

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52264>

El proceso formativo y transformador de la práctica pediátrica de docentes del Área de Niñez: Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Childhood Area Teachers' Formative and Transforming Pediatric Practice Process. Faculty of Medicine, University of Antioquia

Olga Francisca Salazar-Blanco¹ • Margarita María Gómez-Gómez¹ • Liliana Adela Zuliani-Arango²

Recibido: 06/08/2015 Aceptado: 02/11/2015

¹ Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina - Grupo de Investigación EDUSALUD - Medellín - Colombia.

² Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina - Grupo de Investigación Pediaciencia Línea Pediatría Social y Puericultura - Medellín - Colombia.

Correspondencia: Olga Francisca Salazar-Blanco. Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Calle 67 No. 53-108. Teléfono: +57 4 2196070, extensión: 6071. Medellín. Colombia. Correo electrónico: olga.salazar@udea.edu.co.

| Resumen |

Introducción. La consulta pediátrica tiene particularidades a tener en cuenta en la formación de médicos que promuevan la comprensión del universo comunicativo en la tríada niño-acompañante-profesional. Los docentes son modelos de aprendizaje de los estudiantes de esta interacción.

Objetivo. Reconocer el proceso formativo y transformador de la práctica pediátrica de docentes del Área de Niñez de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Materiales y método. Estudio con enfoque desde el interaccionismo simbólico en el que participaron 19 docentes, a quienes se les hizo entrevista semiestructurada. El análisis de los datos se hizo bajo los lineamientos de la teoría fundamentada.

Resultados. Emergieron tres categorías: 1) cómo llegaron a ser médicos y pediatras, se resalta a los profesores como modelos; 2) lo que transforma su práctica: el tiempo, la experiencia profesional, las instituciones y los grupos de trabajo, y 3) los recursos de los docentes en las interacciones con el niño y su familia: la pregunta, la observación, la explicación, el juego y la educación para la salud.

Conclusiones. La reflexión de la práctica de los docentes ha cambiado la interacción en el acto médico. La universidad debe promover la discusión sobre el modelo de interacción que sus profesores ofrecen a los estudiantes.

Palabras clave: Formación de recursos humanos; Relaciones médico-paciente; Pediatría; Comunicación en salud (DeCS).

.....
Salazar-Blanco OF, Gómez-Gómez MM, Zuliani-Arango LA. El proceso formativo y transformador de la práctica pediátrica de docentes del Área de Niñez: Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Rev. Fac. Med. 2016;64(2):267-76. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52264>.

Abstract

Background. Pediatric practice has certain particularities that should be taken into account in the training of undergraduate Medicine students under the biopsychosocial approach. This promotes the understanding of the communicative universe that takes place in the child-caregiver-professional triad. Previous studies indicate certain influence of teachers in the students' process of learning of this interaction.

Objective. To recognize both the formative and transformative processes of the pediatric practice of teachers of the Childhood Department at the Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Materials and Methods. A qualitative study with symbolic interactionism approach was performed. 19 teachers participated in this study. A semistructured interview was applied. Data analysis was done under the guidelines of the grounded theory.

Results. Three categories were revealed: 1) how teachers became doctors and pediatricians: emphasizing their teachers as models; 2) what transforms their practice: time, expertise, institutions and working groups; 3) the resources used by teachers regarding interactions with the child and the family in different health attention scenarios: the question, observation, explanation, games and health education.

Conclusion. Interviewed teachers took as a learning model their teachers practices on the child-caregiver-professional communication triad. However, their practice reflection has changed their communication process. University health education should promote self-reflection on the interaction models that teachers offer to their students.

Keywords: Staff Development; Physician-Patient Relations; Pediatrics Health Communication (MeSH).

.....
Salazar-Blanco OF, Gómez-Gómez MM, Zuliani-Arango LA. [Childhood Area Teachers' Formative and Transforming Pediatric Practice Process. Faculty of Medicine, University of Antioquia]. *Rev. Fac. Med.* 2016;64(2):267-76. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52264>.

Introducción

Este estudio partió de reconocer la comunicación como fundamento de las interacciones sociales y como proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, poner en común, vincular (1) y aceptar al otro como un legítimo. Este reconocimiento conlleva la transformación de quienes participan en el acto comunicativo, cada uno con sus historias, experiencias y percepciones (2).

La comunicación interpersonal responde a un esquema complejo, que incluye el mensaje y la relación entre quienes se comunican. Bajo esta mirada sistémica, las relaciones incluyen el contexto, su naturaleza y las características de quienes se comunican (3).

La comunicación médico-paciente, inherente a la práctica médica, es considerada el acto esencial de la actividad clínica y el espacio principal de la medicina (4), aunque el acto médico se haya transformado con el devenir de la humanidad.

