

Educación continua en pediatría ambulatoria

En base a la disertación con motivo de inaugurar la 20ª edición del Curso: Estrategias Prácticas en Pediatría Ambulatoria, del Departamento de Consultorios Externos.

Voyer LE

Educación

Educación no es solo dar y recibir conocimientos. Educación es motivar, estimular un proceso activo por el cual se vuelven a ver, se re-ven conceptos pre-concebidos, pre-juicios que tenemos sobre la realidad. Este proceso que resulta de la interacción cultural entre educador y educando, para ambos enriquecedor, y que se lleva a cabo mediante diálogo, preguntas, análisis y reflexión en un ambiente propicio para la observación, es la base de la técnica mayéutica Socrática.

Sócrates, hijo de una partera, veía como su madre ayudaba en el trabajo activo de la parturienta a dar a luz al nuevo ser. Él decía que trabajaba igual, pero con la mente de sus discípulos.

Educación viene de *Educere*, del griego, que quiere decir partera, o el arte de ayudar a dar a luz.

Educación continua

En la educación y específicamente en la educación médica podemos distinguir 3 etapas. Educación de grado. Educación de postgrado y Educación continua.

Tanto la educación de grado y como la de postgrado han sido objeto de debida reglamentación por la Universidad con currículum de materias, actividades teórico-prácticas y evaluaciones hasta la graduación con certificación de títulos a los Egresados.

La duración en conjunto de las etapas de grado y postgrado es de aproximadamente 10 o 12 años. Luego se inicia la educación continua que es la etapa más larga de la educación, su duración debe ser igual a todo el tiempo del ejercicio profesional, que puede ser 30, 40 o 50 años.

Sobre la educación continua existe poca reglamentación. Las Universidades han mostrado poco interés en la educación continua¹. La designación comúnmente utilizada de Egresados universitarios para aquellos que al finalizar su educación de grado o postgrado obtienen el título profesional, parecería significar de allí en más su desvinculación con la Universidad. La educación continua ha estado más bien bajo la dependencia de instituciones o asociaciones médicas o de la particular iniciativa de docentes sin una reglamentación común.

Congresos, Simposios, Ateneos o Mesas redondas o Cursos de perfeccionamiento son ámbitos propicios para la educación continua pero la participación en los mismos es opcional y no hay una reglamentación común que los integre en un proceso continuo.

Una importante oferta en el campo de la educación continua ha sido creada en 1993 por la SAP, es el PRONAP (Programa Nacional de Actualización Pediátrica) El mismo cubre todas las especialidades está adecuadamente reglamentado y al alcance de todos los pediatras.

La certificación y recertificación cada 5 años iniciada también por la SAP es también un importante avance en la reglamentación de la educación continua. Luego se han incorporado también para certificación y recertificación, la Academia de Medicina, la Universidad de Buenos Aires y la Asociación de Médicos Municipales pero sin una reglamentación común y con variados niveles académicos.

La certificación, recertificación y todas las actividades de la educación continua son de carácter opcional. Un estímulo para los profesionales en la certificación periódica es que el cumplimiento de la misma podría ser tenido en cuenta por las empresas prestadoras de salud para la incorporación de profesionales en sus planteles. Igualmente existe la posibilidad de que las empresas de seguros con cobertura sobre el riesgo de mala praxis fijen primas variables según la certificación que pueda tener el profesional.

Además de lo hasta ahora expuesto en el campo de la educación continua, el acceso a Internet abre un vastísimo campo para actualización pero esto requiere un cuidadoso discernimiento crítico sobre el nivel de evidencia científica de lo que podemos encontrar. Debido a esto es recomendable la supervisión docente integrando foros de discusión, cursos o carreras universitarias de maestrías o especialización.

Por más excelsa que pueda ser la educación de grado y postgrado que un profesional pueda haber recibido, la formación adquirida se va luego deteriorando si no existe una educación continua.

Una casa puede ser construida con el mejor diseño arquitectónico y con materiales de máxima calidad, pero luego requiere mantenimiento. De no ser así con el paso de los años se deslucen las pinturas, caen los revocos, surgen filtraciones en los techos, se tapan las cañerías y se deterioran las instalaciones eléctricas, todo lo cual implica riesgos para los que allí habitan. En el ejercicio profesional si no existe una continua revisión de los cono-

cimientos, actualizando los mismos para adecuarse a las nuevas realidades, si no se incorporan nuevos aportes del desarrollo tecnológico para medios diagnósticos y abordajes terapéuticos, aumentará el riesgo de mala praxis, con indeseables consecuencias inmediatas para el paciente y mediatas para el profesional.

