

Impacto de la visita domiciliaria familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en el área de Pediatría Social*

Leonor Angélica Galindo Cárdenas¹

Miglena Kambourova²

Liliana Zuliani Arango³

María Eugenia Villegas Peña⁴

GALINDO CÁRDENAS, L.A. et al. Impact of family home visits on medical students' learning in the field of social pediatrics. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.46, p.649-60, jul./set. 2013.

This article reports the results from a study conducted among medical students at the University of Antioquia. Its aim was to assess the impact of family home visits that favored the processes of comprehensive training through meaningful learning. This was a qualitative-interpretative case study with systematization, using the following instruments: interviews, surveys, focal groups, document analysis and participant observation (2006-2011). The results showed that when medical consultations were complemented with family home visits, students became sensitized, which increased their motivation and activated their willingness to learn meaningfully. Additionally, it was demonstrated that family home visits presented links with an active didactic strategy that when implemented intentionally, had an impact on students' humanist and social profile as future healthcare professionals. Application of this strategy is important for teaching social pediatrics and general medicine.

Keywords: Home visits. Meaningful learning. Didactic strategy. Medical education.

Este artículo reporta resultados de una investigación realizada con estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia para evaluar el impacto de la visita domiciliaria familiar la cual favorece los procesos de formación integral a partir de aprendizajes significativos. La investigación fue cualitativa-interpretativa, estudio de caso, de sistematización y con instrumentos: entrevistas, encuestas, grupos focales, análisis de documentos, observación participante (2006-2011). Los hallazgos demostraron que cuando la consulta médica se complementa con la visita domiciliaria familiar, los estudiantes se sensibilizan, se motivan más y se activa su predisposición de aprender significativamente. Además se evidenció que la visita domiciliaria familiar tiene eslabones de estrategia didáctica activa que al trabajarla intencionadamente impacta el perfil humanístico-social de los estudiantes como futuros profesionales del área de salud. Su aplicación es pertinente para la enseñanza de la pediatría social y de la medicina general.

Palabras clave: Visita domiciliaria. Aprendizaje significativo. Estrategia didáctica. Educación médica.

* Los estudiantes se están formando como médicos generales y dentro del plan de estudios se contempla un área de Niñez en el cual se imparten contenidos de Pediatría Social y allí se aplica la estrategia didáctica de Visita Domiciliaria Familiar que se desarrolla dentro del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

^{1,2} Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Carrera 51 D N° 62-29, Bloque 32, Área de la Salud. Medellín, Colombia. 219 60 88. leoangelicag@gmail.com

^{3,4} Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Introducción

La salud ha sido trabajada desde diferentes vertientes, la más utilizada es la biológica, centrada en las causas que producen la enfermedad; esto a llevado a una crisis epistemológica, teórica y metodológica en este campo, es quizá una falta de capacidad de captar la complejidad de los fenómenos que constituyen la tríada Salud–Enfermedad–Sociedad.

La Universidad de Antioquia declara como parte de sus principios rectores la equidad, la igualdad y la responsabilidad social, aspectos que se materializan en el currículo de la Facultad de Medicina con el abordaje del objeto de estudio salud-enfermedad de manera integral, lo biológico y lo social. En el área de Pediatría Social se ha seguido el enfoque complejo que se aborda desde diversas miradas y conduce al conocimiento de la realidad a partir de los procesos naturales, sociales e históricos. Este sentido cultural, de construcción subjetiva y de validación de las experiencias como referentes que influyen de manera contundente en la calidad de vida de la niñez y su familia, permite articular lo teórico con lo práctico, lo individual con lo colectivo y lo cualitativo con lo cuantitativo (García, 2006; Verneaux, 1999).

El currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia está inspirado en principios pedagógicos de formación integral y la investigación formativa, que desde lo didáctico se traducen en la aplicación de estrategias activas basadas en la solución de problemas simulados o reales, el estudio de casos, los proyectos de aula, la visita domiciliaria familiar en donde el estudiante debe elaborar hipótesis, consultar fuentes, verificarlas, socializar hallazgos, ser activo en la construcción de su conocimiento en la relación de la teoría con la práctica, lo cual favorece la transferencia de los aprendizajes.

Este enfoque educativo se centra en el estudiante con sus intereses y necesidades de formación, que desde la mediación pedagógica se toman como punto de partida para enlazar la nueva información de forma significativa y de esta manera, activar cambios en la estructura cognitiva del sujeto que aprende. (Ausubel, 1980). En la medida en que el estudiante avanza en el plan de estudio y logra transferir los conocimientos a las situaciones problémicas, como son las visitas domiciliarias familiares, se eleva su capacidad de aprender a aprender, se despierta el espíritu investigativo y crítico al comparar teoría con realidad, se desarrollan sus capacidades comunicativas, se sensibiliza con su compromiso social, se crean condiciones para aportar desde la subjetividad a las múltiples miradas de una misma realidad, lo cual favorece la intersubjetividad.