La consulta pediátrica es un espacio de interacción entre el niño, sus padres o acompañantes y el médico —agentes comunicativos (Ego-Alter)— con un objeto de referencia: las preocupaciones sobre la salud del niño, su crianza y comportamiento. Así, las pautas comunicativas hacen posible que las actuaciones expresivas de Ego y las receptivas de Alter designen el objeto de referencia (5).

El vínculo pediatra-niño-acompañante —que comparte similitudes con otros encuentros asistenciales— posibilita la detección y resolución de las necesidades del proceso salud-enfermedad, la comprensión de los factores protectores y de riesgo y la alianza terapéutica que empodera al niño y su familia del proceso salud-enfermedad (6).

El universo comunicativo de la relación pediatra-niño-acompañante, vivenciado en las prácticas académicas del sexto y séptimo semestre de Medicina de la Universidad de Antioquia, debe comprenderse para contemplarlo en la formación del médico. Profundizar en este asunto llevó a las investigadoras a Ritzer, quien se refiere a los planteamientos de Mead, interesado “por la manera en que pensamos sobre el mundo social” (7, p228) y a elegir para este estudio el enfoque del interaccionismo simbólico, pues centra su atención en “la interpretación por parte de los actores de los símbolos nacidos de sus actividades interactivas” (1, p58).

El pensamiento es para los interaccionistas una capacidad modelada por la interacción social y donde las personas aprenden símbolos y significados que les permiten el ejercicio de su capacidad de pensamiento (8). Sobre la base de interpretar la situación y su capacidad para interactuar, las personas pueden modificar o alterar los símbolos y significados que usan en la acción y en la interacción, lo que les permite examinar posibles cursos de acción y valorar las ventajas y desventajas relativas para luego elegir el que consideran de su conveniencia (9).

El objetivo del presente artículo es presentar el proceso de formación que viven los docentes del Área de Niñez del Pregrado en Medicina de la Universidad de Antioquia y describir los recursos utilizados en las interacciones con los niños y sus familias en los diferentes escenarios de atención en salud.

Metodología

Este es un estudio cualitativo, bajo el paradigma constructivista, que reconoce la definición que el actor hace de una situación para descubrir los motivos y significados de sus acciones y reacciones en el contexto de su vida diaria (10). Partiendo del presupuesto de que los participantes construyen socialmente el conocimiento, los investigadores buscan comprender el complejo mundo de las vivencias desde el punto de vista de quienes las experimentan (9).

En la investigación participaron 19 docentes voluntariamente, firmando el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Antioquia. Las entrevistas semiestructuradas, que duraron entre 30 y 60 minutos, se transcribieron

textualmente y se codificaron según el género — M: mujer y H: hombre— y la inicial del primer apellido. El tamaño de la muestra lo definió la saturación de las categorías emergentes, tal como lo plantea Patton (11). El análisis estuvo orientado por los lineamientos que ofrece la teoría fundada (12).

Tras la codificación de las primeras entrevistas, se procedió a la comparación constante de los datos y a la agrupación de acuerdo con su homogeneidad hasta la elaboración de un cuadro explicativo sobre las categorías emergentes como se muestra en la Figura 1.

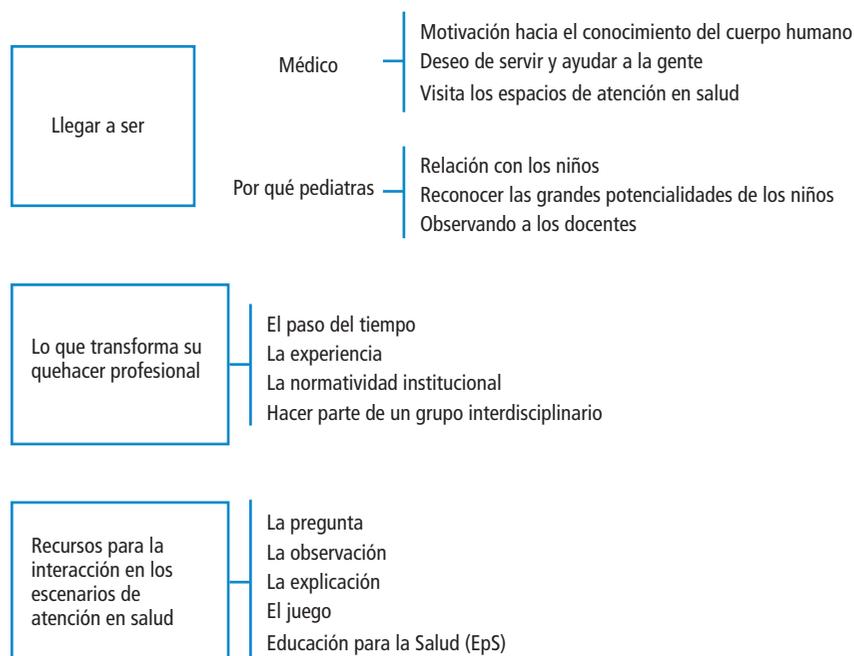


Figura 1. Cuadro explicativo de las categorías emergentes. Fuente: Elaboración propia.

