

Programa Madre Canguro Conocimientos en Disputa:

Una Aproximación Etnográfica.

Juan Camilo Arboleda Sarmiento

Trabajo De Grado Para Optar Por El Titulo De Antropólogo

Directora: Ana María Medina

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Sociales- Departamento de Antropología

Bogotá, Diciembre de 2010

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA: ¿CÓMO FUE CONSTRUIDO ESTE TRABAJO DE GRADO?	7
La multiplicidad de las herramientas etnográficas.....	8
Conociendo La Realidad Para Responder Mí pregunta.....	9
Desde la reflexión del sujeto que ve.....	16
La importancia de la historia	18
HISTORIA DEL SURGIMIENTO DEL MÉTODO CANGURO Y LOS HECHOS QUE LO CONDUCEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.....	20
La Historia Del Método Canguro: Pediatría “Made in Colombia”.....	21
“Atención Materno-Infantil Para El Desarrollo” en la Década del 70.....	25
MARCO CONCEPTUAL: LA UTILIDAD DE UN HÉROE FRANCÉS.....	27
El Programa Madre Canguro, Todo Ocurre En Un Lugar De Cuidado Materno-Infantil: Resultados Y Análisis.....	30
Un día Cuando llegué.....	30
Una sala de espera, un consultorio médico, un servicio de salud, unos pacientes: un lugar.....	32
Espacio, Estructura Social y Conocimiento.....	37
La Consulta Abierta.....	40
Una Sociedad Post- Tradicional	43

El Libreto Social.....	46
La Maternidad Más Allá De Lo Biológico, Un Saber.	48
La Madre Hermeneuta sin leer a Gadamer.	49
De Embarazada A Madre Prematura: La Creación De Una Condición.	54
Un Problema De Ubicación En La Estructura y de sus Dinamismos.	61
De La Masculinidad Y La Paternidad.....	64
Conclusiones.	67
Anexo	71
Bibliografía	72

INTRODUCCIÓN

“No tengo ningún talento en especial,

Sólo soy apasionadamente curioso”

Albert Einstein, (1997) 1952

El Programa Madre Canguro Integral (PMCI) es un método médico – pediátrico para el cuidado de bebés que nacen antes de tiempo y/o de bajo peso al nacer. Este método de cuidado funciona poniendo a los bebés en el pecho de las madres, padres y familiares todo el tiempo hasta que puedan mantener su temperatura y estén en un peso ideal que garantice su crecimiento. Garantizar su crecimiento no sólo es proceso médico, también incluye el proceso psicológico y de desarrollo físico.

Este Trabajo de Grado es una aproximación etnográfica al Programa Madre Canguro Integral con sede en el Hospital Universitario San Ignacio en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá y gira en torno a la pregunta por el conocimiento como capital y las disputas que hay por él en el PMCI.

Si preguntaran cómo llegue a esto, a este trabajo de grado, debo decir con sinceridad que fue por curiosidad hacia los niños, hacia la ciencia médica, hacia el lugar llamado “hospital” y luego hacia cómo es la maternidad. Durante mi proceso formativo en la carrera nunca imaginé que estaría trabajando en temas de salud pública o en hospitales urbanos o rurales como me encuentro hoy.

No sé si se trate del influjo de las series de televisión como ER, una de las series que tratan sobre médicos americanos en situaciones de emergencia, así como creo que a alguno de mis profesores lo influyó la serie de televisión sobre abogados Ally McBeal, pero lo que sí es claro es que la curiosidad me movió mucho y tener un hospital dentro de la universidad fue suficiente para empezar a pensar sobre lo que al interior de él pasa.

Quizá me movió una “correcta” curiosidad.

En el desarrollo de este afortunado encuentro con un tipo de realidad tan particular, como lo es la prestación de servicios hospitalarios para recién nacidos, le llevaré en orden por mi encuentro con la salud en una sala de maternidad en un lugar como el Programa Madre Canguro Integral.

No se trata de una descripción total de lo que allí sucede, ni más faltaba. Es sólo mi primera aproximación. Más, como Trabajo de Grado hay que decir que es la primera aproximación que se hace desde la Antropología al Método Canguro y su importancia es el reto metodológico que implicó y el aporte que hace a la discusión sobre la relación médico-paciente a partir de la distinción *Conocimiento Común- Conocimiento Experto*, que en el fondo es la misma distinción que hace Durkheim sobre *Magia - Religión*.

Le escribo porque quiero contarle, quiero comentarle qué encontré y qué vi y lo que ocurrió durante el proceso, es como llegar a un lugar y contar cómo fue la aventura.

El trabajo de Grado tiene cuatro capítulos. En el primer Capítulo ¿Cómo Ha Sido Construido Este Trabajo de Grado? le cuento de las fuentes, de la etnografía y de los estudios etnográficos enfocados. Le cuento de todo el tiempo que estuve en el Programa Canguro y le cuento mi visión como sujeto, de aspectos particulares de mi vida que hacen que vea como lo estoy viendo.

Luego, en el Capítulo La Utilidad De Un Héroe Francés, le aproximo a los conceptos que uso desde el marco de la obra de Pierre Bourdieu. Es interesante aplicarlo, me permite ver y me permite comprender lo que observe y me permite analizar lo observado.

En el Capítulo titulado Del Surgimiento Del Método Canguro Y los Hechos Que Conducen Al Programa Madre Canguro Del Hospital Universitario San Ignacio le muestro una historia del Programa Madre Canguro y hago mi construcción sobre la realidad que allí tiene lugar, sobre la constitución del conocimiento de las madres y la disputa con los conocimientos del servicio de salud.

En el Capítulo Titulado El Programa Madre Canguro: Todo Ocorre En Un Lugar: Así Es El PMCI, fue lo que vi. En el Programa Madre Canguro del Hospital Universitario San Ignacio. Le contaré qué vi, qué encontré, cómo entre y cómo es físicamente el lugar. Ello lo

complemento con el concepto de *sociedad pos tradicional* de Anthony Giddens (1996; 1998). En el Análisis verá lo que pensé, la manera que uso los conceptos teóricos después de haber hecho trabajo de campo.

De otra parte, desde ahora se ve que me cuesta mantener un tono particular de escritura, por momentos omnisciente, por momentos cercano, por momentos distante y verá algunos intentos de “creatividad” para la escritura que no se me dan bien, yo prefiero escribir en el marco de la respetuosa distancia escribiendo lo que veo y lo que construyo, no logro hipérbolos ni figuras literarias, solo escribo y analizo los datos producto del trabajo de campo.

Se trata de la culminación de la primera parte de la formación profesional de quien escribe, desafortunadamente se trata de “demostrar”, de decir que “si soy”, permíteme si siento que “estoy siendo” y que lo que espero con este trabajo de grado sea la confirmación de lo que “estoy siendo” y que empezaré a ser.

He disfrutado cada minuto de mi formación, he leído, he observado, he aprendido, he vivido y ahora mismo me gozo la manera de pensar que me han enseñado, la apropio, la aplico y la vivo en estos días de trabajo en los caminos de este llano casanareño donde terminé de escribir, yendo y viniendo, mi Trabajo de Grado.

Yopal, 29 de Noviembre de 2010

METODOLOGÍA: ¿CÓMO FUE CONSTRUIDO ESTE TRABAJO DE GRADO?

¿Cómo se construye un trabajo de grado? Esa es la pregunta que durante los últimos días he tratado de responder a partir de lo que he hecho para dar cuenta de la pregunta general de ¿Cómo tienen lugar las disputas, entendidas como negociación, de los diversos capitales, en el sentido de Bourdieu, alrededor de la distinción que hago de conocimiento común y el conocimiento experto en el Programa Madre Canguro?

Lo primero que debo decir es que mi pregunta surge de la siguiente hipótesis: Las relaciones que tienen lugar en Programa Madre Canguro Integral (PMCI) pueden entenderse como una disputa continua de capitales relacionados con los denominados conocimientos comunes y conocimientos expertos.

En segundo lugar, me acerqué a la realidad de manera sistemática, de manera ordenada, buscando respuestas a preguntas pequeñas que dieran por resultado la respuesta a mi gran pregunta, eso es lo que yo llamo un método. Para ello leí artículos académicos sobre las aproximaciones que se habían hecho desde la antropología al campo general de la salud (Layne 1996; Lazarus 1994; ; Romanucci-Ross Lola 1997, etc.) y además use la herramienta que a los aspirantes al reconocimiento institucional como antropólogos nos enseñan: la Etnografía.

Considero que mi trabajo de grado puede ser una “investigación estratégica” en virtud de ser producto de mi proceso de investigación en el marco de mis observaciones al interior del lugar por las cuales me planteó un acercamiento, por lo cual, según la recopilación sobre formas de investigación en salud que hace De Sousa, dice, “se basa en las teorías de las ciencias sociales, pero se orienta para problemas que surgen en la sociedad, aun cuando no prevea soluciones prácticas para estos problemas” (De Sousa 2004).

Así, como trabajo de grado el final es el principio. Lo es porque este escrito es el resultado de un proceso de aprendizaje cuyos múltiples análisis no logro abarcar en un solo texto; además deja abierta la posibilidad de seguir desarrollando temas que aquí toco. Se trató de un proceso de crecimiento dentro de las propuestas curriculares de la carrera que me

permiten hoy asir lo que al inicio de mi paso por el programa Madre Canguro no podía. Es también una forma de acción porque mis aportes han propiciado nuevas realidades al interior del programa (compresión practicas costumbres, manual para usuarios, documentación de situaciones) y cumplen un papel incluyente, participante entre los agentes a partir de mi manera de “estar en campo”, que es cualitativa.