Como decía Laín Entralgo, médico español de sólida formación humanística y filosófica en sus conferencias en la Academia de Medicina cuando nos visitaba en la década del 50, el médico debe **Aprender, Desaprender y volver a Aprender** durante todo el curso de su actividad profesional. Esto implica no solo aumentar el caudal de los conocimientos sino y principalmente actualizar los mismos, remplazando los ya obsoletos.

Aprender, Desaprender y volver a Aprender, la capacidad de seguir estudiando la realidad en que vivimos debe ser una virtud a cultivar por todas las personas, más aún por el médico debido a la trascendencia de sus acciones. Esta actitud nos permite seguir creciendo y asombrándonos sin límite de edad y seguir integrados en el intercambio generacional de los conocimientos. Oponiéndose a aquella expresión que a veces escuchamos: "yo ya llegué, ya estoy hecho", referido a todos los ámbitos de la vida, incluida la formación profesional, recuerdo a un compañero y amigo de la Facultad en el 2do año de la carrera, quien tenía veleidades poéticas y en una de sus composiciones expresaba: *"no quiero llegar nunca a la cima porque quiero al morir, morir subiendo"*.

Pediatría

Refiriéndonos a la Pediatría, Medicina Infantil o Medicina del niño, decimos que el niño es un ser en crecimiento y desarrollo, pero crecimiento y desarrollo en diverso grado y en diversos aspectos ocurren durante toda la vida. En el niño el proceso de crecimiento y desarrollo es un proceso global. Decimos por eso que el niño es un ser en proceso global de crecimiento y desarrollo. Proceso de crecimiento y desarrollo bio-psico-social. Pero en la sociedad humana hay algo implícito que por su trascendencia debe ser explicitado. Aquello, que es exclusivo producto de la sociedad humana, es la cultura. Cultura como conjunto de valores, creencias y costumbres, a lo que hoy debemos agregar conocimientos, que definen fuertemente el comportamiento, incluidas las conductas de salud o de enfermedad. Por esto definimos al **niño como ser en proceso global de crecimiento y desarrollo bio-psico-socio-cultural**.

Pediatría ambulatoria

Evaluar el crecimiento y desarrollo, seguir y favorecer este proceso que es el eje central de la Pediatría, encuentra el campo más propicio en la pediatría ambulatoria, que debe además prevenir, diagnosticar y tratar interferencias que ocurren en el curso de este proceso. Interferencias que pueden ser puntuales, transitorias, de evolución natural, casi intrascendentes, pero que hacen a la consulta cotidiana y muchas veces son motivo de ansiedad para los padres y que el Pediatra manejará con el consejo útil y oportuno. Otras veces patologías importantes requieren derivación o internación, pero no deben interrumpir el seguimiento con el médico de Pediatría ambulatoria.

En Pediatría ambulatoria debe ser práctica habitual la aplicación de las Tecnologías Apropriadas preconizadas por la OMS en la década del 60.

- 1) Fomento de la lactancia materna.
- 2) Control periódico de peso y talla.
- 3) Calendario de inmunizaciones.
- 4) Tratamiento de rehidratación oral (TRO).
- 5) Control de infección respiratoria aguda.

Tecnologías apropiadas incorporadas luego en la década del 90 en el más amplio programa de AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) por la OMS y UNICEF. Las ventajas de esta estrategia, como fuera reconocido por el COEME (Comité de Educación Médica) de la SAP pueden enunciarse como las de permitir una visión real del niño, la familia, la comunidad y el entorno, brindar una atención humanitaria, oportuna y adecuada, racionalizando recurso y promoviendo la participación efectiva de las diferentes áreas.

Desarrollo moral

En el desarrollo humano, además del desarrollo inmunológico y metabólico, en el desarrollo en relación al ambiente y la sociedad, primero culmina el desarrollo motor, con la diadococinesia y la cinestesia que se logran alrededor de los 7 años. El desarrollo intelectual desde el principio de idéntico, recíproco y transitivo, hasta conceptos abstractos de trascendencia en base a la observación de consecuencia como trascendencia inmediata, y mucho más complejos de trascendencia mediata, se cumple alrededor de los 17 años. El desarrollo emocional puede alcanzar su madurez alrededor de los 30 años o aún más tarde y en algunos casos puede incluso no lograrse nunca. El que más largo tiempo requiere en su desarrollo si se cumple hasta alcanzar las últimas etapas, es el desarrollo moral².

