

**Referencia para citar este artículo:** Zuliani-Arango, L. A., Villegas-Peña, M. E., Galindo-Cárdenas, L. A. & Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 851-863.

# Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico\*

**LILIANA ADELA ZULIANI-ARANGO\*\***

Profesora Universidad de Antioquia, Colombia.

**MARÍA EUGENIA VILLEGAS-PEÑA\*\*\***

Profesora Universidad de Antioquia, Colombia.

**LEONOR ANGÉLICA GALINDO-CÁRDENAS\*\*\*\***

Profesora Universidad de Antioquia, Colombia.

**MIGLENA KAMBOUROVA\*\*\*\*\***

Profesora Universidad de Antioquia, Colombia.

*Artículo recibido en junio 5 de 2013; artículo aceptado en agosto 28 de 2013 (Eds.)*

• **Resumen:** *La dificultad de abordar el proceso Salud-Enfermedad desde lo biopsicosocial, ha promovido otras estrategias para favorecer la formación integral en el futuro profesional de la salud. En esta investigación buscamos como objetivo comprender la importancia de la visita domiciliaria familiar como estrategia didáctica para la formación integral de los estudiantes y las estudiantes -años 2006 a 2011-, de pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Es un estudio cualitativo histórico hermenéutico fenomenológico, que implica sistematización de caso y revisión documental con análisis ético, efectuado a 36 participantes entre estudiantes y docentes, en entrevistas, grupos focales y observaciones participantes. Resultados y conclusiones: la visita domiciliaria familiar es la estrategia didáctica que facilita la mirada integral en la formación del estudiante o la estudiante y mejora la relación médico-paciente, genera compromiso social y responsabilidad en su quehacer médico-puericultor.*

\* Este artículo de investigación científica y tecnológica se basa en la investigación que se llevó a cabo en la ciudad de Medellín, por el Grupo de la Sección de Pediatría Social y de Edusalud, a los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, y financiado por el grupo investigador. Investigadora principal Liliana Adela Zuliani Arango, duración de 8 meses con acta de inicio aprobada por el Instituto de Investigación de la Facultad de Medicina en agosto de 2011 y acta No. 007 de finalización aprobada por el Comité Técnico el 17 de mayo de 2012 y del Consejo de la Facultad de Medicina acta No. 403 del 30 de mayo de 2012. Las autoras trabajaron juntas en las etapas de construcción del artículo. Área: ciencias de la educación; subárea: capacitación.

**Agradecimientos:** A los estudiantes y las estudiantes, a las familias y a los profesores y profesoras que participaron con sus aportes y enriquecieron el trabajo.

\*\* Profesora Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Puericultura, Sección Pediatría Social. Médica del CES, Neuropsicóloga Infantil Universidad de Antioquia, Magister en Salud Colectiva Universidad de Antioquia. Correo electrónico: lilizuliara@gmail.com

\*\*\* Profesora jubilada Universidad de Antioquia, de la Sección de Pediatría Social. Trabajadora Social Universidad de Antioquia, especialista Trabajo Social Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo electrónico: mvillegas07@yahoo.com

\*\*\*\* Profesora Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Departamento de Educación Médica. Candidata a Doctora en Educación, Magister en Educación, Especialista en Educación y Desarrollo Intelectual, Licenciada en Educación. Correo electrónico: leoangelicag@gmail.com

\*\*\*\*\* Profesora Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Departamento de Educación Médica. Magister en Educación, Licenciada en Ciencias de la Educación. Correo electrónico: mige kam@gmail.com



**Palabras clave:** visita domiciliar, formación de recursos humanos, atención integral de salud, familia, niño (Tesoro de Ciencias Sociales de la Unesco).

**Palabra clave autoras:** estrategia didáctica.

### **Family Home Visiting: teaching strategy for integrated medical training.**

• **Abstract:** *The difficulty of addressing the health-illness process from a bio-psychosocial position has promoted other strategies that favor integrated training for future health professionals. This study had the objective of understanding the importance of Family Home Visiting as a teaching strategy for the integrated education of students between 2006 and 2011 in the undergraduate Medicine program at the University of Antioquia in the city of Medellin, Colombia. This is an historical qualitative study that adopts hermeneutic and phenomenological approaches, involving the systematization of cases and an ethical analysis of documents, a process carried out with 36 participants, including students and teachers. Information was collected through interviews, focus groups and participant observation. Results and conclusions: Family Home Visiting is a didactic strategy that develops an integrated viewpoint in students' formation, improves the physician-patient relationship and generates social commitments and responsibility in the work of future pediatricians.*

**Key words:** family home visiting, human resources training, comprehensive health care, family, child (Unesco Social Sciences Thesaurus).

**Key words authors:** didactic strategy.

### **Visita domiciliar familiar: estratégia didática para a formação integral de pessoal médico**

• **Resumo:** *A dificuldade em abordar o processo saúde-doença a partir da biopsicossocial tem promovido outras estratégias para promover a educação em saúde do futuro profissional. Esta pesquisa tem por objetivo compreender a importância da visita na casa da família, como estratégia de ensino para a formação integral dos alunos de graduação entre 2006 e 2011 em Medicina da Universidade de Antioquia, Medellín, Colômbia. Em um estudo qualitativo histórico hermenêutico e fenomenológico, que implica a sistematização de caso e revisão documental com análise ética junto a 36 participantes entre alunos e professores com o uso de entrevistas, grupos focais e observação participante. Resultados e conclusões: a visita domiciliar familiar é a estratégia de ensino que facilita a visão abrangente de educação do aluno e melhora a relação médico-paciente, gera compromisso social e responsabilidade da prática enquanto médico de trabalho com o cuidado da criança.*

**Palavras-chave:** visita domiciliar, formação de recursos humanos, assistência integral à saúde, família, criança (Tesoro de Ciências Sociais da Unesco).