Resultados

En este apartado se describen las tres categorías emergentes: llegar a ser médico y pediatra, lo que transforma su quehacer y los recursos que utilizan los docentes entrevistados en sus interacciones con los niños y sus familias.

Llegar a ser

Médico

En su decisión de ser médicos, los participantes reconocieron que estuvo presente su motivación hacia el conocimiento, el deseo de servir y ayudar a las personas, la admiración hacia aquellos dedicados al servicio de la comunidad —y que gozaban de reconocimiento social— y el haber frecuentado espacios de atención médica, bien en calidad de paciente o de acompañante.

“Bueno, la medicina originalmente porque me gustaba mucho la parte biológica, saber cómo funcionaba el cuerpo humano” (MAR).

“[...] dedicarse al estudio de la medicina es una vocación que se tiene desde pequeño [...] uno ve una carrera que puede prestar muchos servicios a todas las personas y a toda la comunidad” (HJ)

“[...] ese Che, que era adolescente, estudiante, idealista, con ese sí me identifiqué, y es muy probable que haya sido una figura que me haya sembrado la idea de que el ejercicio de la medicina fuera para servir” (HC).

“[...] de pequeño sufrí muchas acciones con la parte médica [...] sufrí fiebre reumática y me pareció bonita la medicina, y quería hacer eso [...]” (HB)

Médicos pediatras

Los docentes entrevistados reconocen que en su decisión de hacerse pediatras influyó la facilidad de relacionarse con los niños y resaltan su expresividad, espontaneidad, sinceridad y gran capacidad para recuperarse.

“Me era muy fácil atraer a los niños [...]” (MV).

“[...] me gustan las respuestas de los niños [...] su respuesta rápida a la terapia [...]” (MR).

Los entrevistados reconocen en la vulnerabilidad y violencia que se ejerce en contra de los niños una motivación para ser pediatras. Para otros era la certeza de hacer algo por una persona que tiene mucho por vivir.

“[...] el niño es un ser que está en pleno desarrollo, se puede hacer mucho por él y que no miente en sus síntomas y en sus signos. Esta es una medicina mucho más franca, sincera y mejor que la del adulto” (OV).

“El propósito era ser pediatra [...] trabajar con los más aporreados, y después se refuerza con la idea de hacer algo para evitar que eso volviera a ocurrir” (HC).

El haber compartido con pediatras, a quienes identificaron como profesionales impecables, maestros y seres humanos ejemplares, fue otro estímulo para la elección.

“Recuerdo los profesores específicos de pediatría, que hacen que la práctica sea más fácil; en especial me acuerdo de uno que ya estaba jubilado y trabajaba con madres adolescentes, y con él íbamos a hacer consulta con niños [...] no era el pediatra deslumbrante que habla de neumonía, sino el del día a día, de la gripe, de esas cosas que son importantes para tranquilizar a la mamá, que es lo difícil” (MB).

Lo que transforma su quehacer profesional

El análisis de los datos permitió identificar factores transformadores del médico pediatra y su práctica: el paso del tiempo, la experiencia, la normatividad institucional y el hacer parte de un grupo de trabajo interdisciplinario. Las circunstancias vividas en su quehacer les han proporcionado tranquilidad, conocimientos y habilidades para relacionarse con el niño y sus familias.

Los participantes señalan la consideración y respeto hacia las personas como uno de los aprendizajes adquiridos en la consulta pediátrica. Esto, de lo que se carecía antes, ha sido producto, en parte, de la exigencia institucional por la participación del niño y su familia en la toma de decisiones informadas, por lo que ahora se les explican los tratamientos formulados, así como sus deberes y derechos.

“[...] se ha ido incorporando a la familia y al mismo paciente en el conocimiento de su enfermedad, de su tratamiento, de las personas que lo van a tratar [...] en una

comunicación permanente, franca y directa sobre lo que se va a hacer, se les explica sus derechos y deberes y todas esas reglas; ya son un protocolo de las instituciones y de las familias [...]” (HJ).

“Al principio era más técnico en el sentido de preguntar más sobre enfermedades, dar explicaciones más técnicas [...] me he dado cuenta que para la inmensa mayoría las minucias no son tan importante como el problema del muchachito [...]” (HG).

Otros señalan una visión muy centrada en el niño de parte de algunos recién egresados de pediatría, que no incluyen decididamente a la familia, sus angustias, necesidades, contexto social, situación económica, el tipo y calidad de acompañamiento de los adultos en el crecimiento y desarrollo del niño; pero que con el transcurrir del tiempo reconocen mejorar la escucha, la prudencia, la paciencia, juzgar menos y entender más los sufrimientos, necesidades y condiciones de las personas.