Moral viene de mores, usos o costumbres sociales, y en este sentido sus reglas de comportamiento varían en

distintos tiempos y lugares³, pero entendemos como **Ética o Moral Autónoma**, trascendente más allá de tiempo y lugar, la capacidad de discernir y actuar en consecuencia, con respuestas propias para diversas circunstancias. Esta distinción queda expresada en el aforismo “la costumbre y lo ético” mencionado por **Nietzsche**⁴. Piaget primero y luego Kohlberg, Milgram, Singer y otros hacen un enfoque científico, específico sobre la moral estudiando su desarrollo como potencial inherente al ser humano. Hasta entonces lo moral era sinónimo de actuar según costumbres o dictados de la conciencia. En ambos casos con un origen externo al individuo, al que le llegan reglas de comportamiento implementadas por la sociedad, entronizadas muchas veces como preceptos religiosos, de origen divino, o a través del súper-yo que no es más que la internalización de los padres, que constituyen el primer vínculo social del niño.

Se refiere que durante el primer año el niño vive en un mundo de anomia, ausencia de normas, pero en realidad el niño vive en ese mundo solo los primeros meses, digamos el primer semestre o algo menos.

Después de ese tiempo se va percatando en forma progresiva, a través de las reacciones de sus padres, que está inmerso en un mundo donde existen normas, básicamente en relación al tiempo para dormir y para alimentación. Luego en el 2º y 3er año, percibe normas para el control de esfínteres, luego otras relacionadas a la higiene, a la interacción con otros niños y a la vida urbana.

Jean Piaget⁵ en su enfoque del desarrollo moral como potencial inherente al ser humano considera que al igual que el desarrollo motor, intelectual y emocional, el desarrollo moral se hace por etapas, en tiempos y secuencias que son universales y sobre la base del desarrollo intelectual y emocional en la interacción social.

El desarrollo moral se refiere en tres niveles secuenciales, cada uno de los cuales según **Lawrence Kohlberg**⁶, discípulo de Piaget, tiene a su vez dos etapas, serán así seis etapas en tres niveles. El primer nivel es el de la moral pre convencional, el segundo el de la moral convencional y el tercero el de la moral post convencional o moral autónoma.

1) El nivel pre convencional se desarrolla de los 2 a los 6 años con la heteronomía, o sea con normas externas al niño que le llegan primero de los padres. En condiciones óptimas la aceptación de las normas debe ser principalmente sobre la base del amor y no del temor. Luego intervienen otros niveles sociales, principalmente a través de la escolaridad.

2) El nivel convencional va de los 7 a los 12 años. La aceptación de las normas se hace con el gradual entendimiento de la necesidad de las mismas para la seguridad, el orden y la convivencia. Este conocimiento y aceptación se hace a través de experiencias educativas y de interacción en los juegos, tanto en el hogar, como en la escuela, el club y la vía pública.

Gran parte de la población se queda en la moral convencional, indispensable para la vida ciudadana, con normas, muchas veces reforzadas como de origen divino, internalizadas en lo que se llama la conciencia, pero nunca desarrolla una etapa de moral autónoma.

3) El nivel post convencional, el de la moral autónoma se inicia en la pubertad a los 12 o los 13 años al atenuarse la actitud de sumisión y dependencia, iniciándose un progresivo desarrollo de la madurez que se acentúa a partir de los 17 años, con el pleno desarrollo de la inteligencia y la gradual integración social.

En el nivel de desarrollo autónomo de la moral se procura un discernimiento propio para conductas que eventualmente pueden estar en contra de lo socialmente aceptado, establecido o impuesto. En la moral autónoma el sujeto tiene respuestas propias, para circunstancias diversas y por empatía, puede actuar en bien de los demás sin procurarse un bien personal o incluso privándose del mismo, vale decir puede actuar con altruismo.

El nivel autónomo de la moral equivale a lo que buscaba la mayéutica Socrática, desarrollar en cada uno la inherente capacidad de discernir sin normas preestablecidas y lo vemos también planteado por **José Ingenieros**⁷ en su libro “*Hacia una moral sin dogmas*” (1917).