**Palavra-chave autores:** estratégia didática.

**-1. Introducción. -2. Metodología. -3. Resultados y Discusión. -4. Conclusiones. -Lista de referencias.**

#### **1. Introducción**

En el terreno de la salud, hay una crisis epistemológica, teórica y metodológica que se manifiesta en la falta de capacidad para captar la complejidad de los fenómenos que constituyen la tríada Salud -Enfermedad- Sociedad. Desde la salud colectiva se viene ampliando esa mirada, reconociendo la complejidad desde lo cultural, lo social y lo histórico, para articular lo teórico

con lo práctico, lo individual con lo colectivo y lo cualitativo con lo cuantitativo, como una totalidad (García, 2006, Verneaux, 1999).

Las universidades y el modelo de atención primaria en salud han visto necesario considerar la familia, la comunidad y el entorno sociocultural como fuentes de información validadas para la formación del personal sanitario.

El modelo de atención primaria en salud busca acercarse a las problemáticas de la comunidad para dar respuesta a las expectativas de los sujetos pacientes y sus familias en condiciones crónicas o estados terminales; sin embargo se considera que también es válido para acercarse a las familias en la promoción y acompañamiento durante la crianza. La visita domiciliaria, a pesar de haber sido pensada más como una estrategia de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación, no ha sido reconocida como una estrategia pedagógica que aporta a la formación integral, siendo un instrumento de evaluación más utilizado por profesionales de trabajo social, enfermería y terapéuticos, que por médicos y médicas (Gérvás & Pérez, 2010).

Para dar respuesta a esta demanda, el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia incluye la formación integral y la investigación como principios pedagógicos, la interdisciplinariedad, la flexibilidad y la pertinencia como principios curriculares, y el paradigma cognitivo y el aprendizaje activo como principios didácticos, por lo que utiliza estrategias didácticas activas, en donde la Sección de Pediatría Social considera dentro de su vertiente biológica, mirar la familia, su cultura y el entorno como referentes que influyen de manera contundente en el desarrollo y la calidad de vida de la niñez.

Esa búsqueda para un modelo de formación más integral, más abierto a la práctica, ante la realidad de las personas y, en el caso del personal médico, ante el contexto donde se desarrolla el sujeto paciente, lo relata también Arias (2011, p. 718) en su artículo “Emergencia del hombre en la formación de maestros y maestras en Colombia”, en el que considera que se debe buscar esa realidad que confronta la subjetividad del estudiante o la estudiante, y que le permite articular lo teórico con la práctica al emerger discursos de los saberes y al surgir estos desde la práctica, para “ver de otro modo, actuar de otro modo, pensar de otro modo, formarse de otro modo”, y así transformarse y convertirse en un ser más integrador.

La inclusión de la visita domiciliaria familiar en la formación integral del médico o médica, complementa la consulta médica,

la anamnesis y el examen físico, con el fin de confrontar la situación clínica con la realidad social y ambiental en la que viven las familias de los niños y niñas inscritos en los programas de comunidad y de riesgo en el desarrollo de la sección. Esto le permite al futuro médico o médica elaborar un diagnóstico integral, con un mayor acercamiento en la relación médico-paciente, y estimular la participación familiar en el proceso de intervención.

De este modo, la visita domiciliaria familiar se convierte en un escenario de aprendizaje significativo que complementa y promueve un paradigma activo de enseñanza, facilitando los procesos de pensamiento y desarrollo humano, que cobran sentido en la formación médica. Es así como esta investigación aporta otra estrategia didáctica para el aprendizaje de la medicina desde un enfoque biopsicosocial.

Luego de una revisión sistemática en las bases de datos digitales (Ovid, Opac, Scielo, Ebrary y Pudmed), en las cuales utilizamos los descriptores “housecall”, “home visiting”, “home nursing”, “diagnosis and children”, “estrategias didácticas” y “formación integral”, no encontramos estudios específicos que muestren la visita domiciliar familiar como una estrategia eficaz para los estudiantes y las estudiantes de medicina en la realización de diagnósticos integrales del niño o niña y su familia. Sin embargo, en la literatura se reconoce la importancia de otros escenarios en la formación de profesionales en pregrado, posgrado y en educación continua en salud, como reto para la reorganización del sistema de salud alrededor de la atención primaria en salud (APS) (Harzheim, 2008).

En Colombia existe un solo estudio desarrollado por la Facultad de Odontología de la Universidad Santiago de Cali, en el cual se indica que la visita domiciliaria es considerada una estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria. En consecuencia, el objetivo del estudio es proporcionar a los estudiantes y a las estudiantes de odontología herramientas educativas que mejoren su estrategia pedagógica de enseñanza-aprendizaje (Pardo & Pardo, 2012).

## 2. Metodología

Desarrollamos un estudio cualitativo interpretativo del fenómeno de la visita domiciliar familiar, en el que buscamos explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los personajes, trabajo que además permite construcciones que buscan la mirada holística (Martínez, 2006, Vera & Ponce, 2000). Inicialmente sistematizamos la experiencia para aprender de la práctica y construir conocimiento significativo a partir de la recuperación y análisis crítico de la información de los sujetos participantes del proceso (Jaramillo, 1994).

