

La práctica pedagógica en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia desde la perspectiva de Basil Bernstein*

Pedagogical practice in the integrated management of prevalent childhood illness from the perspective of Basil Bernstein

A prática pedagógica na atenção integrada das doenças prevalentes da infância da perspectiva de Basil Bernstein

Hsirley Calderón Bejarano¹; Fernando Peñaranda Correa²; Alejandra Marín Uribe³

¹ Enfermera. Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Docente asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. hcalderon.29@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9543-3970>.

² Médico. PhD en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Magíster en Salud Pública. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. fernandopenaranda@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8863-5566>.

³ Odontóloga. Magíster en Salud Pública. Profesora ocasional de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. alma191982@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1302-9075>.

Recibido: 19/02/2019. Aprobado: 27/08/2019. Publicado: 20/03/2020

Calderón-Bejarano H, Peñaranda-Correa F, Marín-Uribe A. La práctica pedagógica en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia desde la perspectiva de Basil Bernstein. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2020;38(2):e336762. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e336762>

Resumen

La estrategia “Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia” (AIEPI) es reconocida por las entidades de salud internacionales y nacionales como una estrategia que impacta la salud de la población infantil y que sus componentes clínico y comunitario desarrollan la educación para la salud. **Objetivo:** Comprender cómo se desarrolla la práctica pedagógica en la consulta médica atendida bajo la estrategia AIEPI, en una institución de primer nivel de atención durante el año 2015. **Metodología:** Investigación cualitativa, con una perspectiva hermenéutica. Para la comprensión de la construcción social de la práctica

pedagógica se tuvo una orientación etnográfica y el sistema de reglas (jerarquía, secuencia y criterio) propuesto por Bernstein. Las técnicas etnográficas utilizadas fueron entrevista cualitativa, observación participante y entrevista grupal. Se entrevistó a once cuidadores y tres médicas. **Resultados:** Para las médicas, muchas de las enfermedades son “autolimitadas”, se resuelven solas. El propósito de la educación es convencer a los cuidadores de que la información suministrada por las médicas es verdadera. Los temas en educación son determinados por las médicas y centrados en la enfermedad. Para los cuidadores, la médica es referente de conocimiento.

* Este artículo presenta una parte de los resultados de la tesis de Maestría en Salud Pública de Hsirley Calderón Bejarano, “La educación en la consulta de la estrategia AIEPI: una mirada desde los participantes”, de 2016, asesorada por el profesor Fernando Peñaranda Correa.

Las médicas reconocen que hay saber popular que se estudia y se acepta por el conocimiento científico; sin embargo, solo el conocimiento científico es válido. **Conclusión:** En la atención de AIEPI, la práctica pedagógica es visible, porque se centra en el desempeño del cuidador y en la cantidad de texto que él aprende mediante la repetición, y las médicas ejercen poder

sobre los cuidadores, al poseer el conocimiento hegemónico (válido y verdadero) que refuerza el modelo biomédico en la práctica pedagógica.

-----**Palabras clave:** Educación en salud, cuidadores, atención médica, Basil Bernstein, atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Abstract

The strategy "Integrated Management of Childhood Illness" (IMCI) is recognized by international and national health bodies as a strategy that affects the health of the child population and whose clinical and community components develop health education. **Objective:** To understand how pedagogical practice develops in medical consultation attended under the IMCI strategy, in a first level care institution in 2015. **Methodology:** Qualitative research, with a hermeneutic perspective. To understand the social construction of pedagogic practice an ethnographic stance and the system of rules (hierarchy, sequence and criterion) proposed by Bernstein were adopted. The ethnographic techniques used were qualitative interview, participant observation and group interview. Eleven caregivers and three doctors were interviewed. **Results:** For the doctors, many of the diseases are "self-limiting", i.e. they resolve

on their own. The purpose of education is to convince the caregivers that the information provided by the doctors is true. The education topics are determined by the doctors and focused on the disease. For the caregivers, the doctor is a reference of knowledge. The doctors recognize that there is popular knowledge that is studied and accepted by scientific knowledge; however, only scientific knowledge is valid. **Conclusion:** Pedagogical practice is visible in IMCI care because it focuses on the performance of the caregiver and the amount of text that he learns through repetition, and the doctors exert power over caregivers, as they possess hegemonic (valid and true) knowledge that reinforces the biomedical model in pedagogical practice.

-----**Key words:** Health education, caregivers, medical care, Basil Bernstein, integrated management of childhood illness

Resumo

A estratégia "Atenção integrada das doenças prevalentes da infância" (AIEPI), é reconhecida pelas entidades de saúde nacionais e internacionais como uma estratégia que impacta a saúde da população infantil e que seus componentes clínicos e comunitários desenvolvem a educação para a saúde. **Objetivo:** Compreender como se desenvolve a prática pedagógica na consulta médica atendida sob a estratégia AIEPI, numa instituição de primeira linha de atenção durante o ano de 2015. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa com uma perspectiva hermenêutica. Para a compreensão da construção social da prática pedagógica se teve uma orientação etnográfica e o sistema de regras (hierarquia, sequência e critério) proposto por Bernstein. As técnicas etnográficas usadas foram: entrevista qualitativa, observação participante e entrevista grupal. Foram entrevistados 11 cuidadores e 3 médicas. **Resultados:** De acordo com as médicas, muitas das doenças são "autolimitadas", se curam sozinhas. O objetivo da educação

é convencer os cuidadores de que a informação fornecida pelas médicas é verdadeira. Os temas relacionados à educação são determinados pelas médicas e focados nas doenças. Para os cuidadores, a médica é um referencial de conhecimento. As médicas reconhecem que existe um conhecimento popular que é estudado e aceito pelo conhecimento científico; porém, só o conhecimento científico é válido. **Conclusão:** No que se refere à atenção de AIEPI, a prática pedagógica é visível, porque está centralizada no desempenho do cuidador e na quantidade de informação escrita que ele aprende através da repetição e as médicas influenciam os cuidadores já que possuem o conhecimento hegemônico (válido e verdadeiro) que reforça o modelo biomédico na prática pedagógica.