Volvamos a la etnografía, decía, es un método cualitativo(Hammersley 1994) donde el investigador convive con la comunidad que estudia. Estar en el lugar y vivir la cotidianidad del lugar, es la manera de disciplinar de saber qué pasa en el lugar con las personas que allí viven.

La perspectiva teórica de Pierre Bourdieu me permite aproximarme a las relaciones sociales e intercambios que ocurren en un campo particular.

La multiplicidad de las herramientas etnográficas.

Para mantener un orden de aproximación a la realidad y tener un registro claro de qué estaba documentando apelé a los Estudios Etnográficos Enfocados (Pelto 1997) que consisten en hacer observación participante para tener conocimiento extenso de cómo viven y entrevistas formales y no formales con vista a desarrollar tópicos particulares del interés del investigador. En este caso me enfoqué en los temas del cuidado y conocimientos de las abuelas y las madres frente al cuidado y conocimientos del médico.

La etnografía, afirma Hammersley (1994) no es excluyente de las entrevistas formales e informales, incluso grupales sobre hechos propios de los puntos que se van a investigar. Como la población del Programa Madre Canguro Integral cambia mes a mes, en promedio podría ser menos, me fue útil hacer entrevistas informales en el modo en que se vive y se relacionan en el PMCI para lograr una franja temporal que me permita analizar las relaciones sociales del lugar en torno al marco temporal del trabajo de campo.

Inicie, observando silenciosamente, con los días le solicite al personal del PMCI que me narraran los inicios del Programa Madre Canguro. Me fueron útiles para saber en qué temas

necesitaba ahondar durante el trabajo de campo, lo que me llevo a buscar observaciones donde pudiera desnaturalizar la labor del pediatra y en especial observar relaciones de poder, entendidas como la relación desigual entre los agentes en virtud de su capital, y disputas, entendidas como la negociación entre los capitales por la legitimación del conocimiento en relación con la pregunta que me propongo responder.

La etnografía y en particular la observación participante me permitieron estar en el lugar conociendo y haciéndome parte del equipo del PMCI. Se trató verdaderamente de una convivencia en la que busqué comprender, mediante ser parte del lugar, las relaciones sociales que allí se dan.

Conociendo La Realidad Para Responder Mí pregunta.

La forma en que tuve entrada a la realidad que documento en este trabajo se hizo en tres etapas, 1) entre agosto y Diciembre de 2008 2) entre Enero y Junio de 2009 3) entre Junio y Agosto de 2010.

La primera etapa inicia en agosto de 2008 cuando, presentado por la profesora María Claudia Duque, llegué al Programa Madre Canguro Integral e inicié un trabajo de recopilación de prácticas - costumbres de las abuelas (remedios, usos de prendas durante el puerperio, etc.). En esta recopilación se documentaron y se ayudaron a explicar el porqué de algunas prácticas y costumbres que se podían ver en la sala del PMCI.

Esta recopilación la hice a partir de conversaciones que tuve con las madres y las abuelas en la sala de manera individual y en el salón de psicología de manera grupal donde a partir de las narraciones que ellas hacían de cómo se cuidaban ellas cuando eran madres, en el caso de las abuelas, y de qué hacen ahora las madres y quien les aconseja. Conocí las prácticas que las madres y abuelas tienen durante su paso por el PMCI.

Hablar con las madres y las abuelas fue pertinente porque se trata de personas que hacen visibles estas formas de conocimiento en sus prácticas. Cuando se habla con ellas y se las

ve en la sala se puede observar la existencia de este conocimiento, algunas veces disimulados en el lugar.

Paralelamente hice consultas bibliográficas de textos que tuvieran relación al uso o costumbre narrada por las abuelas; La búsqueda la hice en el catálogo bibliográfico “Biblos” de la Pontificia Universidad Javeriana, también se buscó en internet desde las bases de datos igualmente accedidas desde la pagina Web de la biblioteca y en los motores de búsqueda comunes. La mayoría de los textos consultados fueron historias sobre infancia y otros fueron consultas de prensa sobre temas cotidianos en línea e impresos (Belmont 1998; DeMause 1991). Consulté hasta la Biblia (Lev, 12:1-8), de impresión católica, en busca de narraciones que pudieran dar cuenta del origen de costumbres o conocimientos relacionados con el puerperio.

Además de recolectar información con las abuelas, resultó ser una forma de inclusión de un agente que esta y que por momentos fue invisible en el PMCI. Verán más adelante como mis propios conocimientos entraron en disputa.

En estas conversaciones les pedía a las abuelas qué narraran cómo eran antes los cuidados con sus hijos, qué narraran como cuidan a sus nietos hoy, y qué aconsejaban a sus hijas y sus nueras para el cuidado, de igual manera los abuelos que asistían, a su modo narraban para mí los cuidados que se tenían, no tan detallados como las abuelas.

La segunda etapa del trabajo de campo fue entre los meses de enero y junio de 2009, donde por la utilidad de la recopilación hecha el semestre anterior, se me permitió hacer la Práctica Dirigida con el PMCI. En esta ocasión atendí un problema particular se trataba de documentar cómo se construyen las relaciones sociales al interior del PMCI a partir del modo de consulta que allí tiene lugar. Producto de mi observación allí propuse llamarla “consulta abierta” en desarrollo de la frase que de viva voz recibí de la extinta Dr. Zita Figueroa¹ donde ella llamó así la consulta del PMCI.

Para abordar este problema volví al lugar y estuve todas las mañanas, de 7am a 12m, de lunes a viernes de igual manera hablando ya no con las abuelas sino con todas las personas

¹ La Dr. Zita Figueroa era la decana de las peditras en la mesa de las médicos en el PMCI

que asisten, trabajan allí o en condición de madres-padre y consanguinidad o afinidad (tíos, abuelos, hermanos y amigos de los padres) de los pacientes, no fue selectivo sino que durante el transcurso del trabajo de campo fui conociendo gente y entablando relación con ellos. En este periodo de tiempo tuve la oportunidad de participar activamente como parte del equipo, conocí el método de primera mano y los diálogos que tuve con todas las personas del lugar fueron en el marco metodológico de la observación participante.

Durante este tiempo tuve la oportunidad de dictar el taller para padres, dictado generalmente por estudiantes (hombres) practicantes de psicología, lo re- cree con base en los textos del último estudiante hombre que había pasado por el lugar un año antes, y participe en las charlas del servicio de psicología del lugar. Participe de la consulta médica en la mesa con las médicas y conocí el proceso de paso de la Unidad de Cuidados Intermedios de la Unidad de Recién Nacidos del HUSI al PMCI e intervine en las evaluaciones psicométricas que hacen las psicólogas con los niños, donde yo podía jugar con los bebés mientras ellas observaban su desempeño en los tópicos durante el juego propuesto.

En esta etapa conocí de primera mano la aplicación del método, acompañe procesos de adaptación y tuve la oportunidad de cargar a dos niños en “posición canguro” y vivir la experiencia. Pasé muchas veces por papá, yo no tengo hijos, lo que hizo fácil por momentos el acceso a las conversaciones que entre padres y madres ocurrían siempre en torno a la temática de los niños. Al final de las conversaciones deje siempre en claro mi papel de estudiante. Y me hice amigo de padres que casi siempre, con mayor formación educativa, me ponían conversaciones académicas en vista de mi formación disciplinaria.

Durante este proceso también hice revisión bibliográfica y de bases de datos a partir del catálogo bibliográfico Biblos de la Pontificia Universidad Javeriana por la cual accedí a textos académicos que soportaran teóricamente mi observación como los temas de las relaciones de parentesco como Virginia Gutiérrez de Pineda(1999), las relaciones de Identidad de Nikolas Rose, libros de Anthony Giddens(1996; 1998) y las formas de consulta médica según los Manuales de Semiología, entre otros.

Fue pertinente en esta etapa el acercamiento y estudio de los documentos académicos creados por la Fundación Canguro porque en ellos han planteado el modo en que lleva a cabo la consulta, desde sus propias investigaciones. Por ello también consulte los protocolos de Psicología e historias médicas de los pacientes facilitados con la autorización de la Dr. Martha Cristo y los artículos académicos disponibles en las bases de datos producidos por el PMCI- Fundación Canguro en las revistas de la Asociación Americana de Pediatría (Pediatrics) y el British Medical Journal (BMJ).

También fue muy importante hacer una reconstrucción histórica a partir de fuentes secundarias y entrevistas del contexto en el que nace el Método Canguro y ver las conexiones existentes hasta el día de hoy con los primeros rudimentos del método.

Finalmente, durante esta etapa conocí a los padres y madres canguro con sus hijos que había estado hace 15 años y que volvieron producto de una investigación que estaba realizando el PMCI durante esos días. Con ellos tuve la posibilidad de tener conversaciones con cinco padres sobre su paso por PMCI.

Durante este periodo conviví con las estudiantes de Psicología en práctica y me fue permitido conocer la encuesta que ellas hicieron durante el periodo Enero-Junio de 2009 sobre el pensamiento de las madres sobre la consulta abierta.

La tercera etapa de mi proceso de campo es un poco más extensa porque no es un solo periodo de tiempo sino una intermitencia en el lugar. Sin perder el contacto estuve yendo a apoyar el taller de padres, a resolver dudas que surgían en proceso sobre mis revisiones de mis diarios de campo y aportaba en algunos temas en las que las estudiantes de psicología tenían problemas por el tenor de su formación.

Solo hasta junio de 2010 vuelvo de manera fija finalmente con mi pregunta de proyecto de trabajo de grado que surge del análisis que pude hacer de mis diarios de campo, de los textos escritos como resultado de mi Practica Dirigida y de asignatura de Antropología Aplicada y de las lecturas que había hecho sobre antropología médica.