Utilizamos el estudio de caso que, en general, adopta una perspectiva integradora y, según Robert Yin (2009), estudia una situación contemporánea dentro del contexto de la vida real, donde hay muchas variables de interés y fuentes de evidencia, y los datos convergen en un estilo de triangulación, donde lo teórico y la visión de los sujetos sociales guían la recolección y el análisis de los datos para comprender el proceso. Lo que buscamos es entender lo que para estudiantes y docentes significa hacer una visita domiciliar familiar, sin dar a esto alguna significación numérica.

La muestra fue un proceso de selección en forma intencional: estudiantes de medicina que hubieran hecho la visita domiciliar familiar en el VI semestre. Iniciamos con algunos que estaban rotando en ese momento, quienes buscaron a otros compañeros y compañeras que querían participar, y se da un proceso de bola de nieve que va avanzando a lo largo del estudio y según la necesidad de información, hasta la saturación de la muestra.

Participaron 31 estudiantes y 5 docentes de pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia que realizaron visitas domiciliarias como herramienta pedagógica de aprendizaje significativo, para la confrontación del imaginario en la consulta con la realidad familiar y social en la que vive el niño o niña, durante la rotación por el área de Niñez I en la Sección de Pediatría Social, desde 2006-II hasta el 2011-II.

Llevamos a cabo 21 entrevistas individuales, de las cuales nueve fueron estudiantes hombres para un 42%, y 12 fueron mujeres para un 58%; estos eran alumnos y alumnas que habían tenido la experiencia en años anteriores; un estudiante de 2006 para un 4%, dos de 2007 para un 10%, cuatro participantes de 2008 para un 19%, en el 2009 fueron tres para un 14%, de 2010 fueron también tres para un 14%, y de 2011 fueron ocho estudiantes para un 38%.

El grupo focal es un recurso metodológico que permite ampliar el nivel de complejidad de las respuestas obtenidas inicialmente desde la perspectiva de cada uno de los participantes, y como dice la investigación de Acevedo y Restrepo (2012), “la reflexión grupal con profesoras y profesores está destinada a promover un intercambio real de experiencias y de puntos de vista que permitan enriquecer a los sujetos participantes”.

De los grupos focales, en tres participaron estudiantes, con un promedio de cuatro estudiantes por grupo, con una participación mayor de estudiantes masculinos, de los semestres 2009 y 2011.

El grupo focal de profesores y profesoras estuvo conformado por cinco participantes, de los cuales tres eran mujeres y dos hombres, quienes habían hecho varios acompañamientos a los estudiantes y a las estudiantes en las visitas domiciliarias familiares.

Recolectamos la información mediante entrevistas presenciales y virtuales dentro de los espacios universitarios, en un aula escogida con un ambiente tranquilo, donde el estudiante o la estudiante se sintiera seguro y con el tiempo necesario para responder. Solo entrevistamos a quienes una vez contactados telefónica y digitalmente, accedieron voluntariamente a participar en el estudio, y aquí debemos comentar que ninguno de los sujetos participantes manifestó preocupación sobre la información que estaba suministrando. Las entrevistas duraron entre 40 y 55 minutos cada una; de las 21 entrevistas todas autorizaron la grabación.

Los grupos focales los realizamos en aulas del hospital que permitían la grabación y la elaboración de una discusión amplia, donde docentes y estudiantes participantes se

podieran expresar libremente; la observación participante se llevó a cabo paralelamente con la rotación, donde tanto estudiantes como docentes hacían la actividad y luego analizaban la experiencia de la visita. Llevamos a cabo 10 visitas domiciliarias familiares.

Además hicimos una revisión documental de los informes de evaluación, que hace la Sección de Pediatría Social a cada uno de los estudiantes y las estudiantes que terminan rotación del VI Semestre y que tienen la oportunidad de expresar por escrito lo que fue la experiencia de la visita domiciliar familiar.

Durante la entrevista con el estudiante o la estudiante y el profesor profesora, procuramos mantener la nivelación del lenguaje que permitiera una discusión en condiciones de simetría (Torralba i Roselló, 1998), con preguntas abiertas para mayor relación e intercambio de información; como valor fundamental se dio el respeto, dando confianza y veracidad en el quehacer (Esguerra, 1991). Formalizamos la participación voluntaria y la confidencialidad de los registros con un consentimiento informado, conforme a la Resolución 008430 de 1993 (Ministerio de Salud de Colombia, 1993). Así mismo, tuvimos en cuenta la devolución de los resultados a las personas participantes, a la comunidad académica y a la Universidad de Antioquia.

La recolección de la información y el análisis de los datos se dieron simultáneamente: las entrevistas se transcribieron con el propósito de recoger interpretaciones de los diferentes participantes a través del análisis semántico estructural. Realizamos una codificación preliminar, la cual se construyó con las lecturas de los informes de Pediatría Social, con las entrevistas transcritas y con la observación participante de profesores, profesoras y estudiantes en las visitas domiciliarias.

Codificamos la información de los documentos de evaluación respetando lo escrito, y luego con las entrevistas, los grupos focales y la observación participante, realizamos una triangulación, resultando cuatro categorías: la mirada integral, ir más allá de la institución hospitalaria, los aprendizajes significativos y el significado de la visita domiciliar familiar para el médico o médica, con 281 códigos. “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). En la descripción de los hallazgos y en las conclusiones se refleja el resultado final de la categorización de los datos y su análisis.

### 3. Resultados

La visita domiciliar familiar que realizan los estudiantes y las estudiantes de VI semestre del pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, favorece el proceso de formación integral al tener la posibilidad de participar en dos escenarios: el acto médico o consulta médica institucional, en la que el sujeto estudiante busca la mirada holística mediante una anamnesis y un examen físico; e ir más allá de la institucionalidad con la visita domiciliar familiar, lo que facilita la confrontación de la historia clínica con las características del entorno sociocultural en que se desarrolla, aspectos que dan la posibilidad de complementar la parte biológica con el contexto.