“Me formé como pediatra con una concepción muy ‘niñista’ de la pediatría; empecé a ejercer con esa concepción y muy rápidamente me di cuenta que no me daba todo lo que necesitaba para entender las cosas, y que si no lograba entender a esos adultos que venían a consulta con el niño, pues no lograba entender las condiciones del niño, porque en muchas ocasiones la angustia o la demanda de una consulta no tiene que ver con una situación particular del niño sino con una situación de los adultos y la familia; así amplíé la perspectiva de considerar al paciente no como un niño, sino como una familia que acudía” (HC).

Reconocieron que la capacidad de comunicación con los niños mejora en la medida en que se aprende a relacionarse con ellos y a ponerse a su nivel, sin dejar de ser adultos, sin hablarles como si ellos mismos fueran niños o con lenguaje añinado, sino como adultos que los reconocen como niños, que valoran sus sentimientos, que entienden cuándo estos quieren expresarse y cuándo lo delegan en la madre y así, por medio del diálogo, dar salida a las necesidades cognitivas y emocionales del niño y sus padres, lo que les genera satisfacción a todos y facilita el tratamiento.

“Yo creo que si uno logra una buena comunicación con esa familia y con el niño, uno logra un buen tratamiento [...]” (MV).

“Darle mucha importancia al niño, bajarme a su nivel, escucharlo. Los niños son inquietos y hacen muchas preguntas [...] entonces es contestar para que el ambiente sea tranquilo [MA]”.

La reflexión acerca de su práctica y de evaluar lo que no estuvo bien con un niño y considerar mejorarlo los ha llevado a fortalecer una actitud empática de reconocimiento del otro y de sus realidades, al punto de señalar que la mejor forma de interactuar con el niño es cara a cara con él y tener en cuenta su etapa de desarrollo y su individualidad.

Otro asunto reconocido por los docentes de pediatría en su formación es el de hacer parte del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia y entrar en contacto con Pediatría Social.

“Ha sido una gran ventaja poderme vincular al grupo de Pediatría Social, porque aprendí lo que es el intercambio de saberes; lo practico diariamente y quiero que mis estudiantes lo aprendan y practiquen en la relación con los docentes, con los niños y con los padres de familia” (HS).

Los entrevistados advierten que su condición de docentes los mantiene muy dispuestos al aprendizaje y a no limitar sus conocimientos solo a la práctica médica. Valoran el ambiente universitario, el contacto con profesionales de otras disciplinas, las actualizaciones en pedagogía, las discusiones de asuntos relacionados con las ciencias sociales —que les ha permitido diversas formas de ver el mundo—, el diálogo de saberes y una interacción más dignificante con los demás.

“[...] es un proceso que viene gracias a esta relación con el otro profesor de comunicaciones y un proceso que arrancó siendo mío y que yo he ido trabajando desde otros aspectos como filosóficos” (HL).

El año rural emergió también como una experiencia que aporta a la transformación de la práctica médica, que les permitió comprender lo difícil que es para muchas personas de zonas rurales acceder a los servicios de salud y mucho más a una cita con especialista o subespecialista. Esta situación les exigía optimizar el tiempo de consulta, con un enfoque diagnóstico y terapéutico orientado a reconocer sus necesidades y ayudarles a resolver sus problemas.

Finalmente, algunos docentes refieren no haber sufrido cambios ni en la ejecución de la historia clínica, debido a las buenas bases semiológicas recibidas de sus docentes de pre y posgrado, ni en su esencia de brindar un buen trato a los pacientes, debido al aprendizaje en casa, como experiencia de crianza, de recibir trato amoroso.

“[...] en mi casa toda la gente es así con los niños, con una ternura muy grande [...], de modo que el trato que yo recibí refleja el que doy a los pacientes” (MR).

Recursos para la interacción en los escenarios de atención médica

El espacio de consulta o de atención es un escenario de comunicación; este crea confianza y facilita la comprensión de lo que le pasa al niño, de lo que sienten él y sus padres y cómo perciben la enfermedad. Los recursos que implementan los pediatras en el encuentro asistencial son: la pregunta, la explicación, la observación, el juego y la educación para la salud, recursos que les ayudan a superar dificultades en la interacción, a acercarse al niño y a tranquilizarlo a él y a sus acompañantes.

La pregunta

La pregunta es usada por los participantes en el estudio para lograr la distensión de los consultantes y la identificación y comprensión del motivo de consulta. Las preguntas iniciales, al niño y a sus acompañantes, son más de asuntos personales o temas generales para tranquilizar el encuentro, tras lo cual abordan el motivo de consulta.

“Hago preguntas por fuera del contexto médico, para romper el hielo y ganar la confianza de los padres y así empezar una entrevista y una historia clínica más relajada” (MR).

Las preguntas, además de brindar información sobre las condiciones socioeconómicas y de salud del niño, les permiten a los pediatras valorar la situación y decidir la orientación que ha de brindar a la familia.