Estuve dos meses y medio haciendo trabajo de campo en el PMCI en el HUSI a jornada completa con una agenda de preguntas propias de los estudios etnográficos enfocados

planteados por Pelto (1997) e indagué por los conceptos que en mi opinión hacían falta para poder responder la pregunta de investigación y que no habían sido documentadas durante el año y medio anterior de mí permanecía en campo.

La lista que yo consideré como importantes para poder ajustar la información para responder a mi pregunta fue la siguiente:

- Entrevistas a Marta Cristo y Nathalie Charpak, líderes del PMCI durante los últimos 10 años, sobre el surgimiento y su estar en el PMCI.
- Detallar los capitales culturales² que allí están y cohabitan.
- Actualizar el presente etnográfico.
- Detallar la consulta de Psicología para conocer su papel en la disputa.
- Conocer de viva voz la posición de los médicos, enfermeras, auxiliares y psicólogas frente a su labor allí, así como las disputas internas de sus conocimientos
- Documentar de manera detallada cómo ocurre la consulta médica, en la relación paciente-madre-médico.
- Conocer como ocurre la relación de madres y familiares con el personal del PMCI y las disputas de cada uno.

Para responder planteé entrevistas grabadas a pediatras, enfermeras, psicólogas parte del PMCI, de las cuales solo unas pocas fueron audibles más se recuperaron en notas de campo, se hizo observación participante y documentación bibliográfica para asuntos de contexto o de problemáticas medicas que no conociera y que son parte del transcurrir de la consulta. Se retomó la entrevista hecha a Carolina Sandoval a quien entreviste en estado de gravidez en 2008 y la volví a entrevistar ahora que su hijo tiene 2 años y ella permanece como medica-pediatra del PMCI.

De las entrevistas que hice al personal de salud que trabaja allí (enfermeras, psicólogas, auxiliares y médicos) algunas fueron grabadas y transcritas, otras fueron a viva voz y no se grabaron y algunas fueron vía correo electrónico. Nótese que para este trabajo se utilizó toda la información que había documentado antes más la actual información.

² Desde la definición de Pierre Bourdieu : *Homo Academicus*, capítulo 3

Las entrevistas que fueron grabadas fueron entrevistas estructuradas de cinco preguntas con base en los conceptos de *capital cultural* y *habitus* de Pierre Bourdieu (2007; 2008) es decir, lo que hacen en tanto que capital cultural. Se verá el análisis de las entrevistas en el transcurso de la lectura que hago de las disputas de conocimiento ya que como documentación nos remiten a diferentes aspectos del tema de investigación.

De igual manera se apeló a las herramientas mencionadas en las anteriores etapas, es decir, volví a la búsqueda en línea mediante bases de datos de acceso por la pagina del catálogo bibliográfico Biblos de la Pontificia Universidad Javeriana, la consulta bibliográfica como en las anteriores ocasiones, esta vez tuve acceso a la biblioteca propia del PMCI autorizado por la Dr. Martha Cristo. En esta oportunidad adquirí textos en librerías nacionales y vía Amazon.com. También accedí a textos en librerías en línea de políticas open Access³.

Es importante afirmar que no solo busqué bibliografía sobre el Método Canguro sino que hice el ejercicio de aproximarme históricamente al surgimiento de este. Por ello fue pertinente hacer una revisión bibliográfica sobre la historia de las disciplinas que intervienen el PMCI por que los capitales, en el sentido bourdieuano, no son atemporales sino, por el contrario, construcciones sociales que recaen en los sujetos que las ejercen por lo cual es preciso conocer cómo eran tales capitales (culturales, sociales) para saber cómo funciona su ejercicio actual. En este sentido método y marco teórico van vinculados íntimamente.

De igual manera recuperar el contexto histórico del surgimiento del PMCI es pertinente porque las disputas que señalo sólo ocurren en la medida en que el método canguro tiene lugar. Si bien es cierto que este tipo de relaciones existen en otros ambientes médicos, las relaciones que describo y que analizo ocurren en el marco del Método Canguro y solo ocurren en la medida en que el método canguro se desarrolla y las madres acceden a él, todo ello en un marco histórico, político y social que lo hace posible.

³ Librerías que permiten descargar información on line sin costo adicional ni reparo en derechos de autor por lo cual el único termino ético al que adhiero es a la correcta citación del texto

Por ello es importante la historia de cómo se hace posible que el Método Canguro surja ya que es a través de la historia donde se pueden rastrear poderes al interior de la sociedad que generan respuestas desde diferentes ámbitos de la realidad.

Las categorías emergentes del diario de campo fueron analizadas en relación con el marco teórico de Pierre Bourdieu y se agregó como concepto, desde la perspectiva construccionista en la que el mismo Bourdieu es etiquetado, el planteamiento de Sociedad Post- Tradicional y Riesgo de Anthony Giddens(Giddens 1996), conceptos que explicarán en extenso durante el análisis que hago en paginas por venir en el texto.

Quiero acotar que durante las revisiones bibliográficas hechas a través de las bases de datos J store y Sage busque usando términos como “anthropology of medicine”- “medical anthropology”-“kangaroo mother care” –“motherhood”- “sociology of knowledge”, todas ellas en inglés por el dominio de la lengua y descartando de las listas los textos relacionados con indígenas por la naturaleza de mi pregunta.

El proceso de escritura y análisis bajo la guía de la profesora Ana María Medina y la lectura del texto concerniente a la historia del PMCI por parte de la Dr. Martha Cristo, Psicóloga de amplia trayectoria en el PMCI y quien estuvo desde los inicios de este.

Teniendo en cuenta el código de ética de la American Anthropological Association (AAA) estuve en continua comunicación con el PMCI en la socialización de las diferentes correcciones hechas a este documento hasta su versión final. Se incluyó la lectura y firma de consentimientos informados por parte de las personas entrevistadas antes de la realización de la está, por lo cual estuvo garantizado que el manejo de la información recolectada se emplearía únicamente con fines académicos⁴, y así es.

Una vez aprobado este Trabajo De Grado se presentara al personal del Programa Madre Canguro los resultados finales de la tesis de grado y se dejará copia del Trabajo de la Tesis de Grado en físico.

⁴ Numeral 3, literal A, punto 4 y Literal B puntos 1 y 2 en Código de Ética del American Anthropology Association en : <http://www.aaanet.org/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf>

Desde la reflexión del sujeto que ve

“No vemos las cosas como son, sino de acuerdo a como somos”,

El Talmud⁵

¿Por qué llegar a un lugar de maternidad a estudiar formas de conocimiento? Bueno la pregunta esta en directa relación con la vida de quien escribe y a quien a usted lee. Esta es la intención de esta parte del texto.

Para que el antropólogo pueda comprender lo que ve, que es el fin de la antropología, hay que tener un marco vivencial que le permita a quien ve saber qué es lo que ve (Rosaldo 1989). Estudiar mujeres, estudiar familias y estudiar la ciencia y los conocimientos son parte de la vida de quien escribe.

¡Permítame me presento, Mucho Gusto! Mi nombre es Juan Camilo Arboleda Sarmiento, tengo 24 años, soltero, y en un estado de liminalidad que se define entre no ser estudiante y no ser antropólogo, estoy en mitad del rito de paso que termina con el título. Fui educado en El Colegio de los Padres Escolapios en Bogotá y además fui Escolapio. Mi familia compuesta de papá-mamá y no duró más que un suspiro y por ello fui criado solo con la línea uterina de mi familia, discúlpeme el tecnicismo, por lo cual viví con mi madre y tiempo después también con mi abuela, situación no muy cómoda que duró 15 años y que hizo que me preguntará cómo funciona mi familia y que al entrar a la Carrera de Antropología de la Pontificia Universidad Javeriana empezó a verse como un interés. Por ello verá usted que cito a Virginia Gutiérrez de Pineda (1999) repetidas veces a manera de explicar lo que veo y a manera de explicarme mi familia.

Estudio ciencia porque de niño quise ser “científico”, pero “lo que natura no da...”. Se me daban fatal las matemáticas pero las inquietudes seguían y en Octavo grado en el colegio llegó una profesora, Marcela González, que es antropóloga y me dejó dar rienda suelta a mis preguntas y leí muchas cosas y aprendí tanto que me decidí por estudiar Antropología.

⁵ En : Echeverría, Rafael, 2007, El Observador, Santiago de Chile; NewField Consulting

Soy parte del Movimiento Scout desde 1996 y salí de misiones a zona rural en grados 10 y 11 en El Colegio.

De este brevísimo resumen biográfico surge mi gusto por el estructural-funcionalismo, el estructuralismo y sus derivaciones por las preguntas de cómo se estructura la sociedad y qué pasa con los agentes que crean la realidad. Por ello elegí a Bourdieu como marco teórico y lo que verá usted adelante es mi comprensión de los textos del “héroe” que leí y mi juego con sus conceptos como partes de un tangram.

De ello, entenderá usted, surgen mis inquietudes por la paternidad, que las verá reflejadas en el texto, verá durante el texto mi pensamiento sobre la maternidad como observador y mi interés por cómo se aprende o se transmiten los conocimientos. Quizá me verá en este espacio un tanto rígido esperando que las familias “funcionen” de acuerdo a su papel, ello es porque siempre vi a personas de mi familia materna extralimitadas en su papel y verá también que me pregunto por cómo el saber común se hace ciencia y también y por último verá que me pregunto por las dimensiones religiosas de la medicina, que es mi inquietud reciente y para la cual tuve que admitir que la religión como tema y como experiencia es parte fundamental de mi vida.