Es una oportunidad de ver al sujeto paciente desde otra perspectiva mucho más cercana a su realidad, pues permite casi que ponerse en sus zapatos y en los de su familia, de sentir de una manera más real el entorno del paciente o la paciente, para poder realmente integrar la medicina con el ser humano (Entrevista estudiante de 2009).

*El Acto Médico* es el contacto inicial que tienen los estudiantes y las estudiantes con el paciente o la paciente -en este caso el niño o niña y su familia-; se hace en la institución hospitalaria con pacientes de los programas comunitarios y de atención integral de los niños y niñas con riesgo en el desarrollo de la sección de Pediatría Social, quienes son usuarios del programa y son atendidos por un equipo interdisciplinario conformado por pediatra, médico o médica especialista en neuropsicología infantil, psicólogo o psicóloga, trabajador o trabajadora social, pedagogo o pedagoga especial y auxiliar de enfermería, con los cuales los grupos de estudiantes de VI Semestre rotan, lo cual garantiza la continuidad en el seguimiento del sujeto paciente.

La visita domiciliaria puede generar datos relevantes que no podrían obtenerse en la entrevista y que serían de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento adecuado, a manera personal considero que la visita es un elemento que debe reforzarse y podría mejorar los resultados (Informe estudiantes de 2010).

Se elabora la historia clínica, lo que permite plantear hipótesis diagnósticas que se confrontan con la realidad sociocultural de la familia al hacer la visita domiciliaria. La historia clínica facilita la recolección de información biológica, genética, familiar y socioeconómica, que tiene como fuente al sujeto acudiente de la consulta y al niño o niña, lo que se convierte en un punto de partida que está más dirigido hacia un imaginario del médico o médica que a una situación real de la familia, y esto limita un plan de intervención acorde con las necesidades propias del niño o niña y su familia.

La visita domiciliaria familiar es un espacio de interacción con las familias que nos ayuda a reunir elementos y a dimensionar la situación social, cultural, económica y ambiental para apoyar nuestros diagnósticos, y brindar herramientas para construir con las familias intervenciones sociales (Entrevista estudiante de 2007).

*La Visita Domiciliaria Familiar* es ese otro espacio que posibilita integrar las miradas; en el se identifican los factores de riesgo y protectores de la salud del niño o niña y de su familia, y se confrontan las hipótesis elaboradas en el acto médico. Es considerada como la actividad de carácter pedagógico y social que se lleva a cabo en el hogar del niño o niña que se está revisando. “La visita domiciliaria familiar es reconocer el ambiente donde viven, la comunidad, las cosas o las carencias que tiene esa familia...” (Entrevista estudiante de 2006).

Este segundo escenario facilita al médico o médica una mirada integral, al conocer la dinámica interna de la familia e identificar qué aspectos sociales y culturales del entorno influyen en la situación de salud del niño o niña.

Durante la visita domiciliaria los profesores, profesoras y estudiantes observan las relaciones del sujeto paciente con otros familiares en su entorno natural, lo que amplía la mirada biológica en la que se centra el acto médico,

posibilitando identificar la dinámica interna de la familia; además genera una relación cercana con esta y logra empoderarla de la situación de salud.

La visita se da en un ambiente familiar que permite observar la dinámica familiar con el fin de dar una mirada más amplia a la patología del paciente, y de una manera integral lograr que la familia se involucre y se comprometa mucho más por el bien del paciente (Entrevista estudiante de 2010).

En la visita domiciliaria se facilita un acercamiento cálido y de confianza con los integrantes de la familia; por encontrarse en su ambiente cotidiano, el niño o niña se siente rodeado y apoyado por su núcleo íntimo, por sus juguetes y otros elementos que componen el entorno familiar. Es así como los integrantes del equipo de salud pueden efectuar una mejor evaluación del desarrollo y del examen físico, lo que en la consulta se dificulta ya que algunos niños y niñas se comportan retraídos e irritables.

En 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 la consulta, en cambio en su entorno familiar se sienten más amenos, más confiados se puede examinar mucho mejor (Entrevista estudiante de 2010).

Trabajar con la familia en su ambiente natural permite una comunicación asertiva entre los sujetos participantes, en la que se generan espacios de reflexión y confianza, con intercambio de saberes y un reconocimiento a los esfuerzos que hace la familia para acompañar y buscar soluciones a la situación de salud del niño o niña, asumiendo una actitud puericultora que mejora la relación médico-paciente/familia, aprendizaje significativo identificado por los sujetos participantes.

Verificamos que en algunas familias la comunicación se ve vulnerada por factores como los recursos tecnológicos, las situaciones de cambios repentinos en la estructura familiar por la muerte de uno de sus integrantes, cierto factores de trabajo, la dinámica de cada integrante y la falta de un líder que canalice espacios de encuentro para compartir y socializar la problemática del niño o niña. Por tal motivo,

la situación de salud puede verse relegada a un segundo plano, dadas las otras necesidades que se le presentan a la familia. “Un aprendizaje importante fue el ver la cotidianidad de la vida del niño y como es el compromiso de los padres y hermanos en el desarrollo de este” (Informe estudiante de 2010).

Otro aprendizaje significativo es identificar cómo las pautas de crianza contribuyen a la situación de salud del niño o niña; estos acuerdos les permiten dirigir y orientar el proceso de desarrollo de los hijos e hijas; se observa que el detectar estas pautas puede ser fundamental para un acompañamiento inteligente y afectuoso y para la elaboración de un plan de intervención acorde con las condiciones específicas de cada familia. En este aspecto fue notorio que a pesar de la falta de formación de algunos padres o madres, estos logran establecer pautas de crianza coherentes con sus experiencias y con el legado generacional.