-----**Palavras-chave:** Educação em saúde; cuidadores; atenção médica; Basil Bernstein; atenção integrada das doenças prevalentes da infância.

Introducción

La estrategia "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) ha sido, desde 1992, una iniciativa en la que diferentes organizaciones, entre ellas la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [1], han identificado

su impacto sobre la disminución de la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 6 años, y también que mejora la calidad de la atención tanto en los servicios de salud como en el hogar, mediante acciones de detección temprana, protección específica, prevención de la enfermedad y promoción de vida sana [2,3].

La AIEPI está orientada por los componentes clínico, comunitario y de organización de los servicios [4], y

aunque el objetivo general de la estrategia se plantea desde un enfoque morbicéntrico, la *educación* es un elemento presente en dos de sus componentes: abarca desde la capacitación del personal de salud (clínico), hasta las prácticas de cuidado que deben proporcionar las familias en el hogar (comunitario) [3].

La capacitación en el componente clínico de la AIEPI incluye el módulo “Aconsejar a la madre o el acompañante” [5], que consiste en una serie de recomendaciones referentes a la alimentación, el buen trato y el desarrollo de los niños, de tal forma que la consulta médica de AIEPI se convierta en un espacio de atención integral. Igualmente, el módulo referido expone algunas habilidades que debe desarrollar el personal de salud, en comunicación, fortalecimiento de la confianza y en cómo dar apoyo al cuidador durante la realización de las actividades educativas de la consulta [3].

Por su parte, el componente comunitario propone acciones educativas para que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro de sus hijos. Sin embargo, la orientación de estas acciones se centra en la repetición de mensajes cortos, desde una perspectiva biologicista y morbicéntrica del proceso salud-enfermedad, los cuales se espera sean interiorizados y adoptados en el cuidado del día a día de los niños en sus hogares y comunidades. Esta orientación tiene un origen histórico en el desarrollo de las bases de la medicina, en donde los procesos de salud y enfermedad se restringen a la alteración de la función del cuerpo y la presencia de microorganismos, carentes de un contexto social, histórico y cultural. Este enfoque también ha permeado la perspectiva de la promoción de la salud y la educación en salud [6,7].

Contrario a la educación *en* salud, la *educación para la salud* (EpS), según Zea, se refiere a una “práctica social intencionalmente dirigida a fortalecer las percepciones y significaciones que sobre la salud hacen los individuos y las comunidades, con el fin de favorecer los procesos de toma de decisiones frente a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano” [8], postulados que van en línea con las orientaciones que propone el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la EpS en las “Rutas Integrales de Atención en Salud” [9].

Las investigaciones en educación en la AIEPI se dirigen usualmente a identificar la recordación después de la consulta [10], o si el recuerdo de los mensajes influye en el tipo de modelo de atención recibido (familiar vs. individual) [11]. Otros estudios se orientan a identificar cómo influye la capacitación del personal en la eficacia, costo e impacto de la implementación de la estrategia, lo que muestra el interés en el resultado [12].

Estos hallazgos evidencian que la investigación sobre la educación en la estrategia AIEPI y, en general, en la EpS se centra en buscar el “impacto”, entendido como la retención de los mensajes o cambios de comportamientos

de los educandos. No se encontraron estudios que abordaran la orientación pedagógica a la luz de los debates en el campo de la EpS; por eso, es importante conocer cómo se desarrolla la EpS, cuáles son las aproximaciones pedagógicas y la pertinencia de esos modelos educativos en las comunidades, con el propósito de fortalecer lo pedagógico, puesto que gran parte de la EpS se hace bajo esta pobre fundamentación pedagógica [13,14].

En esta perspectiva, este artículo presenta una parte de los resultados de la investigación “La educación en la consulta de la estrategia AIEPI: una mirada desde los participantes” [3], cuyo objetivo general fue “comprender cómo se desarrolla la educación en la consulta atendida bajo la estrategia AIEPI en una institución de primer nivel de atención en salud en el 2015” [3]. Este proyecto tomó las categorías teóricas del sociólogo Basil Bernstein para analizar las prácticas pedagógicas. Este sociólogo británico refiere que la lógica interna de la práctica pedagógica como transmisor cultural es proporcionada por un sistema de reglas: la jerarquía, la secuencia y el criterio [15]. Estas reglas actúan sobre el contenido de toda práctica pedagógica. Estas reglas constituyen lo que podemos llamar el *cómo* de cualquier práctica, que actúan selectivamente sobre un *qué*, o sea, sobre el contenido de la práctica [15].

Metodología

Esta investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo y una perspectiva hermenéutica, con una aproximación etnográfica desde el planteamiento de Guber, quien comprende *lo social* como aquello mediante “el cual el investigador produce datos que constituyen la evidencia de un tipo particular de texto, la etnografía” [16], es decir, cómo entienden el ambiente cultural las personas y cómo se piensan ellas frente a lo que se desarrolla en el día a día en sus comunidades [16]. Esta concepción recoge los postulados de Geertz, que entiende la *cultura* como “tramas de significación” que los sujetos han tejido, desde la cual la acción humana tiene sentido [17].