Peter Singer⁸ estudia las respuestas que dan a situaciones dilemáticas 1500 personas encuestadas y observa que no hay diferencias en el tipo de respuesta según se trate de ateos, agnósticos o con formación religiosa. Postula entonces que el discernimiento moral no está atado a un condicionamiento religioso.

Un enfoque objetivo para clasificar el grado de desarrollo moral alcanzado por un individuo ha sido diseñado mediante experimentos y pruebas donde se plantean situaciones conflictivas, como el experimento de Milgram⁹ difundido en la película “Y... como Icaro”.

El desarrollo moral está influido por la sociedad y la familia que transmiten al nuevo ser la herencia social que es la cultura

Herencia genética y herencia social

El ser humano es el resultado de la herencia genética y de la herencia social.

La herencia genética codificada en los genes mediante el ADN nuclear, llega hasta toda la periferia de la célula mediante el ARN.

La herencia social codificada en los llamados nemes mediante códigos o patrones culturales, llega a todos los individuos a través de la familia, a lo que se suman luego la escuela, clubes y otras organizaciones sociales. Debe remarcar que tanto en la herencia genética por la presencia del ADN mitocondrial de transmisión exclusivamente materna, como en la herencia social por el íntimo contacto de la madre con el niño durante la lactancia, el papel de la mujer es predominante. Todavía no ha sido desentrañado en toda su significativa trascendencia el vínculo madre-hijo durante la lactancia.

Lo genético y epigenético. Lo social y episocial

Generalmente un individuo, para su salud no está indefectiblemente condicionado por la herencia **genética** que es intrínseca, necesita de factores extrínsecos, ambientales que hacen la **epigenética**.

Tampoco un individuo está indefectiblemente condicionado en su conducta por la herencia **social**, pero inversamente a lo que pasa con la herencia genética, la herencia social que es extrínseca, puede ser controlada por el factor intrínseco, inherente al ser humano, la **Ética** que hace lo **episocial**.

Semiología ampliada del niño y la familia

En la Pediatría Ambulatoria debemos seguir el crecimiento y desarrollo en forma lineal con las curvas de percentilos y los test de maduración neuro-psico-motor mediante la semiología ampliada del niño y la familia y el entorno ecológico donde vive. Como generalmente es la madre la que trae el niño a la consulta, de be concertarse dentro de lo posible al menos una visita con el padre y otros convivientes.

En las breves pero repetidas consultas de la Pediatría Ambulatoria se irán multiplicando minutos dedicados para interiorizarnos del rendimiento escolar, cambios de vivienda, cambios de escuela, particulares convivientes como pueden ser familiares minusválidos, constitución de la familia, mono parental, biparental, familias ensambladas o comandadas por abuelos como ocurre por ejemplo en casos de madre adolescente. Tipos muy diversos de familias, pero que deben ser todas ellas, Familias Funcionales.

FAMILIA FUNCIONAL

- . Promueve el desarrollo óptimo de sus miembros.
- . Respetar la individualidad.
- . Es continente.
- . Mantiene roles definidos.
- . Mantiene diferencias generacionales
- . Promueve un sentido de la vida sostenida en valores **ÉTICOS**.

Una historia clínica en la que vemos registros periódicos de peso y talla en sus curvas de percentilos, cumplimiento de inmunizaciones, tipo de alimentación, interurrencias y nada más, no se diferencia de una ficha de veterinaria que registra igualmente peso de nacimiento del ternero, tiempo de amamantamiento, calidad de las pasturas o de feed lots para engorde, inmunizaciones, por ejemplo para aftosa e interurrencias como accidentes, parasitosis o engusanamiento de heridas.

La casa y el ambiente

En la organización asistencial de las instituciones hospitalarias, generalmente el médico de Atención Ambulatoria no tiene acceso a la consulta domiciliaria. En cambio el médico desde su consultorio particular o desde un servicio pre pago o de obra social, tiene oportunidad, más que el médico de adultos al privilegio de acceder al ambiente habitacional, a la casa y por ende al barrio. De allí el pediatra registrará datos que hacen a la semiología social y no solo al nivel económico, limitaciones o disponibilidad de adecuación de los ambientes, sino a la presencia de mascotas o de personal de servicio, que juegan también papel en la dinámica emocional del niño. A veces la mascota está remplazada por un gran peluche o perro o gato de artefacto. Personal doméstico hoy en día casi no existe o es escaso y más limitado. Antiguamente era más común y estaba más integrado a la familia, a tal punto que se usaba el término de fámula actualmente casi desconocido.