“Empiezo a indagar y trato de hacerlo sistemáticamente; hay unas pautas si vamos a hablar de cosas biológicas. Yo, al escuchar el motivo de consulta, si considero que no es alta la probabilidad de algo muy complejo, trato de pasar lo biológico de forma más rápida para centrarme en aspectos más relevantes de la familia, la alimentación [...]” (MM).

Los pediatras participantes utilizan las preguntas directas a los niños para evaluar su etapa de desarrollo, para valorar el lenguaje no verbal y considerar asuntos de su vida, relacionados o no directamente con la enfermedad. Algunos participantes refieren sorpresa de los acompañantes cuando se les pregunta primero a los niños, posiblemente porque los adultos son quienes tradicionalmente han tomado la vocería. Otros hablan de “permitirle al niño que hable”, lo que revela una concepción de participación condicionada, no percibida como un derecho, que debe facilitarse.

“Independiente de que sea un lactante, o un preescolar, él tiene voz y voto [...] Entonces, no es preguntarle solo a la

mamá y dejar aislado al niño, es preguntarle: ¿cómo estas príncipe?, cuéntame, ¿qué te pasa? [...]” (MO).

Para reconocer las condiciones de salud de niños con enfermedades crónicas, se les indaga por la experiencia con el tratamiento y por quién les colabora con el cuidado y administración de medicamentos.

“[...] a los niños les pregunto mucho cómo les va con los tratamientos, si son molestos, si es molesto aplicarse el espray nasal [...]” (HA).

Los participantes del estudio manifiestan indagar a los niños remitidos acerca del motivo de la remisión y las prescripciones médicas, sobre lo que el niño y su familia saben de la situación y sobre las condiciones de salud, para con ello identificar angustias derivadas del desconocimiento y falta de claridad; tras escucharlos, se revisan los exámenes y ayudas diagnósticas disponibles.

En la ronda de hospitalización, los pediatras también preguntan a los niños y sus acompañantes acerca de la enfermedad para aclararles dudas y puntualizar información.

La explicación

Este recurso consistente en exponer con sencillez los procedimientos que se adelanten en consulta, busca la cooperación del niño y sus acompañantes y favorece la comprensión de las condiciones de salud del niño. Al menor siempre se le explica bien el actuar médico para tranquilizarlo y que se sienta cómodo durante la consulta.

“[...] hasta los ocho años, si el niño pone repulsa, le digo: ‘mi querido, yo no tengo visión de rayos X como Superman, entonces les toca que los revise completo con mis manos, con mis ojos y con mis oídos y nos va a tocar, esto está frío pero no duele, entonces usted tiene susto pero el susto no es dolor, entonces vamos a trabajar con esto hasta donde podamos’” (MM).

Los docentes consideran esencial dar explicaciones sobre los hallazgos, el examen físico y el tratamiento en lenguaje comprensible. El conocimiento de la situación por parte de la familia la tranquiliza y apoya el cuidado, lo que es para muchos médicos la base del acompañamiento terapéutico y la no deserción del plan de intervención. Explicar a la familia el estado de salud del niño, los procedimientos que se lleven a cabo y un pronóstico de la enfermedad hace, además, parte de los protocolos establecidos por la institucionalidad.

“[...] es fundamental para la recuperación del paciente, primero, que la familia sepa por qué el niño está hospitalizado, y si ellos saben la aceptan mejor, y si la mamá, que es la que lo va a cuidar en esa hospitalización, está sintonizada con el grupo de tratamiento, de alguna forma le va a transmitir seguridad” (HA).

“En cuidados intensivos pediátricos, la relación es en forma directa con la familia y no con el paciente, porque los pacientes por sus condiciones no están en capacidad de entender bien las explicaciones que uno les pueda dar [...]” (HJ).

El tratamiento de niños con enfermedades crónicas requiere de explicaciones, tanto para ellos como para sus padres, lo que les facilita la comprensión de posibles efectos secundarios; favorece la adhesión al tratamiento y logra una participación más activa frente al manejo de las condiciones del paciente.

“Si no hay una buena comunicación estamos destinados al fracaso [...] al momento de mandar Ritalina®, si yo no le explico bien al paciente, a los papás [...] para qué sirve, cuáles son los efectos secundarios, cuál es el motivo por el cual lo estoy mandando, pues nunca se lo van a dar, porque igual hay muchos mitos, hablando solo de un medicamento, ahora hablando de todo en general, son muchas las cosas que se tienen que comunicar [...]” (MAR).

La explicación por parte del pediatra va acompañada de palabras y gestos: muestra al niño sus manos desprovistas de jeringas o agujas y manifiesta haber aprendido que el examen físico puede tener, según la edad, diferentes momentos; se posterga el examen de órganos de los sentidos en los lactantes y de genitales en preescolares y escolares para hacerlo cuando haya más confianza y siempre explicándoles el procedimiento.

