

La educación en la consulta de la estrategia AIEPI: una mirada desde los participantes

Hsirley Calderón Bejarano

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia**

**La educación en la consulta de la estrategia AIEPI: una mirada desde los
participantes**

Hsirley Calderón Bejarano

**Trabajo de investigación para optar el título de
Magister en Salud Pública**

Asesor

FERNANDO PEÑARANDA CORREA

Médico

Doctorado en Ciencias Sociales Niñez y Juventud

Docente Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

Medellín, Colombia

Agosto, 2016

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, 2016

Dedicada a las mujeres más importantes en mi vida, mi hija Luisa Alejandra y mi madre Gloria Adilma, que con su comprensión y apoyo me dieron la fuerza para que este proceso culminara exitosamente

Agradecimientos

Quiero agradecer en primera instancia a Dios por ser tan generoso conmigo y crear las condiciones con las que logré iniciar y culminar mi proceso de formación en Maestría en Salud Pública.

A la E.S.E. Hospital de Sur Itagüí, por abrir sus puertas para que esta investigación fuera posible y contribuir en la generación de nuevo conocimiento de la educación para la salud en la estrategia AIEPI.

A las madres y cuidadores, que entregaron parte de su tiempo para hablar de lo que sucede durante el desarrollo de la consulta de AIEPI.

A las médicas, que muy generosamente me permitieron estar presentes en el día a día de su trabajo y de las cuales sentí un reconocimiento como persona, investigadora y enfermera.

Al profesor Fernando Peñaranda, por ser mi guía en la exploración y el descubrimiento de la investigación cualitativa. Gracias a su amplio conocimiento en la educación para la salud, pude construir una nueva mirada de la educación y la educación para la salud, la cual compartiré con mis estudiantes de enfermería.

A mis amigas de maestría Alejandra Marín y Doris Parra, quienes me acompañaron y me tendieron su mano en los momentos más álgidos que viví durante el desarrollo de mi embarazo, la maestría y la investigación, todo al mismo tiempo.

Tabla de Contenido

Agradecimientos.....	5
Lista de figuras.....	9
Lista de anexos.....	10
Listas de abreviaturas.....	11
Resumen.....	12
1. Planteamiento del problema y justificación.....	17
2. Objetivos.....	24
2.1. Objetivo General.....	24
2.2. Objetivos Específicos.....	24
3. Referente.....	25
3.1. Referente normativo y político de la estrategia AIEPI.....	25
3.2. Referente teórico.....	26
3.2.1. La estrategia AIEPI.....	27
3.2.2. Concepción de educación.....	30
3.2.3. Modelos Pedagógicos.....	33
3.2.4. La práctica pedagógica y el discurso pedagógico desde Basil Bernstein.....	38
3.2.5. Concepción de salud.....	45
3.2.6. Concepción de educación para la salud.....	47
3.2.7. El modelo biomédico.....	50
4.1. El método.....	54
4.2. Las técnicas etnográficas.....	58
4.2.1. La entrevista individual.....	58
4.2.2. La observación participante.....	58
4.2.3. La entrevista grupal.....	60
4.3. El análisis de los datos.....	60
4.4. Los criterios de evaluación.....	61
5.1. Ciclo uno.....	63
5.2. Ciclo dos.....	72
5.3. Ciclo tres.....	78
5.4. Ciclo cuatro.....	78
5.4. Logros y dificultades durante el trabajo de campo.....	79
6. Los hallazgos.....	81

6.1.	El desarrollo de la consulta bajo la estrategia AIEPI	81
6.1.1.	El espacio de la consulta	81
6.1.2.	Como se procede en la consulta	83
6.1.3.	Los participantes: las médicas y los cuidadores	87
6.2.	El significado de la estrategia AIEPI	89
6.2.1.	La AIEPI una atención prioritaria para los cuidadores	89
6.2.2.	La AIEPI, un reto constante para las médicas	91
6.3.	La educación en la consulta AIEPI: la mirada de los cuidadores	95
6.3.1.	La educación: se requiere confianza para indagar	95
6.3.2.	Cómo ve al educador el educando: la médica referente de conocimiento	99
6.3.3.	La nutrición, una necesidad de aprendizaje apremiante.....	102
6.4.	La práctica pedagógica: la mirada de las médicas	103
6.4.1.	La educación: manejo de las enfermedades “auto-limitadas”	103
6.4.2.	Saberes y prácticas de los cuidadores: una mirada desde las médicas	106
6.4.3.	El desarrollo de la educación.....	107
6.5.	El discurso pedagógico	113
7.	La discusión.....	120
7.1.	La práctica pedagógica desde el constructivismo	120
7.2.	Un método pedagógico a partir del modelo biomédico.....	126
7.3.	Discursos pedagógicos	127
8.	A manera de conclusión	130
8.1.	Recomendaciones.....	133
	Referencias bibliografía.....	138

Listas de tablas

Tabla 1 Not: características de los sistemas de estructuración del conocimiento.....	35
Tabla 2 Categorías y subcategorías del proceso de análisis.....	74

Lista de figuras

Figura 1 Representación teorías de la instrucción.....	124
--------------------------------------------------------	-----

Lista de anexos

Anexo No. 1 Consentimiento informado para el cuidador

Anexo No. 2 Consentimiento informado para el personal de salud

Anexo No. 3 Caracterización Socio-Demográfica

Anexo No. 4 Notas de campo de observación participante

Anexo No. 5 Notas de campo durante la entrevista

Listas de abreviaturas

ACS: Agentes Comunitarios de Salud

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia

Cl.: Calle

CONPES: Consejo de Política Social y Económica

EpS: Educación para la Salud

ESE: Empresa Social del estado

IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

ICBF: Instituto Colombiano De Bienestar Familiar

IPS: Institución Prestador de Servicios

IRA: Infección Respiratoria Aguda

MPS: Ministerio de Protección Social

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PS: Pedagogía Social

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resumen

Esta investigación tuvo como finalidad dar respuesta a la pregunta ¿cómo se desarrolla la educación en la consulta atendida bajo la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí? durante el año 2015, como punto de partida para hacer una reflexión sobre la educación que se imparte a los padres y cuidadores de los niños que asisten a la consulta que se realiza bajo la estrategia AIEPI.

Para responder la pregunta se propuso como objetivo general comprender cómo se desarrolla la educación en la consulta atendida bajo la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, en la Empresa Social del Estado Hospital del Sur Itagüí durante el año 2015. Específicamente se propuso, el significado de la estrategia para cada participante, comprender cómo se construyen las relaciones entre educando y educador, así como las prácticas y los discursos pedagógicos.

Se planteó una investigación cualitativa con una perspectiva hermenéutica. Para lograr la comprensión de lo social, esta investigación tuvo una orientación etnográfica y se utilizaron técnicas de recolección de datos como la entrevista cualitativa, la observación participante y la entrevista grupal.

En los hallazgos se contextualiza el desarrollo de la consulta bajo la estrategia AIEPI, el significado de la estrategia AIEPI, la educación en la consulta AIEPI, la mirada de los cuidadores, la práctica pedagógica: la mirada a partir de las médicas y el discurso pedagógico que emerge en la indagación.

A manera de conclusión, los cuidadores y las médicas reconocen que la estrategia AIEPI permite recibir y ofrecer una atención integral tanto a los niños como a sus cuidadores, sin embargo, esta atención está centrada en la enfermedad. El método pedagógico se sitúa dentro de la categoría heteroestructuración, enfocado en la trasmisión magistral porque el saber pasa de alguien que sabe a uno que ignora y la relación entre el cuidador y el

conocimiento está mediada por las médicas y por el significado que ellas dan a ese conocimiento. La práctica pedagógica es visible, se centra en el desempeño del cuidador y en la cantidad de texto que él aprende por medio de la repetición, donde hay una marcada influencia del modelo biomédico en la práctica pedagógica.

Palabras Clave: AIEPI, educación, educación para la salud

Abstract

This research aimed to answer the question: how is developed the education in the consultation attended under the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy, at the SSE Hospital del Sur Itagüí? during 2015, as a starting point to make a reflection about the education imparted to parents and caregivers of the children that attend the consultation carried out under the IMCI strategy.

To answer the question, as a general objective it was posed: to understand how is developed the education in the consultation attended under the Integrated Management of Childhood Illness strategy, at the State Social Enterprise Hospital del Sur Itagüí, during 2015. Specifically it was proposed, the meaning of the strategy for each participant, to understand how the relationships between learner and educator are built, as well as the practices and pedagogical speeches.

A qualitative research with a hermeneutic perspective was posed. To achieve the social comprehension, this research had an ethnographic orientation and data collection techniques as the qualitative interview, the participant observation and the group interview were employed.

In the outcomes the development of the consultation under the IMCI strategy is contextualized, the meaning of the IMCI strategy, the education in IMCI consultation, the caregiver's look, the teaching practice: the look from the doctors and the pedagogical discourse that emerges in the inquiry.

As a conclusion, caregivers and doctors acknowledge that IMCI strategy allows receiving and providing comprehensive care, both children and their caregivers, however, this attention is focused on the disease. The pedagogical method is located into the heterostructuring category, focused on masterful transmission because knowledge passes from someone who knows to someone that ignores and the relationship between the caregiver and the knowledge is mediated by the doctors and by the meaning they give to that knowledge. The pedagogic practice is visible, it is focused on the caregiver performance and the amount of text that he learns through repetition, where there is a remarkable influence of the biomedical model in the pedagogic practice.

Key Words: IMCI, education, health education

Introducción

El eje central de este trabajo fue la educación para la salud (EpS) y su desarrollo en la consulta bajo la estrategia AIEPI. La EpS es un elemento esencial en toda estrategia y programa que desarrolla procesos de atención en salud, que debe ser pensada como un constructo entre el educando y educador. Repensar esta educación para la salud, requiere de una indagación constante sobre cómo son percibidos estos procesos por los implicados y la investigación permite develar estos elementos; Paulo Freire, manifiesta que la enseñanza no puede darse sin la investigación, “investigo para comprobar, comprobando intervengo, interviniendo educo y me educo” (1).

El deber de la EpS es ser un ejercicio consciente, reconociendo al educando dentro de un contexto, en una realidad diferente a la del educador. Sin embargo, en el actual sistema de salud colombiano, el tiempo que se puede dedicar a la educación limita las actividades y “esto hace que la implementación de las acciones correspondientes a la EpS, por lo general, se hace con poca planeación y, para algunos, es un tanto improvisada” (2) como lo identificaron Díaz y colaboradores en su estudio.

La estructura del presente documento inicia con la descripción del planteamiento del problema, la pregunta de investigación, la justificación y los objetivos propuestos.

En segunda instancia, se expone el referente desde lo normativo de la estrategia AIEPI. En el referente teórico se expone los conceptos que permitieron hacer el análisis de lo encontrado durante el trabajo de campo: la concepción de educación y los modelos de educación planteados por Louis Not, el concepto de discurso pedagógico de Basil Bernstein y su relación con la educación, la concepción de salud, el modelo de biomédico, la concepción de Educación para la Salud (EpS) y los modelos planteados en ella.

Posteriormente se explica la metodología empleada en la investigación, el porqué de una investigación cualitativa con una perspectiva hermenéutica y una aproximación etnográfica a partir de los planteamientos de Clifford Geertz (1983); se describen las técnicas etnográficas empleadas en el trabajo de campo, que justifican el desarrollo de las diversas fases metodológicas conducentes a la identificación de los hallazgos de la investigación, los aciertos y obstáculos que debieron ser resueltos en los diferentes ciclos reforzando el propósito metodológico utilizado y que dio una luz para responder la pregunta de investigación.

El documento continua presentado los hallazgos, describe la manera como se desarrolla la consulta bajo la estrategia AIEPI, el significado de la estrategia y de la educación para cada uno de los participantes, cómo es vistos cada uno en su rol y el discurso pedagógico que emerge en el desarrollo de la educación durante la consulta.

Se finaliza con la discusión que se situó alrededor de tres aspectos: la práctica pedagógica desde el constructivismo, un método pedagógico a partir del modelo biomédico y el discurso pedagógico.

Se espera que en este escrito se encuentren elementos que permitan repensar la educación que se están llevando a cabo en la estrategia AIEPI, en otras estrategias y en los programas enfocados en la atención de los niños, para que esta educación sea un constructo entre los padres, los cuidadores, los niños y el personal del área de la salud.

1. Planteamiento del problema y justificación

La salud de los niños y las niñas ha sido una prioridad para todos los países, por ello el fortalecimiento de las políticas en salud infantil se encuentra en la agenda política de los gobiernos. Las Naciones Unidas (UN), en el informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2013, reporta que a pesar que “en todo el mundo la mortalidad de los niños menores de 5 años cayó un 41%, pasando de 87 muertes por 1.000 niños nacidos vivos en 1990, a 51 en 2011” (3), en ese mismo año, 6,9 millones de niños menores de 5 años murieron y muchos de estos eventos por enfermedades prevenibles.

Las cifras descritas, incentivan a las organizaciones internacionales a realizar un trabajo constante que impacte estas cifras; por ello, Naciones Unidas sugiere que para lograr el cumplimiento de las metas de los ODM en el 2015, se requiere iniciar acciones y “centrarse tanto en las causas principales de la mortalidad infantil (neumonía, diarrea, paludismo y nutrición insuficiente) como en los niños más vulnerables (3) e igualmente realizar actividades de bajo costo como las visitas domiciliarias en el post parto.

En respuesta a esta necesidad, la OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancias (UNICEF) desde 1992 (4) han desarrollado la estrategia AIEPI, una iniciativa que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar (5). Esta estrategia en sus tres componente, clínico, comunitario y organización de los servicios, combina acciones de promoción de vida sana, la prevención de enfermedades mediante acciones de vacunación, alimentación y la asistencia a la consulta preventiva. La consulta que se desarrolla en los servicios donde tienen contacto mujeres en edad fértil, las gestantes, los niños y niñas menores de cinco años, busca hacer una detección precoz y ofrecer un tratamiento efectivo para el manejo de las enfermedades prevalentes en la infancia, desde la pre-concepción hasta los cinco años (5).

Aunque el objetivo general de la estrategia se plantee desde un enfoque morbi-céntrico, pues se orienta en la disminución de la morbi-mortalidad de la población infantil, se puede evidenciar en el módulo seis “aconsejar a la madre o al acompañante”(6) y en cada una de las guía de los actores para la difusión de las prácticas clave (7), la educación es un elemento fundamental tanto en el componente clínico como en el comunitario.

En el componente clínico, el curso clínico de AIEPI, elemento principal en el mejoramiento de las habilidades del personal de salud, cuenta con el modulo “Aconsejar a la madre o el acompañante” (8), un aparte que expone las recomendaciones sobre la alimentación, buen trato y el desarrollo del niño, para que el personal de salud haga de la consulta de AIEPI un espacio de atención integral, “El enfoque integral del niño se refiere no solo a realizar una consulta adecuada, sino a educar a la madre sobre las practicas claves que pueden cambiar el futuro del niño, encontrándose entre las principales, la alimentación, además de buen trato y acompañamiento en el desarrollo” (8).

Igualmente, el modulo describe algunas habilidades de comunicación que debe desarrollar el personal de salud para escuchar y aprender, además de habilidades para fortalecer la confianza y dar apoyo durante la realización de la educación.

En el curso clínico de AIEPI, los contenidos de la educación están organizados en protocolos y se plantean en el módulo de aconsejar a la madre como “recomendaciones sobre alimentación del niño, recomendaciones durante la gestación, recomendaciones para el amamantamiento...” (8). El módulo exponen una serie de mensajes cortos dirigidos a las madres, cuidadores y actores sociales, como parte del refuerzo a las 18 prácticas clave del componente comunitario (5). Igualmente sugiere la entrega escrita de algunas de estas recomendaciones en un plegable llamando “la tarjeta para la madre”.

Al parecer, este tipo de orientación es una constante en los programas de salud, ya que en el estudio, “Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín”, Díaz y

colaboradores concluyen que “la EpS está incluida en muchos programas, no como proceso con sentido formativo, es decir, con fundamento pedagógico, sino como estrategia de transmisión de un saber llamado salud-enfermedad desde un profesional hacia un desconocedor del tema” (2)

Esta concepción de EpS, se basa en el poder de control social que ha adquirido la medicina con el transcurso del tiempo. Zola manifiesta que “La medicina se está convirtiendo en el nuevo depositario de la verdad, en el lugar en donde expertos supuestamente objetivos y moralmente neutrales emiten juicios absolutos y a menudo definitivos. Juicios que se hacen, no en nombre de la virtud o de la legitimidad, sino en nombre de la salud...” (9) y esto convierte al educando en un objeto pasivo, que solo se le permite repetir frases y lo muestra como un ser carente de saberes previos, supuestos que se encuentran muy lejos de la realidad.

En el componente comunitario, bajo la primicia que los niños se relacionan con los adultos y otros niños de la familia y/o comunidad, y que los conocimientos y las conductas que estos adultos tienen pueden ser imitadas e incorporadas por el niño, la estrategia organizó una serie de mensajes clave, para que sean socializado por aquellas personas que tiene credibilidad en la comunidad (7).

“En consecuencia el AIEPI comunitario pretende promover 18 comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental (lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y social), para la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH/SIDA), para asegurar la atención adecuada en el hogar (alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación de hombres), y búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos)”(7).

La estrategia le apuesta a la participación activa de los cuidadores para el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud de los niños y las niñas, esta participación se materializa mediante la repetición de mensajes cortos por parte

de los cuidadores y la comunidad. La EpS en los padres y/o cuidadores de niños con problemas de salud, además de racionalizar los servicios de salud, ayuda a que estos “aprendan a prevenir y manejar las enfermedades más comunes del niño, con lo cual le evitan secuelas y complicaciones y les resuelven inquietudes que lo angustian” (9), como lo identifico Peñaranda y colaboradores en su investigación, sin embargo se hace necesario comprender como son dados estos encuentros, pareciera que se orientan de forma vertical, de un conocedor a una persona sin conocimiento.

Otra dificultad que presenta el desarrollo de la EpS son los modelos de salud que adoptan los países. Aunque la consulta de AIEPI está pensada para que se desarrolle en tres momentos, la pre-consulta, consulta y pos consulta, dos espacios de enfermería y uno de medicina, el modelo actual del sistema colombiano de salud, limita el tiempo de la consulta, viéndose afectada el tiempo que se dedica a la educación, por ello “la implementación de las acciones correspondientes a la EpS, por lo general, se hace con poca planeación y, para algunos, es un tanto improvisada” (2) como lo identificaron Díaz y colaboradores en su estudio.

Teniendo en cuenta la importancia del desarrollo de una consulta bajo la estrategia AIEPI y convencidos que la EpS es un elemento fundamental que permite a los padres y cuidadores realizar acciones informadas orientadas al mantenimiento de su salud y las de sus hijos, sobrinos y nietos, esta investigación, pretende dar respuesta al interrogante sobre ¿Cómo se desarrolla la educación en la consulta atendida bajo de la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí?.

Lo que orienta la pregunta de investigación es la posibilidad de identificar los elementos de la educación que emergen en la consulta bajo la estrategia AIEPI mediante el acercamiento entre el personal de salud y las comunidades con el fin de proponer mejoras en su desarrollo. Al comprender como es la educación, esta puede ser repensada y transformada en un constructo que dé lugar a la participación de todos los actores, se focalice en las capacidades de los

cuidadores, potencialice el desarrollo del niño y permita fortalecer vínculos entre padres o cuidadores y los niños y niñas, y que no se centre solo en la atención de la enfermedad.

Cuando los padres y cuidadores cuentan con un apoyo en el cuidado de los niños, pueden proporcionar mejores condiciones para atenderlos. Una investigación en el programa de crecimiento y desarrollo en la ciudad de Medellín evidenció que los cuidadores "...identifican beneficios precisos para el niño, en la medida en que esto hace una mejor crianza y relaciona las nuevas actividades que realiza con el niño con un progreso en el vínculo entre ambos" (9).

Por lo tanto, se hace necesario repensar la educación en la atención al niño con alteraciones en su salud, lo cual constituye uno de los retos de la estrategia AIEPI, puesto que la transmisión vertical de la información en la educación, es un modelo que requiere ser replanteado para darle otro rumbo a la orientación en el cuidado de la salud de los niños.

Retomando la estrategia relacionada con los mensajes cortos, derivada de las recomendaciones sobre alimentación del niño, durante la gestación y el amamantamiento etc, cabe resaltar que Investigaciones como Caretakers' recall of Integrated Management of Child Hood Illness counseling messages in Benin, en la cual se concluye que "el porcentaje medio de mensajes recordados fue del 89,7 % inmediatamente después de la consulta y el 81,9 % un día después" (10). Sin embargo, mostrar crudamente la tenencia de un dato, no es concluyente para evidenciar el impacto de la EpS en los diferentes programas.

La implementación de modelos de salud que optimicen la atención a los usuarios en los diferentes programas no es suficiente para aumentar el impacto en la población; el ideal sería que fueran de la mano con otras acciones que optimicen la calidad de la atención en las poblaciones. En un estudio realizado en Brasil, que tuvo por objetivo identificar los conocimientos de las madres en la atención de los niños con infección respiratoria aguda y con diarrea en dos

unidades de salud, una con un modelo de salud familiar y la otra sin este modelo, se concluyó que no había diferencias importantes en los conocimientos de los participantes para el manejo de la diarrea en los dos modelos, pero si indicaron la necesidad de mejorar la comunicación con la madre o familiares y de desarrollar acciones de EpS que estuvieran más cercanas a la población (11).

Un elemento importante de la EpS es el lenguaje, necesario para que se dé una comunicación efectiva durante el proceso educativo. Hubo un estudio realizado en Waithaka, ubicación de Kiambu, distrito en las afueras de Nairobi, cuyo objetivo era determinar la percepción de la comunidad en cuanto a la neumonía infantil, y se evidenció que “los signos, los síntomas y el tratamiento para cada uno de ellos, difieren considerablemente del concepto biomédico. Los trabajadores de salud y los cuidadores pueden estar utilizando las mismas palabras, pero su comprensión de estas terminologías puede ser diferente” (12).

Es necesario que el personal de la salud conozca el significado que las comunidades pueden darle a las palabras y el contexto en que las utilizan. Esto permite un acercamiento a la interpretación de los mensajes emitidos por la comunidad y a un mayor entendimiento de las orientaciones dadas por personal de salud. Delgado y colaboradores (13), realizaron una investigación que permitió primero identificar las prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la Costa pacífica caucana para después pensar en la implementación del AIEPI neonatal. Los investigadores concluyeron, que las realidades locales - influenciadas de manera dominante por creencias y prácticas culturales-, con respecto al proceso, deben conocerse antes de iniciar una intervención a gran escala en la comunidad (13).

La formación del personal de salud en la estrategia AIEPI, es una de las actividades en las que más trabaja la estrategia para su implementación. Un estudio realizado en Brasil que tenía por objetivo determinar la eficacia, el costo y el impacto de la implementación de AIEPI, demostró que fueron aconsejados más significativamente los cuidadores que habían sido atendidos por aquel

personal que habían recibido la capacitación en la estrategia, que por los que no la habían recibido (14); sin embargo estos estudios no muestran cómo se dan estos procesos educativos y que elementos subyacen en ellos.

Identificar las prácticas educativas de mayor impacto para que sean incorporadas en la formación de los futuros profesionales, fortalecería la implementación y el desarrollo de la EpS en la estrategia.

Se evidencio que los estudios realizados se concentran en aspectos cuantitativos, midiendo en porcentajes qué tanta información de la socializada durante la consulta de la AIEPI retienen los cuidadores, pero no hacen un análisis pedagógico, sobre los modelos y las prácticas pedagógicas. Otros se quedaron en la descripción de los hallazgos sin hacer propuesta para la AIEPI. Esta investigación podría aportar elementos que fortalezcan la EpS en las instituciones que desarrollen estrategias como AIEPI, y de esta forma apoyar y/o fortalecer el cuidado de los padres y/o cuidadores en situaciones especiales donde se pueda ver alterada la salud de los niños y niñas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Comprender cómo se desarrolla la educación en la consulta atendida bajo la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en la Empresa Social del Estado Hospital del Sur Itagüí, durante el año 2015.

2.2. Objetivos Específicos

- Comprender los significados que tiene la estrategia AIEPI para cada uno de los participantes

- Comprender como se construyen las relaciones entre educando y el educador

- Comprender la práctica pedagógica que emerge en la educación de la consulta atendida bajo la estrategia AIEPI

- Comprender los discursos pedagógicos que emergen en la educación de la consulta atendida bajo la estrategia AIEPI

3. Referente

3.1. Referente normativo y político de la estrategia AIEPI

La estrategia AIEPI tiene un amplio soporte normativo en el contexto internacional, nacional y local. Se soporta en la convención sobre los Derechos del Niño promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, al cual Colombia se adhirió el 27 febrero 1991, mediante la ley 12 del 22 de enero del mismo año (15).

Con la expedición del código de infancia y adolescencia (ley 1098 de 2006), se establecieron las garantías para el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas, sus libertades y el restablecimiento de los mismos; además, se ratifican como derechos impostergables la atención en salud y nutrición, el que los niños y las niñas cuenten con un esquema de vacunación completo y la protección a los niños y las niñas contra todos los peligros físicos, (16) acciones que fortalecen la estrategia AIEPI.

Con la Política Pública Nacional de Primera infancia “Colombia por la primera infancia” CONPES 109 de diciembre de 2007, el MPS, el Ministerio de Educación Nacional y el ICBF, se comprometieron en la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años, esto como una estrategia para que haya un mayor retorno de la inversión en el capital humano en el país.

Una de las estrategias de dicha política que contribuye a mejorar la supervivencia de los niños y las niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia es la AIEPI y la IAMI, que deben ser implementadas por las IPS, con el objetivo de ofrecer una atención con calidad y calidez a toda la población materno infantil y la acreditación en altos estándares de calidad.

En Colombia, AIEPI fue adoptada a partir de 1999, y en el año 2001, el Ministerio de Salud presentó la implementación de la estrategia como una herramienta útil para mejorar la calidad de vida de la población materno-infantil

(17). No obstante, solo hasta el año 2007, con el Decreto 3039 del 10 de agosto del 2007 (Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010), se establece como prioridad número uno la salud infantil y se solicita a las IPS y EPS la implementación de las estrategias AIEPI y IAMI.

Actualmente, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el desarrollo de la estrategia AIEPI es propuesto en varias de sus dimensiones; por ejemplo, en la dimensión transversal de la gestión diferencial de poblaciones vulnerables, una de las estrategias para mejorar la calidad de la atención de la población, se propone la implementación nacional de la política de Atención Integral a la Infancia que incluye, entre otras, la implementación y fortalecimiento de la AIEPI (18).

En igual sentido, se destaca la dimensión de vida saludable libre de enfermedades transmisibles, una de las estrategias es el “desarrollo del componente comunitario para la prevención y cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa en el contexto de la AIEPI” (18).

Se evidencia que en Colombia se ha hecho una apuesta por la implementación de la estrategia AIEPI, como una estrategia que posibilita la atención integrada en salud para la población menor de cinco años, por eso es necesario continuar trabajando en su fortalecimiento desde lo local.

3.2. Referente teórico

A continuación se describen los conceptos que orientaron el planteamiento de la investigación, las categorías que sustentan su desarrollo, y el análisis de la información derivada del trabajo de campo.

Los conceptos que encabezan este apartado son: *educación; salud y el modelo biomédico; la EpS y sus modelos*, así como la *relación con los modelos en educación*.

Estos conceptos se despliegan en núcleos temáticos cuyos campos de acción se asocian y articulan; su indagación justifica el abordaje de los tópicos relacionados con la comprensión de elementos de la educación que emergen en la consulta bajo la estrategia AIEPI, con el fin de proponer nuevos rumbos en su desarrollo, dirigido hacia un acercamiento al personal de salud y las comunidades que apoyan e interactúan en este proceso.

3.2.1. La estrategia AIEPI

La estrategia AIEPI es una propuesta de la OPS y la UNICEF para disminuir la morbimortalidad de la población infantil menor de cinco años. Aunque desde su nombre orienta la atención a la enfermedad, sus autores le apuestan a la atención al niño más que a su enfermedad (19).

Para lograr este objetivo, la estrategia espera actuar en tres componentes: el componente clínico, el organizacional, y el comunitario, los cuales combinan acciones de promoción de vida sana, la prevención de enfermedades mediante acciones de vacunación, alimentación y la asistencia a la consulta preventiva. De igual forma, enfatiza en la educación para la detección precoz y el tratamiento efectivo de las enfermedades prevalentes en la infancia.

Desde su divulgación, muchos países la han adoptado y adaptado a sus sistemas de salud. Las acciones de los tres componentes se enfocan en:

- *Componente clínico*: mejora las habilidades del personal de salud para brindar una atención de calidad.
- *Componente de los servicios de salud*: mejora los sistemas y servicios de salud, proporcionando las condiciones que permitan atender de manera integral e integrada.
- *Componente comunitario*: mejora las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado. (5)

Para la articulación de los tres componentes en las entidades territoriales, se integra un cuarto componente llamado “organización local”, con el cual se pretende lograr una mayor planeación, ejecución y el seguimiento de las

acciones planeadas a nivel municipal, departamental y nacional en los tres componentes (19).

En el componente clínico, las actividades se orientan en la capacitación del personal de salud y el seguimiento posterior a la capacitación (5). La capacitación, busca que los profesionales de la salud desarrollen habilidades para hacer un manejo integral de casos. Este modelo de atención puede ser ofrecido en cualquier servicio, urgencias, consulta externa y hospitalización en todos los niveles de atención.

El curso clínico de AIEPI cuenta con un protocolo para evaluar, clasificar, determinar el tratamiento, tratar, aconsejar a la madre o al cuidador y la atención de seguimiento desde antes de la gestación hasta a los niños de cinco años. El cuidado se orienta:

- A la mujer sobre el riesgo pre-concepcional
- A la madre durante la gestación y el parto
- Al recién nacido en el momento del parto
- Al lactante de cero a dos meses de edad
- A los niños de dos meses a cinco años de edad (8)

En la capacitación del personal, se hace especial énfasis en la comunicación para la salud, y su importancia para que se establezca una comunicación asertiva entre el personal de salud y los cuidadores.