El PMCI permite que yo piense de mí dimensiones que había hecho a un lado por decisiones que así me lo exigían, porque a veces en nuestra historia cargamos líos de otros, líos que heredamos y que no nos dejan ser libres. Quizá otro hombre que haya cargado con lastres diferentes de los míos habría visto otras cosas: “Las diferencias entre observadores residen en gran medida en su rango de apertura en el mirar, en el espectro de matices y diferencias que son, o no, capaces de establecer” (Echeverría 2007). De mutuo propio decir a quien me lee sobre mi proceso formativo en general, ahora sobre mi camino en la carrera.

Quiero compartir que por cuenta propia me interese por hacer trabajo de campo después de lo aprendido en el laboratorio #1 de etnografía y que mis opciones eran inicialmente la antropología de escuela y que hice trabajo de campo en el colegio de los Escolapios de donde me Gradué y luego en el colegio Santa Paula Montalt en el barrio 20 de Julio, colegio perteneciente a las Madres Escolapias. Pero solo hasta 4 semestre, después de haber leído a Loyd DeMause (DeMause 1991) en su libro Historia de la Infancia empecé a

preguntarme por cuidados maternos y entonces hice una carta al entonces director de Pediatría, Dr. Gabriel Lago y entré a la Unidad de Recién Nacidos.

Luego en 5 semestre y habiendo ido un semestre a vivir al Seminario Escolapio volví a mi carrera y llegué al Programa Madre Canguro y hasta este año de 2010, en el que escribo mi trabajo de grado. Quiero resaltar con ello que se trata de mi proceso formativo, que mis herramientas de campo y las teóricas las adquirí en la formación profesional y que mis lugares de campo fueron un logro muy mío: “El aprendizaje de nuevas distinciones expande la mira del observador, constituye mundos diferentes y lo lleva a emprender acciones que sin esas distinciones no habría emprendido”(Echeverría 2007) .

Por ello este trabajo de grado no solo es el final obvio de la formación de mi pregrado, es sin duda el final de un proceso formativo que puedo ver.

Aquí tiene sentido lo que decía arriba, el principio es el final. Se trata de un proceso de crecimiento en la formación donde las preguntas que me hice al inicio, con mi llegada al canguro, ahora las puedo responder.

Este es mi contexto, este es el contexto en el que nace este trabajo de grado: “Nuestra observación del mundo tiene su raíz en un contexto, en un ambiente de significados que tuvieron su origen en las tradiciones pertenecientes a la historia social de que somos parte” (Echeverría 2007) y más allá de los sentimientos la intención que está a la base de este texto reflexivo es decir: Aquí estoy, este soy yo, esto es lo que observo.

La importancia de la historia

Así como tuvo la oportunidad de conocer un breve biográfico de quien escribe así mismo es pertinente conocer la historia del lugar donde ocurre lo observado para este trabajo de grado.

El Programa Madre Canguro Integral no es un espacio donde trascurren relaciones sociales de modo estático surgido como un servicio médico más. El Programa Madre Canguro Integral es lugar que actualmente agrupa los conocimientos desarrollados por los miembros

del equipo que allí investiga durante los últimos 25 años(Charpak 2005) y donde se desarrolla y se han desarrollado estudios recientes que permiten el avance del método.

El Programa Canguro fue visto y aun es visto como “forma maternidad para pobres” pero quizá hasta ahora se valora como un método de cuidado que urde sus raíces en la academia, en el contexto científico nacional, que apela a un prestigio en sus profesionales y en sus patrocinadores enmarcado en un contexto global y nacional que permite su surgimiento, ello es pertinente en la comprensión de lugar en conjunto que carga con su vida y que permite que lo observado sea lo que en este trabajo de grado se plasma.

En la Historia del Programa Canguro que le presento verá un contexto de la neonatología nacional y en Francia, verá también un breve contexto de la salud pública en Latinoamérica, verá la historia local del lugar y un brevísimos repaso por la realidad nacional de la salud en la década del 70.

HISTORIA DEL SURGIMIENTO DEL MÉTODO CANGURO Y LOS HECHOS QUE LO CONDUCEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

El Método Canguro hace parte del cuerpo disciplinario pediátrico y neonatológico por ser medicina dirigida a los niños y por ser una alternativa al cuidado de bebés de nacimiento anticipado. No se trata de una evolución lineal sino de una solución a un problema dentro del marco del avance tecnológico del momento.

Dice Klaus(1978) que hacia 1900 Pierre Budin, haciendo uso de la incubadora, escribe el primer texto de neonatología como la conocemos hoy. La incubadora afirma Morilla (2006) fue inventada con fines obstétricos por Odile Martin motivado por S. Tariner, quien era obstetra. La incubadora ya había sido inventada para la cría de pollos.

Con las incubadoras vienen las salas que hoy entendemos como de cuidado intensivo e intermedio y también el aislamiento y la separación de los niños de sus madres por periodos prolongados de tiempo por motivos “científicos”: La contaminación

La idea de contaminación por parte de los padres -para el caso particular de las unidades de recién nacidos- fue concebida por Martin Cooney hacia 1907(Klaus 1978), discípulo de Budin, esta idea será luego puesta en duda en las unidades de recién nacidos.

Pese a todo esto, el uso con fines médicos de una herramienta tan particular como la incubadora fue el primer paso para mantener vivos los bebés nacidos antes de tiempo y fue tan novedoso que fue llevado a las ferias mundiales desde 1902 hasta 1940 y se mostraban con niños al interior.

La Historia Del Método Canguro: Pediatría “Made in Colombia”.

En Colombia la pediatría y la neonatología tiene epicentro en el hospital de la Misericordia, fundado por Barbieri, y con él la primera cátedra de pediatría en la facultad de medicina de la Universidad Nacional en Colombia en 1906(Vargas- Rubiano 1994).

Los desarrollos de la medicina pediátrica y de la medicina en general, ilustra Quevedo (Quevedo 1998), han venido con médicos colombianos formados en Francia, hombres de elite provinciana que iban a educarse a Paris. Si bien Barbieri se había educado en Londres, es cierto también que Londres fue epicentro de conocimientos médicos claves como la creación de la medicina social y de la institucionalización de la enfermería (Dingwall 1988).

Del uso de incubadoras en instituciones hospitalarias quedan particularidades tales como que los abandonos de niños por de parte de los padres eran bastante altos por tener a su hijo lejos (Charpak 2006). Los motivos de muerte en Bogotá eran los mismos que en el resto del mundo, solo que los norteamericanos y los franceses aislaron a las madres de sus niños y en Colombia se cuidaba a los niños en casa o de acuerdo a los conocimientos de las madres.

El uso de la incubadora está ligado al acceso económico a ellas debido a su alto costo. Para 1978 el director de pediatría de la Universidad Nacional de Colombia es el Dr. Edgar Rey Sanabria, quien es a su vez director del departamento de Recién Nacidos del Instituto Materno Infantil (IMI)(Charpak 2006; Vargas- Rubiano 1994) El encontró casos de abandono de los niños que pasaban largos periodos de tiempo en las incubadoras, muertes, etc., condiciones similares a las encontradas por el Dr. Budin en Paris.

Igual que el Doctor Budin el doctor Rey vio que los abandonos de niños por parte de los padres era un número considerable (Charpak 2006)

El Doctor Rey al igual Dr. Martin Cooney también identifico que las infecciones eran el pan de cada día (Charpak 2006), aun cuando no permitieran el ingreso de padres de familia a la sala de Recién Nacidos. Todo esto llevo a pensar la necesidad de identificar una forma

de disminuir los abandonos y de asegurar condiciones de vida al interior de la clínica-hospital para los bebés.

Por todo ello se buscó una alternativa de tratamiento extra-uterino para los bebés nacidos antes de tiempo, lo que permitió el surgimiento canguro y del contacto piel a piel.

Dice la anécdota, narrada por Martha Cristo, que alguna vez se quedó una mamá más tiempo de lo permitido en la Unidad de Recién Nacidos, tanto que pudo avisar oportunamente al equipo médico que algo le pasaba a su hijo al interior de la incubadora y eso afortunadamente lo salvó.

El Dr. Rey puso a prueba el argumento de Cooney de no dejar entrar a los padres de familia a la URN, permitió el ingreso de los padres a la URN y en efecto los abandonos empezaron a disminuir. Simultaneo a ello se publica el libro “La Relación Madre- Hijo”, antes citado, escrito por dos pediatras, Marshall Klaus y Jhon Kennell (1978)

Dice Nathalie Charpak (2006) que el doctor Rey había leído o tenía conocimiento de la fisiología de los marsupiales, que consiste en que las crías de estos animales nacen antes de tiempo y terminan de madurar al interior de una bolsa que hace parte del cuerpo de la madre, allí la cría encuentra los pezones de la madre para lactar y solo cuando ya completa su maduración sale de la bolsa⁶. Permite además la lactancia por parte de la madre por cortos periodos de tiempo, no más treinta minutos y volver los niños a las incubadoras.

Los primeros médicos en equipo que aplicaron esta experiencia en el Instituto Materno Infantil (IMI) fueron el doctor Rey y el Dr. Navarrete, una enfermera y unas pocas, muy pocas, mamás (Martha Cristo En Comunicación Personal, 28-06-10). Al proceso de poner al bebe en el pecho y volverlo a la incubadora se denomina “apego” (Klaus 1978), como estrategia para evitar el abandono.