La observación

Los participantes reconocen asumir una mirada atenta sobre las condiciones en que llegan los niños y sus acompañantes y la forma como se desarrolla el encuentro.

“[...] el lenguaje no verbal es muy importante, porque una cosa es lo que te dice el paciente o la mamá, lo que siente ella o cree que siente el niño, y otra cosa es el lenguaje no verbal” (MO).

Los profesionales anotan que observan cómo luce el niño: enfermo, desnutrido, ansioso, si viene en brazos, si viene llorando o alegre; al igual que la ansiedad o tranquilidad que los padres puedan reflejar, su lenguaje gestual y verbal, si hay contradicciones, cómo expresan sus angustias e inquietudes,

también la relación entre los acompañantes y el niño. Estar atentos es considerado como esencial para desarrollar la capacidad de observar y retroalimentar lo que pasa con el consultante.

“Cuando uno llama al niño para que ingrese a la consulta, la mirada también es para quien lo acompaña, porque buena parte de lo que se va a trabajar en la consulta tiene que ver con las personas que lo cuidan” (HC).

“Cuando yo hago el seguimiento, ¿qué veo con esa persona?, si me está entendiendo, si nos sentimos cómodos en este espacio que compartimos [...]” (HL).

La observación emergió como una estrategia usada por los participantes para mantener el vínculo con el niño y su acompañante, y de esta forma allegar la información necesaria para precisar el diagnóstico y tratamiento.

El juego

Los pediatras recurren al juego, especialmente con lactantes y preescolares, pues les ayuda a ganar su confianza y a tranquilizarlos. Además de juguetes tradicionales, los médicos involucran en el juego instrumentos de consulta —fonendo, linterna o martillo de reflejos—. En el consultorio, los juguetes cumplen una función recreativa, de distensión, para que al niño consultante le resulte más acogedora y tranquila su estadía allí. También, finalizada la consulta, les obsequian dulces o bombas.

[...] como son niños chiquitos, porque es la sala de lactantes, primero me toca jugarles para generar empatía y poder examinarlos [...]” (MB).

Educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) es un recurso que los entrevistados dicen emplear en los escenarios de atención para el empoderamiento de su salud, para favorecer cambios en el comportamiento de los niños y las familias y para la adopción de estilos de vida saludables.

“Lo importante siempre es la educación en salud, lograr cambiar hábitos [...] una cosa es cuando informamos y otra cuando uno logra que la gente cambie comportamientos” (MV).

Los participantes consideran que la EpS es la única forma de impactar en las personas, conocerlas, establecer con ellas una buena relación y comprometerlas con el bienestar del niño, pues muchas de las consultas pediátricas están asociadas a la puericultura. Es de suma importancia el tiempo dedicado en la

consulta a la educación de las personas a cargo del niño, ya que sus creencias, estilos de vida y prácticas inciden en su salud.

“En pediatría no se puede negociar el tiempo educativo, porque el paciente pediátrico tiene muchos interlocutores y dependiendo de lo que uno logre con esa comunicación con la familia del niño, si uno logra cambiar muchas cosas que de pronto no están bien en la atención del niño, este va a estar mejor” (MV).

Los pediatras participantes anotan que el diálogo con el acompañante sobre asuntos relacionados con la etapa de desarrollo del niño tiene como fin reconocer las pautas de crianza de los cuidadores primarios, así que los médicos deben escucharlos y favorecer un diálogo de saberes donde no se juzgue ni malinterprete, y de esta manera ser verdaderos educadores para la salud.

Las actividades de EpS, dirigidas a niños con enfermedades crónicas y sus cuidadores, buscan que estos se familiaricen con algunas rutinas, procedimientos y suministro de medicamentos para lograr así su participación y compromiso con el tratamiento de la enfermedad.

“Decirles a los padres el protocolo de manejo ‘es este’ [...] Lo importante es que salgan muy convencidos de que eso es para mejorar su salud [...]” (HS).

En la consulta también se entregan instructivos —como cartillas con dibujos o actividades lúdicas sobre aspectos relevantes en el tratamiento—, para que en la casa recuerden lo explicado y los demás en el hogar aprendan de la enfermedad y participen del cuidado de la salud del niño.

“Los instructivos sirven si usted se lo ha explicado primero y ella va y después lo digiere y, si no, esa hojita va al cajón de la basura” (MM).

La EpS refuerza la relación con el paciente y se constituye en un recurso invaluable para estimular y motivar a los niños y sus familias a continuar en el cuidado de su salud de una forma integral.

Discusión

El presente estudio aporta comprensión sobre cómo los profesionales del Área de Niñez de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia llegaron a ser médicos pediatras.

Conscientes del contexto y momento histórico de los participantes en el estudio es posible encontrarse con su trayectoria, conformada por múltiples factores —familias,

deseos, proyectos personales, experiencias, entorno social, entre otros— que, sin haberlos propuesto como herramienta de exploración, atienden indiscutiblemente a la comprensión de las diversas formas en que una historia singular se articula con la historia social (13).