De este modo, la visita domiciliaria familiar cobra sentido en la formación médica como uno de los escenarios de aprendizaje significativo y se convierte en una estrategia didáctica para el abordaje de la medicina desde un enfoque biopsicosocial. Esta experiencia que se realiza en el área de Pediatría Social surge como respuesta a la necesidad de analizar el microcontexto en la evaluación de los niños, dado que con el examen físico y el interrogatorio en la consulta no se logra percibir el contexto social del paciente (llamado aquí el ser en crianza) y su familia. De aquí la importancia de acudir a la visita, como un complemento a la historia clínica aproximándose a una intervención integral en el proceso salud-enfermedad y a su vez, como una posibilidad de formación del estudiante.

La integración de la consulta con la visita domiciliaria familiar crea condiciones para adquirir información adicional sobre el ser en crianza, lo que a su vez permite prestarle una atención más exhaustiva, establecer una relación más cercana entre él y el médico, tener una participación más activa de la familia en la intervención.

De esta manera la visita domiciliaria familiar, como estrategia didáctica, posibilita el conocimiento de la realidad en la que vive la familia de los niños que acuden a las consultas y se inscriben voluntariamente al Programa de Comunidad y Atención Integral de la niñez de la Sección de Pediatría Social, del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Las familias que ingresan al programa son de diferentes culturas, etnias y estratos, ellas no son discriminadas por ninguna razón. Los profesores preparan a los estudiantes antes de la visita dialogando con ellos sobre sus imaginarios, se analizan los datos relevantes de la historia clínica, se describe el contexto geográfico, social y cultural del sitio y se define el plan de la visita.

Durante la visita domiciliaria familiar los estudiantes son acompañados por un grupo interdisciplinario en el que participan médico pediatra, médico neuropsicólogo, psicólogo, auxiliara de enfermería,

pedagoga especial y trabajadora social con énfasis en familia. El equipo de salud es permanente para el programa de Comunidad y Atención Integral de la niñez.

Los estudiantes durante el sexto semestre de la carrera de medicina, al rotar por el área de Pediatría Social participan en la experiencia de la visita domiciliaria familiar, como una vivencia formativa. Aunque cada estudiante visita una sola familia en el semestre, esta estrategia tiene un impacto significativo en su formación porque el tiempo de preparación y retroalimentación de la experiencia se hace durante todo el semestre, buscando el máximo aprovechamiento, pero sin tener una responsabilidad directa con la familia, sino corresponsabilidad como parte del equipo de salud.

Al analizar el contexto familiar e identificar las fortalezas y necesidades de la familia frente a la situación de salud-enfermedad del niño, se diseña un plan de intervención que es responsabilidad de cada grupo de estudiantes con su docente, para ser desarrollado por el equipo de salud mediante el seguimiento en las interconsultas. Es de resaltar que la intervención con las familias se focaliza en el apoyo para el niño, por ello no hay posibilidad de hacer un acompañamiento a otros miembros y situaciones de la familia, pero si se ofrece orientación para la búsqueda de ayudas de otras instituciones, si el caso lo amerita.

Esta experiencia deja en algunos estudiantes sentimientos y emociones encontradas como frustración, impotencia, ira, satisfacción, motivación, interés, los cuales se expresan y socializan en un espacio de aula con la mediación del docente para conciliarlos con la realidad y buscar el aporte a la transformación social desde su función como ciudadanos y futuros médicos.

Esta investigación de corte cualitativo respondió a la pregunta ¿Es la visita domiciliaria familiar una estrategia didáctica que permite comprender los procesos de salud-enfermedad desde un funcionamiento biosicosocial y favorece la formación integral de los estudiantes? Su objetivo principal era evaluar el impacto de la experiencia visita domiciliaria familiar.

Con el fin de validar la pertinencia de la investigación y explorar los antecedentes en el objeto de estudio se hizo una revisión de literatura en algunas bases de datos como OVID, OPAC, SCIELO, EBRARY, PUDMED, utilizando variados descriptores y sus combinaciones. De esta búsqueda no se encontraron estudios específicos que muestren que la visita domiciliaria familiar pueda ser una estrategia eficaz para la formación de los estudiantes de medicina en la realización de diagnósticos integrales del niño y su familia. No obstante se hallaron algunas experiencias de visitas domiciliarias con otro enfoque.

Una de las investigaciones se relaciona con las visitas domiciliarias a mujeres embarazadas con el fin de prevenir la mortalidad neonatal (Kirkwood et al., 2010). Otros estudios investigativos concluyen que a través de visitas domiciliarias es factible la realización de intervenciones tempranas de promoción de hábitos saludables de alimentación para prevenir la obesidad en niños, así como la evaluación detallada del niño, principalmente entre aquellos que estén en riesgo de abuso o negligencia por parte de sus cuidadores (Wen et al., 2009; Vásquez, Pitta, 2006). Dichas visitas sin embargo, son realizadas por personal voluntario entrenado, o trabajadores del área de la salud sin presencia de estudiantes de medicina en formación.