Sin embargo, se reconoce que parte de la información que se brinda no es adecuada y la forma en que esta se explica y comparte con las madres puede ser inapropiada (8). En este campo, la educación también es parte fundamental del componente clínico, no solo el componente comunitario.

El componente de organización de los servicios incluye cuatro grandes actividades: organización de la atención, provisión de suministros, supervisión e investigación. En la primera actividad se debe tener en cuenta la organización

de la atención en el servicio y la adecuación de los sistemas de referencia y contrarreferencia (5).

Para la organización de la consulta en el servicio, la estrategia plantea como requisito básico la existencia de tres momentos, en los cuales pueden participar dos o tres personas (médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería), esto depende del nivel de complejidad de la institución:

- “Preconsulta: es la atención que se realiza en el primer momento, en la cual se toman datos generales del niño para prepararlo para la consulta.
- Consulta: es la atención propiamente dicha, donde se evalúa, clasifica y trata al niño, una actividad propia de las médicas.
- Posconsulta: es la parte final de la atención donde se brindan todas las explicaciones sobre el manejo que se dará al niño según la condición encontrada y las recomendaciones para el cuidado del niño en el hogar (19)”

En la reorganización del servicio se deben analizar algunos aspectos como el rol del personal de salud, la distribución de espacios en el servicio de salud, el flujo de pacientes, los lugares que la madre tiene que recorrer en el servicio de salud y las personas con quien ella establece contacto para lograr la atención, la dinámica de trabajo que tiene el servicio de salud y la organización de los registros en el servicio de salud (19).

El rol de cada personal de salud complementa al otro. El personal auxiliar de enfermería en la pre-consulta, recibe al paciente y lo prepara para el encuentro con el médico. En la consulta, el médico continúa con la entrevista a la madre, realiza examen físico al niño, clasifica, determina un manejo tanto farmacológico como no farmacológico y finaliza con orientaciones del cuidado del niño a la madre. En la post-consulta, el auxiliar de enfermería le ofrece a la madre o cuidador indicaciones finales relacionadas con la atención durante la consulta, educación en aspectos relacionados con la situación del niño y orientación a otros servicios de salud, por ejemplo la vacunación (19).

Finalmente, el tercer componente mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias, incluye organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario, comunicación para el cambio social, capacitación y movilización social y seguimiento (5). Las actividades del componente comunitario buscan ser desarrolladas en espacios de socialización de la niñez, como la familia, la escuela y la comunidad en general con sus diferentes organizaciones.

Para ello, inicialmente deben ser priorizadas las prácticas clave en la comunidad, y posteriormente identificar las redes y actores sociales quienes “son personas con un rol y función determinados y formalmente legitimados por la sociedad: profesores, líderes, pastores, personal de salud y ACS (Agentes Comunitarios de Salud) (promotores y parteras)” (5), los primeros se encargan de socialización de actividades de promoción de la salud y los ACS cumplen funciones de atención.

Esta investigación se ubica en los tres componentes, puesto que la EpS es transversal a la estrategia. En el componente clínico se configura desde la formación que reciben las médicas durante el curso clínico. En el segundo componente, se debe tener en cuenta la EpS para que sea establecida en la pre-consulta, consulta y pos-consulta, y en el tercer componente, la EpS crea espacios de participación con los actores clave (personal de la salud, gobernantes, iglesia, etc.), para identificar las prácticas clave prioritarias del cuidado del niño en la comunidad.

3.2.2. Concepción de educación

Pensar en la noción de educación no es fácil, pues su conceptualización ha variado y se ha construido a través de los diferentes momentos de la historia. Si vemos el origen de la palabra, educación viene del latín ducere, “ducto” y con el prefijo “e” quiere decir “sacar del ducto”, “hacer aflorar” (20). Sin embargo los autores coinciden que el concepto de educación depende de la idea que se tiene principalmente del individuo.

En el referente de esta investigación, y con la subjetividad que implica estar inmerso en la comunidad que desarrolla esta práctica en AIEPI, la educación se concibe como un acto en el cual se determinan acciones pensadas para el otro, con el otro y para el otro, y esto implica el reconocimiento del individuo como persona. Para ello, se recoge la definición de persona que nos presenta Romano:

el ser conformado, interiorizado, espiritual y creador, siempre que [...] este en sí mismo y disponga de sí mismo. Persona significa que en mi ser mismo no puedo, en último término, ser poseído por ninguna otra instancia, si no que me pertenezco a mí [...] persona significa que no puedo ser utilizado por nadie, sino que soy fin en mí mismo(21).

Romano pone de manifiesto que la persona no puede ser instrumentada, por lo tanto cada espacio de educación implica una construcción única dialógica entre el educando y el educador, el reconocimiento del otro, la educación como construcción no como un depósito de conocimiento.

El fin de la educación ha tenido sus contraposiciones, estas se encuentran entre planteamientos que la orientan para la sociedad y otros hacia las necesidades de la persona. Por una parte, Emilio Durkheim (1958) manifiesta que en cada individuo existen dos seres, uno “constituido por todos los estados mentales que no se refieren más que a nosotros mismos y a los acontecimientos de nuestra vida privada” (22) y el otro se constituye por el “sistema de ideas, de sentimientos y de costumbres que se expresan en nosotros, no nuestra personalidad, sino el grupo o los grupos diferentes en los que estamos integrados” (22).

Por esto, la educación está influenciada a partir del cambio para la sociedad que se quiere “es la sociedad, en su conjunto, y cada ámbito social específico, los que determina ese ideal que la educación realiza” (22), la educación inmortaliza en el niño semejanzas esenciales que requiere la vida colectiva.

Sin embargo, para Rousseau el fin de la educación es la vida misma y se debe enseñar al hombre a ser feliz “el hombre que más ha vivido no es el que tiene más años, si no el que más ha aprovechado la vida” (23). Rousseau manifiesta que la educación en el niño debe estar lejana de la acumulación de la información, “lo que importa es que aprenda a pensar, y para ello el niño tiene que madurar y disfrutar corporalmente en primer lugar, tiene que educarse a través de los sentidos y asimilar la enseñanza que proporciona la dependencia de las cosas” (23).

Ambos coinciden en que hay que reconocer las particularidades del individuo cuando se piensa en la educación; sin, embargo el primero centra el fin de la educación para el uso de la sociedad mientras que para segundo prima la felicidad del hombre.

Ubicar al hombre como un instrumento de la sociedad y la educación como el medio por el cual se logra este objetivo, convierte al ser humano en algo inanimado, sin posibilidad de cambiar esta posición, a expensas de lo que la sociedad le imponga según su conveniencia.

No obstante, Böhm tiene otra concepción de la educación, esta se convierte en un proceso activo, en el cual no se tiene que recibir o soportar la educación, sino que es un espacio para crear y deconstruir, “la persona- a través de sus características constitutivas: Razón, libertad y lenguaje- se forma a sí misma en un crearse y en un construirse” (2000) (24). La educación es un constructo donde el educando hace parte activa del proceso, desde él, con él y para él. En su “alegoría de la caverna”, Platón concluyó que “en el alma de cada uno hay el poder de aprender y el órgano para ello” (21).

Igualmente, Paulo Freire en su obra “Pedagogía del Oprimido”, propone un cambio de la perspectiva de la educación y presenta una educación basada en el dialogo en un ir y devenir del conocimiento, donde el educando sea un miembro activo en su transformación. Manifiesta que una “educación Bancaria”, que se convierta en “el acto de depositar, de transferir, de transmitir valores y conocimientos” (25), convierte al educando es un ser pasivo en el

proceso educativo. Proponer programas con este enfoque “sea éste educativo en un sentido más técnico o de acción política, que no respete la visión particular del mundo que tenga o esté teniendo el pueblo”, se consideraría una especie de invasión cultural, aunque se realice con la mejores intenciones (25). En contraposición Freire plantea una educación liberadora, que recata “el derecho a pensar de aquellos a quienes la estructura de dominación capitalista les ha robado ese derecho” (26). Esto lleva a que la educación se constituya “en un acto político y un acto de transformación del hombre y de la sociedad que implica generar espacios de lucha donde las personas recuperen el derecho a expresar, a pronunciarse, a participar en la creación y recreación de su cultura”(26).

Las posiciones de Freire confluyen en la pedagogía crítica, un modelo alternativo de educación, que enmarca sus postulados alrededor de: la participación social, la comunicación horizontal entre los diferentes actores que integran los estamentos, la significación de los imaginarios simbólicos, la humanización de los procesos educativos, la contextualización del proceso educativo y la transformación de la realidad social (27). Es necesario hacer un cambio en la concepción de la educación y no olvidar que finalmente el eje central es el hombre, por lo tanto es de vital importancia su participación en la construcción de estos procesos.

3.2.3. Modelos Pedagógicos

Uno de los grandes retos de quienes realizamos actividades educativas y en especial en salud, es desprenderse de los métodos tradicionales de enseñanza, redimensionar el actuar e incorporar nuevos métodos que permiten hacer de educación, espacios de mutuo aprendizaje tanto para el educador como para el educando. Los conceptos a partir de los cuales esta investigación asume los modelos pedagógicos son los que expone el autor Louis Not.

Para Not, “la educación de un individuo es la puesta en práctica de medios apropiados para transformarlo o para permitirle transformarse en el sentido que definen las finalidades generales (objetivos) que se asignen al proceso

educativo” (28), la diferencia entre “transformarlo” o “permitirle transformarse”, depende de cómo concibe el educador tanto al sujeto como el objeto en los procesos educativos.

El sujeto es el individuo y puede ser el eje de acción pedagógica o no, esto lo determina el modelo educativo en el que se sumerja al educando. El objeto, por su parte “son todos los elementos del mundo real tomados aisladamente o en interacción, en conjuntos entendidos (aprehendidos) como tales” (28) Existe una interacción entre el sujeto y el objeto “cuando el sujeto ejerce una acción en el objeto antes de convertirse, a su vez, en el lugar de una acción que el objeto ejerce en él” (28). La importancia que se le otorgue al sujeto o a objeto, determina el modelo educativo que se construya.

Teniendo en cuenta elementos del párrafo anterior, Not plantea tres grandes formas de estructurar el conocimiento. Los métodos antiguos o de heteroestructuración, los cuales buscan formar o transformar al sujeto, apuestan a la primacía del objeto y la acción que ejerce este sobre el sujeto.

En contraposición se encuentran los métodos modernos o de autoestructuración, estos “ayudan” al sujeto a formarse o transformarse, se basan en la propia acción del alumno y en la primacía del sujeto” (28) (Ver tabla 1).

Pero Not plantea una última clasificación producto de su experiencia y son los procesos de interestructuración de conocimiento. Manifiesta que las relaciones fundamentales en cada orientación pedagógica, no retienen más que un aspecto, autoestructurante o heteroestructurante, y la orientación pedagógica debe ser interestructurante entre un sujeto que buscar conocer y los objetos de su universo natural y cultural pertinentes a ese conocimiento (28).

Tabla 1 Not: características de los sistemas de estructuración del conocimiento

HETEROESTRUTURACIÓN		AUTOESTRUTURACIÓN	
TRANSFORMAR AL INDIVIDUO		AYUDAR AL ALUMNO A TRANSFORMARSE	
Primacía del objeto		Primacía del sujeto	
Objeto transmitido	Objeto construido	Sujeto individual	Sujeto colectivo
Métodos tradicionales	Métodos Coactivos	Métodos llamados Activos	
Tradición activa	Primeras aplicaciones del conductismo y de la reflexología WASHBURNE DOTTRENS	Descubrimiento mediante la observación	
		MONTESSORI	COUSINET
Tradición constituida (acción modelante del legado cultural Transmisión: DURKEIN Reproducción: ALAN CHATRAU	Sistematización conductista SKINNER	Invención mediante la experiencia adaptativa	
	Punto de vista cibernético CROWDER LANDA	CLARAPAREDE DEWEY	FREINET LABROT

Los métodos antiguos o de heteroestructuración, se dividen en dos. Los primeros son los Métodos Tradicionales, basados en la transmisión magistral del conocimiento, y los métodos basados en la acción modelante de los contenidos de la tradición constituida, educación mediante modelos (28), el sistema Durkehiem, Sistema Alain y Sistema Chateau.

Los segundos son los Métodos Coactivos, en estos:

la educación se cimienta en procesos de aprendizaje que requieren la actividad del alumno, pero esta actividad es guiada desde el exterior por un pedagogo que actúa directamente (mediante Mayéutica) o a través de un dispositivo apropiado (colección de fichas libro de ejercicios, computadora etc.), detrás del cual “se oculta” el pedagogo (28).

En este tipo de métodos, el educador ejerce un tipo de coacción sobre el alumno, para que finalice realizando la acción que aquel le indica. Así, el educador tiene definido cuales elementos utilizará en la coacción y el actuar del estudiante será en respuesta a ellos. Bajo este esquema se encuentran los métodos llamados ‘las primeras aplicaciones’, la sistematización conductista y el punto de vista cibernético (28).

En los métodos modernos, activos o de autoestructuración, el alumno es el actor principal y es él quien construye el conocimiento. Para Montessori la naturaleza del alumno es crear, construirse a sí mismo y considera que en la autoeducación está el mejor enfoque.

Por su parte, Decroly concibe al alumno como un explotador de los recursos que tiene a su alrededor para satisfacer sus necesidades de conocimiento. En los postulados de Cousinet, los estudiantes se configuran como componente principal de los métodos, las capacidades inventivas y creadoras del alumno, impulsados por sus necesidades.

Finalmente, Freinet manifiesta que la mejor forma en que aprende el alumno es de forma natural, por la acción propia, y que cada experiencia le ofrece la oportunidad de corregir y volver a plantear nuevos problemas. Y el papel del educador, según Claparede, es lograr que el alumno adquiera por sí mismo los conocimientos mediante ejercicios funcionales, en vez de transmitirlos (28).

Cada uno de los autores mencionados en el párrafo anterior, define un tipo de educación y una forma de ver al alumno, y con ello no visualiza dos

subcategorías los métodos de autoestructuración. Están los métodos orientados hacia el descubrimiento por medio de la observación y los métodos que “están más orientados hacia la invención mediante la experiencia adaptativa” (28). En los métodos orientados hacia el descubrimiento se encuentra autores como Montessori que trabajaron el método de descubrimiento mediante la observación individual y a R. Cousinet que trabajó el método de descubrimiento mediante la observación en grupo (28).

En el intermedio encontramos la propuesta de Decroly, quien alterna las actividades individuales con las actividades en cooperación; los métodos orientados hacia la invención se dividen en dos grupos: “La invención a partir de la experiencia individual de la adaptación al mundo está en la base de los sistemas de Claparede, y de Dewey” (28) y “la invención mediante la experiencia colectiva de la adaptación al mundo” (28), característica del sistema de Freinet.

Finalmente la interestructuración del conocimiento, el sujeto no solo está en relación con el medio de objetos en estado bruto portadores de estructuras naturales, sino también con un medio que consta de obras y de instituciones portadoras de estructuras y de significaciones.

Not explica este tipo de conocimiento, teniendo en cuenta algunos conceptos descritos por Piaget. Cuando el sujeto recibe una información las relaciona y procesa con esquemas previos, que trasforma en actos (acciones sobre el mundo exterior o construcción de producciones para emprender acciones sobre el medio), o bien las lleva a la memoria en representaciones o esquemas de pensamiento (28).

En esta interestructuración del conocimiento Not distingue los siguientes tipos: una interestructuración de apropiación, la interestructuración de intervención, la interestructuración con retroalimentación y finalmente la interestructuración de conductas (28).

A partir de los hallazgos buscaremos el método que se desarrolla en la consulta atendida bajo la estrategia AIEPI, métodos de heteroestructuración, autoestructuración o interestructuración.

3.2.4. La práctica pedagógica y el discurso pedagógico desde Basil Bernstein

Uno de los objetivos específicos que se planteó en la investigación fue comprender el significado de la práctica pedagógica y del discurso pedagógico que emergen en la educación de la consulta de AIEPI, para lo cual se retoma la teoría ampliamente estudiada por Basil Bernstein, sociólogo británico que con sus investigaciones ha construido una teoría para explicar cuál es la relación que existe entre la escuela y la sociedad, la relación de la construcción social del discurso educativo, de cualquier contexto donde se establezca una relación pedagógica.

Bernstein manifiesta que la educación “es un vehiculizador de algo más que sí mismo, es una forma dominante e impositiva de comunicación que privilegia unos sectores en detrimento de otros” (29), y la pedagogía “es en última instancia medio fundamental para la producción, reproducción y transformación de la cultura” (29) .

El preludeo al tema son los conceptos claves de la práctica pedagógica, que se identifican en los resultados y se retoman en la discusión. Para Bernstein, la lógica interna de la práctica pedagógica como transmisor cultural, es proporcionada por un sistema de tres reglas que actúan selectivamente sobre el contenido de toda práctica pedagógica: la jerarquía, la secuencia y el criterio. Estas reglas constituyen lo que podemos llamar el “como” de cualquier práctica que actúan selectivamente sobre un “que” o sea sobre el contenido de la práctica (30)

Con respecto a la regla de jerarquía, Bernstein manifiesta que las reglas de conducta establecen las condiciones de orden social, de carácter y de modales, de tal forma que en toda relación pedagógica, cada uno de los participantes

asume un rol, el transmisor aprende a ser transmisor al igual que el adquirente aprender a adquirir conocimiento.

El proceso de llegar a ser transmisor supone la adquisición de las reglas de orden social, carácter y modales sociales que se convierten en la condición para una conducta apropiada en la relación pedagógica” (30). Estas reglas pueden ser explícitas o implícitas. En las reglas de jerarquía explícitas, las relaciones de poder son claras, la relación de subordinación y supraordenación es explícita. Por otra parte, en las reglas de jerarquía implícitas, la relación de poder está enmascarada u oculta mediante un dispositivo de comunicación (31).

Con respecto a la regla de secuencia, Bernstein manifiesta que durante la transmisión, unos elementos deben ir antes que otros. Las reglas de secuencia regulan la progresión de la transmisión en el tiempo y establecen la secuencia de esa transmisión, con lo que regulan el desarrollo de un currículo, de un programa y de un sistema de evaluación (31). Toda regla de secuencia supone tasa de adquisición esperada en un tiempo determinado. Al igual que la regla de jerarquía, esta puede ser explícita o implícita. En la regla de secuencia explícita, el adquirente conoce cuál será el orden en el que se desarrollarán las cosas, mientras que en las reglas de secuencia implícita solo el transmisor las conoce (30).

De otra parte, la regla de criterio define los criterios que asimilará el adquirente, y le permiten determinar lo que se considere comunicación legítima o ilegítima, relación social o posición, los cuales tienen también una condición explícita y específica: el adquirente conoce los criterios, probablemente no los acepte, pero los conoce. Así mismo, los criterios pueden ser implícitos, múltiples y difusos (30).

El sistema de reglas expuestas en los párrafos anteriores, lleva a Bernstein a definir dos tipos de práctica pedagógica: la práctica pedagógica visible y la práctica pedagógica invisible.

En la práctica pedagógica visible, las reglas de orden regulador y discursivo son explícitas, y el adquirente conoce cuál es el orden de los contenidos. Este tipo de práctica hace énfasis en el rendimiento del adquirente, en el texto que crea y en cómo este se ajusta a los criterios establecidos. Operan para producir diferencias entre los adquirentes, son prácticas estratificadoras.

Esta práctica busca que se organicen dos espacios para adquirir el conocimiento: la casa y la escuela. La dificultad se centra en que en la casa, no siempre se reproduce la condición de la escuela, de espacios, de tiempos, de elementos que favorezcan el aprendizaje, de tal forma que el fracaso será una posibilidad certera (30).

La práctica pedagógica visible se relaciona con las pedagogías conservadoras centradas en el individuo, las cuales toman como referencia lo que se evalúa, es decir, la ejecución gradual del discurso pedagógico por el adquirente. La unidad social de evaluación en este tipo de procesos, es a nivel individual y la relación graduada entre adquirentes (30).

Por otra parte, en la práctica pedagógica invisible, las reglas de orden regulador y discursivo son implícitas, solo el transmisor conoce las reglas. Este tipo de práctica pedagógica es invisible para el adquirente, quien se preocupa más por los procedimientos/competencias internos (cognitivos, lingüísticos, afectivos, motivacionales). Los adquirentes también aportan al contexto pedagógico (30).

Para su desarrollo, se requiere de un espacio físico amplio, que permita el desenvolvimiento del adquirente. El tiempo debe estar sujeto a las necesidades del adquirente más que del transmisor.

La práctica pedagógica invisible se relaciona con las prácticas pedagógicas progresistas, centradas en el individuo y en la evaluación y adquisición de competencias por parte de los adquirentes. (30).

Bernstein manifiesta que para conocer cómo se realiza una práctica pedagógica, es necesario conocer su código pedagógico, es decir lo que se considera como la interrelación entre, dentro y entre discursos, prácticas y espacios junto con sus contradicciones intrínsecas (32), algo que puede hacerse conociendo los principios de clasificación y enmarcación (29). En este estudio se trabajara especialmente el concepto de enmarcación.

La clasificación (poder), regula la relación de su contexto con otros contextos. Para Bernstein, las relaciones de poder se relacionan con el grado de aislamiento entre las categorías de discurso, agentes, prácticas, contextos y facilita reglas de reconocimiento, de los sujetos” (30). Así, las relaciones: confieren poder con respecto a quienes carecen de ellas, puesto que establecen un principio de clasificación (31) para delimitar las categorías de discurso, agentes, prácticas, contextos y facilita reglas de reconocimiento.

El enmarcamiento (control) se conceptualiza como el locus de control sobre la comunicación pedagógica. Bernstein lo define como el principio que regula las prácticas comunicativas de las relaciones sociales dentro de la reproducción de los discursos entre transmisores (30).

Cuando la enmarcación es fuerte el trasmisor regula explícitamente el principio de interacción y de locación. El principio interactivo es la característica dominante del contexto comunicativo, se refiere a las reglas de selección, secuencia y ritmo y criterios de comunicación (oral, escrita) junto con la posición, postura y vestido de los comunicantes (30). El principio locativo se refiere a la regulación de la situación física y a la forma de realizarse (29).

Cuando el enmarcamiento es débil, “el adquirente tiene mayor control sobre la selección, organización, ritmo, criterios de comunicación, así como sobre la posición, postura y vestimenta, además de la disposición de la localización física”(30).

Otro concepto del cual se da cuenta en esta investigación está relacionado con *el discurso pedagógico*. Bernstein manifiesta que los discursos en educación

buscan ser analizados por el poder que tienen para reproducir relaciones dominante/dominado, externa al discurso “que penetra en las relaciones sociales, los medios de transmisión y la evaluación del discurso pedagógico” (30).

Para Bernstein, los trabajos realizados por otros investigadores sobre el papel de la educación en la reproducción de la cultura, entre ellos los de Bourdieu y Passeron, se han enfocado más en establecer “las diferencias entre adquirientes con respecto a cómo se sitúan en sus relaciones con la comunicación pedagógica legítima, que del análisis de las relaciones dentro de la comunicación pedagógica” (30).

Por eso Bernstein ha dirigido su trabajo a identificar cuál es la estructura o lógica interna que hace posible la transmisión de pautas de dominación en una relación educativa y su relación con los “textos privilegiados” (30). Veremos a continuación algunos conceptos del discurso pedagógico y esperamos poder dar cuenta de estos en los resultados de la investigación.

Para Bernstein, el discurso pedagógico es el principio por medio del cual los discursos son apropiados y relacionados entre sí para efectos de su transmisión y aprendizaje selectivo (30). En su trabajo, Bernstein apunta a indagar cómo la comunicación pedagógica facilita la transmisión de mensajes ideológicos que se quieren incorporar en las sociedades, y considera necesario profundizar en la comunicación pedagógica, hablando del medio y lo que este lleva o comporta, lo que es portado y del portador (29).

Para explicar cómo está constituida este tipo de comunicación, Bernstein compara el dispositivo lingüístico y el dispositivo pedagógico. El dispositivo lingüístico, son reglas formales que establecen las combinaciones que hacemos al hablar o escribir (30). En estas reglas interactúan en un mismo espacio, elementos propios del individuo y elementos del medio o externos que crean las condiciones para la adquisición de las reglas. El resultado de esta interacción es la comunicación (30).

Bernstein visualiza que en el dispositivo lingüístico, los significados que existen en el medio interactivo, potencializan o desfavorece las reglas propias del individuo que son en cierta medida estables (30), en otras palabras las reglas del individuo están permeadas por el contexto. Se puede decir que la comunicación no es neutra puesto que está cargada de significados. Es necesario conocer quiénes son los que ambientan el medio interactivo y cuál es el significado que va a ser actualizado en el dispositivo.

Concluimos que en el dispositivo lingüístico, si las reglas variables o contextuales (realidades estructurales, clases, categorías de poder, ideologías) (33), actúan de manera selectiva sobre lo que se comunica, también regula los significados y dicen cuáles significados son los legítimos. El modo en que funciona el dispositivo lingüístico es muy similar al comportamiento del dispositivo pedagógico (29), el cual cuenta con reglas internas que regulan la comunicación pedagógica, y de forma selectiva actúa sobre el potencial de significados.

Existe un ordenamiento interno del discurso pedagógico o como Bernstein lo ha llamado, una “gramática interna del discurso pedagógico” (31). Esta gramática está constituida a través de reglas distributivas, reglas de recontextualización y reglas de evaluación.

Las reglas distributivas “regulan la relación entre el poder, saber y formas de conciencia y práctica” (30). Bernstein manifiesta que actualmente existen dos clases de conocimiento el esotérico y el mundano. El primero es el conocimiento diario, de la comunidad, del alumno, de su familia y de los grupos que conforman la comunidad (34), el conocimiento que se construye horizontalmente. Mientras el conocimiento esotérico, “es conocimiento que no pertenece al conocimiento del sentido común. Es conocimiento liberado de lo particular, de lo local mediante los diversos lenguajes de las ciencias o formas de reflexividad de las artes que hacen posible tanto la creación como el descubrimiento de nuevas realidades” (34), es aquel conocimiento que se da verticalmente. Este último, en la escuela se reproduce, mientras que en la universidad se produce ese conocimiento.

Cada uno de estos conocimientos comparte un orden particular. La regulación del conocimiento esotérico se hace mediante códigos elaborados, los cuales se socializan según los intereses del orden social que se crea, mantiene y legitima (31). Las reglas distributivas “marcan y distribuyen quien puede transmitir algo a quien y en qué condiciones” (30) buscando fijar los límites del discurso legítimo. Las reglas de recontextualización entrelazan y relacionan dos discursos. Son reglas que regulan la circulación y el reordenamiento de los discursos. En el marco de la recontextualización, el discurso se mueve de su posición original, transformándose y asumiendo un nuevo orden. Bernstein identifica dos tipos de discursos, el instruccional que “regula las reglas que construyen la variedad legítima, las características internas y relacionales de competencias especializadas” (30), y el discurso regulativo que crea el orden especializado, la relación y la identidad entre y dentro de los transmisores, adquirientes, las competencias y los contextos. Las reglas de recontextualización insertan un discurso de competencia en un discurso de orden social (30).

Así, las reglas de evaluación constituyen la práctica, regulan la adquisición del discurso pedagógico, son las que aseguran que un texto se inserte en un contexto, permite que cada adquiriente se posea de manera diferente frente al discurso y la práctica pedagógica legítima. Las reglas de evaluación condensan el significado de la totalidad del dispositivo (distribución de poder, distribución de conocimiento y conciencia) .

Cada elemento expuesto antes se articula en una propuesta de modelo que muestra como la educación se convierte en un instrumento de la producción, reproducción y transformación de la cultura. y la división la creación, mantenimiento y cambio de las prácticas de un discurso pedagógico oficial (30).

Este discurso pedagógico oficial se desarrolla en dos campos de recontextualización, uno oficial y el campo de recontextualización pedagógico. El primero, es regulado por el Estado, el cual determina el “que” y el “como” del discurso pedagógico, de los principios y prácticas que regulan la circulación de teorías y textos desde el contexto de reproducción hasta el de reproducción. El

segundo, está constituido por las escuelas, colegios departamentos de educación quienes se encargan de reproducir el discurso pedagógico del primero (29).

De esta forma, los dos campos se ven afectados por los campos de la producción, o sea la economía y el control sobre lo discursivo (el control simbólico) (30). Teniendo en cuenta que este tipo de modelo puede ser reproducido en cualquier relación pedagógica, veremos cómo se desarrolla en la educación que se lleva a cabo en la consulta bajo la estrategia AIEPI.

3.2.5. Concepción de salud

Después de haber revisado ampliamente conceptos teóricos alrededor de la Educación, es necesario darle una mirada al concepto de Salud. Al detallar el concepto de salud, se puede ver que este varía en cada época, cultura, país e individuo, ya que cada uno lo plantea dando una respuesta a una necesidad determinada y dependiendo la situación que se esté viviendo.

Por ejemplo, para la cultura china, la salud “es una consecuencia del equilibrio entre los elementos orgánicos del medio interno y los factores del medio externo donde transcurre la vida del hombre”, (35).

Al igual que la cultura china, la medicina griega asume la salud como el resultado de la armonía que debía existir entre los humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y negra) y las sustancias elementales del planeta Tierra (fuego, tierra, agua y aire) (35). Estos conceptos muestran la importancia que las comunidades de la época le daban a la relación del individuo con el medio ambiente y su entorno en la concepción de la salud.

En la actualidad, muchos retoman el concepto de salud construido por la OMS desde 1946, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (36).

Esta definición ha suscitado una serie de discusiones, puesto que plantea la salud como un “estado”, algo estático y se olvida los procesos dinámicos que se desarrollan en el individuo en cada etapa de su vida y en el espacio donde se desenvuelve su día a día. Bajo esta mirada el autor Rene Jules Dubos en su libro *Man Adapting* en el año de 1966, plantea que “la salud es considerada como la capacidad de adaptación de los sujetos al medio ambiente y a los sucesivos cambios que este experimenta y que puede amenazar su bienestar” (37).