El conocer la casa ilustra también sobre modelos como se va haciendo la crianza del niño. Una casa donde desde el lugar de recepción, el living comedor, hasta el dormitorio del niño en edad escolar o adolescente muestra orden y pulcritud, cada lugar para una cosa y cada cosa en su lugar, nos muestra que no se respeta un espacio como el dormitorio del niño donde este tenga sensación de autonomía o privacidad. Si en cambio en toda la casa hay esparcidos juguetes, zapatos y calcetines es como que allí son los chicos los que mandan, sin límites de espacios.

En la actualidad, quizás desde hace 50 años, no mucho más, la casa ya no es como antes, el espacio central para el crecimiento y desarrollo de la familia. En la casa se nacía, se festejaban los cumpleaños, se enfermaba y se moría. Hoy se nace en las clínicas, poco va el médico a la casa, cumpleaños y casamientos se celebran en salones de fiesta y se muere en los hospitales. La casa es a veces el lugar solo para dormir, también para comer, pero muchas veces en horarios diferentes, sin reunión de la familia. También se debe tener presente que aquello de hogar dulce hogar puede ser también lugar siniestro como todo lugar que puede cerrarse, puede ser muy apto para el abuso y el maltrato. Existen en cambio barrios muy humildes con escasa privacidad de las casas donde todos se ven y se cuidan entre todos, como algunos antiguos conventillos donde todo se veía, no eran así lugares propicios para el abuso o el maltrato.

En Pediatría ejercida en Instituciones hospitalarias, aunque el médico no tenga acceso a visita domiciliaria, para determinados pacientes o ante determinadas patologías podemos recurrir a Servicios de Asistencia Social, para relevar datos de la vivienda y del ambiente donde vive el niño.

En los años 1959-1961 cuando la deshidratación por gastroenteritis era el mayor problema de morbimortalidad infantil, con las trabajadoras sociales Beatriz Tabora y Cecilia Schvetz desde la Dirección de Maternidad e Infancia, efectuamos el relevamiento en terreno de 120 familias sobre tipo de vivienda y terreno, integración familiar, disponibilidad de agua, cloacas, factor económico, analfabetismo y transculturación. Estudio pionero en esa época en este terreno¹⁰.

Modelo educacional

Además de lo hasta ahora expuesto, qué es lo que creo importante que se puede ver aún sin conocer el hábitat, la vivienda. Podemos elaborar un concepto sobre el modelo educacional que recibe el niño, y esto mediante la observación de actitudes y diálogo con los padres y los niños. La consulta puede ser vista como una interacción cultural. Interacción entre la cultura del médico y la cultura de la familia a la que pertenece el paciente.

El médico y en especial el pediatra que es naturalmente un consejero, es un médico de familia. La antropóloga Dartiguelongue, que traíamos para la carrera de especialistas en pediatría, decía que el médico debe ser un centro polisémico de cultura; vale decir que debe saber mucho más que diagnosticar y tratar la enfermedad, debe conocer el ambiente social y por ende cultural donde trabaja y de donde provienen las familias que él atiende.

Telma Barreiro¹¹ refiere 3 modelos educacionales en la familia. El autoritario, el exitista y el paidocéntrico, a lo que podemos agregar un 4º, el "laissez faire"; los mismos pueden ser también reconocidos en la sociedad.

- El modelo autoritario ve al niño como un ser naturalmente discoloso, rebelde al que hay que enseñarle a obedecer y el niño recibe el mensaje: te quiero si haces caso, si eres como yo quiero, que es como yo soy.
- El modelo exitista ve al niño como un ser naturalmente competitivo al que hay que enseñarle a triunfar y el niño recibe el mensaje: te quiero si eres el mejor. En realidad es una variante del modelo autoritario, ambos están primordialmente centrados en el adulto.
- El modelo paidocéntrico está centrado en el niño, que es visto como un ser que tiene necesidades que hay que satisfacer y esas necesidades son: amor incondicionado, límites y delegación de responsabilidades en forma creciente. El niño recibe el mensaje: te quiero porque eres mi hijo y siempre te querré.

Si un niño se cría sin adquirir la noción de límites, va a encontrar límites en forma violenta cuando incursione en la sociedad. Aunque parezca paradójico, conocer límites, permite el ejercicio de la libertad.