Lastécnicas etnográficas utilizadas en la investigación fueron la observación participante [16,18,19], la entrevista individual [18] y la entrevista grupal [18,20].

La observación participante se efectuó en el consultorio donde se desarrollaba la consulta AIEPI, observando el comportamiento de los cuidadores mientras esperaban el llamado a la consulta, y durante esta, atentos a tomar nota de las prácticas y los comportamientos que en ambos lugares se sucedían. Los datos producto de esta observación se organizaron en notas de campo [18,19]. Por su parte, las entrevistas contaron con una guía orientada desde los objetivos de la investigación, y durante los diálogos con los

participantes se profundizó en otros aspectos relevantes para comprender cómo se daba la práctica pedagógica en la consulta [3].

El estudio fue realizado en el municipio de Itagüí, ubicado al sur de la ciudad de Medellín, en el departamento de Antioquia (Colombia) [3]. Se hizo en una institución de primer nivel de atención (hospital), donde la atención es efectuada por médicos, personal auxiliar y otras profesiones de la salud no especializadas, como higienista oral y auxiliar de radiología [21,22]. Los participantes fueron las médicas que atendían la consulta, y las madres o los cuidadores de los niños que consultaban. Los cuidadores fueron contactados una vez salían de la consulta y las médicas fueron entrevistadas durante su turno de trabajo [3].

El estudio se desarrolló en tres ciclos: en el ciclo 1 se identificó la institución, se realizó la observación participante y las entrevistas individuales, tanto a las médicas como a los cuidadores. En el ciclo 2 se hizo el análisis de las entrevistas individuales y se llevaron a cabo las entrevistas grupales, con el propósito de discutir elementos que surgieron en las entrevistas individuales y que requerían un mayor entendimiento. En el ciclo 3, se efectuó el análisis de las entrevistas grupales y la devolución de los hallazgos a los participantes.

El análisis inició con la recolección de los datos y continuó durante el desarrollo de todo el proceso

de la investigación. En el análisis se identificaron temas claves, la educación para la salud, las categorías centrales de Bernstein y de los insumos generados de las lecturas repetidas de las entrevistas y los diarios de campo. Se continuó con la codificación de fragmentos o citas con sentido para los investigadores; los códigos se organizaron en grupos de temas o subcategorías, las cuales se analizaron, relacionaron y organizaron en categorías finales. Por último, se realizó una retroalimentación con los participantes del estudio para asegurar que el análisis contenía la voz de los participantes [3]. Tomada de la tesis original de la que resultó este artículo [3], en la tabla 1 se muestran las categorías y subcategorías seleccionadas para este último. Tales categorías permiten describir cómo ven la educación tanto las médicas como los cuidadores y la información se analiza a la luz de los postulados de Basil Bernstein, quien refiere que la lógica interna de la práctica pedagógica como transmisor cultural es proporcionada por un sistema de reglas: la jerarquía, la secuencia y el criterio [15]. Estas reglas actúan sobre el contenido de toda práctica pedagógica. Estas reglas constituyen lo que podemos llamar el *cómo* de cualquier práctica, que actúan selectivamente sobre un *qué*, o sea, sobre el contenido de la práctica [15].

El estudio se amparó en la Declaración de Helsinki [23] y en la Resolución 008430 de 1993 [24].

Tabla 1. Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías
La educación en la consulta AIEPI: la mirada de los cuidadores	Significados de las prácticas pedagógicas Cómo ve el educando al educador: la médica, referente de conocimiento
La práctica pedagógica: la mirada a partir de las médicas	La educación: propósitos y temas Saberes y prácticas de los cuidadores: "Ellas no están preparadas para ser madres" Aproximaciones didácticas: "repetir", "entrenar" y "captar"
El discurso pedagógico	El conocimiento verdadero: el conocimiento científico

Fuente: Tomada de [3].

La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública (sesión 115 del 5 de febrero de 2015). Con los participantes se diligenció el consentimiento informado por escrito y se siguieron los procedimientos para mantener la confidencialidad de las personas.

Resultados

Los participantes del estudio fueron los cuidadores que asistían con los niños a la consulta de AIEPI y

las médicas que habían sido asignadas para atender esta consulta durante el tiempo que se efectuó la recolección de la información. En total se entrevistó a trece cuidadores, de los cuales diez eran las madres de los niños, uno un padre, y dos, las abuelas. En relación con la ocupación, siete de los cuidadores eran amas de casa y solo una estudiaba, como actividad adicional; dos eran trabajadoras independientes, otra estaba buscando empleo y el señor trabajaba en la construcción [3].

Respecto al nivel educativo de los cuidadores, uno sabía leer y escribir, dos tenían primaria incompleta, tres primarias completas, cinco contaban

con bachillerato completo, uno era técnico y uno profesional [3]. Referente al nivel socioeconómico (estrato),[†] un cuidador se ubicaba en estrato 1, diez en estrato 2, y dos cuidadores, en estrato 3. En relación con la afiliación al sistema de salud colombiano, cinco participantes pertenecían al régimen subsidiado[‡] y ocho no estaban afiliados [3].

Con relación a las médicas, su edad estaba entre 25 y 37 años. Los años de experiencia en la práctica médica eran de 5 años para una, 11 años para otra y 16 meses para la última, y solo una tenía especialización en Salud Ocupacional [3]. Propiamente en la consulta de AIEPI, dos médicas llevaban dos años, tiempo que coincidía con la decisión del hospital de implementar la estrategia. La otra médica llevaba solo 16 meses en la estrategia [3]. Para desempeñar su papel en AIEPI, las médicas se habían capacitado como lo exige esta. Es de resaltar que entre las médicas participantes estaba la coordinadora de la estrategia AIEPI en la institución [3].

A continuación se presentan los resultados a partir de las categorías y subcategorías enunciadas en la tabla 1.

“La educación en la consulta AIEPI: la mirada de los cuidadores” [3]

Los significados que los educandos (los cuidadores) tienen sobre la educación realizada por las educadoras (las médicas) se agruparon en dos categorías centrales: la primera hace referencia a las prácticas pedagógicas propiamente dichas, y la segunda, a la imagen que tienen de las educadoras.

Significados de las prácticas pedagógicas [3]

Para los cuidadores, la buena educación está mediada por el conocimiento que las médicas tengan y la confianza que ellas les generan. Para ellos, este conocimiento les permite discutir y preguntar por la situación de salud y desarrollo del niño.

Si bien los cuidadores reconocen a las médicas como referentes de conocimiento, en ocasiones no creen en sus explicaciones, porque a veces están en desacuerdo con ellas cuando afirman que hay síntomas que son normales, pero desde la mirada y el conocimiento de los cuidadores de los niños, aquellos no lo son [3].

La confianza, como criterio de la buena educación, según los cuidadores, se construye por medio de la escucha atenta y respetuosa que las médicas tengan en las citas. Así mismo, el lenguaje cumple un papel fundamental en esta construcción de confianza, según

sea el uso del vocabulario, la expresión corporal y la actitud de las médicas hacia los cuidadores [3].

Para los cuidadores, el uso de lenguaje sencillo y dar explicaciones paso a paso permiten, en general, la comprensión de las orientaciones de las médicas. Para los cuidadores, la explicación verbal debe ser en un lenguaje sencillo, en términos que ellos puedan comprender, y “no que a veces sea a la carrera, como exaltado, como hablan ellos [los médicos], [...] así, pues, como todo a la ligera” [3]. Sin embargo, hay actitudes de las médicas, como la atención que se le daba al computador en la consulta, que desconcertaba a los cuidadores, pues desconocían lo que ellas escribían. Esta situación, para ellos, constituía un obstáculo para la comunicación, pues solo cuando las médicas dejaban de escribir en el computador, hacían contacto visual y conversacional con ellos. Esto fue evidenciado en la observación participante en las consultas [3].

En la comunicación entre cuidadores y médicas existen algunas dificultades, las cuales fueron expresadas por los primeros, en tanto no preguntan ni exponen sus dudas o situaciones cotidianas con los niños si aquellas no interrogan. Debido a esto, es frecuente encontrar que los cuidadores deciden esperar resultados o cambios después de la consulta; si estos no son positivos, algunos preguntan, pero otros deciden no hacerlo. Algunos cuidadores, cuando no comprenden alguna indicación, preguntan; otros solo lo hacen según cómo se hayan sentido en la consulta, y otros no inquietan, no dicen nada y se van con las dudas [3].

“Cómo ve el educando al educador: la médica, referente de conocimiento” [3]

Algunos cuidadores manifestaron extrañeza cuando se les indagaba qué pensaban de las médicas. Al parecer, los cuidadores, al asumirse como “pacientes”, creían que no merecían emitir opiniones o apreciaciones referente a ellas, al tiempo que consideraban solo tener respeto y admiración por la labor desempeñada [3].

[...] pues, ¿qué voy a pensar? [...] mucho respeto y admiración [...] hacen una labor muy bonita [...], porque le ayudan mucho a uno [3].

Algunos cuidadores afirmaron que no expresaban sus dudas o condiciones de los niños, porque para ellos, quien tenía la potestad para hacerlo eran las médicas. Esto se evidenciaba en frases como “es ella la médica”, que recoge el sentido de la profesional como referente de

[†] Es una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada, que se mide de 1 a 6 en Colombia, siendo el estrato 1 el mayor nivel de pobreza, y el 6, el estrato con mayor nivel de riqueza

[‡] Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, cuando tal vinculación se hace mediante el pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la Ley 100 de 1993 [21]

conocimiento, en tanto, según los cuidadores, son ellas las que estudian, las que saben, y por eso la mayoría de estos confían en sus orientaciones y las acatan. En general, para los cuidadores, las médicas son quienes dan las pautas de cuidado de los niños [3].

En la consulta también se identificó que había orientaciones o términos que los cuidadores no comprendían. Esta incompreensión la expresaban en gestos, y no en preguntas o interpelaciones concretas a las médicas. Cuando se indagó por esta situación, algunos respondieron que era por evitar ser regañados [3].

“La práctica pedagógica: la mirada a partir de las médicas” [3].

La mirada que tienen las médicas como educadoras sobre las prácticas pedagógicas se presenta en tres apartados: en el primero se enuncian los propósitos y temas centrales; en el segundo, la idea que tienen sobre los participantes como educandos y como cuidadores, y en el tercero, sus aproximaciones didácticas.

La educación: propósitos y temas

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 que esté sano, que tenga un mejor cuidado, del cual se deriva un mejor desarrollo.

Desde la mirada de las médicas, la educación de los cuidadores tiene el propósito de “convencer”, porque, para ellas, “no es el medicamento o el examen; lo más importante son ellos, quienes deben estar pendientes de la nutrición, del ejercicio y de las actividades de prevención” [3]. Para ellas, este proceso no se logra en la consulta, porque estiman que la cultura permea y dificulta esto, y así “es difícil quitar una idea que ellos tienen fijada durante años en la cabeza” [3]. Sin embargo, interactuar con los cuidadores permite “el convencimiento”, y la periodicidad de la consulta refuerza este convencimiento, al aumentar la credibilidad [3].

Cuando ya van confiando más en uno, los convence uno más, que lo que uno les está diciendo sí es verdad, la idea que les está vendiendo es verdad [3].

Para las médicas, las enfermedades se conciben como “autolimitadas”, es decir, solo requieren de una explicación y de tiempo para que el niño evolucione favorablemente. El desconocimiento de la evolución de las enfermedades por parte de los cuidadores conduce a que estos consulten por síntomas que no requieren tratamiento farmacológico.

Hay tres grupos de temas que pueden ser abordados durante la consulta: primero, los que surgen a partir de la situación por la cual es llevado el niño, identificados por la médica. Un segundo grupo son los temas que se originan a partir de las prácticas culturales de los cuidadores. Las médicas refieren que si estas prácticas

no ocasionan ningún daño en el niño, las respetan; pero si, por el contrario, aquellas alteran la salud del niño, hay que tratar de quitarlas. Y el último grupo lo constituyen los temas por los que más indagan los cuidadores: el estado crítico de los niños, la fiebre y los problemas respiratorios y gastrointestinales; en las madres primigestantes y la que tienen niños pequeños, lo más apremiante son la alimentación, saber identificar las necesidades a través del llanto, la higiene y los problemas de la piel.

Saberes y prácticas de los cuidadores: “Ellas no están preparadas para ser madres”

Para las médicas, algunas cuidadoras no estaban preparadas para ser madres, porque, según ellas, el hecho de que estas no asistieran a la consulta con los niños no era comprensible. Aunque manifestaron no querer juzgar, ellas consideraban que esto era un indicador del cuidado que las cuidadoras están ofreciendo a sus hijos. Para ellas, lo ideal es que las cuidadoras soliciten los permisos en los trabajos y no deleguen el cuidado a otros [3].

Las médicas refieren que a las madres nadie les enseña a ser mamás y el ser madres es un asunto difícil, lo que explica por qué se cometen errores en el cuidado de los niños, situación complejizada por los patrones culturales. Además, las médicas identifican falta de sensibilidad en las madres cuando, al preguntarles por la condición de salud de sus hijos, ellas no responden o desconocen información relevante para las médicas, como la frecuencia de orinar, el hábito de defecar y otras situaciones de la vida diaria. Para las médicas, las madres deben estar más pendientes de estos procesos. De ahí que las médicas resalten la importancia de la educación en la consulta [3].

Para las médicas, algunas prácticas de las cuidadoras no reflejaban un cuidado centrado en los niños; por ejemplo, según ellas, el uso del tetero obedece a la necesidad de las cuidadoras de que los niños duerman toda la noche, para ellas poder descansar. De igual modo, las médicas consideraban que la lactancia materna es un indicador de amor verdadero y de cuidado de los niños, así como leer (o hacerse leer, para quien no lo sabe) las recomendaciones escritas suministradas en la consulta son muestra de interés por parte de los cuidadores [3].

Aproximación didáctica: “repetir”, “entrenar” y “captar”

Las médicas manifiestan que el desarrollo de la educación puede iniciar durante el examen físico, y finaliza en el área de la entrevista. Otras veces se hace minutos antes de finalizar la consulta.

La técnica que más emplean las médicas es la explicación verbal. Se utiliza para explicar a los cuidadores qué está presentando el niño, cuál es la

medicación para tomar en casa, cuándo volver, los signos de peligro, la alimentación que se debe suministrar y aclarar las dudas que se generen en el cuidador.

Las médicas verifican que el cuidador comprendió, mediante la repetición de la información proporcionada por ellas. Esto se hace especialmente cuando el cuidador es analfabeto, “para que se [le] vaya grabando” [3]. Manifiestan que, en la medida en que el cuidador repite la información, verifican que realmente llega la información que se quiere dar. Refieren que la reconsulta por urgencias se presenta cuando olvidan lo que se les dijo en la consulta externa [3].

El suministro de información escrita es otra técnica, refuerza lo dicho verbalmente. Las médicas identifican que los cuidadores retienen poca información cuando se les dice solo verbalmente. La información escrita se utiliza especialmente cuando la madre o el cuidador principal no han asistido a la consulta, y para informar lo que sucedió durante esta.

Es una forma adecuada, porque uno acá, a la mamá, le dice las cosas y 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 [...] [3].

En la estrategia, la tarjeta para la madre —un plegable de tres cuerpos, que 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— es el material principal para entregar información escrita. Algunas médicas la utilizan, otras no. Quienes la utilizan, hacen énfasis en la información relacionada con las necesidades principales del niño. Algunas la explican rápidamente, indicando qué hay en cada cara. Otras solo la entregan rutinariamente en cada consulta; orientan a los cuidadores en la importancia de su lectura, y de que no sea destruida. Algunas veces, las médicas preguntan al cuidador si fue leída, y si comienza a decir el contenido (“lo recitan”), las médicas comprueban que se realizó la actividad.

Otra técnica es la demostración. Se usa para enseñar un procedimiento específico que se va a continuar efectuando en casa. Las médicas hacen una demostración al cuidador y, posteriormente, este repite la acción; al finalizar, ella hace una retroalimentación. También se utiliza la demostración cuando le piden a la madre poner a lactar al niño delante de ella; la médica observa y retroalimenta cómo se hizo la acción, o también se indica en el cuerpo del niño dónde se debe prestar especial atención. Ellas piensan que la demostración les permite instruir a los cuidadores de un modo en que se gravan más fácilmente la información.

Durante la observación se identificó otras estrategias para orientar a los padres sobre la condición del niño:

se revisan consultas previas, se utilizan programas informáticos, o se grafica el peso y la talla en rejillas impresas en papel.

El discurso pedagógico

El conocimiento verdadero: el conocimiento científico

Para las médicas, hay dos tipos de conocimiento: el que procede de las medicinas complementarias —este lo proporciona la cultura—, y el conocimiento científico, el que tiene la evidencia. Las médicas reconocen que hay un conocimiento cultural que se ha estudiado y que se volvió conocimiento científico; sin embargo, solo el conocimiento científico es el válido [3].

Algunas médicas expresaban que el conocimiento científico, el que tiene evidencia, no se puede cambiar; por más que los cuidadores piensen diferente, se debe imponer el conocimiento científico sobre las prácticas culturales de los cuidadores. Refieren que como está planteada, la estrategia AIEPI es perfecta, puesto que dice lo que se debe hacer [3].

[...] 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 [científico sobre el que tiene la mamá] [3].

Otras médicas señalaban que imponer el conocimiento científico no resolvía el problema, ni mejoraba las prácticas de los cuidadores, porque cuando se imponía el conocimiento, los cuidadores hacían lo contrario. Para estas profesionales, lo que se debería hacer es plantear alternativas a las costumbres de los cuidadores y explicar por qué podrían ser más benéficas para la salud y el desarrollo de los niños, sin desconocer las condiciones sociales, económicas y culturales de estos [3].

Las médicas también reconocieron que al interior de sus hogares, esas prácticas culturales son realizadas por sus familiares, y aunque les orientan que no se deben hacer, es difícil quitar dichas costumbres. Igualmente, reconocieron que ellas también tienen prácticas que consideran “culturales”, apartándose de los conocimientos científicos, como lo hacen los cuidadores [3].

Las médicas manifestaron que el desconocimiento de los cuidadores sobre algunos temas en salud es lo que explica ciertas prácticas inadecuadas o no realizadas por estos. Aunque el conocer tampoco implica que se cambien las prácticas, pues hay otros elementos que deben ser tomados en cuenta. Por ejemplo, en el caso del uso del tetero, algunas mamás lo hacían porque debían atender a otros hijos o realizar las actividades

en el hogar, y respecto a la lactancia materna, algunas cuidadoras no lo hacen, porque desconocen todas las propiedades de la leche materna [3].

Discusión

Para comprender cómo se desarrollan las prácticas pedagógicas en la consulta de la estrategia AIEPI, se recurrió a los conceptos de la teoría de Basil Bernstein y cómo estos se configuran en dicha estrategia. La teoría pedagógica de este autor se centra en dos elementos: el primero, los *modos prácticos de la transmisión*, es decir, el *cómo*, entendido como una “serie de reglas que actúan selectivamente sobre el contenido de cualquier relación pedagógica” [25]; y el segundo, la *práctica pedagógica*, que puede ser visible o invisible [25,26], dependiendo del método por medio del cual se lleva a cabo la práctica pedagógica y de la forma de control en la relación pedagógica [26].

De acuerdo con lo anterior, los *modos prácticos* (o serie de reglas de Bernstein) actúan de forma selectiva sobre el contenido de cualquier práctica pedagógica, y son de tres tipos: modos prácticos de jerarquía (o regla de jerarquía), de secuencia y de criterio [26].

En la consulta de AIEPI analizada, la práctica pedagógica en donde el cuidador es el educando, y las médicas, las educadoras, se encontró un modo práctico de jerarquía, marcado por la tenencia del conocimiento, en donde las médicas, por ser quienes estudian, son las que saben y tienen la autoridad, es decir, el poder para decirle al educando cómo debe cuidar al niño. Esta *regla de jerarquía* es explícita [26], porque hay un reconocimiento cultural y social del modelo biomédico hegemónico y su papel en el sistema de salud de parte de los cuidadores y de las médicas. Este hallazgo coincidente con las investigaciones de Harvard [6] y Peñaranda *et al.* [27], que identificaron a las médicas como referentes de conocimiento.

En el modo práctico de jerarquía hay una diferencia marcada entre el educando y el educador, y alguien tiene la legitimidad para definir qué es lo correcto. Para Bernstein, esto constituye un enmarcamiento fuerte, o sea una alta estructuración en la selección de contenidos, su secuencia y los criterios de evaluación [26]. 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 los que ‘saben’, se encuentran en posición superior respecto de aquellos que como ‘no saben’ son quienes necesitan educarse” [28].

Con respecto a la *regla de secuencia*, los temas de la AIEPI son definidos considerando solamente las necesidades de los niños desde la mirada del educador

(las médicas), quien sigue los lineamientos del programa que se fundamenta en el conocimiento biomédico. Así, esta educación se centra en el niño y no reconoce ni al cuidador ni a sus necesidades. Igualmente, la secuencia de los temas está determinada por el motivo de consulta más común, que en general es morbicéntrico, y refuerza y mantiene el modelo biomédico hegemónico.

Acerca de la *regla de criterio*, que da cuenta de la asimilación del contenido del educando (los cuidadores), una vez terminada la consulta [26], el educador (las médicas) espera que el educando repita unos contenidos (signos de peligro, forma de suministrar los medicamentos) y que se adhiera a las recomendaciones dadas. Los educadores expresaron que, en general, esto no se logra; de hecho, deben repetir varias veces los contenidos que sugiere la estrategia, para que los educandos las conozcan.

Lo anterior constituye los criterios de evaluación característicos de prácticas pedagógicas orientadas hacia la *performance*, es decir, a alcanzar los conocimientos o comportamientos que espera el educador (las médicas y la estrategia en sí), y que configuran “prácticas pedagógicas conservadoras”, entre ellas, los modelos pedagógicos conductistas o de la persuasión, y los transmisionistas o tradicional.

Estos criterios de evaluación son contrarios a las prácticas pedagógicas progresistas, que privilegian los procesos universales internos del educando y la adquisición y el desarrollo de capacidades [26]. Estas prácticas pedagógicas progresistas, junto a las conservadoras y radicales [26], que en su conjunto constituyen las modalidades, son relacionadas por Bernstein con las teorías de la instrucción, que se sustentan en los modos prácticos o reglas de jerarquía, de secuencia y criterio (evaluación) [26].

Para este ejercicio, a partir de este análisis, se ubicó entonces a la estrategia AIEPI en la figura 1 como una práctica visible de carácter individual y centrada en la transmisión (modalidad conservadora) [3].

La figura 1, en la línea vertical, representa “el objeto de cambio de la práctica pedagógica”, que puede ser el individuo o los grupos sociales. La línea horizontal muestra “el centro de interés de la práctica pedagógica”, que puede ser en el que adquiere el conocimiento (el educando) o en quien transmite el conocimiento (el educador) [26]. Al cruzar el objeto de cambio de la AIEPI, que es el individuo, con su centro de interés, que es el transmisor, la estrategia queda posicionada en el cuadrante superior derecho de la figura 1. De acuerdo con la propuesta de Bernstein, este cuadrante corresponde a las modalidades conservadoras, las cuales incluyen la instrucción conductista y tradicional [26]. Así, la práctica pedagógica en AIEPI posee un “criterio

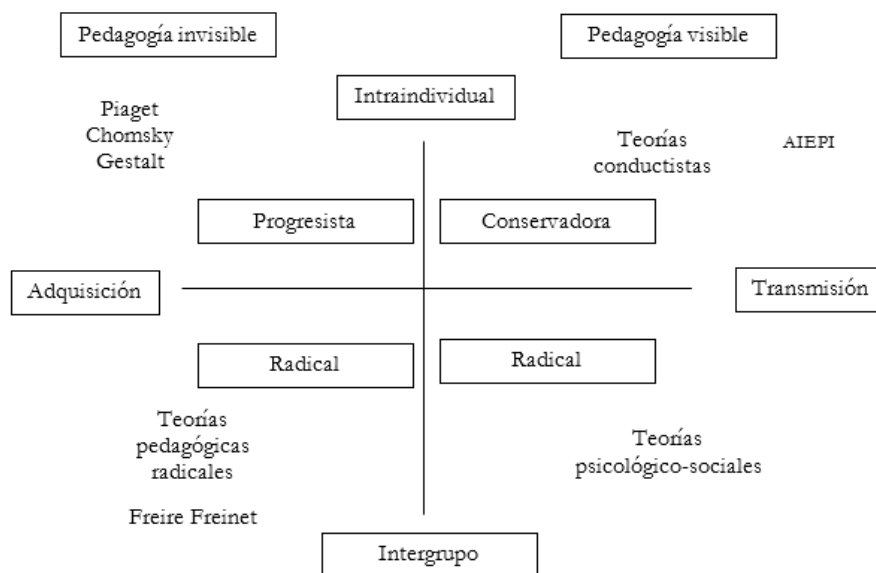


Figura 1. Representación de las teorías de la instrucción

Fuente: Tomada de [3].

de validación” de *performance*, debido a que pretende que el cuidador cambie [3].

De todo lo anterior se deriva que la práctica pedagógica en la consulta de AIEPI es una práctica visible: “las reglas de orden regulador [jerárquicas] y discursivas [secuencia y criterio] son explícitas, y el adquirente conoce cuál es el orden de los contenidos” [26]. En otras palabras, la estrategia pretende que los cuidadores aprendan unos 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, por el cuidador, de la información suministrada durante la consulta, por la médica o educador [3].

Al respecto, Not plantea que el aprendizaje concebido como “huella mental del mensaje que debe ser fijado por la repetición es incorrecto”, porque desconoce la construcción del sujeto que se da en la construcción del mismo conocimiento y en esa medida no puede restringirse a procesos de transmisión. Si lo que se pretende es la “asimilación de contenido y no condiciones para la construcción del conocimiento, el cuidador termina recurriendo al forzamiento sistemático (la repetición de los conceptos) y a la memorización” [29].

La concepción de EpS de AIEPI se basa en el poder de control social que ha adquirido la medicina con el transcurso del tiempo. Esto explica por qué el conocimiento cultural de los cuidadores no tiene cabida para las médicas, porque para ellas solo son verdaderos aquellos conocimientos provenientes de la ciencia

biomédica. Desde este referente, las médicas clasifican los saberes de los cuidadores como “buenos” o “malos”. Al respecto, 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 [...]” [27], y esto convierte al educando en un objeto pasivo, un ser carente de saberes previos, al que solo se le permite repetir frases.

Se concluye que la práctica pedagógica que emerge en la consulta de AIEPI, acorde con los planteamientos de Bernstein, es una práctica pedagógica visible, con modos prácticos de jerarquía, caracterizada porque los educadores, en este caso las médicas, poseen la legitimidad para establecer los parámetros que regulan la actividad educativa, es decir, decidir qué se aprende, cómo y en qué momento. Además, al cuidador se lo asume como un objeto pasivo, del que se espera aprenda unos determinados textos, los cuales están centrados en la enfermedad e inmersos en los protocolos de la estrategia, lo que reafirma el modelo biomédico hegemónico. Todo esto homogeneiza a los cuidadores, perdiéndose la particularidad e historicidad construida social y culturalmente por cada uno de ellos. Finalmente, la evaluación del aprendizaje está determinada por la capacidad del cuidador de repetir, ante la educadora, la información suministrada durante la consulta.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de que las propuestas de EpS en la estrategia AIEPI estén enmarcadas

en una fundamentación pedagógica que permita la construcción de acuerdos pedagógicos, en los que se reconozca al otro y sus necesidades, específicamente en este caso, las de los cuidadores, así como la generación de relaciones horizontales entre médicas y cuidadores. Reconocer al otro implica necesariamente “concebir una educación que aprenda a mirar y a conocer el mundo y al ser humano, integrándolo al contexto, a la multiculturalidad y a la diversidad como elementos constitutivos de dicho conocimiento” [30].