Otros autores incorporan el concepto de “bienestar” al de salud. Y plantean cuatro ámbitos de este, un bienestar social “la vida saludable se establece, pues, en la medida en que la familia y el entorno comunitario contribuyen positivamente a su plasmación (38), bienestar físico y mental “ la salud no responde ya solo a los estados físicos o biológicos, sino también a la consideración del equilibrio de los factores psicológicos de la personalidad” (38), y el bienestar espiritual, este “incide directamente en los sentimientos subjetivos de bienestar, en la habilidad para adaptarse las circunstancias ambientales y en la capacidad para emplear los recursos de orden personal y social disponibles” (38).

Serrano (1990) por su parte busca superar el carácter individual de la salud y dice “La salud individual debe abordarse dentro de un grupo humano que se siente participe, coautor y agente de calidad de vida de todos” (38).

Frente a esta diversidad de definiciones, y en busca de una conceptualización que retome algunos elementos expuestos y que consideró deben aflorar en el concepto de salud, se acoge la definición de Castillo Lemee (1993), para proyectar una educación para la salud:

La salud a la cual deberíamos aspirar, para la cual deberíamos educar, es, pues, una salud holística, integral, que considere a cada individuo en su totalidad física, mental y social, ligado indisolublemente al su medio físico, biológico y psicosocial. Es una salud colectiva, comunitaria y ecológica,

resultado de un equilibrio inestable entre múltiples factores internos y externos, en cada individuo y en cada comunidad (38).

Otro elemento relevante de la salud, es el que propone Fernando Lolas, un constructo individual que no puede ser vista como una 'cosa', “es construcción, proceso y aspiración de bienestar”. Decir que la “salud se da”, no es posible, puesto que es una construcción subjetiva del individuo. Por ende, se podría decir que las tecnologías que hay en salud, solo pueden facilitar, promover o favorecer a que las personas construyan su propia salud (39).

3.2.6. Concepción de educación para la salud

Determinar cuál es el conocimiento que se merece la EpS y la naturaleza, origen y alcance de este conocimiento, son aspectos que suscitan ciertas controversias y más cuando la EpS es un término que tiende a utilizarse indiscriminadamente y a confundirse con otros conceptos como el de Promoción de la Salud (PS). Sin embargo, es claro que la EpS es un componente fundamental de la salud pública, y deben definirse claramente sus objetivos y alcances, para que no siga siendo vista como una herramienta de la PS (40).

Algunos autores, exponen que el objeto de la EpS se centra “en los fenómenos educativos para la salud, las situaciones de enseñanza-aprendizaje, el cambio de comportamiento y la incidencia favorable en los determinantes de la salud”, (38), si bien algunos elementos se comparten con otras disciplinas, están ya determinadas en la EpS.

Así mismo, es evidente la influencia que ha tenido la EpS desde la Pedagogía Social puesto que ésta, la EpS, “responde a la exigencia de cubrir y prevenir las necesidades sociales en el terreno de la salud y la calidad de vida mediante la detección oportuna y la aplicación de medios educativos” (38).

La EpS puede ser vista básicamente como “un proceso de enseñanza-aprendizaje que conduce a producir cambios favorables en el comportamiento

del que aprende [...]” (38) como lo plantea San Martín y Pastos (1988), una postura en la cual la EpS es una especie de instrumento para cambiar a las personas, lo que configura a la educación en salud “como un proceso impositivo doble, visto bajo el modelo biomédico y por el modelo tradicional de educación” (2).

Nutbeam, en el diccionario de Promoción de la Salud de la OMS 1998, plantea que la “Educación para la salud comprende las oportunidades conscientemente construidas para el aprendizaje, que implica alguna forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización en salud, incluida la mejora de los conocimientos y el desarrollo de habilidades para la vida que conduzcan a la salud individual y comunitaria” (41), esta definición incluye algo más que la transmisión de conocimiento y destaca el desarrollo de habilidades, sin embargo se centra en la adquisición de conocimientos, pareciera no reconocer los saberes previos de los educando y sigue viendo a los educadores como los que tiene el verdadero saber en salud.

Tones propone de la EpS como “toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto” (38). En este concepto ver a la EpS como una actividad “libremente elegida”, pone de manifiesto la participación del educando en el proceso y el ejercicio de una participación libre, no impuesta, sin presiones. Cuando manifiesta que es un “cambio relativamente permanente de las disposiciones o las capacidades del sujeto”, se ve a la EpS como un proceso constante e identifica en el educando unas capacidades o saberes previos sobre la salud o la enfermedad. Corina y colaboradores plantean una EpS debe estar volcada hacia la construcción de proyectos de vida superando el carácter de adiestramiento contra el daño y constituirse en una EpS, cuya formación supere el estrecho espacio de la enfermedad y se remonte al ámbito de la salud (42).

Retomando algunos elementos de las definiciones anteriores, La EpS que reconoce esta investigación es una EpS que reconoce a la persona única como fin en sí misma, donde se tenga un reconocimiento del otro y que no sea

instrumentado, una EpS libremente elegida, que no se oriente hacia la enfermedad si no que se construya en el ámbito de la salud colectiva y la vida misma, orientada en las necesidades de los educandos y no en los conocimientos de los educadores.

Diversos autores han trabajado los modelos para el desarrollo de EpS, Serrano es uno de ellos, ella identifica tres modelos, el modelo Informativo, Persuasivo y el Político-económico-ecológico, proponiendo como ideal el desarrollo de este último. Manifiesta que uno de los modelos que más prima es el Modelo informativo (43) que se centra en los contenidos y la transmisión de estos, su objetivo es que el individuo aprenda, y el concepto de salud que prevalece es la *ausencia de enfermedad*.

Por otro lado, el Modelo Persuasivo motivacional, su objetivo está centrado en que el individuo cambie de comportamiento, y al igual que el modelo informativo, el concepto de salud es la ausencia de enfermedad, con lo cual “acentúa el poder del medio ambiente para condicionar la conducta del hombre”; no obstante, esto plantea la paradoja de si es posible que desde lo externo se pueda determinar una conducta, perdiendo de vista el interior del ser humano (43)

En sentido análogo, se encuentra el Modelo Político-económico-ecológico, que “concibe la salud dentro de la vida humana y no la separa de la estructura social donde se produce esa vida” (43) y al hombre como protagonista de su propia salud, la epidemiología social es la base del enfoque, busca reducir la inequidad, se basa en la participación comunitaria y la salud es la vida misma. Se espera durante la investigación, poder identificar el modelo que surge en la educación para la salud que se desarrolla en la consulta atendida bajo la estrategia AIEPI.

Haciendo un comparativo entre los modelo de educación que propone Serrano con respecto a los métodos pedagógicos propuestos por Not, existen similitudes. Serrano en sus dos primeros modelos, informativo y persuasivo, al igual que Not en los métodos antiguos o de estructuración de educación ubica

al educador como único poseedor de conocimiento y al educando como un receptor pasivo hacia una transmisión del conocimiento unidireccional educador-educado.

Por otra parte, en los modelos de EpS el político-económico-ecológico de Serrano y los métodos pedagógicos modernos o de autoestructuración de Not, el educando es el actor principal, él es quien decide y construye el conocimiento y el educando es un guía en el proceso, hay una interacción bidireccional entre el educando y el educador, un ideal en el desarrollo de los procesos educativos.

Tras lo anterior, es clave entender la importancia que tiene para el personal del área de la salud, desarrollar competencias en una educación con métodos pedagógicos autoestructurantes, que permitan a los padres o cuidadores participar activamente en la EpS que se desarrolla en las consultas de atención en consulta externa.

3.2.7. El modelo biomédico

Habiendo expuesto los conceptos de educación, salud y educación para la salud que sirvieron de base para la orientación de esta investigación, es necesario hacer una descripción del campo en el cual se desenvuelven las médicas, quienes son actores clave para la investigación.

Esta descripción permite ampliar el conocimiento y ubicar la realidad desde la cual hablan y actúan las médicas cuando desarrollan la educación en la consulta bajo la estrategia AIEPI, e igualmente como son percibidos los padres y/o los cuidadores por ellas.

Para exponer algunos elementos del modelo biomédico Ángel Martínez presenta características que constituye este modelo, en su libro Antropología Médica. Martínez refiere que el modelo biomédico es la base de la medicina. Su desarrollo se dio al mismo tiempo que la biología, lo que llevó a considerar al cuerpo humano como una máquina compuesta por múltiples partes, donde el

daño de algunas de estas, constituye la causa de la enfermedad. Esta visión pierde de vista la humanidad del paciente y reduce la salud a una *funcionabilidad del cuerpo* (44).

Para Martínez, el determinismo biológico establece un orden jerárquico de las cosas, en la base se encuentran los procesos biológicos, seguidamente dispone a las conductas individuales y los procesos psicológicos, y sobre estas ubica las relaciones sociales y la producción cultural de símbolos (44), esta jerarquía niega la posibilidad que lo cultural afecte lo biológico.

Martínez afirma que en el determinismo biológico la vida, la enfermedad y la muerte son resultado exclusivamente de las causas biológicas, y en la historia de la medicina esto se soporta con el desarrollo de tres paradigmas básicos: el desarrollo del método anatomoclínico, el paradigma bacteriológico y la medicina molecular. Cada uno de estos paradigmas le ha aportado los principios formativos al sistema médico (44).

El modelo anatomoclínico aporta la idea de la lesión y de la localización, la especialización progresiva del conocimiento y la vinculación de la enfermedad a un mundo de vísceras que puede ser descubierto. Por otra parte la idea de que hay una única causa y es biológica, emerge en el paradigma bacteriológico; y finalmente los aporte del paradigma molecular se orienta en reducir el origen de las patologías crónicas y degenerativas al ámbito de la codificación celular y su tratamiento a la posibilidad de su recodificación (44).

Teniendo en cuenta las bases del modelo biomédico, la conducta humana es entendida como un universal despojado de la cultura y de las relaciones sociales, se reduce la conducta humana a partir de los genes, lo cual no permite explicar el porqué de la diversidad cultural que existe en el mundo. La construcción social de la enfermedad tiene poca atención, pues es vinculada a las creencias, la ignorancia o a posiciones anticientíficas y no a un proceso que afecte aspectos de la enfermedad como el curso, pronóstico y tratamiento (44)

Como la mirada biomédica se enfoca en la enfermedad y no en el enfermo, en las disfunciones biológicas y no en las representaciones culturales del enfermo, esto lleva a que las categorías biomédicas escondan formas artifices de desigualdades sociales y crean relaciones de hegemonía y subalternas (44).

La hegemonía que ha creado el modelo biomédico lleva a que tanto el médico como las personas desarrollen roles propios en este. El sociólogo Harvard, junto con otros investigadores que han estudiado la enfermedad y el comportamiento del ser humano frente a esta, manifiestan que la enfermedad es un tipo de desviación de la condición normal de la persona y conlleva a una dependencia de esta con respecto a otros actores, muchas veces llevando al afectado a una posición infantil y el médico adopta la posición semejante al padre y convierte al hospital en una alternativa al ambiente familiar (44).

Por otra parte, bajo la mirada de Parsons, al ver la enfermedad como una desviación del mundo normativo de la sociedad, la cual esta socialmente sancionada e institucionalizada en el paciente, el sistema médico actúa como institución que legitima la enfermedad y se encarga de restablecer mediante la terapia, el retorno del paciente a sus obligaciones sociales (44).

Desde la antropología crítica anglosajona, la enfermedad es vista “como un producto de relaciones de explotación y de los procesos de acumulación de capital”, lo que conlleva a que los médicos actúen en función de la productividad y no de la calidad de atención, perdiéndose la autonomía del médico para actuar y afectando a la comunidad en el tipo de atención recibida.

Fernando Lolas, en su libro “bioética y medicina”, expone elementos de la medicina relacionados con la bioética. Para Lolas la medicina tiene un discurso que amalgama hablante, intención y lengua. Constituye un sistema y una “institución social”, esto es, objetos, prácticas personas, relaciones entre cosas y personas, intereses, proyectos, historia, cosas al servicio de fines societarios. La praxis médica es una amalgama de muchos intereses corporizados en esa institución social (49).

Para Lolas, las ciencias médicas poseen algunas características propias. Además de convertirse en una doctrina técnica, que significa “la admisión de un saber cosmopolita, neutral y de validez universal” (45). Esto puede significar, una racionalidad tecnocrática evaluada por "expertos" que ya no son los "pacientes". La "salud" es vista como un instrumento de desarrollo de nuevos equipos, de artefactos, que son utilizados para beneficio de las personas, pero también están “relacionadas con el prestigio, el dinero y el poder asociados al desarrollo tecnológico. Sus interlocutores no son sólo los usuarios finales de sus creaciones sino sus pares en la ciencia y la industria”. Aunque la salud es una realidad es construcción individual y ritual colectivo, el moderno complejo médico-industrial trata a la salud como un objeto (45).

Lolas igualmente refiere que en las ciencias médicas existe una “brecha epistémica”. Llamado así a la desigualdad en la información que poseen tanto expertos como usuarios. Las personas no entienden lo mismo, bajo similares palabras, por lo tanto no hay diálogo como tal. La desigualdad del conocimiento lleva a que “las exigencias de las personas sean irreales a veces, inapropiadas otras y queden insatisfechas en numerosas ocasiones” y a la frustración por parte del paciente y del médico.

El concepto de "brecha epistémica", nos invita a reflexionar “que el conocimiento no es una simple acumulación de informaciones, sino articulación de éstas en cuerpos significativos, con sentido e interés interpersonal. Saber es participar de un conjunto de personas que otorgan el mismo significado a los signos y símbolos que intercambian”(45). Estos conceptos nos servirán para analizar que sucede en la relación del personal de salud y usuario durante el desarrollo de la consulta atendida bajo la Consulta AIEPI.

4. Metodología

4.1. El método

Esta es una investigación cualitativa con una perspectiva hermenéutica, partiendo de la idea de que la generación del conocimiento no puede estar dada sólo por la explicación causal de los fenómenos desde un método único científico, es decir, el que considera la “explicación científica de un hecho aquella que viene formulada en términos de leyes que relacionan fenómenos determinados numéricamente”(46).

El pretender desplegar este mismo método a las disciplinas sociales (sociología, ciencias políticas y la antropología), ha limitado la comprensión de los fenómenos, debido a que esta forma de generar conocimiento, “no favorece el conocimiento de sus objetos de investigación” (47).

Este planteamiento ha sido expuesto por diferentes autores. Morin manifiesta que la ciencia moderna apoya su labor en lo que él llamó lo “determinado”, “entendido este como una estructura subyacente al mundo aparente a los sentidos”(47). Para Morin, esta forma de investigación arranca los objetos de sus entornos, y por lo tanto excluye al entorno como causa y naturaleza de las cosas (47).

Por su parte Geertz, manifiesta que la forma de comprender los signos de una cultura, no puede estar dada por la utilización de un “paradigma esquemático”, un sistema normativo independiente del contexto en que se producen los signos, y que aparentemente puede ser hallado en cualquier cultura (47), pensar que esto puede suceder, propicia a caer en un error en el desarrollo de la investigación antropológica.

Sin duda, el aporte del método científico en el control de las enfermedades y el impacto en la salud de estas poblaciones fue determinante. Pero el viraje económico, político, social, las nuevas formas de pensamiento, el impacto del

medio ambiente, la aparición de nuevas enfermedades y la re-emergencia de aquellas que se creían controladas, muestran un horizonte donde la rigidez de un único método científico (ligado al positivismo) dado por pasos consecutivos, no permite comprender e identificar como se concibe la salud en las comunidades.

Granda (2008), planteó que la salud pública debería ampliar su horizonte para avanzar desde tres perspectivas: dejar de enfocarse en la enfermedad para reflexionar en la salud y la vida, dejar de observar objetos e intentar ver los sujetos y actuar con ellos y finalmente pasar de “su compromiso con la función sanitarista del Estado, a la comprensión de otras formas de accionar saludables que a su vez construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud” (48).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, proponer esta investigación con una perspectiva hermenéutica, permite que la comprensión, como lo plantea Heidegger, ya no sea “un comportamiento del pensamiento humano entre otros que se pueda disciplinar metodológicamente y conformar en un método científico, sino que constituye el movimiento básico de la existencia humana la comprensión”(4), y en ello la hermenéutica se forma como “la estructura existencial fundamental que define al ser-en-el-mundo” (49).

Por tal razón, la investigación de lo social, desde una concepción Weberiana, debe ser abordada en la cotidianidad de las personas, en sus propios ambientes, de tal manera que se logre comprender lo que sucede desde la visión de los actores (50).

En este comprender de la visión de los actores, el lenguaje juega un papel primordial. Según Gadamer, el lenguaje no se utiliza para darle nombre a las cosas, sino que es una forma de ordenar una realidad, “no es solo un medio instrumental de aproximación al ser si no la propia construcción del ser” (51). Por ello, en esta investigación la voz de los actores fue uno de los elementos con los que se buscó la comprensión de lo social.

Para lograr la comprensión de lo social, esta investigación asumió una aproximación etnográfica, entendida por Guber como:

... aquel mediante el cual el investigador produce datos que constituyen la evidencia de un tipo particular de texto, la etnografía. Una etnografía es [...] un argumento acerca de un argumento teórico-social y cultural suscitado en torno a cómo es para los nativos de una aldea, una villa miseria, un laboratorio o una base espacial, vivir y pensar del modo en que lo hacen(52).

Según Martínez, el método etnográfico, además de constituirse en un instrumento de análisis, permite la intervención puesto que el etnógrafo establece un vínculo con la realidad social que puede propiciar el dialogo con los grupos sociales llevando a la participación ciudadana y la corresponsabilidad en materia de salud (44).

En relación a lo planteado en los párrafos anteriores, se propone una perspectiva hermenéutica como la sustentada por Clifford Geertz. Para este antropólogo norteamericano, la investigación debe estar enmarcada en la contextualización de lo social, partiendo de que si la cultura es local, solo desde lo local es posible descubrir las formas simbólicas que enmarcan determinada cultura (47).

Geertz conceptualiza la etnografía como “descripción densa” y el método etnográfico enfrenta al etnógrafo a “una multiplicidad de estructura conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explicativas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniárselas de alguna manera, para captarlas primero y para explicarlas después” (53).

Geertz, al igual que Max Weber, cree que el hombre está inserto en “tramas de significación” que él ha tejido y que la cultura es un sistema ordenado de significaciones y de símbolos en los cuales ocurre la integración social, es

decir, que la acción social ocurre en referencia a la significación que tiene para quienes son sus ejecutores (53).

Para Geertz estos símbolos son los que permiten al hombre orientarse en el mundo, ya que los que adquiere genéticamente son difusos y “si no estuviera dirigida por estructuras culturales [...], la conducta del hombre sería virtualmente ingobernable, sería un puro caos de actos sin finalidad y estallidos de emociones” (53). Y añade, “el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie” (53).

Sin embargo, en la interpretación de la cultura, el antropólogo debe evitar hablar de una cultura a partir de las concepciones propias que él ha creado de cultura, puesto que esto conlleva a una falla en la comprensión científica de lo local, y no permite hacer distinciones al interior de la cultura que se está observando (47). Aunque este es el ideal en la investigación de las culturas, Herrera plantea que “los controles en la observación que garantice la no intromisión de los juicios y opiniones del investigador son ideales equívocos en la investigación que realizan los científicos sociales”(47) .

Tras exponer las bases conceptuales en las cuales se sustenta esta investigación, es importante aclarar que durante el tiempo que la maestría propuso para el desarrollo de la investigación, se logró desarrollar una investigación cualitativa con una orientación etnográfica. Esto quiere decir que no se pretendió hacer un estudio etnográfico convencional, más bien hacer un estudio que toma algunos rasgos de la investigación etnográfica para llevar a cabo los objetivos propuestos. Este es el tipo de acción investigativa que Denzin y Lincoln (54) denominan como de “Bricolage” en el cual el investigador interpreta un hecho social a la luz de su inmersión en él. Es ante todo, una aproximación creativa y emergente hacia la investigación.

Así mismo, se destaca el acercamiento a la descripción que plantea Geertz, porque se comprendió la red de significados que da sentido a las acciones de los actores frente a la educación que se desarrolla en la estrategia AIEPI.

4.2. Las técnicas etnográficas

Las técnicas etnográficas que se utilizaron en esta investigación fueron la entrevista cualitativa, la observación participante y la entrevista grupal. A continuación se realiza una descripción conceptual de cada una de ellas.

4.2.1. La entrevista individual

Según Taylor y Bodgan (1994), las entrevistas en la investigación cualitativa son flexibles y dinámicas. Se pueden describir como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Estos autores las han llamado entrevistas en profundidad y se definen como: “... reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.”(55). Estas sugieren una conversación entre iguales y pueden contar con una guía de entrevistas la cual “...no es protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante” (55).

4.2.2. La observación participante

Guber manifiesta que la observación participante tiene dos actividades principales, la primera es observar sistemáticamente para lograr hacer una descripción detallada de todo cuanto se ve y escucha. La segunda implica la participación en las actividades que realiza la población, sin olvidar que esto se hace con el fin de observar los distintos momentos y eventos de la vida social de la comunidad (52).

Para que la observación sea participante, se deben llevar a cabo diferentes actividades. Los primeros días, “los observadores permanecen relativamente pasivos a lo largo del curso del trabajo de campo, pero especialmente durante los primeros días.”, como lo dice Geer (1964) citado por Taylor y Bogdan (1994) (55), con ello se busca conocer los escenarios y las personas que se encuentran en campo de estudio.

El “rapport” es otro concepto importante durante la observación participante. Este va desde la comunicación, de la simpatía que se siente por los participantes, hasta lograr su aceptación, permitiendo que los participantes manifiesten sus sentimientos abiertamente y compartan su lenguaje y sus perspectivas (55).

La participación permite lograr la aceptación del investigador por parte de los participantes. Sin embargo, el investigador debe tener cuidado y evitar que se presenten situaciones tales como pretender competir con los participantes, así como actuar y hablar de modos que no son propios de la personalidad del investigador. Igualmente se puede presentar que por buscar una aceptación, se participe de forma excesiva conllevando a que se disminuya la capacidad del investigador para recoger la información. También se debe tener cuidado en que el investigador termine siendo explotado por los participantes (55).

La observación participante como método analítico investigativo depende de las notas de campo. Hamerseeley y Atkinson agrupan las notas de campo y las fotografías en lo que ellos llamaron los registros etnográficos. Las notas de campo “consisten en descripciones más o menos concretas de los procesos sociales y de su contexto” (56). Para Taylor y Bogdan (1994) las notas de campo deben incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, al igual que las acciones, sentimientos, instituciones o hipótesis del trabajo del observador (55).

Se sugiere que para poder recordar la mayor cantidad de eventos en el campo es necesario que el investigador preste mucha atención (observar, escuchar y concentrarse), al igual que cambiar la lente del objetivo, pasar de una visión

amplia a otra de ángulo pequeño. Igualmente, se debe buscar palabras clave, concentrarse en las primeras observaciones y la última de cada conversación (55).

La reproducción mentalmente de las observaciones y las escenas, permite hacer una descripción más detallada de cada suceso. Es necesario que una vez el investigador haya observado lo que está en condiciones de recordar, abandone el campo y escriba las notas de campo tan pronto como le sea posible. Si esto no es posible, se recomienda grabar un resumen o hacer bosquejo de lo observado. Puede ser de ayuda, el dibujar un diagrama del escenario y el recorrido que se hizo, luego ubicar las conversaciones específicas en ese diagrama y finalmente después de haber tomados las notas de campo, recoger los fragmentos de datos perdidos (55).

4.2.3. La entrevista grupal

Taylor y Bogdan definen la entrevista grupal como la reunión de un grupo de personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes (55). Por su parte, Morgan (1988) en Valles (1999), manifiesta que en la entrevista en grupo “hay una dependencia de la interacción dentro del grupo basada en los temas que proporciona el investigador, quien típicamente adopta el papel de moderador” (57). Como ventajas de la entrevista en grupo, esta apoya otras técnicas de investigación; en este caso es utilizada para apoyar la entrevista individual y para hacer la devolución de los hallazgos a los informantes.

4.3. El análisis de los datos

Según Geertz (1983:32), el análisis cultural es “conjeturar significaciones, estimar las conjeturas y llegar a conclusiones explicativas partiendo de las mejores conjeturas” (53), para lograr esto, el análisis de los datos requiere que el investigador tenga en la cuenta el tipo de investigación etnográfica que se está planteando, puesto que su análisis varía según este (58).

Teniendo en cuenta la afirmación anterior, Boyle plantea que el tratamiento que se le da a los datos puede ser de tres formas: la etnociencia, que le da prevalencia a los datos de las entrevistas, el punto de vista. Otra forma es mediante el análisis de contenido, el cual busca hacer inferencias a partir de datos de texto. Y una última forma es mediante el análisis descriptivo, un proceso que inicia desde la recolección de los datos y continúa durante el desarrollo de todo el proyecto de investigación (58).

Por su parte, Bogdan y Taylor le apuestan a un análisis que esté orientado hacia “el desarrollo de una comprensión de los escenarios o personas que se estudian” (55), mediante un proceso dinámico y creativo e implica ciertas fases. Primero es una fase de descubrimiento de progreso de los datos, la segunda incluye la codificación y el refinamiento de la comprensión del tema en estudio y finalmente el investigador trata de comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos (55).

Para la presente investigación, el análisis fue una constante desde el primer momento de la recolección de la información mediante la observación participante, y continuó durante toda la investigación analizando las entrevistas individuales y grupales en la medida que se iban realizando.

Se retoma el concepto del análisis tipo descriptivo que plantea Boyle (2003), para buscar una interacción profunda e identificar los puntos comunes de los participantes (58), así como las diferencias. Se interpretó el significado de las categorías que emergieron alrededor de la educación que le dio las médicas y los cuidadores que participaron en la consulta bajo la estrategia AIEPI.

4.4. Los criterios de evaluación

Definir unos criterios de evaluación de tal forma que esta investigación pueda ser verificada por otros investigadores, o sea que la “teoría debe ser confirmada o falseada” (52) es algo complejo. Debido a que en la descripción etnográfica se identifican tres rasgos característicos: es interpretativa, lo que se interpreta es el flujo del discurso social y la interpretación consiste en rescatar “lo dicho” (Geertz 1983: 32) por los otros (53).

Lo que dijeron esos otros son “realidades filtradas” por la percepción y la interpretación de quienes las experimentan y de quienes la estudian, que son quienes construyen sus versiones, por lo demás siempre en elaboración, a partir del dialogo que logran entablar (59). De igual forma, las experiencias vividas por un participante, y el significado que este le haya dado, no se le puede encontrar una versión correcta, única o fija de la experiencia (59).

A pesar de que el trabajo etnográfico esta mediado por la interpretación de los participantes, el investigador no puede olvidar la responsabilidad que como experto tiene frente a los datos generados, “lo que supone que su voz y su palabra tendrán el aval de la ciencias” (59), por tal motivo, esta investigación propone como criterio de validez, desde una antropología interpretativa, “la capacidad de la descripción para clarificar lo que ocurre, para ponernos en contacto con la vida de los actores” (50) planteado por Geertz citado por Peñaranda (2004). De igual forma se buscará hacer “... una descripción profunda de la forma como llevó a cabo su estudio, demostrando que tuvo vinculación prolongada e intensa con los actores” (50), describiendo cada uno de los ciclos que se llevaran a cabo y el desarrollo de las técnicas etnográficas utilizadas.

5. El trabajo de campo

Para el trabajo de campo, permanecimos en jornadas de 6 horas, 2 días a la semana durante los meses de febrero a julio de 2015. En general, los primeros días de la entrada al campo fueron destinados a la observación participante, en donde se acompañó a los padres y/o cuidadores en el proceso de toda la consulta de AIEPI y junto con las médicas, se orientó y atendió las necesidades de cuidado en salud que surgieron durante la consulta.

Esta actividad fue prolongada en el desarrollo de las otras actividades que se realizaron para la recolección de la información. Una vez se tuvo una idea general de cómo se desarrollaba la consulta, se inició con las entrevistas individuales, al mismo tiempo se organizaban las notas de campo, y se hacían la transcripción de las entrevistas. Posteriormente, se hicieron los primeros análisis de la información. Se continuó con las entrevistas grupales, se profundizó en el análisis de la información y se elaboró el informe final. A continuación, vamos a hacer una descripción más detallada del desarrollo de las diferentes técnicas etnográficas y el proceso que se llevó a cabo durante el trabajo de campo en los cuatro ciclos.

5.1. Ciclo uno

Este ciclo comprendió desde la identificación de la institución hasta la realización de las entrevistas individuales con cada uno de los participantes en la consulta bajo la estrategia AIEPI.

Unas de las dificultades que tuve que solucionar al iniciar la propuesta de investigación, fue la ubicación de una institución de primer nivel en donde la implementación de la estrategia AIEPI fuera constante. Mientras se iba escribiendo la propuesta de investigación, visité varias instituciones de las cuales me habían informado que estaban implementando la consulta del menor de cinco años bajo la estrategia AIEPI.

Sin embargo, varias de estas instituciones en algún momento habían iniciado el proceso pero no había continuidad. Y fue La E.S.E. hospital del Sur de Itagüí “Gabriel Jaramillo Piedrahita” , la que llevaba más tiempo implementado la estrategia AIEPI y con quienes se logró concretar el proyecto de investigación, después de haber sido evaluado el proyecto por el comité de ética de la institución.

La ESE Hospital del Sur “Gabriel Jaramillo Piedrahita”, es una institución que presta servicios de salud de primer nivel de atención. Cuenta con tres sedes de atención ubicadas en el Municipio de Itagüí, Antioquia, las cuales abarcan estratégicamente tres comunas de las seis del Municipio de Itagüí. Sus principios se centran en la atención humanizada, segura y centrada en el usuario.

La recolección de los datos se llevó a cabo en dos de las sedes con las que cuenta La E.S.E. hospital del Sur de Itagüí. Las primeras observaciones se realizaron en la sede San Pio (Cl. 33 No. 50A-25), donde generalmente se tiene la consulta de AIEPI. Debido a remodelación que se tenía programada para esta, la consulta de AIEPI la trasladaron para la sede Santa María (Cl. 73A No. 52B-25), por lo tanto se continuo con la recolección de la información en esta sede. En esta sede, se hicieron observaciones en dos de los consultorios y en la sala de espera ubicados en el segundo piso.