En consecuencia, observamos cómo los estudiantes y las estudiantes se ven comprometidos a confirmar o a refutar algunas de dichas pautas con el respeto necesario para no trasgredir las creencias familiares, y por el contrario entrar con la intencionalidad pedagógica de mostrar otras formas pertinentes de orientar y guiar el sano desarrollo del niño o niña. De esta manera asumen un papel activo, formativo frente al padre, la madre y demás miembros de la familia, e indican maneras de abordar las pautas de crianza usando un lenguaje de fácil comprensión para el colectivo, pero sin perder de vista los argumentos científicos que lo soportan. “La visita permite conocer las pautas de crianza más adecuadas para el paciente, fortalecer aquellas buenas, integrar otras y cambiar aquellas poco adecuadas” (Entrevista estudiante de 2010).

Luego de conocer el contexto interno de la familia y del niño o niña, es preciso confrontarlo con los entornos sociales donde estos viven y se desarrollan. En los hallazgos de la investigación resaltamos algunos de los elementos del contexto externo que se identifican como factores determinantes del proceso salud-enfermedad, entre otros el barrio, el acceso a este, las condiciones culturales y socioeconómicas.

Los sujetos integrantes del equipo de salud que hacen la visita domiciliaria familiar, identifican ese ambiente externo desde el momento en que conocen el nombre del barrio que van a visitar, hasta la llegada donde observan la vivienda de la familia. Aquí se determinan dos aspectos: uno institucional, que evidencia la accesibilidad que tienen para el transporte, la recreación, las instituciones educativas, de salud y religiosas que complementan la red de apoyo social de la familia, necesarias para su proceso de desarrollo y bienestar. Y un segundo que es el de convivencia, que son las normas y relaciones que se establecen en el entorno comunitario. “Mirar al paciente en todo su contexto, esa dimensión completa de lo que es la situación verdadera de esa familia y la cantidad de trabajos y cosas que tienen que enfrentar en su vida diaria” (Grupo focal de estudiantes 1.6).

En el momento de la visita se evidencia la influencia positiva o negativa que tiene el entorno en el desarrollo y en el acompañamiento de la situación de salud del niño o niña, dando elementos de discusión para elaborar el diagnóstico integral y el plan de intervención adecuado con los hallazgos encontrados y las condiciones específicas del grupo familiar.

En la investigación, estudiantes y docentes detectan que las familias que viven en entornos con fácil acceso a la institución de salud, con relaciones armónicas en la comunidad en que viven y con una buena red de apoyo social, se empoderan de la situación del niño o niña y se convierten en protagonistas para buscar respuestas que favorezcan la calidad de vida de este.

Por el contrario, observan que las familias que tienen poca accesibilidad a las diferentes instituciones, que no tienen movilidad adecuada, con apoyo social escaso y con índices marcados de violencia barrial, se sienten impotentes y en ocasiones no buscan las soluciones para la situación del niño o niña, lo que hace que no se logre establecer continuidad y canales de confianza con los programas que favorecen su salud integral.

En la visita uno aprende a conocer al paciente no solo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista social, todas las dificultades tanto económicas como

sociales y que se les suman a la enfermedad que tienen (Entrevista estudiante de 2008).

La visita domiciliaria familiar es una estrategia didáctica reconocida por los estudiantes y las estudiantes como un espacio de aprendizaje significativo para la formación integral, con algunas dificultades que ellos enuncian; a continuación las identificamos, para ser tenidas en cuenta antes de implementar la estrategia.

Es importante conocer la realidad de estas familias sobre todo en países como Colombia, con situaciones de violencia y condiciones socioeconómicas extremas, que despiertan tanto en estudiantes como en profesores y profesoras sentimientos de miedo, inseguridad, impotencia y frustración.

Las características propias de los diferentes sectores, donde se ubican geográficamente los domicilios, son factores que influyen en la realización de la visita. Según su ubicación se puede tener dificultades por los sectores marginales a los que pertenecen, desde el difícil acceso porque no llega transporte público al hogar, hasta el problema de seguridad de algunos sectores, conocido esto como las barreras invisibles que hacen imposible el paso hacia la casa de la familia. “El transporte, la dificultad de acceso, los barrios difíciles y la realidad de las viviendas hacen en ocasiones difícil realizarla de la mejor manera” (Entrevista estudiante 2009).

A la *familia* la visita le puede crear expectativas negativas al esperar demasiado, desde ayudas económicas, sociales, educativas, mejoramiento de la vivienda y solucionar la situación de salud del niño o niña, hasta tener temor de que los sujetos profesionales de salud interactúen con entes territoriales y judiciales para tomar medidas legales frente a la situación de la familia. “Si no se aclara bien los objetivos de la visita, esta puede aparentar ser de fiscalización y generar sentimientos de tensión o angustia en la madre” (Grupo focal de profesores y profesoras).

Al llevar a cabo la visita domiciliaria familiar se puede generar sentimientos en el *profesional de la Salud en formación*, que pueden convertirse en obstaculizadores del proceso de enseñanza-aprendizaje: temor a no

lograr una buena comunicación y un lenguaje pertinente, estrés por las condiciones reales en las que vive la familia, inseguridad y falta de confianza hacia la familia, vínculos de dependencia que se pueden establecer con el profesor o profesora acompañante y la familia, e incomodidad frente a la realidad social. “Es necesario tener en cuenta las condiciones extremas de las familias para no debilitar la relación médico-paciente y para abordar a la familia con respeto frente a la situación que se vive” (Entrevista estudiante 2006).