El niño debe conocer los límites no por gratificaciones materiales y castigos sino por el agrado o disgusto que motive en los padres. En la corriente afectiva de los padres con el niño, el niño quiere agradar a los padres y los padres quieren agradar al niño.

Algo muy sutil que vive el niño en el conocimiento de los límites es como se va ampliando su radio de acción. Primero está en el útero, de allí va a los brazos y al moisés, luego a la cuna con barrotes y a los 9 o 10 meses cuando gatea y se para con sostén, allí se abren dos posibilidades: el andador o el corralito. Con el andador puede deambular por toda la casa, se lleva todo por delante con la sensación que no hay límites. En el corralito ve ampliado su radio de acción, tiene su propio espacio, con juguetes y peluches, se para, percibe que hay otro mundo, más allá, donde todavía no va. Allí el niño está seguro y la madre está tranquila. Con el corralito los niños tienen menor número de accidentes. Son 2, 3 o 4 meses que el niño está en el corralito, luego ya camina, pero sigue volviendo, entra y sale del corralito, donde tiene sus juguetes. Luego hasta los 5 o 6 años vuelve, si tiene un hermanito, a jugar con él en el corralito.

Actualmente por un equivocado concepto de la libertad y por nefastos recuerdos de la economía por el "corralito", no es fácil conseguirlos, pero puede ser un lindo y adelantado regalo de cumpleaños manufacturado por un abuelo.

El modelo "laissez faire" deja al niño hacer lo que quiera, no se ponen límites. Implícitamente hay una falta de cariño o una irresponsable forma de querer.

Modelos educacionales autoritarios y exitistas en la familia y en la sociedad han sido dominantes por milenios, están centrados en los padres. Padres que quieren lucirse ante la sociedad con un hijo obediente y triunfador. Pueden dar ciudadanos obedientes y exitosos pero solo dentro de los carriles para los que fueron condicionados, fuera de estos tienen menos capacidad de adaptación lo que limita sus capacidades creativas. La fuerte y prolongada heteronomía que ello implica dificulta igualmente el desarrollo de la moral autónoma, que de llevarse a cabo se ha enunciado como más probable, para alcanzar los estadios superiores de su desarrollo, que ocurra después de los 50 años.

Por el contrario, un sistema democrático en la sociedad y en la familia como es el modelo educacional paidocéntrico, donde el individuo no tiene que romper fuertes dictámenes autoritarios, permite el pleno y libre desarrollo de las potencialidades en forma natural, sin premios ni castigos materiales. Lo que estimula y gra-



MODELOS EDUCACIONALES			
	Autoritario	Exitista	Paidocéntrico
OBJETIVO:	Que aprenda a obedecer.	Que triunfe.	Que logre crecimiento personal.
MENSAJE AFECTIVO. TE QUIERO:	Sisos como yo quiero.	Si sos el mejor.	Porque sos mi hijo y siempre te querré.
HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS:	Premios, castigos, disciplina	Premios, castigos, competitividad	Motivaciones intrínsecas gratificación por logros personales
VISIÓN DEL NIÑO:	Es naturalmente díscolo	Es naturalmente competitivo	Necesita cariño, límites, responsabilidades crecientes

tifica al niño es ir logrando lo que naturalmente le gusta. No hay modelos exteriores. Los padres ven al niño que va creciendo con expectativa y sana incertidumbre. El modelo paidocéntrico favorece la creatividad, el desarrollo y la maduración, vale decir la independencia con la autonomía que ello implica. Esto puede llevar, sobre la base del desarrollo intelectual y emocional en la interacción familiar y social, al logro de los estadios superiores del desarrollo moral ya en la tercera o cuarta década de la vida.

Bill Gates hijo

Es ilustrativa la biografía de Bill Gates, fundador del Microsoft, que llegó a ser el hombre más rico del mundo y un gran benefactor¹².

Bill Gates padre era un abogado exitoso de Seattle y junto con su esposa, Mary, quería que su hijo fuera igualmente un abogado exitoso, sociable con las visitas que recibían en su casa haciendo de anfitrión y que tocara un instrumento musical. Nada de esto interesaba a Bill Gates hijo, lo cual era motivo de fuertes discusiones. En una de estas discusiones, cuando tenía 12 años, durante la cena, el padre cuando se le agotó la paciencia le arrojó un vaso de agua en el rostro, a lo que Bill Gates hijo respondió diciendo: gracias por la ducha. Entonces resolvieron ir al psicólogo y este les aconsejó que dieran más libertad a su hijo. Bill Gates y su esposa aceptaron el consejo, entonces Bill Gates hijo al cabo de un tiempo, dijo: bueno ya no tengo que