Hacia 1985 llega al equipo una Psicóloga egresada de la Pontificia Universidad Javeriana quien estaba haciendo su especialización en psicología clínica y conocía al doctor Rey por que sus familias eran miembros del Club Rotario de Zipaquira - Cundinamarca y por consiguiente amiga de los hijos del doctor Rey, la doctora Martha Cristo (Martha Cristo en

⁶ <http://es.wikipedia.org/wiki/Marsupialia>

Comunicación Personal, 28-06-10), Trabajaba en el Instituto Materno Infantil para simultáneamente finalizar su especialización

En 1989 se conforma en el Instituto Materno Infantil un nuevo equipo de investigadores creado por Nathalie Charpak, hija de un reconocido académico francés que posteriormente será galardonado con el Premio Nobel de Física (Martha Cristo en Comunicación Personal, 28-06-10), comienza a hacer de una buena idea y una buena práctica un método de cuidado con bases científicas.

Se hizo un estudio con niños de nacimiento a tiempo y niños nacidos antes de tiempo y en 1990 el Dr. Rey y su equipo publica, según Vargas- Rubiano, “Las Madres-Canguro”(Vargas- Rubiano 1994). El estudio ocurre en el IMI, también conocido como “La Casita Canguro” que tenía lugar en la Fundación San Juan de Dios, formada por el Hospital San Juan de Dios y el IMI unidos a mediados de los años 70’s por disposición del gobierno nacional y donde tenían lugar las practicas de los estudiantes de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia (Garcia 2002)

Producto de algunos cambios, que quedan por Estudiar, llegan a la Clínica Del Niño, como se conocía la maternidad del Hospital San Pedro Claver, que era parte del Instituto Colombiano de Seguro Social , donde deciden acoger el Método Canguro. A la cabeza de la neonatología en este lugar estaba la Dr. Zita Figueroa (Martha Cristo; Comunicación Personal, 28-06-10), quien había estudiado Medicina en la Pontificia Universidad Javeriana.

Desde antes de su llegada al ICSS⁷, los ayudó la ONG World Laboratory, fundada por algunos ganadores del premio Nobel y reconocida por la Organización de Naciones Unidas, dedicada al apoyo de la ciencia en los países del llamado “tercer mundo”. Luego los ayudo la Unión Europea y luego la ONG Save The Children quienes trabajan en proyectos de mejora de las condiciones de vida de la infancia desprotegida. Para poder recibir tales aportes debieron crear, entre 1992 y 1995, una fundación sin ánimo de lucro y por ella se crea en Francia la primera Fundación Madre Canguro (Fondation Mère kangourou) y luego

⁷ En Adelante ISS o ICSS

en Bogotá la Fundación Canguro(Charpak 2006 ; Martha Cristo en Comunicacion Personal;28-06-10).

Con la publicación del Libro “Las Madres- Canguro” (Vargas- Rubiano 1994), se empezó a hablar de un Método Científico de cuidado neonatal. Durante los años que estuvieron en el ISS (en promedio ocho) Rosario Martínez, enfermera del equipo, inventa la actual faja que usan las madres canguro en Colombia (Martha Cristo en Comunicación Personal, 28 de junio de 2010), que sirve para poner de manera segura al niño en contacto con la piel de la madre de una manera cómoda y facilita el desarrollo de la vida cotidiana de ella, no la supedita a estar semi- sentada todo el día sino que le da mayor posibilidad de maniobra.

Con el inicio de la reestructuración del ISS, en el gobierno que presidio Ernesto Samper, empiezan a buscar donde ir a continuar la labor y a cambiar un tanto el perfil del Método Madre Canguro, que estaba dirigido a las poblaciones más humildes. Se volcó a poblaciones un tanto más diversa donde aumenta el status social de los asistentes. Hacia el año 2003 llegan la Dr. Zita y la Dr. Martha Cristo (Martha Cristo En Comunicación Personal 28-06-10) a la Pontificia Universidad Javeriana apelando a la condición de Egresadas de La Dr. Zita y de Martha Cristo (Martha Cristo En Comunicación Personal; 28-06-10). El Padre Remolina, rector de entonces, les permite la entrada al Hospital Universitario San Ignacio donde les da un lugar a cambio de que puedan llegar estudiantes para aprender de ellos y de sus formas de hacer ciencia.

Hasta la fecha el Método Canguro se ha validado a través de las publicaciones académicas como la revista de la Academia Americana de Pediatría(Yves Charpak and Nathalie Charpak 1998) y el British Medical Journal(Juan Gabriel Ruiz-Peláez 2004) y mediante visitas a múltiples lugares del mundo donde, luego de desconocerlas, consultan los índices científicos como el SPR⁸ (Martha Cristo En Comunicación Personal) y verifican que el equipo de profesionales que ha desarrollado el Método Madre Canguro es un equipo de científicos lo que ratifica la credibilidad del desarrollo médico de método.

⁸ Society for Psychotherapy Research

En el año 2004 la OMS⁹ publica el manual sobre Cómo se debe realizar el método canguro, “Guía Práctica” a partir de lo hecho en Colombia.

Recientemente han pasado realidades que han golpeado al Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio. El 5 de abril de 2009 murió la Doctora Zita Figueroa, quien era parte del Equipo actual desde llegada del Programa Madre Canguro al ISS y no tenía vinculación laboral al Hospital San Ignacio en virtud de ser parte del Equipo del Programa Madre Canguro. La mesa de los médicos donde pasaba sus días en consulta quedó acéfala sin embargo expectante del surgimiento de un líder. Los roles de Martha Cristo y Nathalie Charpak son el de psicología y el de investigación respectivamente. A pesar de esta ausencia se continúa atendiendo niños sin cesar.

“Atención Materno-Infantil Para El Desarrollo” en la Década del 70.

En la creación de una infraestructura que diera pie al desarrollo económico la OPS presentó los resultados de “La Investigación de Mortalidad en Adultos” mostrando que el aborto era la primera causa de muerte en muchos países además de las consecuencias de los embarazos muy frecuentes en dichas madres. Hubo boom demográfico en las zonas rurales a pesar de que solo 14 % de dicha población, tenía acceso a alcantarillado (García 2002), hecho que podría haber afectado el bienestar de los recién nacidos.

El objetivo más grande que se venía para la mitad de la década del 70 era aumentar la cobertura del control prenatal, la atención del parto, la prevención del aborto, aumentar la cobertura de la citología vaginal y la creación de actividades propias de un programa de estas características por parte del estado.

Como parte de las múltiples reformas, el instituto materno infantil, se unió con el ancestral Hospital San Juan de Dios en 1979 mediante el Decreto 1374 (Mercado 2002) creando la fundación San Juan de Dios. El Hospital San Juan de Dios fue ratificado como hospital universitario de la Universidad Nacional de Colombia.

⁹ Producido por el Departamento de salud reproductiva e investigaciones de la OMS

De otra parte, la inestabilidad económica de esos días (la crisis del petróleo de 1973) hacía pensar ya no en millones de dólares para avanzar sino en procesos “más racionales” para “mantener la senda de cobertura en salud pública motivo por el cual empiezan a pensar en la OPS/OMS en formas de cuidado médico que tengan la participación de la comunidad y sean culturalmente aceptables”¹⁰ (García 2002) destinadas a las poblaciones más humildes del país .

Es importante ver que esta idea fue latente en nuestro país desde 1949 cuando se crea el requisito del año rural para los estudiantes de medicina (Quevedo 1993). Entre 1977 y 1979 se empieza a promover los cuidados médicos domiciliarios donde los médicos delegan a las auxiliares y promotoras labores como primeros auxilios, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal y puerperio, atención de parto y manejo de patologías básicas como la diarrea.

En camino a mantener la población cubierta en salud estos primeros planes de cuidado menos costosos y efectivos empiezan a surgir de acuerdo a las necesidades de nuestro país

¹⁰ Subrayado mío

MARCO CONCEPTUAL: LA UTILIDAD DE UN HÉROE FRANCÉS.

Quiero abordar en este acápite los conceptos en los cuales me he apoyado para hacer el análisis que dé lugar a mi respuesta acerca de las disputas de conocimiento en el ambiente del PMCI. Desafortunadamente para mí, y a manera de crítica al proceso, tenemos que usar, en una forma un tanto religiosa, los conceptos de los “Santos Padres” de esta Iglesia y hacemos de los textos nuestros, para acceder a la legitimidad del papel, una “casa de citas”.

A pesar de ello Bourdieu y su encuadre teórico es el que me resulta más ajustado para la comprensión de la realidad de la que busco dar cuenta. Diría mi directora de trabajo de grado que “son las gafas de Bourdieu” las que mejor dejan ver, por lo cual quiero hablar aquí de los conceptos que me permiten ver.

Las categorías de análisis que planteo son parte de la teoría desarrollada por Pierre Bourdieu en las cuales, retomando el Proyecto de Trabajo de Grado, noto que estas me permiten ver las relaciones sociales como un sistema permanente de intercambio de “capitales”, un diálogo entre personas con sus historias y sus símbolos sociales puestos en los diferentes modos de uso del estatus social, por ello es también una disputa.

Busco entender cómo las disputas sociales, entendidas como negociaciones entre los agentes y sus capitales, hacen que se creen formas de conocimiento científico y común desde la sociedad porque existen prácticas que son conocimiento que ocurre todos los días y que no son parte de las instituciones académicas y hay conocimientos académicos que también se vuelven prácticas cotidianas, este tipo de conocimientos tienen lugar en tanto que haya formas de poder que las legitime (Muñoz 1999), estas formas de poder son las que Bourdieu aborda por lo cual es pertinente la aproximación teórica desde este autor. Así mismo yo pienso en cómo se aproximan entre ellas las prácticas cotidianas y la ciencia, por lo cual Bourdieu me brinda herramientas para este acercamiento.

Es también pertinente a este marco teórico Norbert Elías (Elías 1990) ya que él agrega a los capitales de Bourdieu el factor lenguaje como parte de los capitales y permite ver que la práctica de los capitales marcan una forma de hablar y de expresar la realidad.

Para abordar las relaciones que ocurren en el lugar donde acontece el Programa Madre Canguro usaré el concepto general de campo definido por Bourdieu en *Las Cosas Dichas* como «Espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias» donde «Cada campo está caracterizado por una relación de fuerzas entre dominantes y dominados» (Bourdieu 2008) de ello un campo es el cuidado materno-infantil en donde confluyen discursos estatales en salud, discursos supra estatales sobre desarrollo económico en términos de la creación de infraestructura que permita el bienestar de la población de un país, las necesidades de las madres frente a las problemáticas de sus hijos y la medicina disciplinar (biomedicina) que avala la creación de nuevas formas de cuidado que atiendan esta realidad.

Así mismo usaré el concepto de capital que para Moreno, llamado a Bourdieu (Moreno 2003) es la “situación”, la “condición” base de un individuo que permite las relaciones sociales; los capitales pueden ser culturales (nivel de educación, gustos particulares hacia algo), económicos (poder adquisitivo) y simbólicos (títulos escolares / reconocimientos académicos y títulos nobiliarios). Los capitales que estarían en disputa son principalmente simbólicos por tratarse de conocimientos, como lo afirma Bourdieu (2007) de este modo se trata de conocer las dinámicas de —don y contra don que ocurren en el campo, tomando campo como el conjunto de relaciones sociales que ocurren referido a un habitus particular, donde el campo es el conocimiento neonatal prematuro y donde los habitus son los roles de madre, médico, enfermera, psicólogas al interior del PMCI.

El *habitus* son — “los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen (...) sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructurantes, es decir, como principios”(Bourdieu 2007). Se trata a su vez de capitales que al interior del programa son parte del *habitus*, como la autoridad médica y los diferentes poderes estructurales al interior del campo. Dentro del campo el sentido del juego es el cuidado materno infantil – como conocimiento aplicado, que es, por lo pronto, la mezcla de los conocimientos de las madres y de los médicos, enfermeras y psicólogas. Porque el sentido de los sistemas simbólicos (Conocimiento, arte y religión) solo cobra sentido en la práctica (Bourdieu 2007), porque

—el mundo práctico que se constituye en la relación con el *habitus* como un sistema de estructuras cognitivas (...) es un mundo de fines ya realizados(Bourdieu 2007).

De otra parte cabe la categoría “Sociedad Post-tradicional” de Anthony Giddens (Giddens 1996; 1997) como la actualidad en la que se inscriben las prácticas cotidianas al no existir de manera contundente formas de trasmisión de conocimientos de una generación a otra sino que la manera en que estas prácticas cotidianas se transmiten es a partir del conocimiento experto que para el caso de estudio de este trabajo de grado es la institución médica – el Programa Madre Canguro. Frente a esta maternidad concebida desde el ámbito técnico el concepto de Giddens es a lugar.

La categoría Riesgo aparece tal como lo plantea Giddens (1996; 1997) en cuanto es la incertidumbre de cómo han de ocurrir los eventos o las prácticas sociales en un contexto particular en relación a un saber experto.

Su conexión con la metodología radica en que estas categorías son observables ya que implican prácticas, implica que el médico actué como médico y que la enfermera actué como enfermera, etc. Que cada uno de los agentes del campo asuma su rol en el campo, por lo cual la disputa de capitales aparece dentro del lugar como la acción desde uno de los tantos capitales que allí hacen presencia en las diferentes formas prácticas de los agentes que están en el lugar (Bourdieu 2007)

Como se dijo en el Proyecto de trabajo de grado, la etnografía me permite estar en el campo y observar cómo se caracterizan los capitales simbólicos en disputa. El concepto de capital simbólico entendido como la autoridad sobre el conocimiento, es decir, la legitimidad del ejercicio de un *habitus* perteneciente a un capital cultural.

Por ello mi objetivo es conocer las relaciones que tienen lugar para dar cuenta de cómo ocurre la cotidianidad de los saberes, en particular se trata de la descripción de las relaciones sociales que tienen lugar a partir de cada *habitus*, madre, enfermera, médico, psicólogas, en el Programa Madre Canguro

El Programa Madre Canguro, Todo Ocurre En Un Lugar De Cuidado Materno-Infantil: Resultados Y Análisis.

Quiero adentrarme aquí en el lugar, en cómo es el Programa Madre Canguro Integral (PMCI), en su manera de hacer la consulta, en cómo era cuando llegué en junio de 2008 y como estaban ocurriendo las cosas hasta el término de mi trabajo de campo. El PMCI es un lugar dinámico.

Es cierto que los lugares cambian, es cierto que las formas de relación se transforman y que las personas que estaban antes algunas ya no están ahora, pero, cuantos llegan se enmarcan en una estructura de relaciones que da el lugar. Estoy, le confieso, a la expectativa de nuevos cambios en el lugar, de nuevas publicaciones del método que prueben de nuevo lo que este trabajo de grado ve, que existe una relación maravillosa e interesante entre conocimiento científico y conocimiento común, pero, para que usted vea lo que yo veo, permítame guiarlo por el Programa Madre Canguro Integral, en el Hospital Universitario San Ignacio de la Pontificia Universidad Javeriana.

Un día Cuando Llegué...

María Claudia Duque, profesora de la asignatura de Antropología Aplicada me propuso que fuera al Programa Madre Canguro a hacer observación y yo acepté y fui.

Sabía que la manera de entrar era por la entrada principal del Hospital Universitario San Ignacio y no conocía que podía presentar el carné de estudiante y que ello me daría facilidades para el ingreso al hospital, pero no, eso lo descubrí solo seis meses después. Presente mi morral con mis cuadernos y mis fotocopias y a la pregunta ¿hacia dónde se dirige? que me hizo uno de los miembros del servicio de vigilancia de la entrada respondí “al programa canguro” lo que me valió una respuesta que no esperaba: “sexto piso, papá”, pero yo no soy papá, es más, solo hace unos días no quería ser papá sino Papa. No tome el

elevador, la fila que vi me hizo pensar en subir por las escaleras que están a mano izquierda diagonal a los elevadores del hospital.

El Hospital Universitario San Ignacio tiene en la entrada principal unos brazaletes naranjas para los pacientes de pediatría, brazaletes con el que entran todos los niños o los padres de estos, portándolos en la muñeca de alguna de sus manos. Dice la “Jefe”¹¹ Sandra (conversación personal 16/02/09) que hay más, por ejemplo, azul para ginecología y rojo para maternidad, yo solo he visto como ponen el brazaletes naranja y he conseguido uno en el que constato que la información que debe ser llenada en los espacios que lleva impreso el brazaletes en color negro y una marca de agua con el escudo del HUSI que contiene: Nombre(del niño), Nombre del Adulto responsable, teléfono, talla, peso, número de cama, identificación del adulto, edad del niño, la fecha del ingreso al hospital y el factor RH del niño.

Con los días subsiguientes se implementaron unos adhesivos a la par de las manillas, que tenían la virtud de ser más visibles ya que son puestos en la solapa de las camisas y sacos de las personas que entran al hospital.

Subí y llegué sin aire, eso me ha ocurrido desde entonces, siempre que subo llego sin aire. Al llegar al sexto piso, seguí en dirección oriental y al fondo vi la placa grande que dice, en fondo dorado “Programa Madre Canguro”, camine en línea recta en la medida de lo posible, en ese pasillo funcionan dos servicios médicos más que no conocía, el servicio de ortopedia y el servicio de trasplante renal y hepático y solo girando al sur, es decir, hacia mi mano derecha encontré una puerta y un escenario que nunca me imagine qué podía pensar y hacer un antropólogo, allí había un reto para mí.

En las sillas de ortopedia podrían acontecer mas relaciones sociales para ver, entre las primeras poltronas que había en agosto de 2008 a las actuales de 2010 siempre ha habido más probabilidad de ver algo raro y observable, pero allí donde yo llegue, un montón de gente, solo mujeres con el torso desnudo, bebés llorando sin parar y un grupo de enfermeras

¹¹ Jefe es la manera común en la que llaman a las enfermeras ya que el título que otorgan las universidades no es el de “enfermera” sino el de “enfermera jefe” por ello les dicen “jefes

y médicas que van de un lado a otro, lo realmente raro era que yo pretendiera estar allí. Los pocos hombres que había estaban como yo, sin saber que hacían allí.

Quería pasar desapercibido pero no fue posible porque el lugar tiene gran visibilidad y se nota fácilmente un extraño, tenía que preguntar por la Dr. Martha Cristo, tal como me lo había dicho María Claudia Duque cuando hablamos en clase de Antropología Aplicada sobre la propuesta de ir al PMCI, y la recepción del lugar solo queda pasando la mesa donde están ubicados los médicos y yo debía hacerlo para hacer mi tarea que era responder la pregunta ¿Qué puedo hacer en ese lugar? Pasé y por esos días estaba una secretaria de cabello negro y tés blanca maquillada, Naidú, y pregunté: sí, por favor la Dr. Martha Cristo? Y enseguida llego una mujer de pelo corto, altura media, tez blanca, en edad madura y hable con ella. El acuerdo había sido ponerme en la sala a ver qué se podía observar al interior de ella y entonces eso fue lo que hice.

Me senté a observar qué ocurría en la sala, y, entre senos, gotas de leche, pañales, abuelas, pañaleras, biberones, padres, balas de oxígeno y llanto, mucho llanto, decidí empezar por observar el lugar y luego por lo que estaba viendo que ocurría. Eso hice los días siguientes.

Una sala de espera, un consultorio médico, un servicio de salud, unos pacientes: un lugar.

Son las 7:30 a. m. y debo llegar a más tardar a las 7:55 a. m. para esperar que llegue la auxiliar de enfermería que abre la puerta del PMCI del HUSI. Voy un poco tarde, con seguridad ya hay mamás esperando en las sillas de la entrada, debo abrir la puerta y acomodar la mesa de los médicos, poner sábanas limpias a los colchones de las mesas de cambio y de las pediatras y solo hasta las ocho puedo permitir la entrada de las madres a la sala; con los minutos no demoran en llegar el resto del equipo, Naidu- Marcela, la Dr. Zita- la Dr. Eleonora, la Dr. Martha y sus practicantes de este semestre y este muchacho nuevo, el estudiante de antropología.

Las madres entran a la sala y se ubican en las sillas donde ocurre la espera para la consulta, van mirando y ellas se dan cuenta de esto que le quiero contar, quizá no con las mismas palabras.

La sala de Programa Canguro tiene al nor - occidente la puerta de entrada y salida, que es una sola, un armario blanco donde había ediciones de “Nací antes de Tiempo” que es un libro de 25 hojas que la Fundación Canguro publicó en una adaptación especial. Este libro lo deben comprar todos los estudiantes de Psicología que hacen práctica allí como forma de introducirse en el ambiente del Método Canguro.

Además hay canguros de felpa y fajas lycradas de colores. Estas fajas hacen la forma de una “banda sin fin” porque están cosidas de tal manera que quedan continuas y no se abren, por lo cual solo se pueden poner en el cuerpo de la madre o el padre pasando primero la cabeza por el orificio y luego los brazos haciendo que la faja quede en el torso y los brazos queden libres así pueden poner al bebe en el pecho de la madre y el niño no se cae ni se mueve más de lo necesario porque queda literalmente pegado contra el cuerpo de la mamá, esta práctica es la base del método canguro. Debajo de este armario hay unas gavetas con manija metálica sin vidrio ya que las puertas de la parte superior del armario tienen vidrio y por eso se puede ver cuánto hay dentro.

Seguido de este armario, al occidente están dos lavamanos separados por un espacio prudente de no más de 1 metro de ancho donde hay puesto en la pared un dispensador de pañuelos de papel color café, allí los padres y el personal que trabaja en el PMCI se lavan las manos para poder manejar de manera aséptica a los bebes.

La idea de la higiene la traen de casa y la aprenden. La traen de casa ya que los padres creen que todo contacto con lo que ellos presumen va contra la vida del niño es “impuro” o no higiénico, se trata del viento por los “virus”, de trata de ellos mismo por lo cual se lavan las manos todo el tiempo porque ellos creen y porque ven al equipo médico y de enfermería haciendo lo mismo.

Este mueble tiene gavetas donde se guardan no sólo los paquetes grandes de pañuelos que sirven para secarse las manos sino también las sábanas sucias que quedan del servicio

diario. Justo encima del grifo de cada lava manos hay un dispensador de jabón desinfectante cuyo humor no me gusta.

Al sur del mueble del lavamanos hay una mesa blanca donde se ponen las carpetas con las historias clínicas de los niños que tendrán durante el día cita con alguno de los pediatras en una carpeta roja, también hay blogs de hojas pequeñas que sirven para anotar los intervalos de ascenso o descenso numérico del oxímetro en el intervalo del tiempo en el que se hace la medición a partir de una pinza que tiene sensores que miden el pulso del niño y en referencia a sus pulsaciones sacan la cantidad de oxígeno que el niño está consumiendo para vivir(Diario de Campo).

Justo en la esquina sur occidental de la sala esta la báscula, el lugar donde miden talla y perímetro de la cabeza de los niños. Hay también canecas de basura por colores que permiten el reciclaje de los desechos según su uso. Al costado oriental a norte y sur de la mesa de cambio hay una bala de oxígeno grande y las letras que forman la frase “Programa Madre Canguro Integral” en la pared.

En el tiempo que dura la entrada de las madres y el inicio de labores también se pone una tela azul, de material parecido al algodón pero desechable, en la báscula y en ese tiempo donde se prenden todas las luces y algunos miembros del grupo de pediatras, enfermeras y auxiliares de Enfermería se sientan en las sillas tras la mesa de los médicos a maquillarse, a poner sus bolsos y maletas en los casilleros que quedan detrás de la mesa de los médicos, al norte del lugar, allí también charlan o leen el periódico que EL TIEMPO regala a diario bajo el nombre de ADN, mientras van llegando el resto de personas que hacen posible que el PMCI camine durante el día y entre charlas de unos y otros se van escuchando una y otra vez que quien entra dice “buenos días” y todos responden al saludo.

A las 8 a. m. se abre de manera definitiva la puerta para que entren los niños cargados por sus mamás, veo que van entrando y casi sin pensarlo caminan hacia la mesa de cambio del sur de la sala, le entregan a Celmira, una de las auxiliares de enfermería, el Carné color azul o rosa, según el sexo del niño, y se ubican de oriente a occidente en la mesa todas desvistiendo a sus niños y niñas para que Celmira les llame uno a uno y mida, pese y tome nota de dichos datos en la desnudez de los bebés que son dejados luego ligeros de ropas

para que las pediatras, alguna vez un pediatra y los pocos residentes hombres, ya ubicadas/os en sus puestos, que obedecen una jerarquía donde tiene mejor ubicación y mejor perspectiva visual del lugar es quien posee más poder en términos de la experiencia en el Programa Canguro, les examine al cabo de un corto periodo de tiempo.

Al norte de la mesa de los médicos, en el mueble donde están los casilleros también hay libros en un compartimento en medio del armario. En los días recientes marcaron cada casillero con los nombres de las pediatras que hacen parte del equipo. Arriba del armario y de la mesa de los médicos hay un portarretrato, muñecos, etc., que le dan una buena apariencia estética. La mesa de las pediatras, está entre el armario y las sillas de la sala.

Colgado del techo justo arriba de la mesa de los médicos y de las mesas de cambio hay móviles que son hechos con colores que los más pequeños pueden ver con sus ojitos que por ahora solo diferencian los colores blancos, rojo y negro y que tienen como objetivo llamar la atención de los bebés durante el tiempo de consulta para poder auscultarlos más fácilmente o sencillamente distraerlos; en la pared occidente que divide la mesa de los médicos de la puerta están colgados tres cuadros, de los cuales dos son fotos de la Dr. Zita y la Dr. Nathalie con el Papa Juan Pablo II y el diploma del premio San Valentín otorgado por la Santa Sede.

Cuando es miércoles llegaban muchas mamás, más de lo usual, porque era el día de la consulta para descartar una patología en los ojos de los niños, por ello mientras las mamás van llegando y van dejando una prenda propia que marque el lugar que quieren ocupar para sentarse en alguna de las diez sillas tan largas como las de una iglesia que hay en la sala, cosa que no hacen las primeras 4 o cinco mamás porque la sala está toda libre, todo ello mientras les van llamando a consulta con el especialista.

Así mismo se abre el lugar de las vacunas por parte de una de las auxiliares de enfermería, desde estos días al día de hoy ha habido dos cambios, salió la “jefe” Martha y murió la Dr. Zita. Sin embargo, para el caso de las dinámicas del día miércoles son análogas a cuando ellas dos estaban.

Hay un periodo breve de tiempo en la llegada al PMCI que se llama “Adaptación”. La adaptación es el periodo de tiempo que transcurre entre el día que se llega al PMCI y el día que le permiten a la madre estar en la sala de manera normal por considerarse que la madre ya se le han enseñado los rudimentos para estar con el resto de las madres en el cuidado específico del Método Canguro, que no suelen ser más de un día. Si llega una mamá para “adaptación”, se lleva dentro por un pasillo corto en el cual a la derecha en carteleras de láminas gruesas de vidrio o plástico transparente, allí pegadas hay fotos de mamás canguro de Colombia y de otros lugares del mundo e incluso una foto del héroe fundador, el Dr. Rey Sanabria. Ese mismo pasillo conduce al salón de psicología.

En frente el recinto de Psicología, a la izquierda están en su orden la recepción, vacunación, la sala de adaptación que tiene tres sillas de tapiz azul al occidente, un lavamanos al norte, una nevera (existe otra nevera en el espacio de vacunación para mantener a la temperatura indicada las vacunas) dos sillas más de tapiz azul, al nor-orienté un pequeño compartimento con vidrio oscuro que da al recinto de psicología y lo hace una cámara de Gessell, que es como un salón con un espejo- el espejo se ve como tal al interior del salón, del otro lado es traslúcido y se puede ver lo que está al interior del salón; al orienté un compartimento con 16 lugares donde se ponen los documentos plegables del programa, un escritorio con tres cajones, encima del escritorio dos muñecas que son usadas para dar ejemplos sobre los bebés.

En la esquina sur orienté del escritorio hay una advocación de la Virgen María que fue regalada por una mamá en agradecimiento por lo vivido en el Programa. Arriba al norte del mismo recinto hay compartimentos donde se guardan unos cojines en forma de “u” que las mamás suelen ponerse a la altura de la cintura para tener una mejor posición en la lactancia, ya que la “u” del cojín les rodea la cintura y les da comodidad. Al sur en el mismo recinto hay también una cartelera con información algunas veces publicidad de productos pediátricos y las más de las veces es sobre cómo poner al bebé en la posición canguro. Las puertas de estos recintos son corredizas, de izquierda a derecha y de color amarillo.