Para que estas dificultades no se presenten o se puedan solucionar, la visita domiciliaria familiar requiere una rigurosidad en su planeación, concertando una hora adecuada para hacer la intervención, el conocimiento del lugar al que se debe llegar, y la preparación previa sobre lo que se hará y los instrumentos que se van a utilizar durante la visita.

Como resultado de la articulación de estos dos escenarios sumada a las características propias de cada uno de ellos, se reconoce la visita domiciliaria familiar como un espacio de aprendizaje activo, espacio que al tener una secuencia de pasos, una preparación previa y la búsqueda de un diagnóstico integral, se convierte en una estrategia didáctica que de un lado aporta un aprendizaje biopsicosocial al confrontar la realidad con el imaginario del acto médico, y por el otro a la formación integral en valores como: la conciencia social, el respeto por el otro, la empatía, una relación cálida y cercana entre el médico o médica, el paciente y la familia, aspectos que aportan a la formación del estudiante o la estudiante y al crecimiento de la familia.

Esta estrategia genera un espacio de interacción con las familias que ayuda a comprender que la medicina no es solamente ver al sujeto paciente en la consulta médica, desde el síntoma biológico, sino comprender que el contexto y la familia en donde se desarrolla, brinda herramientas para elaborar intervenciones oportunas que contribuyen al mejoramiento de la salud y la calidad de vida del grupo familiar.

Las visitas domiciliarias son una vivencia que despierta la sensibilidad humana, que nos permite ver más allá, pues nos proporciona



la capacidad de percatarnos [de] que nuestro paciente es un ser integral o biopsicosocial, rodeado de determinadas circunstancias sociales, económicas, familiares, psicológicas, ambientales, etc., que influyen, de manera importante en su salud física (Informe estudiante de 2009).

### Discusión

La visita domiciliaria familiar permite reconocer los entornos interno (familia) y externo (ambiente) por parte de los sujetos profesionales de la salud, y evaluar su interacción, lo que les facilita elaborar un diagnóstico y un plan de intervención integrales más acorde con la realidad individual del niño o niña y su familia, creando un punto de partida esencial para el cambio de pensamiento, para la integralidad e interdisciplinariedad en el accionar médico.

El aporte de la visita domiciliaria familiar a la formación integral del estudiante o la estudiante, permite que la persona crezca en lo personal, en lo humano y como ser holístico, y adquiera experiencia significativa en su paso por la Universidad (Orozco, 2012).

Los aspectos resaltados en la investigación en relación con la formación integral de los estudiantes y las estudiantes son: poder tener una mirada holística en la que se ve la realidad de las condiciones de vida del niño o niña, fortalecer la relación humanizada entre el médico, la familia y el niño o niña, y aprender a comprometerse con la realidad social.

*Mirada holística-biopsicosocial:* para ampliar la mirada de la situación real de un sujeto paciente, se debe partir de conocer al niño o niña como sujeto integral y no solo el problema como tal. Para esto se debe tener la información completa, la cual no se logra con la mirada biológica que se da en el acto médico, sino que es necesario complementarla con la parte psicológica y social.

Los modelos médicos en los sistemas de salud actuales en Colombia buscan detectar y hacer diagnósticos específicos en los que la condición física y el plan de intervención sean claros; esta es la mirada que en muchas ocasiones se les da a los estudiantes y a las

estudiantes; hay algo biológico y esto tiene un tratamiento tal, pero ¿qué pasa si no funciona?, ¿es acaso el medicamento lo que está mal?, ¿o será que hay otros factores que no se están teniendo en cuenta?

Popper (1963) critica que la ciencia, desde tiempos de Newton, haya estado limitada a una visión determinista del mundo; por eso propone un sistema del mundo abierto, que nos permita dar razón de la vida, la libertad y el pensamiento, entre otros aspectos de la realidad cotidiana de los seres humanos. Para Buck (1996), el entorno es un elemento determinante para las condiciones de salud; cuando este no está en armonía representa un riesgo considerable para la salud de los individuos y del colectivo, al afectar sus esferas biológicas, sus estilos de vida y la forma como estos accederán a los servicios de salud o a los diferentes organismos, de acuerdo con sus necesidades.

Desde 1978, con la Declaración de Alma Ata (OMS, OPS & Unicef, 1978) se inicia una nueva mirada de la medicina, donde se prioriza la promoción de la salud y no la enfermedad, lo que requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario; es allí donde se articula la medicina con la familia y el contexto, y la visita domiciliaria familiar permite esa articulación. Para llevar a cabo acciones de promoción de la salud o un abordaje integral de las situaciones de salud, se debe tener una dimensión holística, lo que implica la necesidad de ver el acceso equitativo a la educación, a la atención sanitaria, al trabajo, al tiempo libre, a la seguridad económica, a la vivienda, al apoyo social, a las políticas públicas, a los acuerdos en salud de la ciudad, al transporte y a los servicios de saneamiento ambiental, entre otros.

Para poder tener el enfoque de integralidad se debe formar a los actores con una capacidad que les permita tener diferentes miradas y así generar alternativas a lo ya existente. Es así como la visita domiciliaria familiar se convierte en un escenario que permite confrontar el imaginario del personal médico con la realidad de las familias, y por esto lleva a un cambio de perspectiva, el cual radica en “mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, es decir, ver la salud poblacional en su

realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como producto de la enfermedad” (Granda, 2004, pp. 23-43).