discutir más con mis padres, tengo que ver entonces qué es lo que me interesa. Empezó a pasar algunas noches fuera de la casa para usar la computadora de la universidad y a los 13 años dejó los estudios por un tiempo para iniciarse como programador en una planta eléctrica, decidió luego abandonar la Universidad de Harvard y trasladarse a Nueva Méjico para fundar Microsoft Corp. El ascenso meteórico de Microsoft hizo de Bill Gates hijo el hombre más rico del mundo. Entonces primero su madre y luego su padre le pidieron que dedicara fondos a la beneficencia, pero Bill Gates dijo que eso lo distraería y quería dedicarse de lleno a Microsoft, y que se dedicaría a la beneficencia cuando tuviera 60 años.

Como sus padres insistían, después del fallecimiento de su madre le dijo a su padre que junto con su nuera se encargara de la Fundación Bill & Melinda Gates, que llegó a ser la mayor organización benéfica del mundo, para lo que le dio unos 100 millones de dólares.

Bill Gates padre en un discurso dijo luego que jamás había pensado que su hijo llegaría a ser su empleador. Quinquela Martín

Otro ejemplo emblemático¹³ es el de un niño que no tiene una familia que lo eduque en modelos autoritarios ni en el modelo paidocéntrico pues no tiene una familia. Un niño de padres desconocidos, abandonado como Benito Juan Martín a pocos días de nacer en el torno de la entonces Casa Cuna y recogido por las hermanas de Caridad el 20 de marzo de 1880. Por su aspecto se consideró que tendría aproximadamente 20 días, su fecha de nacimiento habría sido así el 1^a de marzo de 1880. Allí se le brindó adecuada alimentación y atención médica pero en un ambiente de orfanato conviviendo con otros niños pero sin el íntimo contacto del niño con la madre en el seno de la familia.



A los 7 años de edad fue dado en adopción a Manuel Chinchela y su mujer Justina Molina que no podían tener hijos y querían adoptar un niño crecidito para que ayudara luego a Manuel Chinchela en su trabajo de carbonero en el barrio de la Boca. Un fuerte lazo de amor se estableció entre el niño y la madre en tanto la relación fue más distante con el padre. Además de ayudar a la madre en la atención del negocio cumplió asistencia escolar hasta 2^o grado.

Acostumbrado a una vida de encierros, en ese ambiente de grises, como ya de grande lo refirió, a los 7 años habría sido fuertemente impresionado por el estallido de colores de la Boca. Empezó a dibujar a los barcos y a los hombres que trabajaban en el puerto con trazos de carbón. Asistió por algún tiempo a una escuela de arte de la Boca y a hurtadillas de sus compañeros fue desarrollando su habilidad pictórica. Fue fundamentalmente autodidacta y luego gran lector. En la isla Maciel se relacionó con malandras ladrones y punguistas que le enseñaron sus artimañas pero nunca pudieron incorporarlo a sus fechorías.

En un momento abandonó la casa de sus padres sin dejar de ayudar a Manuel Chinchela a descargar carbón en el puerto ni dejar de pintar sus cuadros que fueron en una ocasión conocidos por Pio Colivadino, Director de la Escuela Nacional de Bellas Artes quien se convirtió en su mecenas y lo llevó a Europa. Tuvo gran éxito en España, Italia, Francia y luego en Inglaterra y Estados Unidos. El Papa Pio XI lo llevó a recorrer las galerías de arte del vaticano. Fue recibido por Alfonso XIII y la Infanta Isabel. Estos y Musolini fueron admiradores de su arte y en Inglaterra fue comparado con Van Gogh por el fuerte componente impresionista de sus obras. Muchas de sus obras han sido admiradas en grandes museos del mundo¹⁴.

Quinquela dijo: la pintura aprendida en la escuela no es la que está incorporada en el alma. También dijo que el mensaje transmitido es más importante que la técnica. Expresiones ambas que se ajustan a lo que referimos como Educere de la mayéutica Socrática.