En Colombia se constató un estudio investigativo llevado a cabo en la Facultad de Odontología de la Universidad Santiago de Cali (Pardo, Pardo, 2012), en el cual se explora la visita domiciliaria como una estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria. En la Universidad de Antioquia, en la Facultad de Medicina, desde el 2004 se realiza la visita domiciliaria familiar en la enseñanza de la Pediatría Social con estudiantes del pregrado de medicina de sexto semestre, pero a pesar de su evidente valor formativo no se había sistematizado. Otras experiencias realizadas por la Universidad de San Martín, están abordando la visita domiciliaria como aporte a la atención en el cuidado del paciente, pero aún no se ha investigado el impacto de esta estrategia.

En síntesis, se puede afirmar que aunque existen investigaciones que demuestran la importancia de la visita domiciliaria familiar para apoyar la prevención, promoción, atención y rehabilitación de los pacientes de manera más integral, no se encontraron estudios que asocien la estrategia como incidencia para el aprendizaje significativo y para la formación integral de los estudiantes de medicina. En este sentido, esta investigación puede aportar al campo de la educación médica al ofrecer una estrategia didáctica activa que genera condiciones para un aprendizaje más significativo, cuyo impacto se refleja

en un perfil humanístico y social de los estudiantes y futuros profesionales del área de la salud. La aplicación de la estrategia didáctica es pertinente no solo para la enseñanza en el área de pediatría social, sino para la enseñanza general de la medicina.

Materiales y métodos

La investigación fue cualitativa porque se “centra en la individualidad, como una conquista creativa, discursivamente estructurada, históricamente contextualizada y socialmente producida, reproducida y transmitida” (Galeano, 2004, p.69), donde se evalúa el saber que se construye desde la singularidad, siendo ésta una forma de acercarse y descubrir el conocimiento social.

Ésta es tipo estudio de caso el cual fue el grupo de estudiantes de Pediatría Social desde el semestre 2006-II hasta el 2011-II, del pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia. Se analizaron las percepciones de los estudiantes y se describió la realidad tal como la experimentan ellos, además permitió construcciones que buscan la mirada holística (Martínez, 2006; Vera, s.f.).

Se utilizaron instrumentos de recolección de datos como entrevistas, encuestas, grupos focales de estudiantes, grupo focal de profesores y análisis de los informes de evaluación que la Sección de Pediatría Social hace a los estudiantes participantes y observación participante en algunas de las visitas domiciliarias familiares. Los instrumentos de recolección se sometieron a juicio de expertos y de personas poseedoras de un saber relacionado con el objeto de estudio y con el enfoque investigativo.

El proceso de selección de los participantes se hizo en forma aleatoria, teniendo en cuenta que fueran estudiantes del pregrado de medicina y que participaran en la visita domiciliar familiar en el VI semestre. Para cumplir con los aspectos éticos se les informó acerca de los objetivos y el alcance de la investigación, para lo cual se formalizó el consentimiento informado conforme a la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

La recolección de la información y el análisis de los datos se fueron dando simultáneamente. Se hizo una codificación preliminar, la cual se construyó con las lecturas de los informes de evaluación de los estudiantes, luego una segunda codificación con las entrevistas, encuestas y grupos focales haciendo una triangulación de la información con las categorías correspondientes. Este análisis se iba haciendo durante todo el proceso de recolección de la información, puesto que “el análisis de los datos es un proceso continuo en la investigación cualitativa, la recolección y el análisis de los datos van de la mano” (Taylor, Bogdan, 1998, p.153). El estudio de caso confirmó la validez mediante la constatación de la información con los participantes, para mostrar códigos, categorías y redes de conexión. A lo largo del estudio se desarrollaron procedimientos como son el muestreo teórico, el análisis, la triangulación y el juicio de expertos.

El resultado final de este proceso de categorización de los datos y su análisis posterior, se refleja en la descripción de los hallazgos y en las conclusiones.

Resultados

A partir del análisis de los documentos sistematizados, de las entrevistas con los participantes, de los grupos focales y de las observaciones realizadas se pudo encontrar los siguientes resultados:

En el análisis de las entrevistas a estudiantes, se puede interpretar que ellos perciben como la visita les permite ir más allá de la institucionalidad de la salud, les amplía la mirada biológica, hacía una más global, corroborando la información que en algunas ocasiones pueden ser comprobadas o confrontados con la realidad, cambiando incluso a veces los diagnósticos, por la aparición de elementos nuevos como los psicosociales, los estilos de vida, la realidad misma de la vida y la cotidianidad de las familias, les da una objetividad mayor y un enfoque diferente, complementario, aclarador y reevaluador para hacer un mejor diagnóstico y orientar la intervención a la realidad social de las familias. Así lo confirman estos estudiantes:

“reconocer la importancia de que el campo del hacer medico va mas allá de las instituciones de salud”. (encuesta a estudiante)

“En la práctica personal mía hubo mucha variación en el momento de la consulta del niño y después en la visita domiciliaria además nos ayuda a planear un manejo más acorde con la realidad”. (entrevista a estudiante)

“El paciente no es solo clínico sino también es su contexto, unas condiciones biopsicosociales. Y de saber que hay más estrategias a parte de la misma consulta médica que pueden servir para atender mejor al paciente”. (entrevista a estudiante)

Otro resultado en relación con el aporte de esta bina (consulta-visita domiciliaria familiar) para el aprendizaje significativo, tanto estudiantes como profesores confirman la importancia de trabajar intencionalmente en los dos espacios de intervención médica, la consulta que al ser previa permite un primer acercamiento al paciente y su contexto, y la visita domiciliaria familiar que amplía el diagnóstico, y profundiza en los factores protectores y de riesgo que tienen los niños en consulta, desde su parte médica, así como desde su parte social y familiar. En palabras de los estudiantes y profesores:

“...la consulta nos daba una probabilidad de lo que íbamos a buscar y ya con esas ideas confirmar lo que encontrábamos y hacer un diagnóstico de la funcionalidad en ese entorno”. (grupo focal estudiantes)

“...Identificación de factores protectores y de riesgo, no evidenciados en la consulta o presentados de otra manera en la consulta. Es una herramienta muy buena para el diagnóstico y para el apoyo más adecuado para el paciente”. (grupo focal estudiantes)

“...la consulta previa es necesaria para conocer la familia, la visita para ahondar en todos esos factores de riesgo que tenían los niños, también desde su parte médica, desde su parte social”. (entrevista a estudiante)

“La presencia del profesor o docente permite reconocer algunos elementos que salen en la conversación gestual o verbal que a los estudiantes por su poca práctica se les escapa. Permite la retroalimentación y confrontación teoría-práctica” (grupo focal profesores)

Un aspecto relacionado con los saberes previos, creencias, prejuicios y expectativas de los estudiantes se convierte en un elemento esencial a la hora de confrontarlos con la realidad. Los profesores hicieron mención a la importancia de explorar los presaberes y retomarlos en la realimentación para valorarlos en la percepción final y en el impacto para el aprendizaje significativo. En este sentido los profesores afirmaron que:

“La experiencia de combinar la consulta con la visita domiciliaria les permite a los estudiantes confrontar su imaginario con la realidad; ampliar la visión de la realidad... De otra parte, se evidencia que los hallazgos de la historia clínica que pueden ser dudosos para el médico, pero la consulta da una idea de lo que se va a buscar y ya con esas ideas confirmar lo que se encuentra y hacer un diagnóstico de la funcionalidad en ese contexto”. (grupo focal profesores)

Y por su parte, los estudiantes afirman que comprueban

“...que cuando vamos a la visita domiciliaria descartamos o confirmamos, pero muchas veces no es lo mismo que relatan o encontramos cosas a parte que quizá se les olvidó mencionar”. (grupo focal estudiantes)

“Esta información me dio la posibilidad de hacerme una idea general de lo que estaba ocurriendo con mi paciente, pero fue realmente la información obtenida durante la visita domiciliaria la que me permitió aclarar el diagnóstico”. (encuesta a estudiante)

Otro aspecto que se observó y analizó en las entrevistas es el cambio de la relación médico-familia-ser en crianza que se da luego de la visita domiciliaria familiar. Para los estudiantes la consulta mejora la comunicación y permite hacer más efectiva la visita, pero cuando se llega allá, se observa un cambio en la actitud de las familias, las madres y los seres en crianza con respecto al profesional de la salud, fortaleciendo los lazos con el niño, tranquilizando a la familia, reforzando pautas de crianza y favoreciendo la participación y el trabajo en equipo con la familia.

“Cuando asistimos a la visita domiciliaria, el niño se sentía mucho más rodeado de su ambiente familiar y no se veía como extraño, porque ellos siempre tienden a ser más retraídos y lloran y se ponen mucho más irritables, en cambio en su entorno familiar se sienten mucho más amenos, mucho más confiados, se puede examinar mejor”. (entrevista a estudiante)

“La mamá se comportó totalmente distinto en la consulta que en la casa, y en la casa notamos otras cositas que ella estaba tratando de hacer para que el niño progresara”. (entrevista a estudiante)

En relación con la familia del paciente y más específicamente con los padres, se evidenció en las visitas domiciliarias que los comportamientos y las actitudes de estos son más espontáneos y abiertos, tal como lo expresaron los estudiantes:

“la naturalidad con que se establece la relación permite que ellos actúen más tranquilos, más en confianza y permiten conocer otros aspectos que no salen en el ambiente hospitalario”. (entrevista a estudiante)

Quizás se pueda deducir que esto se debe a que el ambiente de la casa permite mayor seguridad a la familia para entablar una conversación, allí ellos se sienten en su espacio, en lo propio, mientras que en el consultorio se percibe el espacio frío, y predispone a la tensión de abrirse a la comunicación con alguien extraño, lejano. Dejar que aflore lo íntimo, lo privado denota prevención en los padres y en oportunidades se muestra la situación desdibujada de la realidad como mecanismo de protección para evitar la crítica del profesional médico hacia este padre que puede que no esté haciendo lo correcto en pautas de crianza y esto incida en la salud del paciente.

“La visita genera sentimientos de confianza y abre espacios para compartir intimidades. Como que se sentían muy a gusto... se sentían como tan en confianza con nosotros”. (grupo focal estudiantes)

“La familia se compenetra con uno y lo hacen como parte del núcleo, es como la más grande satisfacción. Uno aprende a tratar mejor las personas y a sensibilizarse con ellas. También a enfrentar situaciones sociales reales”. (encuesta a estudiante)

Otros padres tienen en su imaginario proteger su fuero, lo hacen pero no con la intención de afectar negativamente a su hijo. Esto se puede dar por falta de un diálogo asertivo del profesional para dar apertura a una comunicación más tranquila y abierta, asumiendo que la mayoría de los padres desean siempre lo mejor para sus hijos y en este caso, se muestra la necesidad de continuar apoyando el aspecto educativo de las familias en pautas de crianzas favorables para un sano desarrollo integral de los niños. Esta situación puede influenciar la historia clínica y la valoración diagnóstica que se levante en la consulta, aspecto que se puede valorar de manera más precisa, al menos indagar más de cerca sobre la

problemática del contexto del paciente mediante la visita domiciliar familiar. En relación con la comunicación, para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia por su perfil profesional es esencial desarrollar esta competencia y exigir desde la enseñanza la creación de espacios formativos que la potencien; se afirma que el primer momento de la comunicación, el de la comprensión, es de apertura a otras formas de vida; en él se basa la tolerancia y el pluralismo razonable; él constituye el reconocimiento del derecho a la diferencia. Hay que perder el miedo a comprender a otros (Hoyos, 1995).

En las familias visitadas para este estudio, se dio una constante en su situación socio económico vulnerable, algunos más que otros carecen de recursos básicos para generar un ambiente integral sano, no obstante a pesar de esta variable se percibe en las familias el deseo de apoyar a su hijo e ir más allá de sus posibilidades. Aquí el estudiante refuerza un aspecto agregado a su función médica, al poder contribuir con orientaciones dirigidas a la búsqueda de mejoramiento con ayuda de las estancias gubernamentales que apoyan por ejemplo en alimentación, en salud, en vivienda y que por desconocimiento de los padres no han acudido a ellas. En muchas ocasiones, el equipo de profesores y estudiantes ofrecen orientación en este sentido, apoyando a las familias y a su vez, favoreciendo la mirada integral de la problemática salud-enfermedad en los procesos de formación integral de los estudiantes:

“Primero, es el único momento en la carrera que tienen [los estudiantes] esta oportunidad de vivir esto, la experiencia de la visita domiciliar les permite ir más allá de las pastillitas que le quitan el dolor o el examen que les hacen. Entonces les hace ver la posibilidad de un diagnóstico integral, ellos tienen que buscar la respuesta social que da el municipio o el departamento a eso, y así amplían esa visión, no se las tienen que saber todas, pero ya entienden que hay unos derechos, que hay unas posibilidades..., que antes institucionales tienen unos programas que no están accediendo y que los están perdiendo y son derechos, entonces el estudiante se obliga el mismo a darles esa respuesta a la familia...”. (grupo focal profesores)

Vale mencionar que todas las familias visitadas han mostrado apertura hacia la visita, la han recibido con agrado y con expectativas por saber hasta dónde se llegaría. Esta aceptación se muestra con gestos de gratitud, de generosidad y aprecio, aspectos que influyen en el establecimiento del vínculo afectivo entre paciente, familia y profesionales médicos. Este vínculo genera por una parte, mayor credibilidad y aceptación a las recomendaciones que pueda hacer el médico a la familia y se refleja en una mejor intervención de éstas alrededor del paciente para lograr su estabilidad y mejora.

“Se establece un vínculo de cercanía de otra dimensión, que permite colaboración mutua entre todas las partes”. (grupo focal estudiantes)

Y por otra parte, se mejoran los vínculos del médico con el ser en crianza que está atendiendo y con todos los integrantes de la familia, ya que humaniza al profesional de la salud, lo ve más cercano, más exequible, le permite atenderlo y conocerlo en otro espacio de lugar, además de conocer las redes de apoyo.

“Tal vez el mejor momento de la visita fue cuando le explicamos a toda la familia (la mayor parte de ésta no asiste a las consultas) la enfermedad de la paciente, a que se debía, como debían ser sus cuidados y evidenciar que todos estaban muy interesados en saber qué hacer para mejorar la situación tanto médica como social de la niña. Eso demostró lo importante que era para ellos y como todos estaban dispuestos a brindar su apoyo para sacarla adelante”. (encuesta a estudiante)

Un resultado relacionado con el aprendizaje significativo en la formación de los profesionales de la salud es la relevancia del trabajo en equipo, que se evidencia con la participación de la familia en la elaboración de un plan de intervención que mejore la calidad de vida de ella y del ser en crianza.

Después de la consulta y la visita domiciliaria, se valora más el diálogo argumentado de las partes, el análisis integral de la situación, las lecciones aprendidas. Así lo expresaron algunos participantes:

“Entre todos dialogábamos y llegábamos a un acuerdo de realmente cómo era la situación, era como el diálogo de todos allá”. (grupo focal estudiantes)

“La visita les permite a los estudiantes trascender el libro y la teoría”. (grupo focal profesores)

En relación con las competencias de formación, aquellas genéricas que favorecen una mejor intervención del profesional en el mundo de la vida y en sus escenarios de actuación específicos, se puede constatar en la interpretación de resultados, el aporte de la visita domiciliaria familiar como estrategia didáctica activa que privilegia el desarrollo de valores y actitudes como la responsabilidad, el compromiso social, la ética, el trabajo en equipo, el aprender a aprender y la comunicación. Los profesores participantes afirman que la mirada puericultora les permite a los estudiantes identificar metas del desarrollo de la familia, les despierta sentimientos de empatía de los profesionales de la salud hacia las familias y los seres en crianza, mejora la relación médico paciente y da un nuevo significado a su quehacer como ser humano y como médico integral.

“Aprendí la gran responsabilidad que se tiene como médico tratante no solo en tiempo inmediato, sino a futuro”. (encuesta a estudiante)

“Las visitas domiciliarias son una vivencia que despierta la sensibilidad humana, que nos permite ver más allá de lo que vemos en un consultorio médico, pues nos proporciona la capacidad de percatarnos, que nuestro paciente es un ser complejo, rodeado de determinadas circunstancias sociales, económicas, familiares, psicológicas, ambientales...”. (encuesta a estudiante)

“Me impactó la forma y capacidad de resiliencia familiar, aprendí elementos para ayudar a otras familias a enfrentar situaciones difíciles de la dinámica familiar”. (encuesta a profesor)

Discusión

Una vez interpretados los resultados, se aborda la visita domiciliaria familiar desde la perspectiva de una estrategia didáctica activa que potencia aprendizajes significativos y aporta a la formación integral del estudiante y futuro profesional de la medicina.

El concepto de aprendizaje significativo desde la perspectiva Ausbelina que es la referencia base de esta investigación, se entiende como aquel en el que la nueva información adquiere significados para el aprendiz, por interacción con alguna información relevante ya existente en su estructura cognoscitiva, con un cierto grado de estabilidad, claridad, organización y diferenciación (Ausubel, 1980).

Para Ander-Egg (1995, p.71) la visita domiciliaria es “...aquella visita que realiza el trabajador social a un hogar tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento”. Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile aborda el concepto como una “atención proporcionada en el hogar de un individuo o familia con el objeto de conocer la realidad socio-económica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación en salud” (Ministerio de Salud, 1993 citado en Cazorla, Fernández, s.f., p.2).

En la enseñanza de la pediatría social y de otras áreas de formación médica, se hace necesario la búsqueda permanente de la relación entre la teoría y la práctica, así como el puente cognitivo que permita articular el mundo social y cultural con el teórico científico. Es precisamente a través de la estrategia didáctica “visita domiciliaria familiar” que se abre un horizonte de sentido para transformar el aula en el consultorio y en la vivienda de los pacientes, y así desde la valoración de estos dos escenarios se anclan aprendizajes significativos, duraderos y transformadores para la formación integral de los estudiantes y futuros médicos.

Aspectos como los conocimientos previos de los que alude Ausubel, que se alcanzan en la consulta médica, se ven validados, complementados o modificados durante la visita domiciliaria familiar. Esta confrontación impulsa a los estudiantes hacia la búsqueda de fuentes teóricas y conversatorios con otros profesores médicos de áreas en las cuáles analizan qué se puede mejorar en las condiciones psicofisiológicas de los pacientes y así ganar en herramientas para completar el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente. Se evidencian situaciones familiares que se salen de las manos de los estudiantes y de los profesores que acompañan la visita relacionadas con aspectos económicos, sociales, educativos, culturales. No obstante esta mirada integral inevitable, por cuanto se está viviendo la realidad del paciente y la familia, genera en los estudiantes una sensibilización humana que los lleva a ir más allá de su labor y se logra hacer sinergia, para alcanzar a intervenir de manera colaborativa en la búsqueda de alternativas viables para mejorar las condiciones y calidad de vida de su paciente y su familia. El aprendizaje significativo da una connotación humanista, proponiendo que este subyace a la integración constructiva, positiva, entre pensamientos, sentimientos y acciones que conducen al engrandecimiento humano (Novak, 1997).

De otra parte, esta estrategia didáctica complementada a partir de la consulta, favorece la ampliación de la mirada del estudiante en formación para identificar y profundizar no solo en el aspecto biológico del paciente, sino también en el social, el cultural y su incidencia en los estilos de vida. Así se amplía el panorama del proceso salud–enfermedad que “es uno de los retos más importantes en la actualidad para la construcción del nuevo paradigma, puesto que sólo desde esta perspectiva es posible redimensionar el quehacer de los trabajadores de la salud tanto en el tratamiento y rehabilitación de los enfermos, como en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad” (Comité de Currículo, 2000, p.29).

En este mismo sentido, la estrategia también potencia la megacompetencia del siglo XXI, aprender a aprender, que implica la capacidad de reflexionar en la forma en que se aprende y actuar en consecuencia, autorregulando el propio proceso de aprendizaje mediante el uso de estrategias flexibles y apropiadas que se transfieren y adaptan a nuevas situaciones (Díaz, Hernández, 1999). Esta competencia se evidencia en la visita domiciliaria, en los procesos de autorregulación, de indagación, de búsqueda planificada de fuentes preparatorias para la visita y posterior a ella al averiguar sobre aquellos aspectos nuevos con los que se enfrenta y poder hacer algo intencionado con dicha información.

Así los estudiantes en formación confrontan la realidad. De esta manera ellos acuden al conocimiento que tienen de las políticas públicas de salud existentes en el país para aportar a las familias en la legitimación de sus derechos y por otro lado, declaran su sentimiento de impotencia por las situaciones adversas a la aplicación de dicha política en la realidad que les está tocando evidenciar. Esta confrontación les permite desarrollar una visión más crítica en relación con la salud y movilizar intereses para procurar asegurar la equidad y aportar a la transformación de un sistema de salud más humanizante. Los estudiantes dejan de ser entes pasivos y logran un grado de sensibilidad hacia la participación en la búsqueda de estrategias que mejoren las condiciones de vida de la comunidad.

La formación integral, va más allá de la capacitación profesional aunque la incluye, es un enfoque o forma de educar. La educación que brinda la universidad es integral en la medida que oriente al estudiante como una totalidad y no lo considere únicamente en su potencial cognoscitivo o su capacidad para el que hacer técnico o profesional. El ámbito de la formación integral es el de una práctica educativa centrada en la persona y orientada a cualificar su socialización, para que el estudiante pueda desarrollar su capacidad de servirse en forma autónoma del potencial de su espíritu, en el marco de la sociedad en que vive y pueda comprometerse con sentido histórico en su transformación. (Orozco Silva, 1999, s.f.)

Conclusiones

Con esta investigación podemos concluir que para el logro del aprendizaje significativo se hace necesario despertar en los estudiantes la sensibilidad hacia al objeto de estudio a partir de situaciones cercanas o propias del mundo de la vida, como es el caso de la visita domiciliaria familiar. El grado de sensibilidad eleva la motivación y con ella se activa la predisposición de aprender significativamente. Los resultados aquí encontrados sirven de referente a otras investigaciones que se pueden desarrollar en este campo y que aporten a la educación médica, sin embargo es necesario profundizar en la incidencia de la visita domiciliaria en la formación de los estudiantes de medicina.

Igualmente se puede concluir que en países como Colombia, con situaciones de violencia y grandes problemas socioeconómicos, la aplicación de estrategias didácticas como la visita domiciliaria familiar es influenciada por variables de poco control externo, como la ubicación geográfica de algunas viviendas de familias por un deficiente desarrollo vías y de transporte público, así como la inseguridad de las zonas y la existencia de barreras invisibles por los grupos violentos. Variables que influyen en el trabajo interdisciplinario del equipo de salud, dado que no permiten llegar con facilidad al hogar del ser en crianza (Zuliani et al., 2012).

Dificultades de otro orden se presentan con algunos miembros de las familias visitadas al generarse expectativas diversas frente a la visita, algunos creen que van a recibir ayudas en todo sentido por el grupo de profesionales de salud y otros temen que se les juzgue por la falta de conocimientos para el buen desarrollo del ser en crianza.

No obstante, en la medida en que se socializan y se alcanzan los consensos entre las partes las tensiones disminuyen y al finalizar la experiencia, las percepciones y sentimientos pueden modificarse por lo enriquecida que resulta la estrategia formativa para todos los participantes. También el grupo de profesionales informa a las familias acerca de la existencia de instituciones que pueden apoyarles en otros aspectos que contribuyan las condiciones de salubridad de la zona.

Colaboradores

Los autores han trabajado juntos en todas las etapas de producción del artículo.

Agradecimientos

A los estudiantes, a las familias y a los profesores que participaron con sus aportes y enriquecieron el trabajo. A Dariana Pereira por su apoyo desde la monitoria a la investigación.

Referencias

- ANDER-EGG, E. **Diccionario del trabajo social**. Buenos Aires: Ediciones Lumen, 1995.
- AUSUBEL, D.P. **Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo**. México: Trillas, 1980.
- CAZORLA BECERRA, K. & FERNÁNDEZ HORMACHEA, J. (s.f). Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de trabajo social. Disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Ftrabajosocialudla.files.wordpress.com%2F2009%2F06%2Freflexiones-en-torno-a-la-visita-domiciliaria.doc&ei=9jrgUaLBBpfG4AO1z4HICg&usg=AFQjCNEhV1pUJiOdWXP_QkEHSLVwAd34FvQ&sig2=Hb2wb5L57Qa46R1Zt6Show&bvm=bv.48705608,d.dmg>. Acceso en: 11 jul. 2013.
- COMITÉ DE CURRÍCULO. Facultad de Medicina. **El proceso de salud y enfermedad**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2000.
- DÍAZ, F.; HERNÁNDEZ, G. **Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista**. México: McGraw-Hill, 1999.
- GALEANO, M.E. **Diseño de proyectos en la investigación cualitativa**. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2004.
- GARCÍA, R. Epistemología y teoría del conocimiento. **Rev. Salud Colect.**, v.2, n.2, p.113-22, 2006.
- HOYOS, G. Ética comunicativa y educación para la democracia. **Rev. Iberoam. Educ.**, n.7, 1995. Disponible en: <<http://www.oei.es/oeivirt/rie07a03.htm>>. Acceso en: 12 jul. 2013.
- KIRKWOOD, B.R. et al. NEWHINTS cluster randomised trial to evaluate the impact on neonatal mortality in rural Ghana of routine home visits to provide a package of essential newborn care interventions in the third trimester of pregnancy and the first week of life: trial protocol. **Trials**, v.11, p.58, 2010. doi:10.1186/1745-6215-11-58. Disponible en: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1745-6215-11-58.pdf&embedded=true>>. Acceso en: 12 jul. 2013.
- MARTÍNEZ, M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). **Rev. IIPSI**, v.9, n.1, p.126-34, 2006.
- NOVAK, J. **Teoría y práctica de la educación**. Madrid: Alianza Editorial, 1997.
- OROZCO SILVA, L.H. **La formación integral: mito y realidad**. Colombia: Tercer Mundo Editores, 1999. p.161-86. Disponible en: <<http://universitas.ups.edu.ec/documents/1781427/1792270/01Educacion10.pdf>>. Acceso en: 1 jul. 2013.
- PARDO, I.; PARDO, A.C. La visita domiciliaria como estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria que realizan estudiantes de Odontología de la Universidad Santiago de Cali. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 8., 2012, Cuba. **Bienal...** Cuba, 2012.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1998.
- VÁSQUEZ, E.; PITTS, K. Red flags during home visitation: infants and toddlers. **J. Community Health Nurs.**, v.23, n.2, p.123-31, 2006.

VERA VÉLEZ, L. **La investigación cualitativa**. Porto Rico, 1997. Disponible en: <<http://www.ponce.inter.edu/cai/Comite-investigacion/investigacion-cualitativa.html>>. Acceso en: 1 jul. 2013.

VERNEAUX, R. **Epistemología general o crítica del conocimiento**. Barcelona: Herder, 1999.

WEN, L.M. et al. Evaluation of a feasibility study addressing risk factors for childhood obesity through home visits. **J. Pediatr. Child Health**, v.45, n.10, p.577-81, 2009.

ZULIANI, L. et al. **Enlaces en didáctica: estrategia didáctica visita domiciliar familiar**. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 2012. (Cartilla n.2, v.1).

GALINDO CÁRDENAS, L.A. et al. Impacto da visita domiciliar familiar na aprendizagem dos alunos de graduação em Medicina e na área de Pediatria Social. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.649-60, jul./set. 2013.

Este artigo relata os resultados de uma pesquisa realizada com alunos de graduação em Medicina da Universidade de Antioquia, para avaliar o impacto da visita domiciliar familiar que favorece os processos de formação integral a partir de aprendizagens significativas. A pesquisa foi qualitativa-interpretativa, estudo de caso, de sistematização. Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevistas, enquete, grupos focais, análise documental, observação participante (2006-2011). Os resultados mostraram que, quando a consulta médica é complementada com as visitas domiciliares familiares, o aluno torna-se mais consciente, mais motivado, e se ativa sua predisposição para aprender significativamente. Além disso, se evidenciou que a visita domiciliar familiar tem laços de estratégia didática ativa que, ao ser trabalhada intencionalmente, impacta o perfil humanista-social dos estudantes como futuros profissionais da área da saúde. Sua aplicação é relevante para o ensino de pediatria social e médica em geral.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Aprendizagem significativa. Estratégia didática. Educação médica.

Recebido em 04/09/12. Aprovado em 26/06/13.