Aunque fueron dos sedes, el fenómeno de la investigación no se centró en las instituciones, puesto que la búsqueda de la comprensión de la educación en la consulta, podía ser observada independientemente del sitio en donde se desarrollara. En palabras de Geertz, “El lugar de estudio no es el objeto de estudio. Los antropólogos no estudian aldeas (tribus, pueblos, vecindarios...); estudian en aldeas”.(53)

Decidí asistir a la institución con mi uniforme de enfermera, pensando en que tanto las médicas como los cuidadores no se sintieran incómodos con mi presencia. La disposición por parte de las personas que trabajan en la institución siempre estuvo presente. Los dos primeros días, la enfermera de

epidemiología fue quien me presentó con las médicas y hablamos de la investigación.

Luego yo llegaba sola, me presentaba en el consultorio directamente y si había una médica con la cual no había estado, la orientaba sobre el objetivo de la investigación y de la participación de cada una de ellas.

Igualmente con los cuidadores se hacía el mismo ejercicio, la médica o yo me presentaba y pedíamos su autorización para que estuviera presente en la consulta, ninguno de los cuidadores se negó.

La observación participante fue la primera actividad que realicé cuando inicié el trabajo de campo. Inicialmente la realicé en el consultorio y después en la sala de espera con el objetivo de ver las dinámicas de los cuidadores mientras eran llamados a la consulta. La observación participante me permitió involucrarme activamente en el desarrollo de las actividades del día a día en la institución.

La relación con el personal fue muy cortés, en la medida que participaba de la consulta fue fluyendo el “Rapport”, un elemento fundamental en la observación participante y que permite lograr una apertura de los participantes durante la recolección de la información y el desarrollo de la investigación, esto lo podemos evidenciar en el siguiente fragmento.

“[...] hoy la consulta la realiza la médica # 2. Me saluda muy sonriente, me dice que no ha llegado el paciente y que la acompañe a tomar un café, vamos al cafetín, hay café pero no hay vasos, así que ella sale y dice que va a conseguir algunos. Yo espero, al rato llega y dice que solo consiguió un vaso, que si quiere tomo yo primero y luego ella se sirve, le digo que tranquila que voy a buscar la enfermera (quien es una egresada de la UPB) para que nos regale vasos. Finalmente servimos el café y nos regresamos para el consultorio...” (NC5)

Sentí un reconocimiento como enfermera, en ocasiones ellas pedían mi concepto sobre la valoración física del niño o una intervención para orientar

algunas situaciones de los niños o las madres. Y como investigadora, puesto que nunca se negaron a recibirme para la observación en la consulta.

Durante la consulta intenté tomar el rol de cada uno de los participantes, ubicarme del lado del paciente o de la médica, buscando tener la visión de cada uno de ellos. Del lado de los pacientes, me permitió ver como elementos del escritorio impiden que haya una comunicación con el médico y acercarme más a sus necesidades para orientarlas. Y estar del lado de la médica me permitió ver la historia electrónica de AIEPI y la aplicación de los protocolos de AIEPI, una situación que llevó en los primeros días a estar en una constante “comparación” de lo que dice la teoría frente a lo que hacían las médicas.

Durante el desarrollo de la consulta ayudaba en la organización de la consulta, el llamado de los pacientes y la orientación a otros servicios del hospital. Igualmente, ayudaba a la médica con la toma de medidas antropométricas, el peso, la talla y el perímetro cefálico de los niños y las niñas. Otras veces, mientras la médica examinaba al niño, yo hablaba con la madre y le preguntaba algunas situaciones de la condición de salud del niño que orientaba el manejo dado.

Otra de las actividades que realicé fue la orientación sobre temas relacionados con el niño o la madre: derechos de los usuarios, manejo de residuos para prevención de proliferación de zancudos, cuidados generales del niño, alimentación del niño, y planificación familiar para las madres. También me buscaban y pedían asesoría de algunos temas que por lo general son las enfermeras las que las manejan, por ejemplo la orientación en lactancia materna, esta participación la podemos evidenciar en la siguiente texto.

“Mientras estoy en la sala, pasa la médica número tres que estaba haciendo consulta, dos consultorios continuo, pasa por un lado, entra al consultorio de AIEPI y pregunta que donde está la enfermera, la médica # 2 le dice que sentada en la sala, ella mira y me ubica, me dice que la acompañe al consultorio que necesita que le ayude con algo. Cuando entramos al consultorio hay una madre sentada en una silla, alzado tiene a su bebé recién

nacido quien llora intensamente, cerca esta otra señora, al parecer es su madre. La médica me explica que no ha podido hacer pegar al niño al seno. Yo dejo mis cosas sobre la camilla, me lavo las manos... (NC5)

La sala de espera, también se constituye en un espacio de la consulta. Por tal motivo se destinó tiempo exclusivo para la observación de las situaciones que allí suscitaban o también se hacía observación mientras se esperaba el contacto con los cuidadores para las entrevistas individuales. La sala de la institución está ambientada con música por alta voz, que es instrumental y muy suave.

En algunas ocasiones a las personas les ofrecen bebidas calientes o agua. Entre quienes esperan se orientan sobre los servicios del hospital. Se observó que la sala de espera permitía un espacio de interacción entre las madres o los cuidadores para compartir las experiencias que se viven alrededor de la crianza o el cuidado de los niños. Se pudo observar que los cuidadores disfrutaban de la presencia de los otros niños, les invitan al juego mediante caricias o monerías. También aprovechan el tiempo de espera para hacer las tareas de la escuela de sus niños.

La observación participante fue documentada en un pequeño cuaderno que llevaba siempre conmigo, hacia anotaciones de palabras clave de lo que sucedía. Posteriormente se organizaban las notas de campo en un formato que se diseñó para ello, teniendo en cuenta lo sugerido por Taylor y Bogdan (55) (ver Anexo 4). La transcripción se hizo en el programa de Word. La organización de las notas se realizaba prontamente, no pasaban más de tres días entre la observación y la organización del escrito.

Durante este tiempo de la observación hubo varias situaciones que me confrontaron como investigadora y profesional. Siendo yo docente de enfermería de una práctica donde las estudiantes participan del desarrollo de la consulta de AIEPI en otra institución, me era inevitable buscar el desarrollo esos parámetros en esta consulta. Igualmente, comparar cómo debe

desarrollarse la consulta bajo la estrategia AIEPI, desde lo que veía con lo que presenta la literatura.

Poco a poco y con la elaboración de los diarios de campo, las lecturas por parte de mi asesor y sus recomendaciones, empecé a buscar mi objeto de investigación, la educación que emergía en la consulta. Aunque el asesor me decía que estaban escritas en los diarios de campo, yo no las descubría, necesite leer nuevamente mi marco conceptual y releer las notas de campo para poder identificar esos elementos.

Otra situación que me fue difícil controlar, fueron mis intervenciones cuando el cuidador hacía una pregunta y la médica no respondía. Yo sentía la necesidad de hacerlo, lo hago todo el tiempo durante mi trabajo, era difícil mantenerme al margen. Además, el cuidador con su mirada, cuando no encontraba respuesta en el médico, la buscaba en mí. Hubo momentos en que decidía no hacerlo para documentar el actuar del médico y entonces a ellos les parecía extraño que yo no dijera nada, me preguntaban que qué me pasaba y yo les decía que estaba haciendo un ejercicio diferente cada día.

Las primeras cuatro semanas me dediqué a la observación participante asistiendo dos veces por semana, el objetivo fue conocer la dinámica de la consulta de AIEPI y el funcionamiento de los servicios en el hospital. Luego la observación era alternada con la realización de las otras actividades como las entrevistas individuales.

Para las entrevistas individuales, se contó con una guía de entrevista con base en los objetivos específicos planteados en la investigación. Sin embargo en cada entrevista se dio prioridad a la indagación por los aspectos que surgía durante el diálogo con los participantes. En total se realizaron trece entrevistas individuales, de las cuales diez fueron a los cuidadores y tres se realizaron a las médicas.

Las entrevistas individuales a los cuidadores se realizaron en la sala de espera de la sede Santa María. Una vez finalizaba la consulta bajo la estrategia AIEPI,

abordaba al cuidador, me presentaba, les contaba que actividad estaba realizando y como esperaba que ellos participaran. Una vez aceptaban participar en la investigación, nos ubicábamos en las sillas de la sala de espera. Les leía el consentimiento y se aclaraban las dudas que surgieran. Comprendido como era la participación, el cuidador firmaba el consentimiento (ver anexo No. 1). Posteriormente diligenciaba la encuesta sociodemográfica (ver anexo No. 3) El objetivo de este último instrumento fue tener información para ubicar a los participantes e incluirlos en fases posteriores del estudio (entrevistas grupales, socialización de hallazgos preliminares, socialización de resultados).

La entrevista con los cuidadores se iniciaba con las preguntas ¿porque había traído al niño? y ¿cómo se desarrollaba la consulta de AIEPI?, dependiendo la respuesta se realizaron preguntas abiertas que permitieron hablar del proceso educativo que se llevaba a cabo y el significado de los participantes sobre estos. Hubo cuidadores que se negaron a participar, porque debían ir a reclamar medicamentos, porque estaban de afán, porque tenían que ir a sus casas a atender sus deberes, por situaciones de salud especial, porque debían ir a tomar exámenes y atendían hasta determinada hora o porque cuando se les decía que debía grabar la entrevista decían que no les gustaba.

La selección de las médicas a entrevistar, se realizó teniendo en cuenta que durante los días en que hice la observación participante fue con quienes más coincidí, por lo que decidí hacerles a ellas la entrevista, ya habíamos establecido confianza y esto me permitiría más que hacer una entrevista, tener una conversación.

Las entrevistas con las médicas se llevaron a cabo en sus consultorios. Con una de las médicas se concertó un día específico para la actividad; con las otras dos se hizo un día en el que nos encontrábamos en la observación y teniendo en cuenta que no llegaba el niño citado, se aprovechó para realizar las entrevistas, lo que hizo que con una entrevista se tuviera que cortarla sin haber concluido. Por tal motivo, mientras ella realizaba la consulta revisé la entrevista, sin embargo después consideré que se habían discutido suficientes elementos

del proceso educativo por lo que se dio por finalizada la entrevista. A las médicas se les hacía entrega del consentimiento, ellas lo leían y se les aclaraban las dudas que surgieran.

Durante las entrevistas conté con una de mis estudiantes de enfermería, con ella planteé dos objetivos, uno fue que ella hiciera anotaciones de algunos detalles que veía en el ambiente y las expresiones del cuidador mientras se llevaba a cabo la entrevistas, para que posteriormente los discutiéramos y yo organizara el diario de campo, de esta forma podía concentrarme en lo que decía el cuidador. Igualmente ella en algunas ocasiones hizo preguntas durante la entrevista. El segundo objetivo fue crear un espacio para que ella observara como se hacía el trabajo de campo de una investigación cualitativa y la ejecución de algunas técnicas etnográficas, teoría que había sido revisada en una de las asignaturas del pensum de enfermería.

Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente las transcribí en un formato elaborado por Morse (1995), el cual permite además de la transcripción del contenido de la entrevista, escribir otros aspectos como son la descripción del ambiente, el lenguaje no verbal, (tono de voz, postura, expresiones faciales, movimiento de ojos, contundencia del discurso, movimientos del cuerpo, posturas de las manos) y del contenido de la entrevista el uso de palabras clave, la identificación de temas, foco, y palabras o frases que se destacan (60) (ver anexo No. 5)

Mi experiencia haciendo entrevistas ha sido poca, esta era la primera vez que me enfrentaba a realizar una entrevista sola, aunque estaba conmigo mi estudiante, yo era la responsable del proceso. Previo a la entrevista, había realizado una lectura de cómo debía hacer una entrevista abierta no estructurada, cuáles eran los errores más comunes y había organizado una guía de entrevista. Sin embargo, durante la primera entrevista con uno de los cuidadores, sentí que las cosas no fluyeron, las respuestas del cuidador eran cortas y no sabía que preguntar, por momentos me olvide de la guía y cambiaba la formulación de la pregunta. Luego cuando transcribí la entrevista, hice más consciente esta situación, me di cuenta que había caído en los

errores en los cuales había leído. La primera entrevista fue analizada mirando cómo debía formular las preguntas, pero no incluyo dentro de los hallazgos. En las siguientes entrevistas, cada una de ellas significó hacer un ajuste para la siguiente.

Hubo elementos de la entrevista que jugaron en contra, como por ejemplo la grabadora, la gran mayoría de los cuidadores se incomodaban porque se gravaba la conversación, aunque habían consentido la actividad, esto se podía evidenciar porque siempre una vez apagaba la grabadora hacían expresión de alivio, de descanso, como ¡hay ya se acabó!. Igualmente muchas veces sus respuestas durante la entrevista eran cortas y una vez finalizaba la entrevistas seguíamos conversando y esta vez sí se extendían un poco más. El tiempo de la entrevistas fue otro elemento en contra, muchos de los cuidadores tenían que ir por los medicamentos ordenados o a realizar exámenes y querían finalizar prontamente la entrevista.

Durante la realización de las primeras nueve entrevistas siempre estuve con uniforme de enfermera, hablando con otro compañero investigador me dijo que probablemente esto podía influir en las respuestas de los cuidadores, ya que los cuidadores al verme con uniforme de enfermera pensarían que soy de la institución y no hablarían honestamente de las dificultades que se pudieran presentar en la consulta. Por tal motivo, hice un ejercicio para saber si había un cambio significativo en las respuestas de los cuidadores y decidí en las últimas entrevistas ir vestida de particular; sin embargo, la entrevista se desarrolló igual que las anteriores y no vi algún cambio en el patrón de las respuestas de estas entrevistas.

Por otra parte, con las entrevistas de las médicas sentí que fueron más fluidas. Al igual que con las entrevistas de los cuidadores, se había organizado una guía. De las tres entrevistas, una de las médicas, desde el principio, observe que sus respuestas fueron muy fluidas, espontáneas, inclusive si creía que no era clara la respuesta, la reorganizaba. Las otras dos médicas cuando inicié las entrevistas, parecieran que sus respuestas estaban previamente organizadas, acartonadas, sin embargo a medida que avanzaba la entrevista, sus

respuestas se tornaba más fluida, espontaneas. Se podía observar que al iniciar la entrevista sus cuerpos que eran rígidos, se sentaban rectas en la silla con las manos sobre el escritorio y posteriormente se observaba que sus cuerpos se tornaban livianos, se recostaban sobre el espaldar de sus sillas y ya utilizaba sus manos para apoyar lo que querían expresar.

Las entrevistas fueron un proceso de aprendizaje, cada una fue una mejora para la siguiente, considero que esto se dio por el hecho de que yo misma fui quien hizo la transcripción. Con los cuidadores realmente el proceso de las entrevista fue más estresante, mientras que con las médicas fue más tranquilo, ¿cuál fue la razón?, después de mucho pensarlo, he concluido que pudo ser el tiempo compartido con los participantes, con los cuidadores este fue corto, lo que no permitió, por mi parte, conocerlos e identificar pistas que me indicaran si ellos me habían comprendido las preguntas y de esta forma poder reformularlas, o saber si yo estaba utilizando un lenguaje incomprensible durante las entrevistas que hiciera que sus respuestas no fueran en vía a la pregunta formulada. Y para ellos, probablemente no les permitió adquirir la suficiente confianza para abrirse y hablar espontáneamente sin pensar que había respuestas buenas o malas, sino simplemente respuestas. Considero que la falta de tiempo compartido con los cuidadores, hizo que el total de las entrevistas no fuera lo que yo esperaba, una la conversación amena.

5.2. Ciclo dos

El segundo ciclo incluyó el análisis inicial de las entrevistas individuales y la realización de las dos entrevistas grupales, el objetivo fue hacer una reflexión colectiva de cómo se dan los procesos educativos durante la consulta y aclarar algunas inquietudes surgidas durante el análisis de las entrevistas individuales. El análisis de la información se hizo simultáneamente con la recolección de la información desde este ciclo. La información recolectada durante el primer ciclo primero se organizó, el manejo de los diarios de campo se hizo de la siguiente forma:

- Se organizó una carpeta donde se guardaron los diarios realizados.
- Se les asignó un código que fue construido de la siguiente forma:

- Las letras, son las iniciales de las palabras nota de campo (NC).
- El número, se asignó teniendo en cuenta el orden en que fueron realizados (Ej. 1,2,3,4....)

Por otra parte, las entrevistas se organizaron así:

- Se crearon carpetas por cada grupo de entrevistas, cuidadores y personal médico.
- Teniendo en la cuenta el principio de confidencialidad, cada entrevista fue identificada de la siguiente forma.
 - La primera letra hace referencia a que es una entrevista (Ej. E).
 - La segunda letra a quien pertenece Cuidador “C”, médico “M”
 - El siguiente es un número, se asignó teniendo en cuenta el orden en que fueron realizadas (Ej. 1,2,3,4....)
 - Y el siguiente número hace referencia a la edad del paciente.
- Se creó en un archivo en Excel para organizar la información de los datos sociodemográficos.

Una vez transcritas las entrevistas individuales de los cuidadores y a las médicas, y se organizaron las notas de campo, se crearon unidades hermenéuticas en el programa de informática Atlas.ti 7, esto permitió diferenciar claramente cuáles eran los elementos que emergían de cada uno de los participantes de la investigación. En el análisis de la información, la herramienta informática de Atlas.ti 7 facilitó la segmentación del texto en pasajes y citas, el análisis de los datos y la escritura de comentarios y anotaciones.

Para el análisis de los datos, busqué hacer una contextualización social en la que se producen los significados que emergían (manifestados por los entrevistados) en los procesos educativos que se realizan en la consulta de AIEPI. En palabras de Herrera, el objetivo del análisis será “contextualizar lo allí producido dentro de las visiones de mundo que lo hacen posible” (47).

Primero identifiqué grandes temas teniendo en cuenta el marco teórico propuesto. Inicialmente leí en repetidas ocasiones las entrevistas y los diarios

de campo. Luego se nombraban con códigos fragmentos o citas de las entrevistas que me decían algo, estos códigos en su gran mayoría tenían una palabra clave de la misma cita seleccionada. Unos días después de hacer la primera codificación, nuevamente leí las citas y los códigos asignados para ratificar que realmente estos códigos daban cuenta los fragmentos seleccionados.

Una vez re leídos, fueron organizados en grupos de temas (sub categorías) relacionados con el tema principal, para nuestro caso, la educación para la salud y con los objetivos propuestos en la investigación. Al igual que la primera codificación, al organizar las subcategorías, nuevamente se verificó que los códigos sí pertenecían a la subcategoría seleccionada, si determinaba que podía estar otras subcategorías, se reubicaban los códigos.

Finalmente estas subcategorías se analizaron y relacionaron unas con otras organizando unas categorías finales, que dieron cuenta de la comprensión que di del tema, la educación en el contexto de la consulta bajo la estrategia AIEPI. Se seleccionaron algunos fragmentos de las entrevistas y los diarios de campo para apoyar la interpretación dada.

Tabla 2 Categorías y subcategorías del proceso de análisis

Categorías	Subcategorías
El desarrollo de la consulta bajo la estrategia AIEPI	El espacio de la consulta
	Como se procede en la consulta
	Los participantes: las médicas y los cuidadores
El significado de la estrategia AIEPI	La AIEPI, una atención prioritaria para los cuidadores
	La AIEPI, un reto constante para las médicas
La educación en la consulta AIEPI: la mirada de los cuidadores	La educación para los cuidadores: se requiere confianza para indagar

	Como ve el educador el educando: la médica referente de conocimiento
	La nutrición, una necesidad de aprendizaje apremiante
La práctica pedagógica: la mirada a partir de las médicas	La educación: manejo de las enfermedades “auto-limitadas”
	Saberes y prácticas de los cuidadores: una mirada desde las medicas
	El desarrollo de la educación
El discurso pedagógico	El conocimiento verdadero
	La recontextualización del discurso
	La adecuación del lenguaje
	El lenguaje no verbal

Para las entrevistas grupales, se decidió agrupar las madres y/o cuidadores en un encuentro y las médicas en otro. Con las médicas, antes de realizar las entrevistas grupales se compartieron dos documentos, uno fue la introducción del libro “Las pedagogía del conocimiento” de Louis Not y el otro fue un documento de Serrano “Líneas básicas en el estudio de educación para la salud”. Esta actividad buscó crear un espacio de reflexión sobre la educación y educación para la salud a la luz de la teoría.

Para la realización de las entrevistas grupales se presentaron varias dificultades. Con las médicas, debido a que cada una tenía turnos, se debió enviar una solicitud a la coordinación médica para que desde esta instancia se programara en los cuadros de turno de cada médica el espacio para la actividad. Esta gestión se empezó a realizar desde el mes de mayo vía e-mail, no obstante, a pesar de que se envió el comunicado el 3 mayo, ya se había programado los turnos para ese mes, por tal motivo no se pudo realizar la actividad durante ese mes. La coordinadora médica me sugirió que hablara con las médicas para saber si tenían un espacio libre donde coincidieran las tres.

Días después escribí a las tres médicas, sin embargo no obtuve ninguna respuesta.

Teniendo en cuenta que no recibí ninguna respuesta de las médicas, nuevamente antes de finalizar el mes de mayo escribí a la coordinación médica para hacer la solicitud de programas en cuadro de turno y el espacio para la entrevista, a lo que me respondieron que me informarían sobre la fecha de la actividad. Volví a escribir y en el mes de julio me respondieron que debido a la incapacidad de una de las médicas no se pudo coordinar la actividad, y se debía esperar que ella regresara.

En los primeros días del mes de agosto, debido al silencio por parte de la institución, nuevamente escribí a las médicas para saber cómo estaban sus actividades durante unas fechas del mes de agosto y propuse realizar la entrevista, sin embargo no hubo ninguna respuesta. Los últimos días del mes de agosto nuevamente volví a escribir para explicarles la importancia de finalizar la investigación, sin embargo no obtuve respuesta.

En el mes de septiembre recibí una llamada de la persona encargada del área de investigación indagando sobre cómo va la investigación y le comenté la dificultad que se me presentó para realizar la entrevista grupal, ella me informa que solucionará la situación. Días después recibí un correo vía e-mail informándome la fecha y la hora en que se realizaría la entrevista grupal con las médicas, la cual finalmente se realizó sin ningún contratiempo y con las tres médicas.

La entrevista con las médicas se desarrolló en uno de los consultorios de la sede Santa María. Las médicas al inicio presentaron dificultad para discutir los textos propuestos para el ejercicio, pues manifestaron haberlos leídos hacía mucho tiempo y no los recordaban. Sin embargo, posteriormente la entrevista grupal permitió la controversia con respecto a la educación que realizan durante la consulta, la cultura, las prácticas de las madres y los cuidadores entre otros temas.

La convocatoria para la entrevista grupal de las madres o cuidadores igualmente tuvo dificultad para su concertación. Desde el mes de agosto me contacté con las 10 madres y cuidadores a los que se les había realizado la entrevista individual. Cinco de ellas habían entrado a trabajar y les era imposible asistir a la actividad. Solo 4 de las 10 manifestaron que podían asistir, pero el día en que se programó la actividad, no asistió ninguna de las confirmadas.

Días después las llamé nuevamente y me volvieron a confirmar, pero el día de la actividad solo llegó una mamá, decidí hacerle la entrevista. Sin embargo debido a que hacía mucho tiempo había asistido a la consulta con su hija y como no había utilizado nuevamente el servicio, sus diálogos fueron iguales a los de la primera entrevista.

Por tal motivo decidí convocar otros cuidadores que hubiesen asistido a la consulta. Le pedía a la enfermera encargada de los programas de consulta externa, que si era posible acceder a la base de datos de las personas que habían consultado durante la última semana en la consulta de AIEPI, a lo que me respondió que sí. Con la base seleccioné a usuarios que habían asistido en las últimas fechas, muchos de los teléfonos no habían sido asignados, otros repicaban y no contestaban. En varios donde contestaban, las personas no vivían allí, se les dejaba la razón. Otros manifestaban que por su trabajo no podían asistir y otros que no deseaban participar de la investigación. Finalmente concrete a 5 madres, más el día de la actividad no llegó ninguna. Entonces decidí hacer unas tarjetas de invitación, para ser entregadas personalmente. Esperaba a que finalizara la consulta de los niños y abordaba al cuidador. Varios manifestaron no poder asistir en las dos fechas que había programado, una era entre semana y la otra el día sábado. La consulta terminó ese día y solo concrete a dos madres. Decidí hablar con la médica para ver si era posible que ella las entregara el siguiente día, manifestó que sí. Igualmente solicité de nuevo la base de datos de las últimas consultas para contactar otros cuidadores por teléfono de un día para otro, y de esa forma confirmé a cinco.

En la primera fecha convocada llegaron a la cita un par de padres y a la segunda cita llegó una madre. Por tal motivo decidí hacer la entrevista a cada uno, orientándola inicialmente a partir de las codificaciones iniciales. Se codificó, analizó y analizó la información para fortalecer y ratificar las categorías finales del informe.

5.3. Ciclo tres

En el tercer ciclo, se concluyó el análisis de las entrevistas grupales y se realizaron una última entrevista grupal, esta con el fin de hacer una socialización de los hallazgos con los participantes, y con ello avanzar en la comprensión de la educación que se llevan a cabo en la consulta. Al igual que en el ciclo dos, se presentaron dificultades para la convocatoria de las médicas y de los cuidadores.

Con las médicas, fue difícil concertar el espacio en el cual las tres médicas estuvieran sin asignación de turno. Para poder optimizar el tiempo de sus trabajos, se propuso hacer un almuerzo de trabajo. Finalmente junto con la coordinación médica se decidió el espacio en el que se hizo la socialización de los hallazgos.

Con los cuidadores se decidió hacer una entrevista grupal con aquellos que salían de la consulta y esperaban la consulta, puesto que fue difícil hacer contacto por vía telefónica, con los cuidadores que inicialmente participaron de las entrevistas individuales.

5.4. Ciclo cuatro

En el cuarto ciclo se hizo la socialización de los hallazgos finales de la investigación en tres instancias: Los participantes de la investigación, las directivas e interesados de la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí y los coordinadores o responsables de la orientación de la estrategia AIEPI en el municipio Itagüí y el departamento de Antioquia.

Una vez la tesis fue aprobada, por compromiso con la institución, la primera instancia a la que se le socializaron los hallazgos fue a la ESE Hospital del Sur de Itagüí. A ellos se les hizo entrega de una copia del documento final de la investigación.

Posteriormente se contactó a la secretaria de salud del municipio de Itagüí, para presentar los hallazgos, con el objetivo que las recomendaciones fueran tenidas en cuenta en el componente comunitario.

5.4. Logros y dificultades durante el trabajo de campo

Un logro fue la confianza obtenida por parte de los funcionarios de la institución, que me permitían libremente acceder a los espacios de la institución.

El recomiendo como enfermera e investigadora por parte de las médicas.

La autorreflexión e identificación de situaciones a mejorar durante el trabajo de campo y la reorientación necesaria en cada proceso.

Un logro fue la confianza otorgada por las médicas que permitió una entrevista fluida, sincera y espontánea.

Una de las dificultades fue la identificación de la institución ya que hay pocas instituciones en la ciudad que tiene constancia en la implementación de la estrategia AIEPI.

Una dificultad fue el poder desprenderme del rol de enfermera y docente, actividad que hago a diario, para desarrollar la mirada de investigadora.

El poco tiempo que tenía para interactuara con los cuidadores y lograr obtener una mayor confianza, considero fue elemento para que los cuidadores fueran poco fluido en sus apreciaciones.

Otra dificultad la poca familiaridad de los cuidadores con la grabadora, razón por la que muchos se negaron a participar.

La poca disponibilidad del cuidador para las entrevistas por necesidad de ir cumplir con labores en casa.

Otra dificultad fue la poca convocatoria de los cuidadores y las médicas para las entrevistas grupales.

6. Los hallazgos

Este capítulo presenta los hallazgos que emergieron del proceso de codificación y categorización. Inicialmente se hará una descripción del contexto en el cual se da la educación en la consulta de la estrategia AIEPI. Posteriormente se hará una descripción de las características de las madres o cuidadores y de las médicas. Seguidamente, se abordará el significado que tiene la estrategia AIEPI tanto para el cuidador como para las médicas. Un tercer aspecto será, describir la educación en la consulta, el significado de esta para los participantes y cómo se ven mutuamente entre ellos, las médicas como ven los cuidadores y los cuidadores como ven las médicas. Seguidamente se abordará las prácticas pedagógicas y los discursos pedagógicos que surgieron a partir de lo dicho por las médicas.

6.1. El desarrollo de la consulta bajo la estrategia AIEPI

6.1.1. El espacio de la consulta

Como lo mencioné en el capítulo de la metodología, la investigación se desarrolló en dos de las sedes de la ESE Hospital del Sur Itagüí y observé la consulta de AIEPI en tres consultorios, sin embargo estos no tenían diferencias significativas. Los tres consultorios tenían la misma distribución espacial, contaban con los mismos implementos, solo uno contaba ambientación infantil. El consultorio tenía un espacio para la entrevista y otro para examinar al niño. Entre los dos espacios había una división que no llegaba hasta el techo, lo que permitía que la médica escuchara desde su escritorio al niño y a la madre mientras estos se encontraban en la camilla del examen físico, de tal forma que la médica, desde su escritorio, podía hacer interrogando u ofrecer las recomendaciones a los cuidadores simultáneamente, práctica que permitía ahorrar tiempo de la consulta.

Sobre el escritorio de la médica se ubicaba el computador, un elemento que por su tamaño, durante la entrevista se convertía en un obstáculo para la

conexión visual entre la médica y el cuidador. También contaba con un porta papeles, en donde se organizaba material impreso, plegables, volantes o cartillas de temas en salud, los cuales eran entregados a los cuidadores con el objetivo de reforzar la información suministrada en la consulta.

El área del examen físico tenía camilla, báscula pediátrica, báscula de adultos, tallímetro, fonendoscopio y reloj. Insumos como baja lenguas, espéculos óticos, gel antibacterial entre otros. Elementos que permitían realizar una valoración completa del estado físico del niño.

Una de las diferencias que se pudo evidenciar entre los consultorios fue que, en el primer consultorio observado contaban con decorativos en las paredes que lo hacían visiblemente más coloridos. Adicionalmente tenía juguetes, los cuales eran utilizados por las médicas para tener acercamiento con los niños. Igualmente los niños podían jugar y distraerse, mientras la médica llevaba a cabo el interrogatorio a los cuidadores, los niños se distraían, de tal forma que después de un rato de iniciada la consulta, el niño que habían entrado llorando, se habían calmado y el examen físico podía realizarse con más tranquilidad. Durante la entrevista grupal las médicas manifestaron que desde el cambio de consultorio los niños lloran más durante la consulta, y consideran que esto está dado por el ambiente donde se desarrolla la consulta actualmente.

“Lo que pasa es que en el consultorio que teníamos antes era un consultorio que era mucho más... adecuados para los chiquis, entonces mientras usted conversaba con la mamá el chiquis estaba allá en el deslizadero, se tiraba, jugaba con los carritos con las muñecas con una cosita con la otra. Ahorita es un consultorio que es mucho más parco, todo blanco entonces, llegarle al chiquí a decirle, venga que es que yo voy irrumpir y usted no ha jugado, no ha hecho nada, a decirle venga yo lo reviso, venga que le vamos a quitar literalmente la ropa, es mucho más complejo...” EGEM231

Los consultorios son espacios privados y seguros, cuentan con los implementos necesarios para llevar a cabo una evaluación en los niños. Las diferencias que se observan entre los consultorios están relacionadas con la

ambientación infantil, que influye en el comportamiento de los niños durante la consulta.

6.1.2. Como se procede en la consulta

De los tres momentos que plantea la estrategia AIEPI para la consulta, solo se desarrollaba el segundo momento, la consulta como tal. La pre-consulta y la post-consulta no se encontraban organizadas en la institución durante el tiempo que se desarrolló la investigación, en algún momento si se contó con los tres espacios pero este no se continuó por situaciones administrativas.

Para las médicas la organización de los tres espacios de la consulta es necesaria. Ellas manifiestan que durante el tiempo en que participó el personal de enfermería, ellas apoyaban la educación puesto que tenían habilidades que las médicas no, complementando la educación realizada por las médicas. Para las médicas este trabajo interdisciplinario favorece que los cuidadores identifiquen los cuidados que el niño necesita en casa. Igualmente el personal de enfermería apoyaba en la toma de medidas antropométricas, el inicio del tratamiento y la orientación a otros servicios según necesidad, optimizando el tiempo que se tiene dispuesto para la atención por cada niño.

“de hecho la estrategia como está planteada pues, que debería ser lo ideal es que la paciente tenga una pre consulta, la enfermera le toma todos los signos vitales, pasa a la consulta con el médico y después se devuelve otra vez a la post-consulta para que le explique, le mandaron suero, vengo pues yo se lo enseñé a preparar, le mandaron inhaladores, venga yo le muestro como se los hace, le mandaron lavados nasales, venga yo le muestro como se hacen lavados nasales, pues ese se supone que debería ser el ideal de las consultas”
EGEM231

El cuidador podía solicitar la consulta de AIEPI mediante dos formas. Llamando al número del conmutador de asignación de citas o acercándose personalmente a la taquilla de facturación. Algunos cuidadores eran derivados a la consulta AIEPI desde el programa ampliado de inmunizaciones o del

programa de detección de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años. Igualmente podían ser direccionados del servicio de urgencias para una consulta de seguimiento. Esto evidencia el reconocimiento de la estrategia y la articulación a otros programas o servicios en la institución.

Una vez era asignada la cita, el cuidador debía presentarse veinte minutos antes para facturar la consulta*. Allí le informaban a que consultorio debía dirigirse y el médico que le iba a atender. La cita tenía una asignación de 30 minutos por cada niño.

La consulta iniciaba con la actualización de los datos del niño, especialmente el número de teléfono, necesario para ubicar a los cuidadores en caso de ser requeridos después de la atención. Posteriormente, la médica indagaba por el motivo de la consulta y se iniciaba el interrogatorio según el orden que tiene establecido el formato de historia clínica de AIEPI.

Los motivos de consulta manifestados por los participantes y los evidenciados durante la observación se encontraron, alteraciones de las vías respiratorias, problemas en la alimentación o alteraciones en el estado nutricional, fiebre, infecciones en los oídos y alteraciones de la piel de los niños. Otros niños consultaron para el seguimiento de la evolución de alguna alteración de salud evaluada en el servicio de urgencias o en hospitalización.

Durante el interrogatorio, se pudo evidenciar que debido a que la conexión visual médica-cuidador era interferida por la ubicación del computador y por el tiempo que la médica dedicaba a diligenciar los instrumentos y soportes de la consulta, era constante la búsqueda por parte del cuidador de una persona a quien hablarle cuando socializaba el motivo de la consulta, explicaba la situación de salud del niño o cuando respondía las preguntas que realizaban las médicas. Era común que él me hablara, ya que yo me sentaba a su lado cuando observaba la consulta.

* La facturación es un proceso que permite hacer el cobro del servicio a la EPS, pero no al cuidador.

Una vez finalizaba el interrogatorio de rutina, la médica llevaba al niño al área de la camilla, realizaba el examen físico, el cual incluía inspección, palpación, auscultación, toma de signos vitales y de medidas antropométricas. Algunas veces las médicas iban hablando con el cuidador sobre los hallazgos encontrados durante el examen físico, otras veces realizaban esta actividad al finalizar el mismo.

Posterior al examen físico, la médica regresaba al escritorio y le informaba al cuidador de lo encontrado y como se iba a proceder. Estas actividades comprendían indicaciones para manejar la condición del niño, la orientación sobre los signos de peligro por los cuales debía consultar, su siguiente cita de control. Se hacía entrega de la tarjeta para la madre, prescripción de la fórmula, órdenes de exámenes y remisiones. Éstas debían ser reclamadas en la oficina de información, ubicada en el primer piso de la sede. Algunas veces se hacía entrega en el consultorio de medicamentos como Sulfato Ferroso y Albendazol. Estos medicamentos eran suministrados por la Secretaria de Salud del municipio de Itagüí.

El tiempo en la consulta fue un tema de relevancia tanto para los cuidadores como con las médicas. Para los cuidadores el tiempo que debe tener la consulta está relacionado con la condición del niño. Manifiestan que si un niño se encuentra enfermo, requiere de más tiempo para su atención que si el niño no tiene alguna gravedad. Es suficiente el tiempo cuando observan que la médica hace un examen físico completo y ha atendido todas las necesidades del niño, así haya utilizado menos tiempo del programado en la cita. Igualmente, teniendo en cuenta que el niño puede desconocer el espacio y a la médica, manifiestan que se debe tener tiempo suficiente para que el niño entre en confianza y poder hacer un examen físico completo.

E: ¿Y crees que el tiempo fue el adecuado para esta consulta?

C: Si

E: ¿Por qué?

C: Porque, [...] si uno viene a los afanes, no le va a revisar [...] bien el bebé y porque con ellos hay que tener mucha paciencia, porque [...] cuando ellos se

siente extraños, cuando ven otra persona [...] se ponen a llorar, entonces hay que lidiarlos mientras le quitan la ropita, mientras lo revisa...” EC731

Para los cuidadores, un aspecto negativo del tiempo de espera de la consulta, es cuando llegan temprano y deben esperar por la atención. Sienten aún mayor inconformidad, cuando por diversas situaciones llegan unos minutos después de la hora programada para la cita y no son atendidos, teniendo en cuenta que generalmente ellos son los que deben esperar.

Por parte de las médicas, el tiempo es un factor determinante para el desarrollo de la consulta y la educación que se puede ofrecer. Aunque se asigna 30 minutos para cada paciente, las médicas manifiestan que algunas veces no es suficiente porque las asesorías pueden requerir de más tiempo. Sin embargo manifiesta que es mejor que los 20 minutos de la consulta convencional.

Para poder optimizar el tiempo de la consulta, las médicas realizan varias actividades al mismo tiempo, por ejemplo, pedir a la madre que vaya desvistiendo el niño en la camilla mientras ellas terminan el interrogatorio, u ofrecer educación desde el escritorio mientras las madres terminan de vestir el niño.

“... entonces yo trato, de cuando tengo si quiera la historia por la mitad, mandarla a que vaya desvistiendo el niño, para ahorrar tiempo y desde [...] acá, la termino de entrevistar y así ahorro tiempo, después me siento acá y sigo escribiendo y la mamá todavía está vistiendo el niño, entonces así ahorro tiempo, a le voy preguntado, le voy explicando cositas...” EM137

Otra estrategia para optimizar el tiempo en la consulta es hacer el interrogatorio en una sola dirección. Las médicas evitan hacer entrevista abierta, puesto que si el cuidador habla libremente la consulta llevaría más tiempo y no se lograrían realizar todas las actividades.

...o sea que eso no es posible en 30 minutos, hacer una comunicación así en dos direcciones, no porque entonces la otra persona se extiende,

[...] es muy difícil, tiene que ser muy dirigida la entrevista, muy dirigida, si porque así, escuchar todo, todo no,es imposible,[...] EM137

El desarrollo de la consulta AIEPI en el hospital se realizaba por todas las médicas de la misma forma. La consulta está articulada a todos los servicios del hospital, desde éstos se canalizan los cuidadores a la consulta. Aunque se cuenta con un solo momento de la consulta, consideran que la organización de los tres momentos favorecería la educación y la atención en el niño.

6.1.3. Los participantes: las médicas y los cuidadores

Los participantes de la investigación fueron las personas que interactuaban en el proceso educativo según la organización de la consulta de AIEPI, para este caso las médicas y las madres y/o cuidadores de los niños. En el momento en que se desarrolló la investigación, la institución no tenía asignado personal de enfermería, aunque se manifestó que en un tiempo si hubo y que igualmente se esperaba volver a involucrarlo en la atención.

El cuidador se definió como a aquella persona que asistía con el niño a la consulta, independientemente si tenían una relación filial. Esto surgió a partir de una experiencia previa al planteamiento de la investigación. Durante un tiempo puede asistir a la consulta de AIEPI en otra institución y observé que quienes asistían a la consulta con los niños muchas veces no eran sus progenitores, ellos eran llevados por abuelos, tíos, vecinos, madres comunitarias, amigos entre otras personas, por tal motivo decidí utilizar una palabra que los identificara a todos y fue “cuidado”, por eso los llamé cuidadores.

Los cuidadores fueron contactados inmediatamente salían de la consulta. Se abordaban y se les explicaba en qué consistía la investigación. Todos los cuidadores participaron voluntariamente, eran mayores de edad y no tenían alteración de tipo mental. Se entrevistaron un total de trece cuidadores, de los cuales todos fueron mujeres. Del total de los cuidadores, diez eran las madres de los niños, uno un padre y los otros dos las abuelas. Con respecto al régimen

de afiliación, cinco cuidadores no pertenecían a ningún régimen de afiliación del SGSSS, (el llamado pobre no asegurado (61)), y ocho eran del régimen subsidiado. La edad promedio de los cuidadores fue de 30.9 años, con una edad mínima de 19 años y la edad máxima fue de 55 años.

Frente a la escolaridad del total de los cuidadores, uno sabía leer y escribir, dos tenían primaria incompleta, tres primaria completa, cinco contaban con bachillerato completo, uno era técnico y uno profesional. Con respecto al estrato socioeconómico, un cuidador se ubicaba en estrato 1, diez cuidadores se ubicaban en un estrato 2 y dos cuidadores vivían en un estrato 3. En la ocupación, siete cuidadores eran amas de casa, una estudiaba y era ama de casa al mismo tiempo, dos era trabajadora independiente y una se encontraba sin empleo.

Durante las entrevistas con las médicas, ellas hablaron sobre las diferentes situaciones que se presentan cuando las madres no vienen junto con sus hijos. Ellas manifestaron que con relativa frecuencia quienes acompañan a los niños son el papá que no tiene información precisa, los amigos, la vecina que la cuida, la madre sustituta entre otros. Esta situación se da debido a que muchas de las mamás trabajan en casas de familia o como vendedores ambulantes. Para las médicas esta situación influye en el desarrollo de la consulta y en la educación como lo veremos más adelante. Sin embargo esta situación no pudo ser evidenciada durante la investigación, puesto que durante la observación participante y las entrevistas, la mayoría de los cuidadores eran las madres de los niños.

La médica, era aquella persona que había sido designada por cuadro de turno para la atención de la consulta. Por lo tanto día a día, la consulta podía ser atendida por una médica diferente. No obstante, según lo manifestado por la coordinación médica, en lo posible la institución busca que los turnos estén organizados de tal forma que haya poca rotación de médicas.

Cada una de las médicas que participa en la consulta ha realizado el curso clínico de AIEPI, según protocolos de la OPS y MSPS. Durante la observación

participante, se tuvo la oportunidad de presenciar la consulta de tres médicas. Una de ellas es quien coordinaba las actividades de la estrategia AIEPI en la institución.

Dado que eran tres mujeres quienes hacían la consulta médica, durante el informe me he referido y me referiré a las médicas o la médica según el caso. Dentro de sus características demográficas encontramos que sus edades oscilaban entre 25 y 37 años. Con respecto a sus estudios, dos médicas tenían el pregrado, y una tenía especialización en salud ocupacional. Del tiempo de ejercicio de la medicina, una contaba con 11 años de experiencia, otra con 5 años y otra con 16 meses. De este tiempo, atendiendo la consulta de AIEPI dos llevaban 2 años, desde que se empezó a implementar la estrategia en el hospital y la otra llevaba 16 meses, el tiempo que llevaba trabajando en la institución.

6.2. El significado de la estrategia AIEPI

6.2.1. La AIEPI una atención prioritaria para los cuidadores

Al indagar por el significado de AIEPI en los cuidadores, ellos relacionaron la estrategia a la atención prioritaria o especial de los niños, es decir, citas asignadas y atendidas en un periodo de tiempo corto, en comparación con las citas de los adultos que se asignan en promedio quince días después de ser solicitadas. Igualmente, relacionaron la estrategia con actividades de prevención de la enfermedad.

“... con ese programa se enfoca más con la especialidad de los niños, como para tener una buena atención, correrles más, porque la otras citas son más demoradas...” EC427

Los cuidadores manifiestan que es una consulta que les da seguridad porque las médicas son amigables, formales, utilizan un lenguaje sencillo, les permiten hablar y preguntar, ellos pueden expresarse y sienten que son escuchados.

“en cambio aquí si nos dejaron hablar [...], nos escucharon lo que le dimos al bebé, porque se puso así. Recibieron..., como decir... la opinión de nosotros, no solo valía la opinión de ellos, si no que la opinión de nosotros también tuvo un valor ahí, porque ellos la escucharon” EC1032

En la consulta los cuidadores se sienten bien atendidos, las médicas les atienden integralmente, esto se refleja puesto que resuelven otras necesidades por las cuales no venían a consultar inicialmente, les preguntan si tienen dudas o si quieren saber otra información. Manifiestan que estas necesidades resueltas no solo son de los niños, si no de ellos también.

“ella me vio que yo estaba respirando por la boca y me pregunto porque, cosa que muchos no lo hacen y yo le dije que era que yo sufría rinitis y que había estado con una gripa, y me dijo que me iba a amandar un inhalador nasal” EC427

La consulta significa para los cuidadores un espacio para que les atiendan y les resuelvan las alteraciones físicas de los niños. Algunos cuidadores manifestaron que cuando asistían a la consulta por otras necesidades que no eran físicas, les preocupaba que no les fueran a atender, y aclaraban a las médicas que el niño no presenta enfermedad, pero que requerían de una atención.

“... yo de igual manera le dije lo mismo, [...], pues el niño no estaba enfermo, pero si quería que me hiciera el favor y me lo remitiera a un psicólogo a un neurólogo o algo...” EC955

Al hablar con los cuidadores sobre que esperaban encontrar en la consulta, algunos esperaban ser atendidas por la médica que le vio la última vez a su hijo. Esto sucede cuando los cuidadores han quedado satisfechos con la atención, o cuando han escuchado que la médica tiene fama de ser buena.

A pesar de la satisfacción de los cuidadores cuando finalizaba la consulta, algunos llegaban predispuestos a tener una experiencia negativa en la prestación del servicio, por ejemplo que la oportunidad de la consulta fuera

extensa, que la demanda fuera alta, que no fueran atendidas sus necesidades o que el médico terminara formulando lo que él quería y no lo que necesitaba el niño. Todas estas ideas construidas a partir de experiencias en otras instituciones.

Para los cuidadores la estrategia significa atención prioritaria, seguridad y buena atención, resolver alteraciones físicas y atención por el mismo personal. Los cuidadores se sintieron satisfechos cuando asistieron a la consulta.

6.2.2. La AIEPI, un reto constante para las médicas

Para las médicas desarrollar la estrategia ha sido agradable, hablan de que es placentera y gratificante por la pasión que le generan los niños. Para ellas el propósito de la estrategia se centra específicamente en la atención que se debe dar a los niños, la cual debe ser integral.

Las médicas identifican la integralidad de la estrategia en la consulta cuando no solo identifica el motivo de consulta si no ven otros aspectos del niño, como es la valoración de aspectos psicológicos y sociales, los cuales son determinantes en el cuidado del niño. Ellas manifiestan que como está organizado el interrogatorio del formato en la historia clínica, les exige hacer una valoración completa de la condición del niño tanto física como emocional y social.

“...no solamente hacer la intervención de la enfermedad por la que consulta la mamá, si no identificar todos esos factores de riesgo que nos puede llevar a presentar otro tipo de alteraciones además.” EM231

Para lograr la atención integral, la AIEPI ha significado para las médicas afrontar diferentes situaciones como ganar la confianza de los niños en el tiempo de la consulta, el hecho de que los niños acudan a la consulta con otro cuidador diferente a la madre y que las consultas de los cuidadores algunas veces no sean consultas.

Las médicas manifiestan que los niños son difíciles, en el sentido en que para lograr acercarse a ellos deben superar una barrera, ellas mismas, puesto que la

bata blanca predispone al niño a llorar. Ser una persona desconocido para el niño, los reta a ganar su confianza en el poco tiempo de la consulta. Durante la observación se evidenció que las médicas están en una constante búsqueda para lograr conectarse con los niños, en algunos consultorios cuentan con juguetes que utilizan para hacer de la consulta un juego y lograr una revisión completa. A los lactantes los revisan en el regazo de la madre, les sonrían o les hablan. Si es un niño mayor, tratan de interactuar con él preguntándoles directamente que les sucede. A pesar que inicialmente es difícil el acercamiento, ellas manifiestan que los niños son agradecidos porque con lo traumático que puede ser el examen físico (revisar amígdalas, revisar oídos), al finalizar la consulta ellos salen con una sonrisa en su rostro.

“... me gusta jugar con el niño, si uno juega con él y le hace una consulta que no parece una consulta, si no que parece un juego, es mucho más fácil...”

EM231

Otro aspecto que deben superar las médicas durante la atención de las consultas, es la ausencia de la madre o de “la real cuidadora”, el niño es traído por otra persona como la tía, un familiar lejano, un vecino, amigo etc. Para las médicas, la inasistencia de la madre o el cuidador principal a la consulta, hace que esta sea mucho más difícil, más limitada e implica hacer mucho más acciones para lograr la atención que el niño requiere. La inasistencia de la “real cuidadora” afecta la valoración del niño, puesto que generalmente la otra persona no conoce cuál es la condición y/o cuál ha sido el manejo inicial que se le ha dado a la enfermedad. No hay información verídica por lo tanto ellas manifiestan que es una consulta limitada.

“...toda, toda porque es que [...] viene la vecina, “lo que pasa es que yo traje el niño porque la mamá está en embarazo y esta con los dolores” entonces y porque trae el niño, “a no me dijeron que tenía fiebre”, y que le han dado para la fiebre, “aah yo no sé”, y que más ha tenido, “haaa yo no sé a mí me dijeron que lo trajera porque tiene fiebre”, entonces es una consulta mucho más limitada,” EM231

Las médicas manifiestan que cuando no vienen las madres, se debe hacer un diagnóstico con lo que se encuentre en el examen físico y si no se encuentra nada significativo, deben ordenar exámenes para saber que tiene el niño. Sin embargo, muchas veces es complejo justificar ante el sistema de salud porque enviaron los exámenes. Manifiestan que la persona que trae al niño debe condolerse de él, y no solo ser alguien que pasó por ahí y vino a hacer un favor.

Otra situación a las cuales las médicas refieren que deben enfrentarse, es al hecho de que las madres consulten por inquietud de ellas más que por enfermedad de los niños. Para ellas las consultas no son consultas si no dudas de los cuidadores de cómo enfrentar la situación del niño. Las médicas consideran unas consultas innecesarias, debido a que hay síntomas que se resuelve solos, pero las madres desconocen los síntomas como mecanismos de defensa y quieren un medicamento. Otra de las razones por las cuales se consulta es para que el niño deje de llorar, se le quite la tos y que las deje dormir. Igualmente manifiestan que las madres buscan que les dé el medicamento o la orden de un examen que les garantice que el niño no se les va a enfermar.

Para las médicas cada uno de estos requerimientos se da por que las madres sienten temor de que al niño le pase algo. Por eso cuando se responden las dudas de los cuidadores o se les entrega el medicamento, ellos se van más tranquilos porque llevan algo a la casa. Con una consulta como la de AIEPI hay una ventaja puesto que ofrece más tiempo para resolver las angustias o dudas que las madres tienen frente al cuidado de los niños.

“...porque uno mira que muchas de las consultas, no son tanto consultas si no dudas, que viene por una duda, y la idea es pues resolverla y uno trata en la consulta de resolverle todas la dudas y la mamá se va tranquila...”EM325

“...ellas piensan que si yo le mando un medicamento voy a prevenir que se enfermen, o sea que si yo por ejemplo le mando algo, el niño no se les va a enfermar, [...] que eso va a prevenir que el niño se le enferme...” EM137

Otro significado de la AIEPI para las médicas son los beneficios institucionales, en términos del manejo acertado de enfermedades, la optimización de recursos, y la articulación de los diferentes programas que se ofrecen.

Las médicas manifiestan que el conocer los protocolos de manejo de las patologías más prevalentes que tiene la estrategia AIEPI, les permite contar con herramientas que ayudan en la tomar decisiones, a tener seguridad de que hacer y a elegir correctamente el manejo para el niño.

“...uno veía que muchas veces hacían cosas que no tenía que ver, si no que el bebé tenía una enfermedad febril de bajo riesgo, porque le voy a mandar un cuadro hemático, un uroanálisis pudiendo observar el niño, entonces uno ve que esto ha ayudado a tomar mejor decisiones y que el bebé, el niño salga mejor tratado” EM325

Del mismo modo, las médicas manifiestan que la AIEPI controla la utilización de los servicios en el hospital, debido a que con la entrega de la tarjeta para la madre, ellas aprenden a identificar los signos de peligro. Si el niño no presenta signos de peligro, los cuidadores racionalizan la atención de urgencias y no consultan por algo que puede ser manejado en casa. Si por el contrario, identifican algún signo de peligro acuden oportunamente evitando complicaciones y las hospitalizaciones.

“...yo siempre les digo, “vea la idea del folletico no es que lo guarde en el bolso para que tenga polvo, si no para que lo lea, porque eso nos garantiza que cuando usted traiga al niño el niño, pueda salir con un tratamiento ambulatorio y no que te lo tengamos que dejar hospitalizado porque llego muy grave”, entonces de pronto hablarles así hace que ellas sientan [...] que realmente si es importante que consulten por eso.” EM231

Para las médicas es importante que la implementación de la estrategia sea transversal a todas las áreas donde se atiendan los niños, urgencias, hospitalizados y la consulta de especialidades, puesto que la atención se articula entre los servicios. Igualmente manifiesta que la estrategia debe estar

presente en programas como planificación familiar y la detección de las alteraciones del joven sano.

“...la estrategia debe empezar desde la planificación, por eso la nueva estrategia, [...] empieza desde antes de la concepción, por eso la estrategia se debe aplicar desde el programa de planificación...” EM137

Para las médicas la implementación de la estrategia ha significado ofrecer una atención integral a los niños, esto se logra mediante el trabajo constante y resolviendo las diferentes situaciones a las que se ven enfrentadas en la consulta. El trabajo constante se materializa en beneficios para los niños, los cuidadores, las médicas y la institución.

6.3. La educación en la consulta AIEPI: la mirada de los cuidadores

6.3.1. La educación: se requiere confianza para indagar

Para los cuidadores, tener un amplio conocimiento de los temas de la crianza les permite levantar adecuadamente a sus hijos, que ellos estén bien. Manifiestan que cuando la madre es primeriza, estos conocimientos se deben reforzar, ellas sienten que al estar en esa condición las dudas son más frecuentes.

Para los cuidadores, la buena educación que las médicas les dan, está mediada por el conocimiento que ellas tengan, la oportunidad de permitir hablar y hacer preguntas y la confianza que generen a los cuidadores. Para algunos esta confianza se gana cuando escuchan al cuidador. El lenguaje que utilizan es otro elemento fundamental, la expresión y el vocabulario que tengan, el cómo se dirigen a los cuidadores.

Ellos manifiestan que generalmente comprenden lo que las médicas les dicen, consideran que el lenguaje es claro y lo entiende. Manifiestan que ellas son “específicas” puesto que dicen paso lo que deben hacer en el hogar. Cuando no comprenden, algunos cuidadores preguntan nuevamente, otros

dependiendo de cómo se hayan sentido con a médica, simplemente no dicen nada y se van con las dudas.

“E:...como le gustaría que el médico le hablara”

C: No pues que le explique a uno [...] lo que está pasando, pero de una forma [...] normal, no que a veces sea a la carrera como exaltado, como hablan ellos, [...] así pues como toda a la ligera, [...] dicen lo que es y ya” EC631

Para la actividad educativa, los cuidadores identifican diferentes técnicas y usadas. Los cuidadores manifiestan que la forma más utilizada por las médicas para realizar las orientaciones es la explicación verbal, se utiliza para explicar la condición del niño, cómo deben tomarse los medicamentos, los procedimientos necesarios para el niño, los signos de alarma que deben identificar en el niño y las recomendaciones del cuidado en casa.

Algunas médicas, al finalizar la orientación les indagan si han comprendido o si tiene alguna duda o pregunta. Los cuidadores manifiestan que las explicaciones verbales deben ser en un lenguaje sencillo que ellos las puedan comprender.

“...que le expliquen a uno lo que tiene el hijo, y cuáles son los cuidados que uno le tiene que dar, pues no necesariamente en un papel, si no bien, bien explicados así verbalmente [...] en un dialecto que uno los pueda comprender”
EC1032

Las indicaciones dadas de forma oral, son reforzadas de forma escrita, mediante la fórmula médica o con la “cartilla de AIEPI”, esta es recibida en cada consulta, y aunque son conscientes que ya la tienen, no ven problema en recibirla nuevamente. Algunos refieren no haberla leído nunca, mientras que para otros, esta les ha permitido identificar los signos de alarma por los cuales consultar a urgencias.

Para los cuidadores el conocimiento es importante, por eso cuando las médicas se apoyan en otros profesionales para explicar alguna situación, consideran

que esta estrategia es adecuada. Manifiestan que si la médica no tiene el conocimiento suficiente, debe buscar los mecanismos necesarios para lograr atender la necesidad del niño. El apoyo ente profesionales genera tranquilidad en los cuidadores.

Otras estrategias utilizadas para la orientación de la condición de los niños es revisar consultas previas, utilizar programas informáticos o graficar en rejillas en papel. Estos últimos, por ejemplo, se utilizan para orientar el estado nutricional de los niños. Estos elementos han logrado que las madres comprendan y algunas logran explicar cómo se encuentra el estado nutricional de sus hijos.

E: ¿Por qué supo que el peso de la niña estaba bien?

C: Por la gráfica, porque es una línea donde hay dos aparte y dos abajo y ella me dijo que la línea recta es donde ellos [...] tiene el peso normal, si se sobrepasa es sobrepeso, y se sale de las dos líneas esta desnutrida.

E: ¿Y dónde estaba la niña?

C: En el medio” EC427

Sin embargo, durante la observación participante, se pudo observar que no todos las médicas la hacían, quienes utilizan la herramienta son aquellas que están programadas continuamente en la consulta de AIEPI.

Los cuidadores manifiestan algunas situaciones que no favorecen la educación durante la consulta, se relacionan con la falta de confianza de ellos para preguntar al médico, la actitud del médico cuando les orientan, otras con la información suministrada.

Algunos cuidadores manifiestan dificultades en la comunicación, no exponen sus inquietudes ni hablan de las situaciones de los niños si los médicos no preguntan. Algunos prefieren esperar y ver cómo evoluciona el niño, y si no hay mejoría en la siguiente consulta indagan o definitivamente se guardan las preguntas.

“E: Bueno doña [...] entonces usted me dice que tenía esa inquietud, usted me dijo que su hija tiene algo en los ojos, ¿por qué no se lo expuso al médico?

C: Heee ella... voy a esperar que se le quite el problema que tiene en los ojos y si no ahí sí.” EC341

Para los cuidadores es incómodo cuando la médica se sienta a escribir en el computador y no manifiesta nada, ellos se sienten desconcertados y quisieran saber qué tanto es lo que escribe. Ellos sienten que las médicas solo les están prestando atención, cuando dejan de escribir en el computador, los mira directamente a la cara y les hablan. Durante la observación de las consultas, se evidenciaba esta incomodidad, cuando las médicas escribían en el computador se dirigían a mí para continuar relatando la situación de los niños.

“...que le expliquen que están haciendo o que digan que es lo que es, porque a veces le dicen, “no yo ya le ordene aquí para que le revise otro médico....” Entonces uno se queda ahí entonces que escribió, yo no entendí o que quiere decir eso.” EC1032

Los cuidadores manifiestan algunas dificultades frente a la información suministrada. En ocasiones no les genera tranquilidad, refieren que aunque es clara y se entienden las indicaciones dadas no los satisface, ya que el cuidador no logra comprender porque el niño presenta una determinada alteración en su salud. Para ellos, no es normal la presencia de algunos síntomas como lo dicen los médicos, y consideran que se deben hacer otras actividades para mejorar la condición de salud del niño o para tranquilizarlos a ellos.

Igualmente manifiestan que cuando las médicas dan indicaciones con mímica sobre cómo realizar un procedimiento logra entender, pero cuando lo va a realizar en la casa las cosas son diferentes, recomiendan que se oriente con los instrumentos que ellos van a utilizar durante el tratamiento.

“Yo: ¿considera entonces que deberían haber otras formas de pronto para explicarles a las mamás?

C: con las cosas que uno va a utilizar en la casa, que le explicaran ahí, hacerlo en vivo y en directo. [...] cuando lo explican así uno logra entender, pero cuando se va a hacer, las cosas cambian.” EC1127

Con respecto a los temas que les gustaría recibir más orientación, están los relacionados con la crianza de los niños, identificar las necesidades a través del llanto que les angustia mucho, lo referente a la alimentación, y los problemas relacionados con lo respiratorio lo intestinal.

La educación para el cuidador les posibilita levantar adecuadamente a sus hijos. La educación es significativa en la medida en que las médicas tienen conocimiento, generan confianza para preguntar y utilizan un lenguaje sencillo.

Los cuidadores manifiestan que aunque ellos entienden lo que las medicas les dicen en la consulta, algunas veces no los satisface y cuando la orientación está relacionada con procedimientos, al hacerlos en sus casa las cosas cambian.

6.3.2. Cómo ve al educador el educando: la médica referente de conocimiento

Para algunos cuidadores, cuando se les indagó acerca de lo que piensan sobre las médicas, su expresión era de extrañeza, parecía que por ser el “paciente” no merecían expresar un concepto sobre ellas, manifestaban que solo había respeto para ellas que realizan una bonita labor.

“C:pues que voy a pensar, no pues mucho respeto y admiración [...] hacen una labor muy bonita pues, porque le ayudan mucho a uno” EC135

Algunos manifestaron no haber expresado inquietudes o hablado sobre la condición de sus hijos porque “es ella la médica”. Durante la observación de las consultas, se pudo evidenciar como en ocasiones frente a las indicaciones dadas por el médico, había expresiones del cuidador que evidenciaba desconocimiento con respecto a lo que se estaba discutiendo, sin embargo

callaban y continuaban escuchando. Algunos manifiestan no preguntar porque no quieren que les regañen.

“La médica le dice que debe utilizar bloqueador, la madre acentúa con la cabeza y dice que si (CO: yo veo que la madre no está muy segura de lo que es), yo le pregunto a la madre que si ella sabe que es un bloqueador, ella se queda en silencio un instante y luego me responde que no (CO: pareciera que la madre sintió pena), la médica la mira y se da cuenta que la madre no lo sabe y comienza a explicarle.” DC5

Para los cuidadores la médica es un referente de conocimiento, como las médicas son los que estudian ellas son los que saben, y los cuidadores depositan plena confianza en sus orientaciones, por eso las siguen. Ella es quien indica la pauta frente al cuidado de los niños, es quien les dice lo que deben o no hacer con respecto al cuidado de los niños. Algunos manifiestan ir a la consulta antes que ir a la farmacia, así los devuelvan o les den solo “dolex”.

“porque no hay nada como seguir las instrucciones de un doctor que es alguien que sabe, que está estudiado y capacitado para eso,” EC135

Los cuidadores manifestaron que las médicas que les atendieron en la consulta de AIEPI eran buenas médicas, esto se identificó en la medida en que ellas fueron formales. Esta formalidad comenzó con el saludo de bienvenida y su presentación. Consideran que son unas buenas médicas, puesto que hace un interrogatorio a profundidad, revisa bien al niño, dan remedios efectivos y orienta un manejo pertinente.

Para algunos cuidadores la atención con una médica es diferente a la de un médico. Para el cuidador el médico es más distante, creen que les miran extraño, piensan que el médico les va a cuestionar por preguntar y cuando explican algo, consideran que lo hacen por encima. Por el contrario con las médicas por el hecho de ser mujeres se sienten en confianza, ellas explican

muy bien y muchas manifiestan su disposición a contestar todas sus inquietudes.

Para los cuidadores las médicas de la institución les supieron hablar y decir las cosas, evidenciaban disposición para contestar otras preguntas diferentes al motivo inicial. Las médicas escuchan y se toman tiempo para conversar con el cuidador. Esta forma de actuar de las médicas, hace que el cuidador se gane su confianza, quieren que les vuelva a atender y ellos les generan buena fama con otros cuidadores.

“...pues a mí me gustó mucho el de hoy, porque está por lo menos le explica a uno y la revisa todo completo, hay unos que no...” EC822

La continuidad de las médicas en la consulta fue un tema que surgió tanto en las entrevistas como en lo observado y escuchado en la sala de espera. Para los cuidadores la continuidad de la médica, permite que haya familiaridad, pueden hacer seguimiento al niño. Ellos esperan que sea una sola médica que les atienda puesto que ya la conocen, quisieran que fuera como la médica de la familia. Para ellos la médica que recuerda a la familia o al niño, tiene vocación, está pendiente de sus pacientes, realiza una excelente consulta, por tal motivo buscan siempre ser atendidos por la misma.

“Con respecto a ella, mejor dicho la doctora estuvo excelente, pues imagínese que hasta recordó la misma familia, mi hija había estado con el otro bebé aquí, en la misma consulta, y son doctores que están pendientes también de su paciente, porque vea que recordó...” EC955

La confianza de los cuidadores se fortalece con las médicas en la medida que ellos observan actitudes de cariño con sus hijos. Cuando ellas les hacen mimos a los niños, conversan con ellos, son pacientes y tranquilas cuando de pronto el niño llora y se toman el tiempo para atenderles.

Estas médicas se relacionan mejor que otros médicos en la medida en que no son “groseras”, refiriéndose a cuando atienden solo un motivo de consulta, o

cuando el cuidador le habla y no escucha, o se distraen con el celular o con el chat en el computador. Igualmente, las médicas de AIEPI no hablan “sarcásticamente”, de una forma fría o a las carreras como por salir del paso.

“... no es que le digan a uno palabras, no, [...] que no lo miran a uno, que uno está hablando y eso son con el celular en la mano,[...] mirando o uno mira la pantalla y allá tienen a quien sabe a quién allá metido en la pantalla, menos lo que están haciendo con uno...”EC955

La médica para el cuidador es un referente de conocimiento; sin embargo, se evidencia una idealización de ella, en la medida que aunque tengan inquietudes no indagan por el hecho de ser médica, esperan que sean ellas quienes pregunten y que les orienten. Para los cuidadores las médicas ganan su confianza cuando ellas son amables con los niños y cuando hay continuidad en la atención.

6.3.3. La nutrición, una necesidad de aprendizaje apremiante

Para los cuidadores la nutrición es uno de los temas que más les preocupa. Durante la observación de la consulta preguntan cómo está el peso y comparan con datos previos. Algunos cuidadores manifiestan haber logrado reconocer el estado nutricional de los niños mediante la observación de las rejillas de valoración nutricional, orientación que se ofrece durante la consulta de AIEPI. Igualmente describen acertadamente los requerimientos alimentarios de sus hijos.

“Yo le pido que me cuente que tiene el seco y ella menciona sus elementos. Le explico que el seco es más importante que la sopa ya que contiene todo los requerimientos, que lo primero es la carne, ella me dice que es lo que más come el niño la carne. Después de una conversación puedo evidenciar que el niño si está recibiendo todos los requerimientos que necesita y me doy cuenta que a la madre le preocupa es lo que dicen sus allegados.” NC1

Durante la observación se pudo evidenciar como las madres identifican los signos de alarma, puesto que consultaron cuando se presentaron. Se observaba su angustia al identificar la dificultad para respirar, los ruidos de la congestión o la tos. Varios de los niños que consultaron por estos signos de alarma, fueron remitidos al servicio de urgencias porque necesitaban observación.

“la madre manifiesta que la noche anterior estuvo muy “atacado”, que tosía mucho y ella veía que no podía respirar, además le preocupaba porque iba a bajarle de peso” NC4

Los padres que asistieron a la consulta con niños menores de dos meses, sintieron que aprendieron cosas nuevas aun cuando tenían experiencias con sus otros hijos. Algunos manifestaron que en la primera consulta identificaron la importancia de poner atención al color de la piel, a las características del ombligo y los cuidados del recién nacido.

“...Aprendí, primer vez, digamos el ombligo en sangrado, de que a mí nunca me había pasado con mi dos hijas [...], nunca, y me dijeron que eso es algo normal, esos son cosas que uno va aprendiendo, [...] es normal el sangrado...”EC1031

Los cuidadores identifican una evolución de la información dada por las médicas. En el tema de la nutrición, ellos identifican como esta cambia a medida que los niños van creciendo y la relatan de la siguiente forma.

“Cuando pequeñito solamente se le podía dar la leche materna, ya luego cuando cumplió los seis meses el cambio de la alimentación, y lo orientan a uno como lo debe alimentar que sin sal, sin azúcar, ósea la sopita sin sal, los juguitos si azúcar hasta el año, para que no se le dañe pues el colon, para que no le afecte” EC224

6.4. La práctica pedagógica: la mirada de las médicas

6.4.1. La educación: manejo de las enfermedades “auto-limitadas”

Para las médicas el propósito de la educación está orientado tanto al niño como a los cuidadores. En el niño, con la educación se espera tener un niño sano, que tenga un mejor cuidado, y que de ese cuidado se derive un mejor desarrollo.

Para las médicas, muchas de las enfermedades son concebidas como “auto-limitadas, como enfermedades de educación, porque solo requiere de tiempo para ver una evolución favorable en el niño. El desconocimiento de este concepto por parte de los cuidadores, conlleva a que estos consulten por síntomas que no requieren tratamiento.

“...a ver las enfermedades de los niños, la mayoría de son auto-limitadas que con un buen tratamiento pues, prácticamente son enfermedades de educación, porque si el niño lo que tiene una infección viral de las vías respiratorias, no tiene neumonía, no está alcanzado, no tiene ningún signo, pues así como de alarma, ahí lo importante es que la mamá conozca, entienda, que lo que el niño tiene en el momento no es grave, pero que se puede agravar, sí?,?...” EM137

Por lo tanto para las médicas el propósito de la educación es convencer a los cuidadores que no es el medicamento, que no es el examen, que ellas deben estar pendientes de la nutrición, del ejercicio y de actividades de prevención. Ellas manifiestan que muchas veces no alcanzan a convencer a las madres durante la consulta, que esto puede darse por la cultura, pues es difícil quitar una idea que las madres o los cuidadores tienen fijada durante años en la cabeza. Las médicas manifiestan que cuando se ha establecido una relación con el cuidador se logran convencer más, en la medida en que los cuidadores consulten seguidamente, van creyendo lo que ellas le dicen.

“Cuando ya van confiando más en uno, los convence uno más que lo que uno les está diciendo si es verdad, la idea que les está vendiendo es verdad, cierto los va uno convenciendo más” EM137

Otro propósito de la educación es tranquilizar a las madres frente a la condición de su hijo, y esto se logra explicándole al cuidador como ellas deben tratar al niño en la casa y sabiendo cuales son los signos de alarma por los que deben estar pendientes.

“...lo más importante es la educación, porque si la mamá se va tranquila, si usted le explica todo a la mamá, la mamá va a saber cómo tratar al niño, le va a presentar atención a los signos de alarma...”EM325

Las médicas manifiestan que hay factores que favorecen o no el desarrollo de la educación. El tiempo en la consulta AIEPI es un elemento positivo pero algunas veces insuficiente. Es positivo en la medida en que con la implementación de la estrategia se amplió la consulta de veinte a treinta minutos, lo cual proporciona más tiempo para la educación.

Algunas veces, la inasistencia de los niños a la consulta programada, les permite extenderse un poco más, ofreciendo una educación más completa o explicando otros temas de puericultura a los cuidadores. Sin embargo las médicas también manifiestan que el tiempo puede ser insuficiente, puesto que se debe garantizar que la madre entienda que es lo que debe hacer en la casa y esto algunas veces requiere de más tiempo.

“si uno esta limitad en el tiempo, la educación no puede ser igual de larga, uno no pueda de pronto garantizar por todos los medios que la mamá si entendió todo lo que necesitaba llevarse para la casa.” EM231

Por otro lado, un factor que afecta el propósito de la educación es cuando la información es recibida por una persona que no tiene un vínculo directo con el cuidado del niño. Cuando la madre o el cuidador principal no asisten a la consulta, la información ofrecida se puede perder al pasar de una persona a otra y no se logra que “cuidador primario” conozca lo dicho en la consulta y lo necesario para el cuidado del niño en casa.

Para evitar que se diluya la información, las médicas utilizan como estrategia entregarla por escrito en la formula médica. Se les escribe cómo se encontró el examen físico, lo que se le debe hacer al niño en el hogar y si tiene una revisión de control. Del mismo modo, cuando la madre regresa al siguiente control, las médicas les informan cuál fue la orientación que se dio en la consulta a la persona que asistió la última vez con el niño.

En síntesis, las médicas identifican varios propósitos de la educación, algunos orientados al niño y otros a las madres. En el niño se espera tener un niño sano y que tenga un mejor desarrollo. Con las madres la educación está orientada a cambiar una conducta, hacer cambiar de parecer, convencer o quitar una idea. Igualmente busca tranquilizar a los cuidadores frente a la condición de su hijo.

6.4.2. Saberes y prácticas de los cuidadores: una mirada desde las medicas

Las médicas consideran que algunos cuidadores no están preparados para ser madres. Aunque no quieren juzgar a los cuidadores, manifiestan que el hecho de no asistir a la consulta con el niño, es un indicador del cuidado que las madres están dando a sus hijos. Refieren que así como ellas piden permiso en sus trabajos, las madres deberían hacer lo mismo y no delegar el cuidado de los niños a otras personas.

“...la mayoría de los embarazos son no planeados, eso también dificulta el cuidado del niño, porque no están todavía preparadas para esa responsabilidad,...” EM137

Las médicas señalan que muchas veces las madres no están en capacidad de criar a sus hijos. Muchas madres no planean los hijos que van a tener y el cuidado de los niños es una responsabilidad para la que no están preparadas.

Otro concepto que tienen las médicas de las madres o cuidadores es que a ellas nadie les enseña a ser mamás. Manifiestan que el ser padres es un

concepto difícil y debido a la cultura que tiene, se comentan errores en el cuidado de los niños, por eso la importancia de la educación en la consulta.

Las médicas manifiestan que las mamás no saben que deben asistir a otros programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y en la medida que se ofrece la educación u orientación a otros programas, las madres sabrán que deben traer los niños, si no se educan no asisten.

Las médicas identifican falta de sensibilidad en las madres cuando estas no reconocen cómo está la condición de salud de sus hijos durante el interrogatorio; por ejemplo, si ha presentado fiebre, saber cuánto tuvo de temperatura. Esto también lo perciben cuando los cuidadores no responden a información que hace parte de las actividades de la vida diaria como la frecuencia de orinar, el hábito de defecar, entre otras. Las médicas refieren que las madres necesitan estar más pendientes de esas situaciones.

Para las médicas, algunas prácticas no reflejan un cuidado centrado en el niño. Por ejemplo, cuando dan tetero a los lactantes las madres están pesando es en ellas. En esta perspectiva, las madres utilizan el tetero es para que el niño duerma toda la noche y no se despierte, de esta forma no les molesta y así ellas pueden dormir.

Contrario a lo anterior, para las médicas la lactancia materna es suministrada por aquellas mamás que realmente quieren al niño, y no están pensando solo en ellas. Para las médicas, otra forma de demostrar el interés en sus hijos, es cuando por alguna razón la madre no asistió a la consulta, pero leen las recomendaciones escritas que fueron entregadas en la consulta.

6.4.3. El desarrollo de la educación

Con respecto a cómo se desarrolla la educación, las médicas manifiestan que algunas veces el proceso inicia desde que se está haciendo el examen físico, se continúa y concreta cuando retornan al área de la entrevista. Otras veces se hace minutos antes de finalizar la consulta.

El método que utilizan es la explicación verbal. Este se utiliza para explicar a los cuidadores qué está presentando el niño, explicar bien como se da la enfermedad, como se trata, esto permite calmar a la madre. Igualmente se explica cuál es la fórmula, como debe tomarse el medicamento, cuándo debe volver, cuales son los signos de peligro, la alimentación y las dudas que se generen en el cuidador. Ellas buscan que la información sea lo más explícita posible, explicando que sucede con el niño e indicando paso a paso como debe suministrar el tratamiento.

Para verificar que el cuidador comprendió lo dicho, le piden que repita la información, esto se hace especialmente cuando el cuidador es analfabeto, “para que se valla grabando”. Refieren, que muchos cuidadores re-consultan por urgencias es porque se les ha olvidado lo que se les dice en la consulta externa.

“...yo le doy le digo [...] lo que hay que hacer con el niño, y le pregunto ¿me entendiste?, [...] ¿qué me entendiste?, [...] porque en la medida en que repiten, [...] uno puede captar si [...] realmente llevo la información que uno quería que llegara...” EM231

La información verbal se apoya en la información escrita. La información escrita refuerza en el hogar la información que se le dice de forma verbal. Las médicas han identificado que es poca la información que retienen los cuidadores cuando se les dice verbalmente, ellas manifiestan que cuando son muchas ordenes optan por imprimirlas porque verbalmente se les olvida. Igualmente la información escrita se utiliza especialmente cuando la madre o el cuidador principal no han asistido a la consulta y para informar de lo que sucedió,

“Es una forma adecuada porque uno acá a la mamá le dice las cosas y no se le queda por ahí el 50% de la información, todo no lo asimila, mientras que si ella llega a la casa y vuelve y lo lee, se va a enfatizar más en eso...” EM325

Se cuenta también con la tarjeta para la madre, un plegable de tres cuerpos el cual contiene los signos de alarma para consultar de inmediato, las

recomendaciones para suministrar líquidos en caso de diarrea y las recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria. Las médicas buscan hacer énfasis en la información que está relacionada con la necesidad principal del niño. Igualmente en la importancia de su lectura, y de no permitir que el niño lo destruya el folleto. Algunas veces en las consultas de control, las médicas les preguntan al cuidador si leyeron el folleto, y si comienza a decir lo contiene (lo “recitan”), las médicas comprueba que ha sido leído.

“...por ejemplo si el niño tiene gripa la mamá va a decir, como era que era cuando tengo que ir a urgencias, entonces ella va a mirar, aahh sí cuando se pone morado, se le hunden las costillitas empieza a silbar, y esas cositas, entonces si ella vuelve y lo lee, ya va a estar más tranquila y va a recordar es...”EM325

Durante la observación de la consulta se pudo evidenciar diferentes manejos con respecto a la tarjeta. Algunos no la utilizan. Otros la entregan como por protocolo, o sea, no indagan si al cuidador se le ha entregado. La enseñan rápidamente indicando que hay en cada cara pero no la leen junto con el cuidador ni corroboran si el cuidador sabe leer.

Otro método que las médicas utilizan es la demostración. Se usa cuando la médica enseña un procedimiento específico como son las inhalaciones, los lavados nasales o la administración de una cantidad determinada de medicamento con una jeringa. Primero la médica hace una demostración al cuidador como se hace y posteriormente el cuidador repite la acción, y al finalizar ella hace una retroalimentación frente a lo visto.

“...me entendiste como vas a utilizar la inhala cámara “aaahh si yo si entendí”, bueno vamos hacerlo con el niño, y se lo entrego para que ella lo haga, a ver si sí llego el mensaje como necesitamos que llegue, y si no le hacemos las correcciones ahí mismo...” EM231

Para la demostración en el consultorio, las médicas cuenta con las inhala cámaras y las jeringas; algunos insumos como la solución salina, que ellas utilizan en los lavados nasales y que tiene fecha de vencimiento, no son permitidos en el servicio de consulta externa, y hacen la demostración mediante mímica. Otras veces cuando el cuidador tiene una consulta de control, las médicas les piden que la traiga para explicar el procedimiento, esto según las médicas, permite corregir la técnica y que sea más efectiva la instrucción.

La demostración también puede darse de la madre a la médica, cuando ella solicita a la madre que lacten al niño delante, la médica observa y hace observaciones de cómo lo hizo la madre.

Frente a este método las médicas manifiestan que este les permite entrenar a la madre con respecto a algunos manejos que el niño necesita especialmente en las enfermedades crónicas.

“ A la mamás a veces se pueden entrenar, porque uno ve por ejemplo las mamás de niños asmáticos cada vez más entrenadas, entonces ella a medida que pasa el tiempo y le pasa una crisis, y dos y le pasa o tres, entonces ellas a veces ya llegan y le dicen a uno “ya le di salbutamol cada 20 minutos por tres ciclos y no mejoró más”, entonces ellas son las más entrenadas y a medida en que se van untando más del asunto, se van entrenando, se van culturalizando y van mejorando la práctica, y ya tiene más conocimiento para manejar sus hijos”EGM325

La utilización de un modelo es otra forma de orientar a las madres. Cuando se está haciendo el examen físico se indica sobre el niño donde debe prestar especial atención, especialmente en la identificación de los signos de alarma como por ejemplo las retracciones costales

“...en el examen físico mostrarle vea, si usted ve que el niño se le hunden las costillas, pues irlle contando todo, más fácil decírselo y mostrárselo en el niño como para que ella más fácil capte as cosas y se las grabe...” EM231

El apoyo entre colegas o el grupo de trabajo es otro método para lograr que los cuidadores comprendan la información. Este es utilizado por las médicas cuando no se tiene la experticia en un tema o cuando se presentan dudas. Ellas manifestaron que en una época la enfermera era una aliada, sin embargo actualmente no se cuenta con ella. La enfermera continuaba ofreciendo la educación se acababa el tiempo de la consulta y no se había podido concluir el tema. Igualmente las médicas buscan los colegas médicos, cuando se tienen dudas frente a un niño complicado o cuando el manejo dado no resulta efectivo.

“...Porque a veces uno tiene dudas, por ejemplo uno sigue la estrategia, así y uno entonces dice, que la frecuencia respiratoria tanto, entonces uno dice, el niño esta normal, pero [...] la madre insiste tanto, tanto, tanto, tanto, que de pronto una segunda opinión, para un caso difícil..” EM137

Los temas que se orientan en la educación se pueden clasificar en tres categorías: los temas que se relacionan con necesidades directas del estado de salud de los niños y por lo que consultan. Una segunda categorías se agrupan los temas relacionados con las prácticas culturales de las madres. Y un tercer grupo, los temas por lo que las madres que las madres preguntan directamente.

Las médicas manifiestan que los temas que se socializan en la consulta están centrados en la administración de medicamentos, los signos de alarma, la nutrición, la puericultura, la importancia de asistir a otros programas como crecimiento y desarrollo y vacunación. Para ellas, cada consulta es una oportunidad para hablar de temas relacionados con el cuidado de los niños, los cuales son determinados por las médicas teniendo en cuenta la anamnesis, la historia clínica del niño y los factores de riesgo presentes. Ellas les hablan de lo que considera le hacen falta al cuidador o las falencias que tienen

“... y tratar de hacer pautas en otras cosas, por ejemplo, si la mamá viene por un resfriado, aprovechas y hablas sobre la lactancia, hablarle de otros temitas que también son muy importantes de puericultura, para que la mamá puede

pues como tener unas buenas bases para criar a su bebé y [...] todas las dudas que ella tenga tratárselas de resolver siempre...” EM325

Para las médicas otro grupo de temas que se deben abordar el que surge a partir de las prácticas culturales de las madres. Según ellas, hay prácticas que pueden hacer daño a la salud del niño como otras que no ocasionan nada. Dentro de las prácticas que pueden hacer daño al niño está la automedicación la cual es una práctica difícil de manejar. Las médicas manifiestan que los cuidadores automedican cuando un tratamiento ha funcionado en un niño y lo repiten en otro niño sin tener en cuenta que cada situación y cada niño es diferente.

Hay algunas prácticas que ellas consideran no ocasionan ningún daño, como guardar el ombligo, en la posparto taparse los oídos, tomar infusiones de plantas, guardar el mechón de pelo y la utilización de manoplas. Algunas médicas manifiestan que si la práctica no ocasionan algún daño en el niño, la respetan, pero si ellas ubican prácticas que pueden alterar la salud del niño, hay que tratar de quitarla, de convencer a la mamá que no haga.

“pues sí, es verdad, puede que no tenga mucha relevancia, pero hay cosas que si tienen relevancia, [...] el niño que tiene tres días y le pusieron el botón, yo no sé qué me invento, pero yo el botón lo boto ahí en la basura, inclusive explicándole a la mamá, si al niño le da un infección en el ombligo hay que hospitalizarlo, entonces, por ahí, uno tumba ese mito, pero es lo que te digo hay mitos de mitos, [...], puede que no tenga trascendencia, pero hay otros mitos que si pueden tener trascendencia en el bienestar del chiquito, entonces hay que tratar de convencer a la mamá” EGM231

Durante la entrevista en grupo, las médicas reconocieron que algunas de las prácticas que realizan los cuidadores, son realizadas por sus familiares y aunque les orientan que no se deben hacer era muy difícil quitar la costumbre. Igualmente reconocieron que en algún momento algunas prácticas fueron realizadas por ellas.

Y en el tercer grupo las médicas identifican los temas por los cuales más preguntan los cuidadores son los relacionados con la salud crítica de los niños, especialmente la fiebre y los problemas respiratorios. Igualmente ellas preguntan sobre la alimentación, la higiene, los problemas de la piel y su manejo. Estas inquietudes surgen especialmente en las mamás primigestantes y aquellas con niños pequeños.

En resumen, los métodos que se utilizan son información verbal y escrita, la demostración, la utilización de modelo y el apoyo entre colegas. Estos métodos se utilizan para dar orientación en los temas que surgen a partir de la alteración física del niño, de la identificación de la médica de prácticas culturales desacertadas y los temas que solicitan las madres.

6.5. El discurso pedagógico

Los hallazgos del discurso pedagógico se orientan hacia la tenencia del conocimiento, descubrir cuál es ese conocimiento valioso, cómo se recontextualizan los temas, el discurso impositivo y la evaluación del conocimiento a partir de lo que las madres repitan.

Durante la observación, se pudo ver que la lactancia materna es uno de los temas que más se abordan y con él podemos dar cuenta de varias características del discurso pedagógico.

6.5.1. El conocimiento verdadero

Para las médicas, hay dos tipos de conocimiento, el dado por las medicinas complementarias¹, que esté lo proporciona la cultura y el conocimiento científico, el que tiene la evidencia. Las médicas reconocen que hay conocimiento cultura que se ha estudiado y que se volvió conocimiento científico, sin embargo solo el conocimiento científico es el que vale.

¹ Las médicas definen la medicinas complementarias las que partió de la cultura, como la utilización de las plantas

“Simple y sencillo, que le enseñaban a uno en AIEPI los profesores cuando uno estaba en el curso, que cogieran arroz, lo tostaran lo molieran y le echaran en las comidas, que hacían las mamás, eso mismo, entonces hay muchas cosas que se sacan de la cultura y se vuelven conocimiento científico, cuanto de esas prácticas no se han vuelto conocimiento científico, precisamente porque no las hemos estudiado...”EGM231

El conocimiento científico, el que tienen evidencia, no se puede cambiar, por más que los cuidadores piensen diferente. Para ellas se deben imponer el conocimiento científico sobre las prácticas culturales de los cuidadores. Refieren que como está planteada la estrategia AIEPI es perfecta, puesto que esta dice lo que se debe hacer.

“entonces uno no puede jugar con lo que ya está, si esto ya está estipulado que es lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, no hay forma de que por más que mamá piense que el niño tiene sed y que le debe dar agua, no eso no es negociable, entonces uno impone el conocimiento y no hay forma de que la mamá pueda, pues que nosotros podamos poner ese conocimiento en algo bueno de la mamá” EGM321

Otras médicas manifiestan que más que imponer el conocimiento se debe es mostrar a los cuidadores que hay otras costumbres que son más beneficiosas para la salud de los niños. Porque en la medida que se impone el conocimiento los cuidadores hacen otra cosa diferente.

Las médicas manifiestan que el desconocimiento de las madres sobre algunos temas de salud, es lo que las lleva a actuar de una forma indebida. Por ejemplo, las madres no dan la lactancia materna es por desconocimiento de las propiedades de la leche materna, considerar que la leche materna no llena al niño y las lleva a suministrar el tetero. Sin embargo, durante la observación de la consulta, algunas mamás manifestaron dar tetero a los niños porque debían atender a sus otros hijos o realizar las actividades en el hogar y al dar el tetero les quedaba más tiempo para ello.

“...o sea yo trato de decirles, que los niños pequeños igual necesitan tanto alimento de día como de noche, que es normal que ellos pidan alimento de noche, si?, que puede que con el tetero les duerma más rato, no las despierte en la noche, pero es porque esa leche no tiene lo mismo, se asimila más despacio que la leche [materna] y no le esta alimentado lo mismo,...” EM137

Las médicas refieren que el desconocimiento de otros temas como los mecanismos de defensa del organismo, llevan a que las madres consulten por síntomas que son normales en algunos procesos del organismo. Por ejemplo con la tos, las madres ven esta como una enfermedad y no como un medio con el cual el organismo se está definiendo. Esto es, según las médicas, la razón por la cual las madres o los cuidadores buscan que les den el medicamento que les quite la tos, esto es lo que les permite pensar que las madres necesitan es conocer y entender cuando hay gravedad en el niño.

6.5.2. La recontextualización del discurso

Las médicas, para orientar los conceptos de la lactancia materna, los enmarcan en las necesidades de las madres, cómo mediante las prácticas que se orientan en la consulta se suplen las necesidades que ellas identifican en el niño. Por ejemplo frente a la idea de que el niño tiene sed, las médicas contextualizan el tema de la lactancia materna para hacer ver a la mamá que con la práctica también se suple su necesidad que ellas identifican en el niño.

Igual sucede con la importancia del estado de nutrición del niño, este se orienta reforzando como la lactancia materna hace que el cerebro se desarrolle más, que el niño vaya creciendo mejor, que es suficiente para las necesidades del niño y es una forma de prevenir la obesidad.

“yo le digo a la mamá cuando me dice que es que el niño le da sed, yo a la mamá le digo “mamá usted ha visto que cuando usted se saca la leche de sus senos hay veces que le sale muy espesa y otras veces que le sale como agua de arroz” (simula que responde la mamá) “hay ah sí, ve verdad y por que” “porque cuando usted le sale la leche como agua de arroz es porque su organismo detecta que el niño tiene sed y por eso, esa leche le calma la sed,

así como está en agüita, entonces no le tenéis que dar agua, ni de manzana, ni agua de panela ni nada, simplemente cuando tú vez que la leche sale así es porque el niño tiene sed y se la estas calmando”, con eso ya tiene y queda tranquila,” EGM231

“Entonces le salía una lechita toda especita, también venía con la idea de que le tenía que dar agüita, yo le dije “vea esta agüita es especita, esta es para quitarle el hambre, por eso la tiene que dejar mucho rato pegado, la otra es clarita mire que esa es diferente, esa es la que le quita la sed al niño, mire que es como agüita, pero tiene muchas proteínas” EGM137

En otras situaciones, se evidenció que las médicas utilizan las palabras de los cuidadores para re-contextualizar los contenidos que se quieren incorporar.

“El Dr. pregunta por la alimentación que le da al niño, ella responde que le está dando leche materna y de vez en cuando un tetero de leche de formula. Inmediatamente el Dr. se asoma por un lado de la pantalla y con un tono sorprendido le pregunta para que le complementa, ella le dice que “para que me deje hacer el oficio, yo tengo otros cuatro niños y él quiere que lo alimente todo el tiempo y me doy cuenta que cuando le doy leché de tarro se llena más. El médico le dice que si ha escuchado bien lo que ha dicho, que cuando se refiere a “alimentar al niño” hace referencia a la lactancia materna, pero cuando dice “llenar el niño” hace referencia al tetero” NC1

6.5.3. La adecuación del lenguaje

Las médicas manifiestan que el lenguaje que se utiliza durante la educación, está determinado por el nivel educativo, el sitio donde vive y la edad que tenga el cuidador.

Las médicas hacen un reconocimiento de los contextos culturales y sociales de los cuidadores, por eso manifiestan que el lenguaje cambia cuando están hablando con un cuidador que vive en la ciudad o uno que vive en una vereda. Igualmente manifiestan que no es lo mismo hablar con un cuidador que tenga bachillerato a uno analfabeta. Ellas también encuentran diferencias cuando

atienden a madres jóvenes o adultas, refieren que las madres jóvenes entiende y son más receptiva y se pueden educar más fácil que a una madre mayor. Cuando ellas evidencian que el cuidador cuenta con alguna características que reflejan nivel educativo bajo, las médicas utilizan una terminología más sencilla y son más flexibles.

A pesar del reconocimiento de la importancia de adecuar el lenguaje durante la educación, en la observación participante se pudo evidenciar como en ocasiones utilizan vocabularios técnicos que no son comprendidos por los cuidadores o palabras comunes para las médicas pero desconocidas para los cuidadores.

“La médica le dice que debe utilizar bloqueador, la madre acentúa con la cabeza y dice que si (CO: yo veo que la madre no está muy segura de lo que es), yo le pregunto a la madre que si ella sabe que es un bloqueador, ella se queda en silencio un instante y luego me responde que no (CO: pareciera que la madre sintió pena), la médica la mira y se da cuenta que la madre no lo sabe y comienza a explicarle.”NC5

“Durante el interrogatorio la médica le pregunta que si esta “disfonica”, la madre le pregunta que es eso, ella le contesta que si esta ronca, la madre le contesta que no” NC4

“Continua el interrogatorio la médica le pregunta a la madre que qué edad tenía cuando el niño nació, la madre le pregunta que como así, la médica le dice que sí, que cuantas semanas de embarazo tenía” NC5

“Termina el examen y le dice que otra vez tiene neumonía, que le toca que se vaya para urgencias de la sede San Pio porque “no le está saturando lo que tiene que saturar”, la madre acentúa con la cabeza que sí, no dice nada” NC7

“La doctora habla y le dice que cuando le valla a dar la comida no le dé ningún distractor, ni juguetes, ni televisión y hasta que no termine de comer no le preste estos distractores, también le habla de la manzana que es un monosacárido que abre el apetito, y es bueno que se la de antes de la comida.” NC7

Las médicas manifestaron que la comunicación se da en la medida en que los cuidadores y ellas hablen el mismo lenguaje. A esto se refieren cuando ellas hacen una pregunta específica, y el cuidador le responde en esa misma dirección, o que si al indagar si se entendió un tema, la madre vuelva y responsada exactamente lo que ella le había hablado.

6.5.4. El lenguaje no verbal

En lenguaje no verbal, se refleja en la postura que proyecta la médica y la fuerza del tono de voz, cuando realiza una orientación, se puede leer que algunos son impositivos. En la asesoría de lactancia materna, se pide a la madre que ponga a lactar al niño, mientras las médicas observan como lo hacen. La médica se para en frente de la madre, la observa fijamente y corrige técnica según los parámetros establecidos por la OMS. En algunas ocasiones le demuestra a la madre como se realiza la extracción de la leche.

“le dice que mientras lo lacta quiere ver si le sale leche por la otra mama, le pide que se saque el seno, la madre tiene una blusa ceñida y presenta dificultad, la médica se acerca y le saca la mama y comienza a oprimir el seno, la señora le dice que no sale nada, (C.O: yo observo que solo sale unas gotas de leche), la médica continua y de pronto le aprieta el seno de tal forma que sale un chorro, la señora se queja de dolor y se retrae hacia atrás y la médica le dice , “si ve que si sale”, la señora se guarda el seno y no dice nada (C.O: Se observa que la madre tiene fascias entre dolor y molestia). NC3

Cuando verifica el conocimiento adquirido por el cuidador, las médicas hacen énfasis en que los cuidadores les repitan lo que ellas han dicho. Ellas manifiestan que generalmente el cuidador solo dice el diez por ciento de las orientaciones dadas, por tal razón cuando el cuidador no lo dice tal cual, ellas les repiten los mensajes hasta que el cuidador lo replica.

“Le pregunta a la paciente si le ha entendido, ella le dice que sí, la médica se pone la mano en el oído, se ubica de medio lado y le pide que le repita lo que ella le ha dicho, la madre repite las indicaciones dadas. Nuevamente la médica pregunta que sí está claro” NC5

Para las médicas los cuidadores participan en la educación cuando tienen un nivel educativo alto y cuando ellos siguen las instrucciones con el niño en la casa. El cuidador tiene una participación más activa cuando su nivel educativo es alto, puesto que tienen más conocimiento o elementos con que discutir durante la educación. Estos elementos también se adquieren cuando las madres buscan y leen en el internet lo que los niños están presentando. Las médicas manifiestan que algunos cuidadores saben de los síntomas de los niños que llegan a un servicio de urgencias y ellas mismas se hacen el triage.

“Hay mamás que saben muy bien las cosas, hay mamás que llegan al triage y ellas mismas se hacen el triage, ellas mismas dicen “vea doctora, se le hunde la costillita, vea como está respirando de rápido, usted le pone el oído al pecho y vea que silba” y uno dice ay, se los sabe de memoria” EGM231

Por otra parte, las médicas refieren que en la casa el cuidador participa de la educación en la medida que pone en práctica las orientaciones que ellas ofrecen en la consulta.

“Si ella es la que está viendo el niño, o sea ella es la que está poniendo en práctica, [...] los consejos que nosotros damos y van viendo que sí funciona, y va sacando un conocimiento” EGM137

Al hablar de la participación de los abuelos en la crianza de los niños, las médicas manifiestan que algunos realizan prácticas que no son las más indicadas en el cuidador de los niños. Durante la observación se evidenció que cuando las médicas manifestaban esto en presencia de los abuelos, estos comentarios las incomodan.

Las médicas declaran que aunque es difícil saber cuándo se está haciendo una buena educación, esta se podría medir con el cumplimiento de las indicaciones dadas por parte de las madres, cuando llevan a los niños a los programas (vacunación y crecimiento y desarrollo), y que la madre haga todo lo que se necesita para que el niño este bien.

7. La discusión

7.1. La práctica pedagógica desde el constructivismo

Comprender cómo se desarrolla el proceso educativo en la estrategia AIEPI, nos lleva a la discusión de algunos conceptos de la teoría de Basil Bernstein y como estos se representan en la estrategia AIEPI. La teoría ampliamente estudiada por Bernstein se centra en dos elementos, los modos prácticos de la transmisión (en el cómo) y la práctica pedagógica² (30). Para analizar la práctica pedagógica se debe identificar cuál es la lógica interna que hace posible que en la estrategia AIEPI, el desarrollo de la EpS se convierta en un transmisor cultural (30). Se iniciará hablando del principio locativo, posteriormente se hará referencia a las reglas que para Bernstein, actúan de forma selectiva sobre el contenido de cualquier práctica pedagógica, como son la regla de jerarquía, la regla de secuencia y la regla de criterio.

En el análisis del principio locativo, se puede evidenciar que el ambiente del consultorio está adaptado para el ejercicio del acto médico. Elementos como el computador, aunque interviene en la comunicación entre la médica y los cuidadores, son privilegiantes durante la consulta, pues se dedica más tiempo a la utilización de estos que a la interacción con el cuidador. Los cuidadores sienten incomodidad por los largos periodos de tiempo que la médica dispone a la escritura del computador, tiempos en los cuales no se les presta la atención debida para escuchar sus necesidades.

En la AIEPI, la práctica pedagógica (considerando al cuidador como el educando y a las médicas como el educador), se caracteriza por una jerarquía marcada por la tenencia del conocimiento, en donde el educador por ser quien estudia, es el que sabe y es quien tiene la autoridad para decirle al cuidador

² Para Bernstein la práctica pedagógica rigen la forma de adquisición del conocimiento, aquellas prácticas que se crean entre educadores y educandos, que crean el contexto local de reproducción. Para Bernstein las relaciones sociales (de poder) regulan la forma de la práctica pedagógica (Bernstein 1997 pg. 45)

como debe cuidar al niño. Esta jerarquía es explícita (30), en la medida que hay un reconocimiento cultural y social del modelo biomédico y su papel en el sistema de salud. La hegemonía del modelo biomédico ha instaurado, tanto en los cuidadores como en las médicas, roles que son abiertamente reconocidos por cada uno. Esta situación también fue hallada en investigaciones del sociólogo Harvard (44) y en Peñaranda y colaboradores (9), ellos evidenciaron que los cuidadores identifican en las médicas como referentes de conocimiento. Para los cuidadores las médicas son las que estudian, por lo tanto son quien tiene más autoridad para orientar todo relacionado a la crianza y acuden a ellas para que les orienten frente al cuidado que ellos deben dar a sus hijos. Por otra parte las médicas consideran que los cuidadores por su condición, requieren de una orientación porque no tienen el conocimiento suficiente para ofrecer un cuidado adecuado a los niños.

Hay una diferencia marcada entre el educando y el educador, alguien tiene la legitimidad para definir qué es lo correcto, en la teoría de Bernstein hay un enmarcamiento fuerte³. Para Freire, estas características son propias de los métodos educativos que se desarrollan desde una lógica vertical de enseñanza “es decir, aquellos métodos en los que unos, que son lo que “saben”, se encuentran en posición superior respecto de aquellos que como “no saben” son quienes necesitan educarse” (26).

Con respecto a la regla de secuencia⁴, podemos identificar que los temas que se enseñan a las madres, son definidos teniendo en cuenta la necesidad del niño identificadas por el educador, que sigue las indicaciones del programa orientado desde el conocimiento biomédico. Es una educación, centrada en el niño, para un cuidador que pocas veces es reconocido con necesidades propias. La secuencia de los temas está determinada por el motivo de consulta, generalmente la enfermedad. Esto corresponde a una visión centrada en la enfermedad propia del modelo biomédico. Como la mirada biomédica se

³ El educador controla la selección, organización, ritmos y criterios de comunicación, la postura y la vestimenta de los ,además de la localización física

⁴ Se refiere al orden y la progresión en que deben ir los elementos que se transmiten

enfoca en la enfermedad y no en el enfermo, en las disfunciones biológicas y no en las representaciones culturales del enfermo, esto lleva a que las categorías biomédicas escondan formas artifices de desigualdades sociales y crean relaciones de hegemonía y subalternas (44).

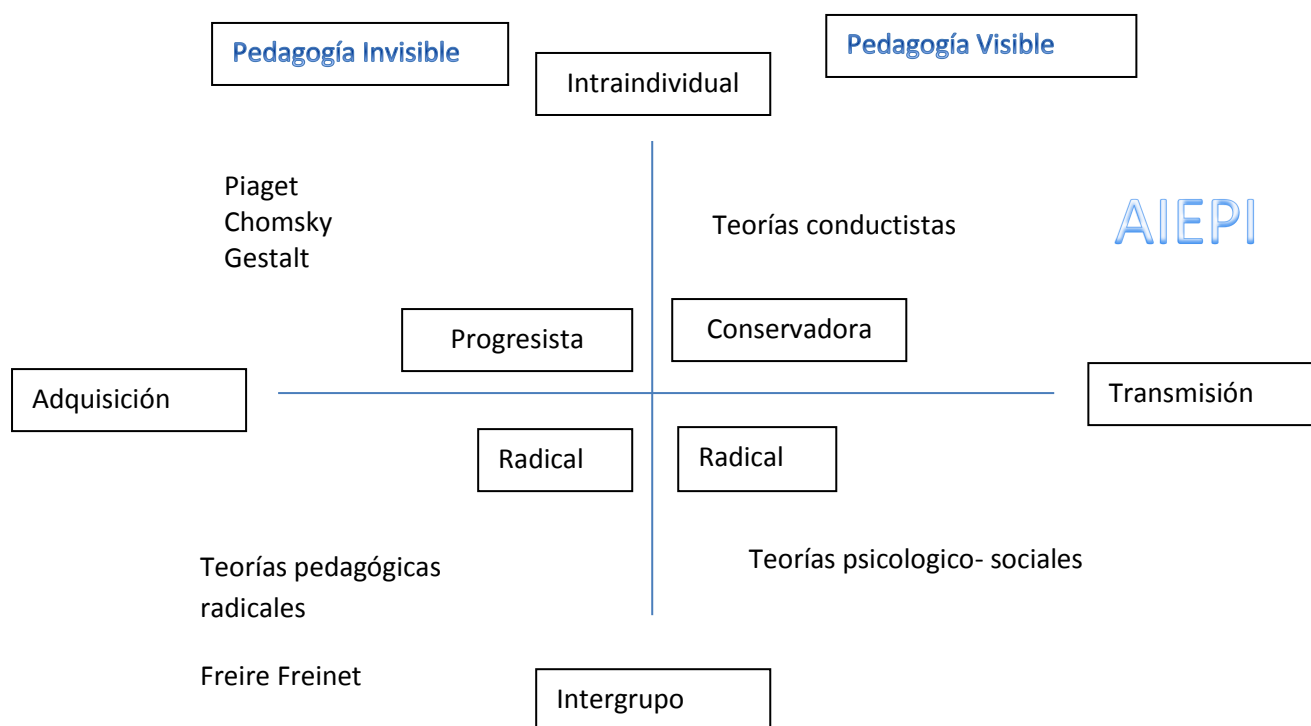
Con respecto a la regla de criterio que darán cuenta de la asimilación del conocimiento del educando al finalizar la consulta (30), el educador espera que el educando repita unos contenidos (signos de alarma, formar de tomar el medicamento) y que cumpla unas recomendaciones dadas. Los educadores manifiestan que muchas veces estos criterios no se logran, puesto que deben repetirlos muchas veces en cada consulta o durante la consulta, los contenidos que deben conocer y al finalizar no se logra su memorización. Estos criterios de evaluación son propios de prácticas pedagógicas orientadas hacia la “performance”, esto es, hacia el logro de conocimientos o comportamientos esperados por el educador (el programa), lo cual es propio de las prácticas pedagógicas conservadoras, como por ejemplo los modelos pedagógicos fundados en la persuasión (conductismo) o en la transmisión (tradicional). Esto se encuentra en oposición a las prácticas pedagógicas progresista orientadas a privilegiar los procesos universales internos del educando, centradas en adquisición y desarrollo de competencias (30).

Para Not, el aprendizaje basado en la repetición, no crea las condiciones aptas para realizar las operaciones necesarias para la construcción del conocimiento. Lo que se pretende es lograr la asimilación de un contenido, contenido que no se trasmite sino que hay que reconstruirlo, lo que conlleva al cuidador por recurrir al forzamiento sistemático y a la memorización (28).

Esta memorización en la estrategia AIEPI, se podría pensar que se da por la relación que establecen las médicas y los cuidadores, caracterizada por la socialización de los mismos contenidos en cada encuentro, la solicitud de la repetición de estos y la cercanía de la médica por la consulta constante del cuidador, logra que el educando reconozca ciertos mensajes que se “van captando” y memorizando pero no reconstruyendo en su interior.

Bernstein relaciona las prácticas pedagógicas con las teorías de la instrucción, que toman de referencia lo que se evalúa en el educando. Estas teorías identificar tres modalidades: progresistas, conservadoras y/o radicales (30). Para este ejercicio ubicamos a la estrategia AIEPI en la figura uno como una práctica visible de carácter individual y centrada en la transmisión (modalidad conservadora).

Figura 1: Representación teorías de la instrucción



En la figura, la línea vertical se refiere al objeto de cambio de la práctica pedagógica, que puede ser dirigida al individuo o en los grupos sociales. La línea horizontal se está refiriendo al centro de interés de la práctica, que puede caer sobre el educando o el educador (30). En la práctica pedagógica de la estrategia AIEPI, el objeto de cambio está en el individuo y el centro de interés es el transmisor, lo que la ubica en el cuadrante superior derecho, teorías de instrucción conductista, consideradas a menudo conservadoras (30).

Teniendo en cuenta las características descritas, podemos determinar que la práctica pedagógica que emerge en la consulta de AIEPI es una práctica

visible, “las reglas de orden regulador y discursivo son explícitas, y el adquirente conoce cuál es el orden de los contenidos” (30). Se busca que el cuidador aprenda unos determinados textos que se encuentran establecidos, centrados en la enfermedad e inmersos en los protocolos que tiene la estrategia. Y la evaluación del aprendizaje está determinada por la repetición del cuidador de la información suministrada durante la consulta.

Al identificar la interacción entre educador y educando, los textos y los elementos que se utilizan en la educación que se desarrolla en la estrategia, nos permiten relacionarlo con el método pedagógico por el cual se está apostando. Para Not (28), la educación puede estar pensada en la puesta de diferentes medios para transformar al individuo o para permitirle que él se transforme. Cuando la educación busca transformar al individuo, el educador utiliza un conocimiento como instrumento para ejercer en el educando una acción que apunta a transformarlo. Por otro lado, cuando se le permite al educando que se transforme, el mismo efectúa acciones y va transformándose por sus acciones mismas (28), ¿en cuál posición estamos?

Teniendo en cuenta los hallazgos, podemos clasificar el método pedagógico heteroestructuración enfocados en la transmisión magistral (28). Desde el punto de vista estructural, el saber pasa de alguien que sabe a uno que ignora, no hay una transformación en doble vía puesto que el cuidador no tiene nada que enseñar, él es ignorante. La relación entre el cuidador y el conocimiento está mediada por las médicas y por el significado que ellas dan a ese conocimiento. Pensar el propósito de educación como aquel en el que se pretende “convencer” a los cuidadores para que cambie un comportamiento, se está apostando por un método que busca transformar al individuo y no que él sea quien se transforme. En Not, se le está dando mayor importancia al objeto de conocimiento y no al sujeto en acción (28).

La transmisión unidireccional, médico-cuidador, evidencia que los cuidadores no son sujetos activos y participantes del proceso educativo (28). La participación de los cuidadores es identificada en la medida en que realizan paso a paso las

indicaciones dadas y cuando refieren que realizar el cuidado que el niño necesita según los criterios del educador.

Desde el análisis funcional (28) se puede decir que la transformación del cuidador se da en la medida en que la repetición de mensajes se ha depositado en su interior. El cuidador cumple un papel pasivo durante el proceso educativo, por ausencia de conocimiento y se torna activo, cuando el realiza todo indicado en la consulta. Para Not, el cuidador es activo en la medida que trasciende el objeto de conocimiento y descubre en él, como sujeto, su explicación, su estructura. Una vez las identifica crea unas asociaciones entre el conocimiento y su realidad haciendo una reconstrucción de su significado y dejando una huella en él (28).

Los modelos pedagógicos que identifica Not, pueden relacionarse con los modelos de EpS propuesto por algunos autores. Si se parte de la pretensión que se tenga frente a la EpS, pueden distinguirse dos modelos: uno dirigido al cambio de comportamientos, como lo plantea San Martín y Pastos (38), y otro, una EpS pensada en el empoderamiento tanto de personas como comunidades para que ellas participen en la construcción de mejores condiciones de salud y bienestar (16) .

Teniendo en cuenta la propuesta de Isabel Serrano y sus los tres modelos informativo, persuasivo y el político-económico-ecológico (43), en una discusión con las médicas, ellas se identifican en el modelo informativo y el persuasivo-motivacional. En el primero identifican una transmisión unidireccional de los contenidos y buscan el cuidador aprenda temas como los signos de alarma, la alimentación complementaria, la lactancia materna entre otros. El concepto de salud se enfocada en que el niño no presente enfermedad. El propósito de la educación es que el niño este sano, y que en las madres haya un cambio de conducta, hacerlas cambiar de parecer, convencerlas o quitar una idea elementos del modelo persuasivo motivacional, cuyo objetivo se centra en que el individuo cambie de comportamiento (43), que desarrolle estilos de vida que sean saludables para sus hijos. Es un modelo que utiliza elementos del medio ambiente para condicionar la conducta de las personas.

7.2. Un método pedagógico a partir del modelo biomédico

Haber evidenciado que el método pedagógico más utilizado por las médicas fue el heteroestructurado y que método en EpS fuese el informativo y persuasivo motivacional, enfocados en una educación tradicional, puede estar explicado por el tipo de formación que se desarrolla en la medicina y por el enfoque de la EpS que este le da. Situación igualmente descrita por Peñaranda y colaboradores quienes encontraron que el método propio de las instituciones de educación formal (en la escuela y en la educación superior) es el método tradicional, centrado en la trasmisión magistral del conocimiento (40). Los educadores realizan la educación al “mínimo coste”, esto es replican el método pedagógico con el cual fueron educados en su paso por la educación formal (Bourdieu y Passeron, 1998) (62)

Las teorías de la antropología medica afirma que una de las razones de la brecha entre equipos de salud y pacientes está dada por los modelos etiológicos culturales de salud y enfermedad (44), así como por la pertenencia a diferentes estratos socio-educacionales (63). Esta situación se puede estar presentando en la AIEPI. Las médicas manifiestan que las enfermedades de los niños no son enfermedades, puesto que muchos signos del niño se resuelven solos, pero para los cuidadores si son enfermedades, por eso consultan, y la consulta termina es resolviendo sus problemas. Pero para las médicas estas consultas no son consultas, una consulta es solo aquella que requiere de un tratamiento médico para una patología específica, esto es, se legitima desde el conocimiento biomédico.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en una investigación cuyo objetivo buscaba explorar las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil en una comunidad en Chile. En este estudio las madres manifestaron acudir al centro de salud con expectativas como "conversar sobre la enfermedad", "comprender más profundamente los problemas" (63). Las personas que acuden a los programas, no solo identifican la enfermedad como únicos motivos para asistir, conversar o querer hablar es otra necesidad sentida. Como diría Martínez la construcción social de la enfermedad tiene

poca atención, pues se vincula a las creencias, la ignorancia y/o a posiciones anticientíficas (44).

La estrategia AEIPI desde su formulación en la prestación de servicios, busca unificar criterios plasmados en protocolos para que las médicas clasifiquen, prioricen y traten las enfermedades prevalentes en los niños, sin embargo, protocolizar la educación para la salud mediante la transmisión de mensajes puntuales, evidencia EpS descontextualización, pues no hay reconocimiento de las prácticas culturales de los cuidadores, y esto interfiere en el cuidado que las madres y cuidadores proporcionan a los niños.

El reconocimiento de creencias y prácticas culturales, además de las necesidades del cuidador, permiten identificar el significado de la salud y la enfermedad para los cuidadores. Pero este reconocimiento no puede hacerse a partir un interrogatorio unidireccional, esquemático de este. Geertz, manifiesta que la forma de comprender los signos de una cultura, no puede estar dada por la utilización de un “paradigma esquemático”, un sistema normativo independiente del contexto en que se producen los signos, y que aparentemente puede ser hallado en cualquier cultura (47).

Las diferencias culturales podrían abordarse mediante el conocimiento de la cultura del cuidador, pero también generando un proceso de comunicación cultural como el que propone Berlin y Fowkes, en donde el personal del área de la salud a partir de la nemotecnia “LEARN” puedan pensar en: escuchar con simpatía y comprensión la percepción del problema de la persona; explicar su percepción del problema; reconocer y discutir las diferencias y similitudes culturales con la persona, recomendar un tratamiento (más que indicar), y hacer una negociación del tratamiento y las indicaciones (11).

7.3. Discursos pedagógicos

Para el análisis del discurso pedagógico, (la lógica interna que hace posible la transmisión de pautas de dominación en una relación educativa), la comunicación terapéutica que se da entre educando y educador puede estar

transmitiendo pautas de dominación en una relación educativa y su relación con los “textos privilegiantes”. Los discursos pueden regular lo que esto significa y dicen cuáles significados son los legítimos.

Se podría decir que el discurso en la estrategia AIEPI surge en la medida en que las médicas son reconocidas por el cuidador y por la sociedad, como poseedoras de un conocimiento científico, avalado por la ciencia, y que le da un estatus de poder. La medicina se ha convertido en una doctrina técnica, que significa “la admisión de un saber cosmopolita, neutral y de validez universal” como lo analiza Lolas (45). El poder que le otorga ese reconocimiento de la sociedad, le permite ejercer una educación unidireccional tipo bancaria, donde se deposita el saber sobre alguien que no lo tiene.

En este discurso las reglas distributivas marca y distribuyen quien puede transmitir algo a quien y en qué condiciones se da esa interacción. En los hallazgos de la investigación, las médicas son las que por su conocimiento, porque han estudiado, son quienes orientan a los cuidadores sobre cómo se debe cuidar a los niños. Por otra parte los cuidadores legitiman esa condición, puesto que manifiestan que ellos acuden a la consulta porque confían en el conocimiento que tienen las médicas.

El conocimiento esotérico (el producido por la ciencia) sobresale frente al mundano (el que se adquiere a través de la experiencia de mundo), las prácticas culturales de los educandos están relacionadas con la ausencia de conocimiento y el educador ve como una imperativa necesidad poder cambiar esas prácticas de los cuidadores por aquellas que indican la ciencia médica, la demostrada por la evidencia. Los educadores manifiestan que hay algunas prácticas no son negociables y que por lo tanto se debe persuadir al cuidador hasta que las cambie.

Por otra parte, el lenguaje que utilizan las médicas no reconocido por el cuidador, puesto que son tecnicismos, propios de las ciencias médicas o coloquiales propios de sus contexto. Lolas identifica esta situación como una “brecha epistémica” puesto que hay una desigualdad en la información que

poseen tanto los expertos como las personas. Estos últimos no entienden lo mismo, bajo similares palabras, por lo tanto no hay diálogo como tal. Lolás manifiesta que esta desigualdad del conocimiento lleva a que “las exigencias de las personas sean irreales a veces, inapropiadas otras y queden insatisfechas en numerosas ocasiones” (45). Aun en esta desigualdad que puede presentar, Lolás considera que el profesional debe "acomodarse" en lo personal, acomodar sus conocimientos a entornos diversos y mantener identidad. (45)

Los discursos son recontextualizados (se desubica se mueve de su posición original, transformándolo y dándole un nuevo orden) (30) por las médicas, toman su conocimiento técnico y lo acomodan al lenguaje de los cuidadores, sin embargo esta recontextualización se hace a partir de la cultura de las médicas y no de los cuidadores. Los textos privilegiantes que socializan las médicas, están cargados de significados. Las recomendaciones que ofrecen a los cuidadores están relacionadas con la experiencia del educando, su contexto y sus saberes. Un ejemplo de ello es como durante la entrevista grupal, una de las médicas manifestó no recomendar el extractor de leche materna, al parecer por que a ella este no le había apoyado su proceso de lactancia materna.

Estas dinámicas de la consulta de AIEPI, evidencian que el modelo biomédico hegemónico a lo largo de la historia con el ejercicio de la medicina, posee un discurso en el campo de la recontextualización oficial (30), que permea el actuar de las médicas a la hora de realizar la educación, en un campo de recontextualización pedagógico, la consulta bajo la estrategia AIEPI, y les otorga un poder, un control, sobre lo que se socializa con los cuidadores convirtiéndose en un instrumento de la producción, reproducción y transformación de la cultura (30).

8. A manera de conclusión

Esta investigación partió de la pregunta ¿cómo se desarrolla el proceso educativo en el componente clínico de la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI? motivada por la experiencia personal como enfermera-educadora en programas de “promoción de la salud” y en la escasa producción de estudios que evalúen la Educación para la salud-Eps en la estrategia AIEPI, y en que algunas de las que lo hacen se centran en medir la información que recuerdan los cuidadores en temas como Infección Respiratoria Aguda-IRA y Enfermedad Diarreica Aguda.

Este trabajo se llevó a cabo en un municipio del Área Metropolitana del Valle de Aburra, en una Institución Prestadora de Servicios-IPS de nivel de complejidad bajo, y sus participantes fueron los cuidadores de los niños menores de 5 años y las médicas responsables de la estrategia en la IPS. Este tipo de pregunta requería un estudio de tipo cualitativo, el cual se desarrolló desde una perspectiva hermenéutica con recursos metodológicos de la etnografía como la entrevista cualitativa, la observación participante y las entrevistas grupales.

Recursos metodológicos presentaron beneficios pero también limitaciones. Con la observación participante se dio un acercamiento, especialmente a las médicas con quienes se compartió jornadas de trabajo que permitieron establecer relaciones de confianza que llevaron a realizar entrevistas francas y abiertas. Con los cuidadores, por el contrario, con las dinámicas de la consulta (programadas cada 20 minutos), era poco el tiempo que compartía y esto creó una dificultad a la hora de aceptar la entrevista y concertar las entrevistas grupales.

Entre los hallazgos más significativos de esta investigación encontramos:

El modelo pedagógico es tradicional conductista, que busca reforzar en los educandos comportamientos a partir de la memorización y repetición de información, para que cambien las prácticas de cuidado con los niños de una

manera poco reflexiva y de forma impositiva. Esta imposición del qué aprender o cómo aprender, está dado porque el aprendizaje se ve de manera unidireccional donde el que debe aprender es el cuidador a través del conocimiento que deposita el profesional de la salud (médica), es decir, una educación bancaria.