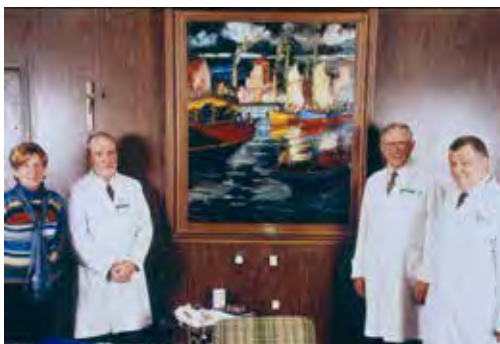
Con solo 2 años de escolaridad, a los 82 años fue nombrado Professor Honorario de la UBA.

Cuando yo tenía 18 años, en 1953, tuve la fortuna de conocer a Quinquela en la 3^a exposición que hizo en

la galería Witcomb. En esa ocasión me autografió el programa de la exposición en la que yo dejaba mis comentarios sobre algunos de sus cuadros.

Quinquela fue un filántropo, con las fortuna lograda por sus cuadros compró la casa donde vivían sus padres que dejaron así de ser inquilinos y con otras muchas propiedades adquiridas en la Boca creó un Jardín de Infantes, un lactario, una escuela de artes gráficas, un Instituto de Odontología que todavía hoy está como Hospital de Odontología del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Junto a un grupo de vecinos creó la calle Caminito como una galería de arte en el terreno de un tramo ferroviario abandonado.

Casi nunca mencionó a aquella Casa Cuna de los primeros 7 años de su vida que quedaron siempre como una nebulosa en sus recuerdos, pero en 1962 donó ese hermoso cuadro "*Tormenta con sol*" que está en la Dirección de nuestro hoy "Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde".



Así como Bill Gates hijo tuvo la voluntad para desarrollar su talento torciendo el destino que le imponían sus padres, Quinquela, huérfano a los 20 días de nacer por abandono de sus padres, "Nacido sin Destino" como alguna vez alguien lo refirió, es un hermoso ejemplo de Resiliencia, al poder desarrollar su talento con elevado sentido ético en la vida superando el infortunio.

Pero no todos los niños ni mucho menos son como Bill Gates o Quinquela Martín.

Educación continua del médico y la familia

El pediatra en la pediatría ambulatoria como natural médico de familia debe ejercer una Educación Continua sobre la familia para favorecer, orientar y motivar en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño.

El pediatra debe así mantener su educación continua durante todo el curso de su ejercicio profesional y a la vez no solo prevenir y curar sino continuamente educar a las familias en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Bibliografía.

1. Lifshitz A. Regulation of continuing in medical education. *Gac Med Méjico*. 2015; 151: 709-10
2. Voyer LE. Introducción a la Pediatría, pg. 1 a 4 y Desarrollo moral y ético, pg. 136 a 138. En Voyer L, Ruvinski R, Cambiano CT. *Pediatría*. Ed. Journal. 2010. Buenos Aires.
3. Sagan C. Miles de millones. Pensamientos de vida y muerte. Pg 235. *Las reglas del juego*. Ed. B.S.A. Barcelona. 1998.
4. Nietzsche FW. *La genealogía de la moral*. Gradifco SRL. Buenos Aires. 2007
5. Piaget J. "El criterio moral en el niño". Ed. Fontanella. 2ª Ed. Barcelona. 1947. Traducción de "Le Jugement moral chez l' enfant". Alcan. Paris. 1932.
6. Kohlberg L. The claim to moral adequacy of a higher stage of moral judgement. *J Philos*. 70. 630. 197
7. Ingenieros J. *Hacia una moral sin dogmas*. Edit. Latinoamericana. México. 1956
8. Singer P. *Practical Ethics*. 2ª Ed. Cambridge MA; Cambridge Univ. Press. 1999
9. Milgram S. *Obedience to authority*. Harper. New York. 1974
10. Olivieri F, Taborda B, Schvets C. El problema social y su influencia en la toxicosis. En: Sánchez FC, Voyer LE, Berria MI, Carmona Gómez R, Zalazar MG, Bussati H. *Deshidratación y toxicosis del lactante*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. 1962.
11. Barreiro T. *Hacia un modelo de crecimiento humano*. Ed. Nuevo Estilo. Buenos Aires. 1985.
12. Guth RA. Educando al hombre más rico del mundo. *The wall street journal Americas*. La Nación/Sección 2/pg 7. 2009; 30/4
13. Muñoz A. *Vida de Quinquela Martín*. 5ª ed. Artes Gráficas. Buenos Aires 1971.
14. García Hernández M. *Quinquela Martín. El artista de un pueblo*. Escuelas Gráficas del colegio Pío XI. Buenos Aires 1948.