La integralidad facilita ver que el mundo de la vida es dual en cuanto a racionalidad y subjetividad, en donde los seres se comunican para llegar al entendimiento y construir su propia realidad; es así como el ver y la palabra tienen una importancia central en el desarrollo de acciones y en la constitución del mundo social (Granda, 2009). Por ello los sujetos participantes, al ver la realidad, cambian sus planes de intervención, ya que las visitas les permiten corroborar lo que el paciente o la paciente les dice y les da una objetividad mayor hacia la situación de salud real del niño o niña.

Para Lagarde, (1993, p. 302), “la subjetividad se expresa en comportamientos, en actitudes y en acciones del sujeto en cumplimiento de su ser social, en el marco histórico de la cultura. Es la elaboración única que hace el sujeto de su experiencia vital”. Los estudiantes y las estudiantes de medicina en la consulta, al conocer por una anamnesis al niño o niña y a su familia, vuelcan su juicio subjetivo en cada acción y situación. Sin embargo, la labor de la visita domiciliaria familiar implica una interpretación de lo subjetivo y lo convierte en algo más objetivo, concreto, real, que les permite una complementación para la toma de decisiones.

Goodenough, (1976, pp. 4-6) dice que la Cultura de una sociedad: “consiste en lo que uno debe conocer o creer a fin de obrar de una manera aceptable para sus miembros”, y a su vez la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos los fenómenos de manera completa. Se detecta que este aspecto es un elemento significativo para el diagnóstico integral, ya que la cultura es un determinante del proceso de salud/enfermedad que le permite al individuo estudiante entender al otro con una mirada holística, y así hacer un análisis y una intervención más oportuna a las necesidades y creencias de las familias y del niño o niña.

El otro aporte de la formación integral es propiciar que el sujeto profesional de la salud pueda entender al otro desde su individualidad, que se complemente y que con la interacción se fortalezca, abriendo espacios para la

participación y el trabajo conjunto.

*Mejora relación Médico/Familia/niño o niña:* una de las cosas que genera mayor confianza en las personas es la percepción positiva de que hay cumplimiento de los compromisos adquiridos y un plan de intervención con participación de la familia, el individuo profesional de la salud y el sujeto estudiante. Al confrontar lo obtenido en el consultorio con los intereses de la familia a partir de las realidades de esta, es posible hacer una planificación acorde, reconociendo fortalezas y debilidades. Todo esto crea una relación más comprometida entre el sujeto profesional de la salud y su paciente.

El trabajo conjunto permite que los estudiantes y las familias se conozcan entre sí durante todo el proceso, con una comunicación asertiva. Es armonizar los modos operativos, lo académico con la práctica y con la realidad. Esta sinergia visibiliza cada integrante, aporta y tiene responsabilidad individual y grupal en el análisis final y en los planes de intervención que son producto de un trabajo colectivo, de una visión compartida y de un aprendizaje mediante el diálogo; es un aprender haciendo, con las familias y el sujeto paciente.

Este trabajo colaborativo es rescatado por la investigación de profesores y profesoras, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela (Acevedo, 2012) en el que la integración de la academia con la empresa y la familia provee herramientas de respuesta que mejoran la condición del niño o niña en situación de vulnerabilidad.

Es preciso reconocer que la salud no es solo una responsabilidad del sujeto profesional de la salud, ni del sector salud; se requiere la participación intersectorial, interdisciplinaria y del paciente, de todos los componentes de la salud -la familia, el sector educativo, el ambiental, el económico, el social, el cultural-, y de la voluntad política. Estas correlaciones de trabajo son las que permiten a las comunidades la construcción de condiciones adecuadas de vida, al darse mecanismos complementarios para satisfacer sus necesidades. Además abren espacios de participación, mediante la búsqueda conjunta de un diagnóstico y de las soluciones, ya que las familias activamente expresan sus

propias inquietudes y proponen cambios para su bienestar.

El conocer la realidad en la que viven las familias y las comunidades que están afectadas por aspectos sociales, económicos, culturales, de inequidad, de violencia, de discriminación, hace que el estudiante o la estudiante fortalezca su acción puericultora para promover el desarrollo integral del niño o niña, de la familia y de la comunidad, y facilita el crecimiento personal y humanizado para poder acompañar el proceso de salud/enfermedad de una manera efectiva y afectiva.

La visita despierta una *sensibilidad social en los estudiantes y en las estudiantes* en la que se construye la realidad mediante relaciones dinámicas de estos con la familia, por lo cual esa realidad consigue objetivarse, al mirarse a través del otro, comprendiendo las situaciones que se viven en la cotidianidad. La visita domiciliaria les permite a los estudiantes y a las estudiantes ver más allá de lo que se ve en un consultorio médico; les facilita percatarse de que el niño o niña es un ser complejo rodeado de determinadas circunstancias que influyen en su propia salud física, haciendo que cambie el panorama de acompañamiento.

Otro aspecto que se interpreta como un logro de la visita es la *Conciencia social y compromiso* que se genera en el individuo estudiante; se crea conciencia con la situación real que vive la familia, desde lo social, lo cultural y lo económico y, como dice Restrepo (2001, pp. 41-56), “El objetivo es provocar los cambios en los ambientes físicos, sociales y económicos para tener el efecto de promover la salud”, haciendo referencia al entorno como un factor determinante hacia el cambio social.

La visita domiciliaria hace que los estudiantes y las estudiantes se vayan transformando en la medida en que van recibiendo una serie de tensiones provocadas por las diversas dimensiones de lo social, lo familiar y lo individual, que por medio de las experiencias moldean su identidad, su manera de sentir, de saber quiénes son, a qué lugar pertenecen, y su manera de actuar frente a una situación de salud determinada.