El ejercicio de poder ejercido por los profesionales de la salud es un ejercicio poco reflexionado por estos, y validado por los cuidadores, quienes consideran que quienes tienen el conocimiento son las médicas pues para eso han estudiado, por su parte, las médicas consideran que los cuidadores carecen de conocimientos, especialmente de la crianza y del cuidado de los niños.

De esta manera, se refuerza culturalmente el modelo biomédico hegemónico y el imaginario de que solo el conocimiento científico es el válido y verdadero, con lo que se despoja a los cuidadores de su saber creado culturalmente. Estas situaciones requieren reflexionar sobre cómo se desarrolla la estrategia a partir de estos hallazgos, para posicionar que la construcción de prácticas de cuidado posibilitadoras de vida requieren diálogo, reconocimiento y negociación cultural como propone Freire, entre cuidadores y profesionales de la salud. Este reto es transversal al cómo se realiza EpS en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La práctica pedagógica que emerge en la consulta de AIEPI acorde al planteamiento de Bernstein es una práctica “visible”, caracterizada porque los educadores, en este caso, las médicas establecen las reglas que regulan la actividad, es decir, se busca que el cuidador aprenda unos determinados textos, los cuales están centrados en la enfermedad e inmersos en los protocolos de la estrategia, los cuales homogenizan a los cuidadores, y así se pierde la particularidad e historicidad construida social y culturalmente por cada uno de ellos-los cuidadores. Además, la evaluación del aprendizaje está determinada por la capacidad del cuidador de repetir la información suministrada durante la consulta. Este hallazgo sugiere la necesidad de construir con los cuidadores a partir de sus necesidades y experiencias, acuerdos que posibiliten una práctica pedagógica contextualizada, y

reconocedora del otro y su cultura. Así como una resignificación de la salud que supere la visión biologicista y centrada en la enfermedad.

Los cuidadores identifican elementos en la consulta que favorecen o no la educación. El computador es un elemento que obstaculiza la comunicación entre el cuidador y la médica, pues se dedica más tiempo al diligenciamiento de instrumentos en este que a la escucha del cuidador. El tiempo durante la consulta es otro elemento relevante, puesto que de él depende la oportunidad de hablar de las situaciones de los niños. Por su parte para las médicas, el tiempo de la consulta es determinante para el desarrollo de la consulta y la educación que se ofrece al cuidador, algunas consultas requieren de más de 30 minutos para una asesoría.

El método pedagógico se sitúa dentro de la categoría heteroestructuración, es decir, enfocado en la trasmisión magistral y vertical del conocimiento, que va de la médica hacia el cuidador porque el saber pasa de alguien que sabe (profesional de la salud) a otro que ignora (cuidador), y la relación entre el cuidador y el conocimiento está mediada por las médicas y por el significado que ellas dan a ese conocimiento. Este método refuerza la práctica pedagógica “visible” y el modelo biomédico.

Paradójicamente a los análisis realizados de las dinámicas de la educación en la consulta de la AIEPI, tanto cuidadores como médicas manifiestan que la manera como se desarrolla la estrategia AIEPI en la institución, permite una atención integral tanto para los niños como a sus cuidadores. En el caso de los cuidadores, este reconocimiento está influenciado por las experiencias negativas que ellos tuvieron en otros servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente en el ámbito profesional y personal, se concluye que plantear una investigación cualitativa con una perspectiva hermenéutica, permitió hacer un acto reflexivo de la práctica de la enfermería -y de la salud pública- y de la responsabilidad que tiene la enfermera para lograr mejorar las condiciones de vida de los niños a través de la EpS, esto en la medida que el proceso

investigativo permeó el ser y el hacer de la investigadora, quien se vio reflejada en la experiencia del otro-el cuidador y la médica- ya fuera por su rol de enfermera, madre o una ciudadana que hace uso de los servicios de salud. Esta situación reta a proponer estrategias que reconozcan la experiencia del otro y el contexto en el que surge el conocimiento como un aporte a la transformación de la sociedad, por tanto, de las condiciones de vida de los niños y de la investigadora.

8.1. Recomendaciones

Algunas reflexiones teóricas de los autores que iluminaron esta propuesta, a la vez, generaron inspiración para hacer algunas recomendaciones.

La propuesta de una EpS requiere ser pensada con el otro, el cuidador, el educando, con sus necesidades. Debe permitir una participación del cuidador para que este logre pensarse como un ser activo, posibilitador de cambios. Se hace necesario que la EpS esté orientada al reconocimiento del sujeto inmerso en un sistema social, político y económico, como manifiesta Emilio Durkheim, un ser constituido por “sistema de ideas, de sentimientos y de costumbres que expresan en nosotros, no nuestra personalidad, sino el grupo o los grupos diferentes en los que estamos integrados” (22), que lo lleva a establecer determinados comportamientos. La educación pensada en la vida misma, en enseñar al hombre a ser feliz como lo manifiesta Rousseau (23).

Para que esto se logre, primero se requiere que EpS sea humanizada, que no se reduzca a procesos de instrucción, sino que también exija la reflexión, el análisis y el discernimiento de las propias actitudes y valores; reclama la confrontación del propio actuar con el actuar del otro para mejorar, no para censurar, excluir o descalificar (27). Lo que implica reflexionar el acto educativo en los diferentes programas de Promoción de la Salud o Prevención de la Enfermedad para que se vuelva un acto consciente, pues en cada programa de estos, hay un acto educativo.

Un acto educativo consciente permite la construcción de conocimiento y de un pensamiento crítico, en especial, de los cuidadores frente a las situaciones de su contexto, de su vida diaria, que se exprese en la crítica pero también en la propuesta para ser parte activa en la construcción de ambientes que favorezcan el desarrollo de su comunidad, elementos que constituyen la pedagogía crítica.

En palabras de Freire, se busca que las poblaciones oprimidas desarrollen un sentido crítico frente a la situación en que viven, identificándose como oprimidos, asimilando la situación y buscando un cambio para su liberación (25).

Para lograr esa liberación o emancipación tanto de cuidadores como de médicas se requieren cambios en la comunicación entre cuidador y médica. Algunos de ellos son:

La dialogicidad, es decir, un dialogo constructivo y respetuoso con el otro, que debe estar enmarcado en un amor profundo por el hombre y por el mundo, y que debe tener una profunda humildad, sin esta es difícil tener un acercamiento al otro.

Tener fe en el otro, en lo que puede realizar para generar un cambio. Debe haber confianza, esta “implica el testimonio que un sujeto da al otro, de sus intenciones reales y concretas”(25).

En el diálogo debe haber la esperanza, el saber que cada encuentro da como resultado la posibilidad de que se van a transformar las cosas. Finalmente, quienes se sientan a dialogar deben ser críticos en sus comunicados, pensar que hay una estrecha relación de solidaridad entre el hombre y el mundo, cuyo proceso es cambiante(25). La transformación de la realidad implica una construcción con el otro, no es posible una transformación solo, puesto que el mundo es mundo en cuanto se es con el otro (25).

En la educación liberadora, los contenidos de la educación problematizadora no son los que el educador quiere, “se funda en el respeto por el otro, en estar abierto, en reconocer que no tengo la verdad y en no asumir posiciones dogmáticas”(1) y en el ejercicio de construir prácticas de relaciones horizontales (64). De esta manera, se deben construir acuerdos pedagógicos y temáticos que posibiliten el aprendizaje desde la motivación, interés, expectativa y demás del otro-el cuidador- para lograr construir prácticas que favorezcan la vida y el cuidado de los niños y de los propios cuidadores, pues el ejemplo también permite la reflexión y el cambio.

Para Freire, “educador y educando se necesitan mutuamente, pues ambos se educan al entrar en contacto entre sí, aunque con tareas distintas. Por tal razón ni en el acto educativo, ni a nivel de los distintos grupos es posible hablar de una posesión exclusiva del conocimiento ya que “existe un pensamos y no un yo pienso”” (26). De esta manera, se propone una comunicación horizontal que permita la construcción de conocimientos y practicas favorecedoras del cambio posibilitador de la vida, de la salud, del amor.

Esta comunicación es aquella que:

...liga las voluntades en intenciones de los sujetos en iguales condiciones de acción y de vida (Searle, 1978); es decir, en este proceso los interlocutores simbolizan y significan con base en la validación del discurso del otro, con base en la legitimación de las intervenciones y análisis de las visiones que en ellas subyacen. En esencia, la comunicación es poner en común unos signos que suscriben unas intenciones compartidas por quienes intervienen en un acto discursivo; es reconocerse éticamente y mutuamente en el discurso, sin que ello implique ausencia de diferencias (Prieto, 2004)(27).

Igualmente, la cultura no puede asumirse como una barrera para el conocimiento y la comunicación. Al contrario, se debe asumir y reconocer como un aporte que los grupos humanos hacen al mundo, y en especial un acervo de conocimientos necesarios para crear (64). Esto posibilita el reconocimiento de la visión particular del mundo que el educando tiene, y de su contexto. El

desconocer al otro -inmerso en una cultura- y pretender sobre poner una cultura - la del profesional de la salud, constituye una especie de invasión cultural, aunque se haga con las mejor de las intenciones o por desconocimiento, pero invasión cultural finalmente (25).

Algunas posibilidades para alcanzar estos retos de volver la EpS un acto consciente, respetuoso del otro y responsable con el compromiso de mejorar las condiciones de vida de los niños y los cuidadores, encuentra sustento en la educación problematizadora de Freire que propone “la investigación temática” como la posibilidad de construir con los otros, es decir, con la participación activa de la comunidad, (comunidad educativa o social), para orientar asertivamente la construcción de las temáticas (25). Cuando las personas descubren, apropian y sienten sus necesidades, son más conscientes de las mismas, llevándolos a buscar soluciones acordes a esas necesidades.

Así mismo, la educación liberadora de este mismo autor (25), posibilita que el educando se cuestione e indague, acerca de la forma en que la cultura y la educación pueden crear relaciones de poder que perjudican su libre desarrollo como persona o de los colectivos.

Prado y Fujimori, manifiestan que aunque han surgido muchas propuestas enfocados en la visión de la salud y la enfermedad como proceso de determinación económica, social y cultural, la mayoría de las escuelas han interiorizado en sus proyectos educativos, la racionalidad científica anclada en un diseño mecánico(11).

Acorde a lo anterior, y al planteamiento de Díaz se invita a las universidades a “promover un método crítico puesto que permita a los estudiantes la participación activa en el proceso de aprendizaje, lo que puede contribuir al desarrollo de habilidades humanas tanto en los usuarios como en los trabajadores de los servicios de salud” (40), para reflexionar sobre la formación de los profesionales del área de la salud que sigue centrada en la formación de especialistas, en la enfermedad y la atención individual(11). Esto permitiría posicionar los programas de Promoción de la Salud y de los ámbitos diferentes

a los espacios clínicos-consultorios-para construir la salud en los espacios donde ocurre la vida.

Desde las médicas también se generaron recomendaciones para la estrategia, orientadas a continuar con los procesos de calidad desarrollados en la IPS en cuestión. Entre ellas, se destacan aumentar los tiempos de consulta para favorecer el diálogo y el reconocimiento, pues este, muchas veces condiciona, el escuchar atentamente al cuidador, otra propuesta es incorporar otras disciplinas a la estrategia, inicialmente, enfermería y afines del área de la salud. Esta propuesta se recoge y complementa con avanzar hacia profesionales de las ciencias sociales y líderes de las comunidades, lo que permite la contextualización y reconocimiento de los otros, sus territorios y saberes.

Igualmente, las médicas proponen instaurar los tres momentos contemplados por el referente conceptual sobre la consulta AIEPI (pre-consulta, consulta y pos-consulta), como una manera de conocer, reconocer y reconfigurar la estrategia a la luz de las propuestas antes mencionadas, proceso que puede empezar por la transversalización de AIEPI en otros programas y servicios que actualmente cuenta la institución.

Esta implementación es posible, teniendo en cuenta que la estrategia AIEPI cuenta con una propuesta de valoración y atención para la población de los programas de planificación familiar, control prenatal y en los servicios de atención del parto.

Esta investigación, fue el inicio frente a la indagación de la educación para la salud en la estrategia AIEPI, pero es necesario continuar investigando con los cuidadores en sus contexto y así identificar esas dinámica del día a día, las realidades que son ajenos a las instituciones de salud y que pueden potencializan o no favorecen que los cuidadores logren brindar a los niños un cuidado integral.

Referencias bibliografía

1. Freire P. Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa. México: Siglo XXI editores S.A de CV; 2006. 139 p.
2. Díaz P, Peñaranda F, Cristancho S, Caicedo N, Garcés M, Alzate T, et al. Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia; Education for health: perspectives and experiences in higher education in health sciences, Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2010;28(3):221–30.
3. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: informe 2013 [Internet]. New York; 2013 p. 64. [Consultado 2013 Dic 13]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/mdg-report-2013-spanish.pdf>
4. Ministerio de Salud y la Protección Social (Colombia) OP de la S. Caracterización de la atención bajo la estrategia AIEPI de niños y niñas menores de 5 años en situación de desplazamiento de 10 entidades territoriales [Internet]. Bogotá, Colombia; 2010. [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1553:informe-de-gestion-linea-aiepi&catid=755&Itemid=476
5. Organización Panamericana de la Salud. Guía para formular el plan operativo de salud infantil: la estrategia AIEPI [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 122 p. [Consultado 2013 Jun 12]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/FINALguia_PO_LR.pdf
6. Ministerio de Salud y la Protección Social (Colombia) OP de la S. Capítulo 6: aconsejar a la madre o al acompañante. In: Curso clínico atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. OPS. Bogotá, Colombia; 2012. p. 538–615. (3).

7. Ministerio de Salud y la Protección Social (Colombia), Organización Panamericana de la Salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI: guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud [Internet]. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2010. 52 p. [Consultado 2013 Jun 12]. Disponible en: http://www2.paho.org/col/dmdocuments/Guia_profesionales_salud.pdf
8. Ministerio de Salud y la Protección Social (Colombia) OP de la S. Curso clínico atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. OPS. Bogotá, Colombia; 2012. 823 p.
9. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A, Pérez F. Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico, experiencia basada en la evaluación del programa de crecimiento y desarrollo. Vol. II. Medellín; Colombia: Universidad de Antioquia: la carreta editores; 2011.
10. Kelly JM, Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Cokouits F, Deming MS. Care takers' recall of Integrated Management of Childhood Illness counselling messages in Benin. *Trop Doct.* 2007 Apr;37(2):75–9.
11. Prado SRL de A, Fujimori E. Maternal/familiar knowledge in relation to care provided to sick children. *Rev Bras Enferm.* 2006 Aug;59(4):492–6.
12. Irimu G, Nduati R, Wafula E, Lenja J. Community understanding of pneumonia in Kenya. *Afr Health Sci.* 2008 Jun;8(2):103–7.
13. Delgado M, Calvache JA, Del Cairo C, Bedoya LM, Tabares RE. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. *Antípoda Rev Antropol Arqueol.* 2006 Jul;3:227–54.
14. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite ÁJM, Cunha ALA da, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:S209–19.

15. UNICEF. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. UNICEF. 2013 [consultado 2015 Jun 16]. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>
16. República de Colombia. Ley 1098 de 2006 8 de noviembre de 2006 [Internet] Por el cual se expide el código de la infancia y la adolescencia 8, 2006. [Consultado 2013 Dic 18]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>
17. Liderazgo Territorial y Alianzas para la atención integral en salud de la infancia [Internet]. 2013 [consultado 2015 Jun 12]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=296:liderazgo-territorial-y-alianzas-para-la-atencion-integral-en-salud-de-la-infancia&catid=684&Itemid=361
18. Ministerio de Salud y la Protección Social (Colombia). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2013. 237 p. [Consultado 2014 18 Agos]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. M de la PS. Curso de organización local: módulo del participante [Internet]. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2008. 216 p. [Consultado 2013 Jun 12]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=3382&limit=10&order=name&dir=ASC&Itemid=139&lang=es
20. Campo R, Restrepo M. Formación integral Modalidad de educación posibilitadora de lo humano. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 1999. 102 p.

21. Guardini R. Mundo y persona: ensayos para una teoría cristiana del hombre. Madrid, España: Ediciones Encuentro S.A; 2000. 176 p.
22. Durkheim É. Educación y sociología. Barcelona: Ediciones Península. Barcelona 1996. p. 43–72.
23. Rousseau J-J. Emilio. Editorial Edal S.L. Madrid, España; 1985. 11-23 p.
24. Böhm W, Schiefelbein E. Repensar la educación: Diez preguntas para mejorar la docencia. Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2004. 239 p.
25. Freire P. Pedagogía del oprimido. 2da ed. México: Siglo XXI editores S.A. de C.V; 2005. 248 p.
26. Ardila Sierra AM, Estrada Montoya JH. Teoría crítica de la sociedad y la salud pública. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
27. Ramírez Bravo R. Critical pedagogy: An ethical way to generate educational processes. Folios. 2008 Dec;(28):108–19.
28. Not L. Las pedagogías del conocimiento. 3ra. Reim. Colombia: Fondo de la cultura Económica; 1998.
29. Bernstein BB, Díaz Villa M, López Jiménez NE. Hacia una sociología del discurso pedagógico. Santa Fe de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2000.
30. Bernstein BB. La estructura del discurso pedagógico. La Coruña; Madrid: Fundación Paideia ; Ediciones Morata; 1993.
31. Graizer OL, Navas A. El uso de la teoría de Basil Bernstein como metodología de investigación en didáctica y organización escolar. Rev Educ. 2011 Sep;356:133–58.

32. Bernstein B, Díaz M. Hacia una teoría del discurso pedagógico. Rev Colomb Educ [Internet]. 1985;15. [Consultado 2014 Ag 14]. Disponible en <http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/numeros/rce15final.pdf>
33. Usategui E. La sociolingüística de Basil Bernstein y sus implicaciones en el ámbito escolar. Revista de educación. 1992;(298):163–97.
34. Bernstein B. Clasificación y enmarcación del conocimiento educativo. Rev Colomb Educ [Internet]. 1985;15. [Consultado 2014 Ag 18]. Disponible en: <http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/numeros/rce15final.pdf>
35. Vega L. La salud en el contexto de la nueva salud pública [Internet]. Manual Moderno 148 p. Bogotá, Colombia; 2000 [consultado 2015 Jul 14]. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-la-salud-en-el-contexto-de-la-nueva-salud-publica/9789684268524/708795>
36. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO. 1946 [consultado 2015 Jul 14]. Disponible en: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
37. Dubos RJ. Man Adapting. Yale University Press; 1980. 538 p.
38. García A, Sáez J, Escarbajal de Haro A. Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida. Madrid; España: Aran Ediciones S.A.; 2000.
39. Lolas F. Capítulo VI Tecnologías sanitarias en el contexto social: una reflexión bioética. In: Bioética y medicina: aspectos de una relación. Santiago de Chile: Ed. Biblioteca Americana; 2002. p. 103–15.
40. Diaz-Valencia PA. Theoretical conceptions on the theory on health education. Systematic review. Investig Educ En Enferm. 2012 Aug;30(3):378–89.
41. World Health Organization. The WHO Health Promotion Glossary [Internet]. WHO. [citado 2015 Jul 14]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/#>

42. Corina C, Aristimuño R. Educación para la salud. Reflexiones. Acta Odontol Venez [Internet]. 2000;38(3). [Consultado 2015 Abril 25]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/educacion_para_salud.asp
43. Serrano M. Líneas básicas en el estudio de educación para la salud. In: Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica. Madrid, España: Díaz de Santos; 1990. p. 25–41.
44. Martínez Á. Antropología Médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona; España: Anthropos Editorial; 2008. 207 p.
45. Lolas Stepke F. Bioética y medicina: aspectos de una relación. Santiago de Chile: Ed. Biblioteca Americana; 2002. 182 p.
46. Mardones JM. Nota histórica de una polémica incesante. In: Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica. Barcelona, España: Anthropolos; 1991.
47. Herrera J. La comprensión de lo Social. Horizonte hermenéutico de las ciencias sociales. Segunda. Bogotá; Colombia: Ediciones Ántropodos Ltda.; 2010. 224 p.
48. Granda E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Rev Fac Nac Salud Pública. 2008;26(2).
49. Grisales A. La hermenéutica filosófica y las ciencias. Cuadernos filosóficos- Literario No. 14. Manizales, Colombia: Centro Editorial Universidad de Caldas;
50. Peñaranda F. Consideraciones epistemológicas de una opción hermenéutica para la etnografía. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv [Internet]. 2004;2(2). [Consultado 2014 Nov 15]. Disponible en:

<http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/321/189>

51. Vargas A. Supuesto básicos de la hermenéutica filosófica. In: La hermenéutica filosóficas y sociales de las ciencias humanas. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas; 2003.
52. Guber R. Capítulo 3. La observación participante. In: La etnografía, método, campo y reflexividad [Internet]. Primera. Bogotá, Colombia: Grupo editorial norma; 2001. p. 55–74. (Enciclopedia latinoamericana de sociología y comunicación). [Consultado 2014 Ag 14]. Disponible en: http://www.academia.edu/296632/La_Etnograf%C3%ADa
53. Geertz C. La interpretación de las culturas. Argentina: Gedisa S.A; 1983. 261 p.
54. Denzin N, Lincoln Y. Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: The Sage Handbook of Qualitative Research. 3 Edition. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. p. 1–13.
55. Taylor SJ, Bogdan R, Piatigorsky J. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.
56. Hamerseley M, Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. 2nd ed. Barcelona, España: Paidos Básica; 2001. 344 p.
57. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A; 1999. p. 279–334.
58. Boyle J. Estilos de etnografía. In: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003. p. 185–214.
59. Martínez C. El compromiso interpretativo: un aspecto ineludible en la investigación cualitativa. In Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2014. [Consultado 2014 Sept 19].

Disponible en:
<http://tucanos.udea.edu.co/cms/ciics2014/component/content/article/2-cat-infocongreso-es/14-art-programacion>

60. Morse JM, Field P-A. Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches. Nelson Thornes; 1995. 228 p.
61. Presidencia de la república de Colombia. Decreto 196 de 2013. Por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Feb 12, 2013. [Consultado 2014 Ag 18]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51821#13>
62. Peñaranda F, Torres J, Bastidas M, Escobar G, Arango A, Pérez F. La praxis como fundamento de una educación para la salud alternativa: estudio de investigación-acción en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Medellín, Colombia. Interface-. Interface - Comunic Saude Educ. 2011;15(39):997–1010.
63. Alarcón AM, Vidal AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. Salud Pública Méx [Internet]. 2005 Nov;47(6). [Consultado 2014 ago. 14]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000600008&script=sci_arttext
64. Acevedo MB, Becerra FN, Ospina JN, Paucar GE, Córdoba AA, Correa FP. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):104–11.

Anexos

Anexo No. 1 Consentimiento informado para el cuidador

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”

Consentimiento para participar en un proyecto de Investigación

La información que se presenta a continuación, tiene como finalidad orientarlo sobre el proyecto de investigación “La educación para la salud en el componente clínico de la estrategia AIEPI. E.S.E. hospital del sur Itagüí, 2015”, para que usted decida si quiere participar. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, puede preguntarla a Hsirley Calderón Bejarano, estudiante de maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, quien es la persona responsable.

El estudio será desarrollado en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí. El propósito de este proyecto es comprender como se desarrolla el proceso educativo en el componente clínico de la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí, en el año 2015. Usted como cuidador de los niños que asisten a la consulta de AIEPI, es quien participa en el desarrollo proceso educativo, por tal motivo nos interesa escuchar sus apreciaciones al respecto.

Usted se vinculara de la siguiente forma: inicialmente en una entrevista individual, posteriormente se requerirá su participación en dos entrevistas grupales. Cada entrevistas será gravada y se realizaran registro fotográfico durante la realización de las entrevistas. Finalmente se les invitará a la socialización final de los resultados de la investigación.

Si durante la entrevista se utilizara lenguaje técnico de salud, este será explicado hasta que haya claridad para usted. Igualmente si durante la entrevista surgen dudas de los procesos educativos realizados durante la

consulta, estos serán despejados. Asimismo se harán orientaciones sobre la utilización de servicios u otro requerimiento, en relación a las necesidades de usted y del niño al que se le realizó la consulta de AIEPI.

Se reconoce que como se van a discutir aspectos relacionados con la crianza, pueden surgir sentimientos penosos, y que en caso de necesidad, la entrevista será suspendida inmediatamente y el equipo de psicología de la institución le atenderá. Si usted considera que puede existir un riesgo o daño para usted, se puede retirar de la investigación cuando lo considere necesario.

Sus datos serán totalmente confidenciales, no se darán a conocer a menos que el usted lo autorice, y si es estrictamente necesario en la investigación, en tal caso, se utilizará un nombre ficticio.

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido. Su participación es voluntaria, no se reconocerá ningún pago por su participación, pero se reconocerá el valor del transporte cuando necesiten desplazarse en las sesiones grupales o en la socialización de los resultados en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí.

Esta investigación es respaldada por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Hsirley Calderón Bejarano al correo electrónico hcalderon.29@gmail.com o al teléfono 3108692999, con Dr. Fernando Peñaranda Correa al correo fernandopenaranda@gmail.com o al teléfono 2196828 y con la profesora Margarita María Montoya, presidenta del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, al correo eticasaludpublica@udea.edu.co o al teléfono 2196830.

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación de tipo académico. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma

Nombre

Fecha

Anexo No. 2 Consentimiento informado para el personal de salud
Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”
Consentimiento para participar en un proyecto de Investigación

La información que se presenta a continuación, tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

La investigación tiene por título “La educación para la salud en el componente clínico de la estrategia AIEPI. E.S.E. hospital del sur Itagüí, 2015”. El estudio será desarrollado en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí.

Quien está realizando la investigación es Hsirley Calderón Bejarano, estudiante de maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El propósito de esta investigación es comprender como se desarrolla el proceso educativo en el componente clínico de la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en la E.S.E. Hospital del Sur Itagüí, en el año 2015. Usted como orientador en los cuidados de los niños que asisten a la consulta de AIEPI, participan en el desarrollo proceso educativo, por tal motivo nos interesa escuchar sus apreciaciones al respecto.

El tiempo total del estudio será de 6 meses. Usted se vinculará de la siguiente forma: inicialmente en una entrevista individual. Posteriormente se requerirá la participación en dos entrevistas grupales. Cada entrevista será gravada y se realizaran registro fotográfico durante la realización de las entrevistas. Finalmente se le invitará a la socialización final de los resultados de la investigación.

Usted conocerá los análisis preliminares de la investigación y una vez se tengan los resultados finales, estos se les dará a conocer. Igualmente, si hay algún producto o material que se derive de la investigación, usted será uno de los primeros beneficiados de este.

La presente investigación se clasifica como investigación con riesgo mínimo, ya que durante las entrevistas con los padres o cuidadores, se discutirán aspectos subjetivos relacionados con la crianza, los cuales pueden desencadenar emociones o sentimientos en ellos. Si se determina algún riesgo o daño para usted durante la entrevista, esta será suspendida inmediatamente, o si estos surgieran durante el desarrollo la investigación, usted podrá salirse de la misma, si lo desea.

Su nombre será totalmente confidencial, no se darán a conocer a menos que el usted lo autorice y si es estrictamente necesario en la investigación. En tal caso se utilizará un nombre falso. Se aclara que su participación en el estudio y lo que se discuta durante la entrevista, no afectará su condición laboral actual en la E.S.E. Hospital del Sur de Itagüí.

Esta investigación es respaldada por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Hsirley Calderón Bejarano al correo electrónico hcalderon.29@gmail.com o al teléfono 3108692999, con Dr. Fernando Peñaranda Correa al correo fernandopenaranda@gmail.com o al teléfono 2196828 y con la profesora Margarita María Montoya, presidenta del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, al correo eticasaludpublica@udea.edu.co o al teléfono 2196830.

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación de tipo académico. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza,

los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma

Nombre

Fecha

Anexo No. 3 Caracterización Socio-Demográfica

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”

Universidad de Antioquia

Caracterización Socio-demográfica

Estudio: Significados de los procesos educativos en salud en los participantes de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), en la E.S.E. Hospital del Sur de Itagüí, 2015

Entrevista Número: _____

Nombre Completo: _____

Edad (años cumplidos): _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Seguridad Social: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Estrato Socio-económico: _____

Número de Teléfono fijo y/o celular: _____

Observaciones:

Anexo No. 4 Notas de campo de observación participante

Nota: En los diarios que encontraran a continuación, los nombres de las personas han sido cambiados para resguardar la identidad de las personas que están participando.

Momento y lugar de observación:	
Fecha y día de observación:	Fecha y día de registro escrito:
Diagrama de escenario:	
Descripción del escenario:	
Descripción de lo que ocurre:	
Descripción de las personas:	
Descripción de la comunicación no verbal (accesorios del dialogo):	

Descripción de lo que no se comprende:

Nota: (C.O): Comentarios del observador (sentimientos, interpretaciones. Intuiciones, preconceptos del investigador, áreas futuras de indagación)

Adaptado por Hsirley Calderón de Borgan y Taylor. Introducción a los métodos cualitativos, la búsqueda de los significados. Ediciones Paidós. España; 1992.

Pag. 74-84

Anexo No. 5 Notas de campo durante la entrevista

Código del participante:		
Fecha de entrevista:	Hora de inicio:	Hora de finalización:
Objetivos previos de la entrevista		
Lugar de la entrevista		
Personas presentes		
Descripción del ambiente (Incluyendo personal perteneciente, etc)		
Lenguaje no verbal: (tono de voz, postura, expresiones faciales, movimiento de ojos, contundencia del discurso, movimientos del cuerpo, posturas de las manos)		
Contenido de la entrevista: (uso de palabras clave, temas, foco, palabras y frases o palabras que se destacan)		
Impresiones del investigador (Disconfor de los participantes con ciertos temas, repuesta emocional de las personas por eventos u objetos)		
Análisis (preguntas del investigador, ciertas corazonadas, tendencia de los datos, patrones emergentes)		
Problemas de tecnología (ej. se trabó la cinta durante 5 minutos)		

Traducido de J.M. Morse, Peggy A Field. Nursing Research: The application of qualitative approaches. Second edition. Stanley Thornes Ltd; 1996. Pag. 94