Cuando se señalan las ideas y valores que llevaron a los participantes a identificarse y elegir como su disciplina profesional la medicina y la pediatría, se revela una coincidencia con Montero, que afirma que la elección de carrera profesional está orientada y mediatizada por procesos familiares y escolares, al igual que el contexto sociopolítico y cultural más amplio (14)

Lo anterior nos lleva al reconocimiento de la identidad de los docentes participantes como médicos pediatras, identidad que en términos de Dubar, citado por Gewerc, “son las construcciones sociales implicadas en la interacción entre las trayectorias individuales y los sistemas de empleo, de trabajo y de formación” (15, p7). Por su parte, al considerar los elementos constitutivos de la identidad, Revilla señala cuatro elementos: el cuerpo, el nombre, la autoconciencia y la memoria y las demandas de la interacción social (16).

Este estudio expone la autoconciencia y memoria de los participantes que los hace sujetos de su propia historia, inmersos en interacciones sociales como escenario para la construcción de una identidad que se transforma dentro de pautas culturales e históricas, identidades que para Dubar “constituyen formas sociales de construcción individual de cada generación, dentro de cada sociedad” (17, p198).

Los profesionales entrevistados se reconocen como sujetos que en su relación con el medio, los niños y las familias han construido una identidad personal y social única; como lo define Touraine (18), son médicos pediatras con una creciente toma de conciencia de la importancia de rasgos distintivos de esas personas con quienes se relacionan.

La forma como a su vez sus docentes influyeron en la decisión de ser pediatras estuvo en relación con el medio social, el tiempo, la experiencia de su práctica profesional y el aprendizaje por modelos, es decir, el aprendizaje social sustentado en la teoría de Bandura (19). Sin embargo, es la reflexión de la experiencia y la transformación cognitiva de esta la que influye en el aprendizaje de nuevas estrategias de relación. La teoría cognitiva respalda esta afirmación y aboga por la reflexión de la práctica para modificar y poner en acción nuevos dispositivos y elementos (19,20).

El cuadro explicativo que surgió muestra cómo el aprendizaje del quehacer de los pediatras entrevistados está, por un lado, dentro de lo que se ha nombrado aprendizaje

vicario —en tanto interiorizaron modelos de comportamiento de sus predecesores— y, de otra parte, por las reflexiones sobre su propia práctica profesional y las experiencias vividas, que con el tiempo los hacen sentirse más empáticos en su relación con los niños y sus acompañantes.

La empatía se desarrolla porque existe implicación entre los miembros de la relación. Al respecto, Ritzer cita a Mead cuando afirma que las implicaciones “permiten al individuo adoptar la actitud del otro hacia él, el individuo está conscientemente capacitado para adaptarse a ese proceso y para modificar la resultante de dicho proceso en cualquier acto social dado, en términos de su adaptación al mismo” (7, p231).

Rogers (21) sustenta, en su teoría del desarrollo de las relaciones interpersonales, cómo en este caso los pediatras, en la medida en que entienden las necesidades de las madres, de las familias y de los niños, se relacionan empáticamente y se enfocan en sus necesidades como una relación de ayuda centrada en el consultante. La congruencia, empatía e interés positivo surgieron en las percepciones que relataron los entrevistados sobre elementos que los transformaron en sus relaciones con los niños y sus familias.

La trayectoria de los pediatras permitió identificar el modelo de atención que practican: le dan importancia a la relación en el encuentro clínico y cómo el desarrollo de una comunicación centrada en el niño y su familia favorece los resultados de salud, situación referida por múltiples autores (22-27).

Los recursos utilizados por los pediatras en el encuentro con el niño y su familia se ubican en un modelo biopsicosocial, que tiene en cuenta la etapa de desarrollo, el contexto social en el que vive, sus condiciones de salud, las inquietudes y creencias de sus cuidadores, las características individuales, entre otras, para resolver los problemas de salud (27,28).

La EpS emerge como un recurso utilizado por los participantes para motivar cambios de comportamiento y formación de hábitos saludables, para informar y capacitar a los niños y familiares en el tratamiento de enfermedades, para reforzar la información suministrada en los escenarios de atención y para estimular y motivar el autocuidado. Esta estrategia hace alusión a una de las representaciones de EpS que hacen los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (29).

Conclusiones

El aprendizaje de los docentes participantes coincide con los planteamientos del aprendizaje social basado en modelos

y experiencias, pero es la reflexión sobre su práctica lo que define y afina la comunicación con los niños y sus familias en la práctica profesional.

La reflexión acerca de los profesores como modelo de aprendizaje en los ámbitos de educación superior en salud llevaría a la reflexión de los docentes sobre el modelo de interacción que ofrecen a sus estudiantes.