La sinergia de estos elementos le permite convertirse en un médico o médica de vida, de

salud, más que de enfermedad, haciendo de la *Promoción de la Salud* un escenario para actuar acorde con las necesidades del niño o niña, lo que según el glosario de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1998), es un proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. Lo que se busca con la promoción es actuar para cambiar los factores de riesgo dentro de la comunidad, y empoderarla en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, para así controlar los factores que pueden influir en la salud.

Es importante orientar y estimular la creatividad del ser humano desde lo individual a lo colectivo, para lograr conseguir diferentes soluciones en la búsqueda del conocimiento y de su realización como persona que vive en un contexto multicultural; y según esta investigación, la visita domiciliaria familiar es clave para esto.

La visita domiciliaria familiar se convierte en una estrategia didáctica desde su concepción, al ofrecer otros espacios en los que se facilita los aprendizajes hasta recorrer paso a paso los procesos de construcción de las fases estratégicas que le permiten al individuo estudiante desarrollar las competencias de aprender a aprender, la capacidad de búsqueda planificada, la constatación de las realidades y la confrontación de hipótesis para la elaboración de un diagnóstico integral y de un plan de intervención acorde con las necesidades de la familia y del sujeto paciente; estrategias que le ayudan a lograr la formación integral reivindicando el valor de la promoción y prevención en el proceso de salud-enfermedad, sin descuidar la atención, tratamiento y rehabilitación (Zuliani et al., 2012).

Por lo anterior, es importante continuar en la búsqueda de estrategias didácticas, del conjunto de procedimientos que apoyan las técnicas de enseñanza y facilitan aprendizajes significativos activos, en los que el sujeto profesional en formación se sienta protagonista de su saber y se le facilite la integralidad en los procesos; la visita domiciliaria familiar es un espacio activo que se convierte en estrategia didáctica, un producto creativo construido

por Pediatría Social, de la Universidad de Antioquia, que complementa y fortalece el acto médico y logra aprendizajes no solo para los estudiantes y las estudiantes sino también para los profesores, las profesoras y los equipos de trabajo comprometidos en el proceso.

#### 4. Conclusiones

Con esta investigación logramos demostrar que la visita domiciliaria familiar es una estrategia didáctica que lleva al individuo estudiante de medicina a integrar el acto médico con las condiciones reales de la familia, en su hogar y su contexto; además lo sensibiliza con la realidad social, cultural, económica y política en la que tales condiciones se desarrollan, fomentando así prácticas clínicas acordes con las necesidades sentidas y con un compromiso social.

La visita domiciliaria familiar es un aporte significativo para la formación integral del estudiante o la estudiante, porque permite un cambio de paradigma desde lo teórico hacia una complementariedad con lo práctico, y desde lo biológico hacia lo social, logrando un quehacer médico más humano y con actitud puericultora.

La experiencia de la visita domiciliaria familiar pediátrica permite articular lo individual con la realidad sociocultural para hacer así un análisis reflexivo profesional que promueva el trabajo en equipo y la participación activa.

#### Lista de referencias

- Acevedo, V. E. & Restrepo, L. (2012). De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 301-319.
- Arias, F. A. (2011). Emergencia del hombre en la formación de maestros y maestras en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), pp. 703-720.
- Buck, C. (1996). *Después de Lalonde: la creación de la salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Esguerra, G. R. (1991). *Los valores en el personal de Salud. Antología de los Valores y del Crecimiento Humano*. Medellín: Hospital Pablo Tobón Uribe.
- García, R. (2006). Epistemología y Teoría del conocimiento. *Revista Salud Colectiva*, 2 (2), pp. 113-122.
- Gérvas, J. & Pérez, M. (2010). Poder para la atención primaria de salud. *Cuaderno de Políticas Salud*, 4, pp. 2-4.
- Goodenough, W. (1976). Multiculturalism as the Normal Human Experience. *Anthropology and Education Quarterly*. 7 (4), pp. 4-6.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (2), pp. 23-43.
- Granda, E. (2009). *La Salud y la Vida*. Quito: Comité editorial Alames, Universidad de Cuenca, Conasa, OPS/OMS.
- Harzheim, E. (2008). *La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina. Documento macro*. Recuperado el 11 de marzo de 2011, de: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/00515.pdf>.
- Jaramillo, J. (1994). *Sistematización de experiencias en educación popular y en adultos: Unidad de autoformación participativa*. Medellín: Ministerio de Educación Nacional, Corporación Educativa Cleba.
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres*. México, D. F.: Unam.
- Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa: Síntesis Conceptual. *Revista Ipsi*, 9 (1), pp. 126-134.
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución 008430. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud de Colombia.
- OMS, OPS & Unicef (1978). *Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata: OMS, OPS & Unicef.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario. Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS.

- Pardo, I. & Pardo, A. C. (2012). *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*. Trabajo presentado en el IV Simposio Educación médica: Retos y Perspectivas en el 8o Congreso Internacional de Educación Superior, La Habana, Cuba.
- Popper, K. (1963). *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 19 (1), pp. 41-56.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Torralla i Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid. Fundación Mampfre Medicina.
- Vera, L. & Ponce, P. (2000). *La investigación cualitativa*. Recuperado el 8 de marzo de 2011, de: [http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION\\_CUALITATIVA.pdf](http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf)
- Verneaux, R. (1999). *Epistemología general o crítica del conocimiento*. Barcelona: Herder.
- Yin, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Londres: Sage.
- Zuliani, L., Villegas-Peña, M. E., Galindo-Cárdenas, L. A. & Kambourova, M. (2012). *Enlaces en didáctica. Estrategia didáctica en visita domiciliaria familiar*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina.