras 1, 3 y 4, modificadas de De la Revilla). · <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/5900/4755/9688> · consultada 2026-09-27
- **F8** Yanes-Rodríguez M, Cruz-Cánovas MC, Gamero-de-Luna EJ (Grupo de trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN). Genograma y árbol genealógico. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2022;48(3) (tabla 1 y figura de símbolos). · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-genograma-arbol-genealogico-S1138359321003403> · consultada 2026-09-27
- **F9** Parra-Giordano D, González-Molina D, Pinto-Galleguillos D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Enfermería Universitaria. 2017;14(1). doi:10.1016/j.reu.2016.11.003. · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100067 · consultada 2026-09-27
- **F10** Barrera Meza CR, Ramírez Palma R, García Torres O, Álvarez Villaseñor AS. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial sistémica y su asociación con el ciclo vital de la familia según la OMS. Med Gen Fam (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia). 2022;11(1):3-8. · https://mgvf.org/wp-content/uploads/2022/03/MGYF2022_001.pdf · consultada 2026-09-27
- **F11** Moratto Vásquez NS, Zapata Posada JJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología.

2015;8(2):103-121 (tabla de etapas adaptada de Jara 2011, Carter y McGoldrick 1980 y Vargas 2013).

doi:10.21615/cesp.3555. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (10/12/2015), porque la web oficial bloquea la lectura automática. ·

<https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/download/3555/2436> · consultada 2026-09-27

- **F12** Roca y cols. Characteristics of patients with panic disorder attended in primary care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional multicenter study. *Aten Primaria*. 2023;55:102703. doi:10.1016/j.aprim.2023.102703 (texto completo en PubMed Central). · <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102703> · consultada 2026-09-27
- **F13** Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE, texto consolidado vigente (anexo II, apartados 1, 3.1.1 y 6.4.3; anexo III, apartado 4). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212> · consultada 2026-09-27
- **F14** Adrover Barceló RM, Taltavull Aparicio JM, Miralles Xamena J. Programa de atención domiciliaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, IB-Salut (Illes Balears). Marzo de 2017. · <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1002/programa-atencion-domiciliaria-apmallorca-es.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F15** Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Glosario terminológico de hospitalización a domicilio. Documento final de consenso (Plan Estratégico HAD2020). Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O. 2020. · <https://www.sehad.org/images/site/proyectoHAD2020/01-%20GLOSARIO%20TERMINOLOGICO%20201108.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F16** Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Guía de práctica clínica de hospitalización a domicilio (Plan Estratégico HAD2020). 2020 (apartados 2, 5.5, 6.3.5, 10.9 y 11). · <https://www.sehad.org/images/site/proyectoHAD2020/03-%20GUIA%20PRACTICA%20CLINICA%20HAD%20201108.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F17** Rioja Salud (Servicio Riojano de Salud). Hospitalización a domicilio: criterios generales de ingreso en HAD. Versión en línea vigente. · <https://www.riojasalud.es/servicios/hospitalizacion-a-domicilio/articulos/criterios-generales-de-ingreso-en-had> · consultada 2026-09-27
- **F18** Servicio Andaluz de Salud, Estrategia de Cuidados de Andalucía. Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos. 2017. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06-04-2019), porque el documento ya no está en la web oficial. · https://web.archive.org/web/20190406111450/http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/686/pdf/mgc_modelo_gestion_casos.pdf · consultada 2026-09-30
- **F19** Enfermera gestora de casos del Servicio Murciano de Salud: un año de puesta en marcha del programa. *Enfermería Global*. 2014;13(4), n.º 36 (recoge la definición de la Case Management Society of America, Standards of Practice for Case Management, 2010). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400004 · consultada 2026-09-27
- **F20** Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. 2014 (D.L. V-2633-2014). · <https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guiapersonascuidadorascastellano-pdf> · consultada 2026-09-27
- **F22** López Sánchez T y cols. La metodología de cuidados en el abordaje al cansancio del cuidador del paciente incidente en programa de hemodiálisis (carta). *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2010;13(3) (cita la definición de NANDA, Diagnósticos enfermeros 2007-2008). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000300008 · consultada 2026-09-27

- **F23** De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, de los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria*. 1998;21(4). · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-genograma-evaluacion-ciclo-vital-familiar-natural-15050> · consultada 2026-09-27
- **F25** Montorio Cerrato I, Pérez Rojo G. El cuidado de personas mayores dependientes por sus familiares. *Revista Servicios Sociales (Junta de Castilla y León)*, sección A fondo, pp. 26-29. · https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/23/161/26_29%20a%20fondo.pdf · consultada 2026-09-27
- **F26** Wallace D, Cooper NR y cols. The social readjustment rating scale: Updated and modernised. *PLOS ONE*. 2023;18(12):e0295943. doi:10.1371/journal.pone.0295943. · <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295943> · consultada 2026-09-27
- **F27** Ordóñez Azuara Y y cols. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Atención Primaria*. 2020;52(10):680-689. doi:10.1016/j.aprim.2020.02.011 (texto completo en PubMed Central, PMC8054295). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8054295/> · consultada 2026-09-28
- **F28** Casas Fernández G (Servicio de Trabajo Social, Hospital Nacional Psiquiátrico). El genograma y la evaluación familiar. *Revista Cúpula*, n.º 40, 1998, pp. 14-21 (Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social, Costa Rica). · <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/numero40/art03.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F29** Chan PK y cols. Learning through connections: clinical participation and interpersonal relationships in longitudinal integrated clerkships and traditional block rotations in Taiwan. *BMC Medical Education*. 2024;24:132. doi:10.1186/s12909-024-05120-y (PubMed Central, PMC10859009). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10859009/> · consultada 2026-09-28
- **F30** Chiari APG y cols. Intersectoral Collaboration to Promote Child Development: The Contributions of the Actor-Network Theory. *Qualitative Health Research*. 2023;33(5):451-467. doi:10.1177/10497323231153534 (PubMed Central, PMC10126467). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10126467/> · consultada 2026-09-28
- **F31** Peña-Serrano A, Fraile-Muñoz A. Enfermera gestora de casos, ¿reinventar lo inventado? *ENE Revista de Enfermería*. 2024;18(2). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2024000200007 · consultada 2026-09-28
- **F32** Lourenço TMG, Abreu-Figueiredo RMS, Sá LO. Review of nursing diagnosis validation studies: caregiver role strain. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020;41:e20190370. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190370. · <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/sNL7j3CKjVTCKPKFkqCk6sh/?lang=en> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Fases de adaptación de la cuidadora (negación o falta de conciencia del problema; búsqueda de información y sentimientos negativos; reorganización; resolución), de EIR2017-029: su origen probable es Izal, Montorio y Díaz Veiga, «Cuando las personas mayores necesitan ayuda» (IMSERSO, 1997). En la pasada de refuerzo: imserso.es devuelve 403 a curl en todas las direcciones probadas (no se eludió) y la única copia existente de la Wayback Machine está truncada a 1 MB y no se puede leer; los artículos de revista buscados (*Clínica y Salud* 2012, *Anales de Psicología* 1998) no recogen las cuatro fases.
- Modelo de valoración familiar de Friedman (EIR2017-030): solo aparece en copias no válidas (Scribd, Studocu). En la pasada de refuerzo, el artículo de *Enfermería Universitaria* (2014) solo cita a Friedman para valorar «estructura, desarrollo y dinámica familiar», sin las seis categorías de la opción correcta, y el de la *Revista Cubana de Enfermería* (2018) está en scielo.sld.cu, que no se resuelve desde este equipo.

- Definición de familia de Berman/Kozier (EIR2014-120), funciones biológica, afectiva y socializadora (EIR2007-093), características de las familias que favorecen la salud mental (EIR2021-084), perspectiva individuo-familia-comunidad (EIR2013-124) e indicadores de alteración de la estructura familiar (EIR2013-109): sin fuente oficial abierta leída. En la pasada de refuerzo se buscaron en SciELO y PubMed Central; el candidato más cercano (Revista Cubana de Medicina General Integral, 1997, «La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud») está en scielo.sld.cu, que no se resuelve desde este equipo, y el resto no dice el dato.
- Símbolo del genograma para la cuidadora principal (EIR2020-074; el banco no conserva la imagen): Yurss dice que el genograma estructural lo recoge, pero la figura leída no lo muestra; el artículo de Atención Primaria (2000) sobre el genograma del paciente inmovilizado solo tiene el resumen en abierto (PMC7679495).
- Símbolo del divorcio en el genograma (opción 2 de EIR2019-209): la leyenda de Casas Fernández (1998) solo define la separación (una barra en su figura 2, dos en la figura 1) y ninguna fuente leída define el divorcio.
- Hoja del APGAR familiar del HUVN, con las etiquetas «leve» y «grave» en orden inverso al del manual del SAS de 2002: confirmar con el SAS cuál es la versión correcta.
- Definición vigente de NANDA-I «Cansancio del rol de cuidador» (00061): solo se ha leído la de la edición 2018-2020, en un artículo de revisión (F32); no se han leído las ediciones 2021-2023 ni 2024-2026, que son obras con derechos. Y la definición de la NIC 7320 se lee en un artículo de revisión (F31), no en la edición oficial de la NIC.