El presente artículo es producto de la investigación “Percepción de la comunicación de docentes y estudiantes con el niño y la familia, en las prácticas académicas del área de Niñez, Programa de Medicina de la Universidad de Antioquia, 2014”. Inscrita en el Comité para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquia CODI.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

El Grupo EDUSALUD, adscrito al Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, financió asuntos logísticos. No hubo financiación de fuentes externas.

Agradecimientos

A los docentes del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia que participaron en el estudio, quienes con generosidad nos facilitaron las entrevistas que soportan los resultados de la investigación.

Referencias

- Rizo-García M.** La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. *Anàlisi*. 2006 [Cited 2015 Mar 13];33:45-62. Available from: <http://goo.gl/qv4CyV>.
- Maturana H.** El sentido de lo humano. 8th ed. Santiago de Chile: Dolmen ediciones; 1996.
- Cáceres MD.** Introducción a la comunicación interpersonal. Madrid: Editorial Síntesis; 2003.
- Lázaro J, Gracia D.** La nueva relación clínica. En: Laín-Entralgo P, editor. El médico y el enfermo. 2th ed. Madrid: Triacastela; 2003. p. 19-34.
- Martín-Serrano M.** Teoría de la Comunicación, la comunicación, la vida y la sociedad. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
- Cleries X.** El paciente tiene la palabra. Barcelona: Viguera editores; 2010.
- Ritzer, G.** Teoría Sociológica Contemporánea. In: Interaccionismo Simbólico. 3th ed. México: McGraw-Hill; 1997. p. 228–262.
- Schwartz H, Jacobs J.** Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. 2th ed. México, D.F.: Trillas; 1984.
- Salgado-Levano AC.** Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber*. 2007 [cited 2015 Mar]; 13(13):71-8. Available from: <http://goo.gl/slo1aj>.
- Mayan MJ.** Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: Qual Institute Press; 2001 [Cited 2015 Mar]. Available from: <https://goo.gl/XwRKud>.
- Patton MQ.** Qualitative research & evaluation methods. 3th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
- Strauss A, Corbin J.** Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- Muñiz-Terra L.** Carreras y trayectorias laborales: una revisión crítica de las principales aproximaciones teórico-metodológicas para su abordaje. *ReLMeCS*. 2012;2(1):36-65.
- Montero-Mendoza MT.** Elección de carrera profesional: Visiones, promesas y desafíos. Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2000.
- Gewerc A.** Identidad profesional y trayectoria en la universidad. *Revista de Currículum y Formación del profesorado*. 2001 [cited 2015 Apr 1]; 5(2):1-15. Disponible en: <http://goo.gl/VkfUwN>.
- Revilla JC.** Los anclajes de la identidad personal. *Athenea Digital*. 2003 [cited 2015 Apr 1];4:54-67. Available from: <http://goo.gl/FXL75n>.
- Moreno C, Pozo JI.** La identidad en Psicología de la Educación: Necesidad, utilidad y límites. Madrid: Ediciones Narcea; 2011.
- Touraine A.** Crítica de la modernidad. Madrid: Fondo De Cultura Económica; 1993.
- Schunk DH.** Teorías del Aprendizaje. Una perspectiva educativa. 6th ed. Naucalpan de Juárez: Pearson; 2102.
- Domingo Roget Á.** El profesional reflexivo (D.A. Schön). Descripción de las tres fases del pensamiento práctico. Barcelona: Práctica reflexiva; 2013 [cited 2015 Apr 1]. Available from: <http://goo.gl/Uy7QpA>.
- Rogers CR.** On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. New York: Houghton Mifflin Company; 1995.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A.** La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev. méd. Chile*. 2010;138(8):1047-54. <http://doi.org/cbtvnn>.
- Levetown M, American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics.** Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008;121(5):1441-60. <http://doi.org/czzrts>.
- Cahill P, Papageorgiou A.** Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *Br. J. Gen. Pract.* 2007;57(544):904-11. <http://doi.org/dwgq4h>.
- Marsiglia I.** Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac. Méd. Caracas*. 2006 [cited 2015 Apr 1]; 114(3):183-189. Available from: <http://goo.gl/f95wAW>.

26. **Levinson W, Lesser CS, Epstein RM.** Developing Physician Communication Skills for Patient-Centered Care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1310-8. <http://doi.org/b5m34z>.
27. **Borrell I Carrió F1, Grupo Comunicación y Salud, España.** El modelo biopsicosocial en evolución. *Med. Clín. (Barc)*. 2002;119(5):175-9. <http://doi.org/f2mmw6>.
28. **Tizón-García JL.** A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten. Primaria*. 2007;39(2):93-7. <http://doi.org/fpsjhd>.
29. **Gómez MM, Osorio H.** Representaciones sociales de la Educación para la Salud: docentes Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. *Rev. Fac. Salud Pública*. 2015;33(1):85-92.