Para alcanzar todo lo anterior, se debe fortalecer la formación pedagógica en los educadores (médicas u otros profesionales del área de la salud) y la fundamentación pedagógica de las propuestas educativas, para que se pueda lograr una educación más constructiva y pertinente, que responda mejor a las necesidades, experiencias y expectativas de los cuidadores, y que se llegue al ejercicio de una práctica pedagógica contextualizada, y reconocedora del otro y su cultura, acompañada de una resignificación de la salud que supere la visión biologicista y centrada en la enfermedad [3], aspirando a una salud como la define Castillo Lemee: “que considere a cada individuo en su totalidad, física, mental y social, ligado indisolublemente a su medio físico, biológico y psicosocial” [31].

Es necesario precisar que los resultados de esta investigación responden a una perspectiva teórica determinada, por lo que debe entenderse como la presentación de un punto de vista, entre otros, que aporta al análisis y la comprensión del fenómeno en estudio. Esta condición establece, por lo tanto, su limitación.

Conflicto de interés

Los autores no tienen nada que revelar al respecto.

Financiación

La investigación fuente del artículo y este fueron realizados con financiación propia.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados en el presente artículo son responsabilidad de los autores y no de la institución en la que se trabaja.

Declaración de autoría

Los autores declaramos que cumplimos los siguientes criterios de autoría: 1).- Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos.

2).- Que se haya participado en el diseño del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual. 3).- Que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada. 4).- Que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas.

Referencias

1. Colombia, Ministerio de Salud y la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. 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. [citado 2013 jun. 20]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1553:informe-de-gestion-linea-aiapi&catid=755&Itemid=476
2. 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. [citado 2013 jun. 12] Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/FINALguia_PO_LR.pdf
3. Calderón H. La educación en la consulta de la estrategia AIEPI: una mirada desde los participantes [tesis de maestría]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/5564>
4. Organización Mundial de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [internet]. [citado 2019 sep. 13]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
5. Colombia, Ministerio de Salud y la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Curso clínico atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Bogotá, Colombia: OPS; 2012.
6. Martínez Á. Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona; España: Anthropos; 2008
7. Diaz P. Theoretical conceptions on the theory on health education. Systematic review. *Investig. Educ. Enferm.* 2012;30(3):378-89.
8. Zea Bustamante LE. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2019;37(2):61-66. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n2a07
9. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Bogotá; 2018.
10. Kelly JM, Rowe AK, Onikpo F, et al. Care takers' recall of integrated management of childhood illness counselling messages in benin. *Trop. Doct.* 2007;37(2):75-79.
11. Prado SRL de A, Fujimori E. Maternal/familiar knowledge in relation to care provided to sick children. *Rev. Bras. Enferm.* 2006;59(4):492-6.
12. Amaral JI, Gouws E, Bryce J, Leite AJ, Cunha AL, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(Supl. 2): S209-19. DOI: 10.1590/s0102-311x2004000800016
13. Alzate T. Desde la educación para la salud: hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional. *Perspect. Nutr. Humana.* 2006;(16):21-40.

14. Díaz P, Peñaranda F, Cristancho S, et al. Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2010;28(3):221-30.
15. Bernstein BB. *La estructura del discurso pedagógico*. La Coruña; Madrid: Fundación Paideia, Ediciones Morata; 1993.
16. Guber R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad* [internet]. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma; 2001. [citado 2014 ago. 14]. Disponible en: http://www.academia.edu/296632/La_Etnograf%C3%ADa
17. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Madrid: Gedisa S. A; 1983.
18. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós; 1994.
19. Hamerseeley M, Atkinson P. *Etnografía: métodos de investigación*. 2.a ed. Barcelona, España: Paidós Básica; 2001.
20. Valles M. Técnicas de conversación, narración: los grupos de discusión y otras técnicas afines. En: *Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Editorial Síntesis; 1999. pp. 279-334.
21. Colombia. Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [internet]. (1993 dic. 23). [citado 2015 nov. 22] Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1503/LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%20201993.pdf>
22. Colombia. Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [internet]. (1994 ago. 5). [citado 2019 sep. 13] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pd
23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional de Rosario; 2002 [citado 2014. Enero 25]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
24. Colombia. Resolución 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [internet]. (1993 Oct. 4) . [citado 2014. Enero 25] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
25. Bernstein BB, Díaz Villa M, López Jiménez NE. *Hacia una sociología del discurso pedagógico*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2000.
26. Bernstein B. *La estructura del discurso pedagógico*. La Coruña; Madrid: Fundación Paideia; Ediciones Morata; 1993.
27. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, et al. *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.
28. Ardila Sierra AM, Estrada Montoya JH. *Teoría crítica de la sociedad y la salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
29. Not L. *Las pedagogías del conocimiento*. 3.a reimp. Colombia: Fondo de Cultura Económica; 1998.
30. Montenegro Martínez G. Los propósitos de la educación en salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2019;37(2):67-74. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n2a08
31. 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.