Los procesos de aprendizaje que ocurren el PMCI no solo ocurren para madres y padres con sus bebés, realmente son también para las personas nuevas en el servicio, como los

estudiantes, quienes junto con las madres y padres aprendemos sobre el lugar en la medida que se ponen en uso los objetos existentes allí.

Aprender a estar en lugar es diferente para los estudiantes quienes aprenden el uso de las cosas y el lenguaje para comunicarse correctamente con las personas encargadas de los servicios poder acceder a la información que en su labor buscan, por lo cual el marco de referencia es diferente del de la madre quien está aprendiendo a cuidar a su bebe con los objetos del lugar que para ella sirven de herramientas.

Espacio, Estructura Social y Conocimiento.

Los padres- madres del PMCI se ponen en la sala de una manera particular que, de acuerdo con mi observación, está relacionada a clase social porque vi personas de características análogas relacionándose (formas de hablar, formas de vestir, los temas con los que entablan conversación), nivel educativo (académicos de la universidad, los temas de conversación que había en la sala) y tiempo de permanencia en el programa, estos se hacen visibles por su comportamiento en relación con el personal de salud y su ubicación espacial en la sala solo cuando hay una “normalización” de la población, esta es cuando las madre adquieren un dominio básico del método de cuidado

Cuando hay un nuevo curso de madres se nota porque ellas llegan nerviosas y pidiendo que no entre el aire al lugar y en una actitud que nota el temor por la vida del niño. Cuando ya tienen 2-3 semanas las madres no hacen estas solicitudes, no se ven tensas sino que ya empiezan a sobre llevar el ritmo del cuidado en el PMCI, esto es la normalización.

Con esto quiero decir que cada semana entran madres nuevas al programa y por algunos días se nota que son nuevas y no adquieren un lugar que les haga sentir cómodas en la sala, frente a las madres que ya tienen 2 semanas yendo todos los días y que al término de la primera semana ya empiezan a ocupar un lugar o lugares con mayor frecuencia y se hace posible notar ciertas territorialidades que están también determinadas por una conciencia de clase particular que actúa en la ubicación.

Es preciso notar que estas ubicaciones coincidieron con un periodo de tiempo donde la población que asistía al PMCI fue realmente diversa. Provenían de diferentes lugares del país y casi todos se ponían en la sala donde inicialmente habían encontrado una relación regional o etaria. Al volver al lugar de manera permanente la población asistente cambio y fue notorio ver que ahora la mayoría de los pacientes que asistían al PMCI ya eran habitantes de Bogotá, provenientes de otros lugares del país pero adaptados ya al modo de vida bogotano, por lo cual ya llegaban a la sala como “mirando sin mirar” y esperando a su llamado a consulta, ahora en la relación básica omitiendo la agrupación por regiones sigue ocurriendo.

Es una muestra de ello que un grupo, de entre dos y tres, madres jóvenes (29-33 años) de estudios universitarios y de estrato medio-alto ocupan las 2 últimas sillas del costado oriental. También se nota que varias mamás procedentes de Cartagena y Barranquilla, de edades disímiles, de estrato social alto ocupan las dos primeras sillas del costado oriental y que las mamás adolescentes de estrato social medio ocupan las dos últimas sillas del costado occidental, todo ello corroborado en la lectura de las historias clínicas que tuve acceso y de las cuales ya hablé en el capítulo metodológico.

Hay padres de familia que buscan ser visibles para poder exigir rapidez en la atención, y por ello se aprenden rápidamente los nombres del personal del programa, se ubican en lugares medios preferiblemente al oriente, de ello se interpreta que buscan estar en el marco visual del médico con más poder y experiencia es garantía de menor demora en la atención, es una situación repetida que finaliza siempre en la atención con una pediatra más experimentada.

Así mismo cuando los lugares están ocupados buscan nuevas ubicaciones que estén dentro del perímetro del puesto que siempre han ocupado, por ello suelen ocupar un puesto al lado y un puesto atrás. También ocurre que se reubican en el puesto que suelen ocupar en la medida que se van desocupando los lugares por múltiples motivos que pueden ser de procedimiento medico o de fin de la consulta. De esta manera van estando más cerca del lugar que suelen ocupar durante el tiempo de consulta.

La manera en que los padres-madres de familia se mueven en el espacio está relacionado con el capital simbólico que acumulan con el número de semanas en las que asisten al PMCI, ya que a mayor tiempo en el PMCI mayor conocimiento de la técnica, lo cual les permite moverse dentro del espacio de la sala con mayor naturalidad.

Hay formas particularísimas de la ubicación, sobre todo en estrato medio- alto donde en una silla donde pueden estar perfectamente tres mamás con toda la indumentaria necesaria para estar una mañana en el PMCI y logran estar solo la mamá y el acompañante. De esta manera también tienen lugar las relaciones más frecuentes en el PMCI, porque de acuerdo con la ubicación dentro de la sala se suelen dispersar o difundir costumbres.

El mito del padre trabajador sucedía en relación con la presencia del padre del bebe, la pareja (el padre de la / el bebé) de la madre. Preguntando a las madres presentes note que siempre que pregunté por su pareja me decían “está trabajando” y luego, cotejando la información con lo escrito en la historia clínica note que eran separadas ya por que en efecto se había deshecho la sociedad conyugal o ya por que esta nunca había existido, por lo cual decir que el padre trabaja era la manera de ocultar su ausencia, a ello lo llamo “el mito del padre trabajador”.

Mediante el Mito del Padre Trabajador se legitima lo que Simmel (1986) llama la comunidad de sexo que es en el parentesco lo que llama Virginia Gutiérrez de Pineda (1999) la línea uterina que hace posible que las mujeres de la familia extensa se apoyen entre ellas. El mito del padre trabajador es exactamente análoga a la imagen que plantea Virginia Gutiérrez de Pineda (1999; 1964) donde lo llama “ Madre Solterismo con padre encubierto” donde la identidad del padre ausente es escondida o refugiada tras una forma común y verosímil de hacerlo que es en este caso el mito del padre trabajador. Es una forma de mantener el capital simbólico.

Esto hace que sea también del fuero femenino el ejercicio medico en el PMCI ya que todas pueden compartir o vivir, por el hecho de ser mujeres biológicas y en su construcción social de género, roles similares como la maternidad aunque no formen una familia extensa con relación a un “ego” dentro de la sala, sin embargo, debo decir también que esta posibilidad,

como lo verá adelante, es viable en tanto que la mujer acceda a las relaciones sociales que le permiten estos roles.

La mujer y el hombre, padre- madre de su bebé, aun cuando no sean pareja, se ven envueltos en una manera de estar en el PMCI que no es parte del saber experto sino formular, en términos de Giddens, es decir, que todos saben cómo estar en espera con un bebé en un lugar de atención médica, donde no frecuentemente se entablan diálogos con los otros pacientes del rededor, más es justo decir que aquí que si es posible tal porque los bebés son sujeto paciente y los padres se conocen por haber estado en espacios de servicio médico antes del PMCI.

Un lugar como la sala del Programa Madre Canguro hace que sean visibles los eventos en apariencia obvios de la trayectoria de los pacientes, sin embargo, tales eventos logran expresarse y se hacen comunes a todos los padres – madres por lo cual esta fase de la trayectoria se hace una condición.

La gravitación hacia el Programa de algunas madres que incluso han hecho empresa como por ejemplo ropa para bebés prematuros son la manera de mantenerse en relación con una comunidad de apoyo que se conforma de manera aleatoria en la sala del PMCI, son la manera en que la condición “madre canguro” se explicita.

Aun fuera de la sala del PMCI, en ambientes que no tienen ningún nexo con el PMCI la condición se exalta, por ejemplo, “mira, él estaba en canguro cuando tú naciste” comentario hecho en la calle al encuentro de una madre que me reconoció al pasar.

La Consulta Abierta

La tradición marca que la consulta médica es privada. Por ello se quiere decir que el acto de ir al médico es un hecho que ocurre con un cierto halo de importancia donde se llega al lugar donde este se encuentra, normalmente, en un hospital- clínica, donde uno se presenta a la secretaria quien es alguien que comunica la presencia del “paciente”, el nuevo sujeto “paciente” espera un tiempo en una sala que las más de las veces tiene televisor o/y revistas

que hacen menos larga la espera. Aunque alrededor del nuevo “paciente” haya más “pacientes” eso no implica la relación con ellos que son, por sobre todo, extraños a uno.

La Consulta Colectiva es la manera en que transcurre la atención médica en el PMCI.

Los padres y madres al llegar a la puerta del PMCI lo primero que ven es una sala llena de gente, calurosa, con enfermeras revoloteando alrededor de las sillas, con estudiantes de psicología entrevistando madres, con padres de pie en los muebles que son parte del lavamanos y de las mesas de cambio, con bala de oxígeno algunos y cuando ven a la mesa de los médicos, ven cinco pediatras atendiendo a cinco madres con su bebé y algunas veces ven no solo cinco pediatras sino siete porque hay dos residentes de pediatría y en algunos casos hasta nueve porque están los residentes de pediatría más los médicos de otro país o de otra región de Colombia aprendiendo cómo se examina un bebé canguro, y para colmo, ven que la cantidad de público antes de disminuir aumenta con el transcurrir de las horas y solo llegando el medio día empiezan a quedar sillas libres y solo pasado el medio día quedan 5 ó 6 madres con sus niños en oximetría.

Se llama “colectiva” porque es la consulta que agrupa padres- madres en torno a un mismo tipo de cuidado con los médicos aunque esta ocurre de manera individual. Se llama colectiva también por que los padres obtienen de manera directa, con los médicos y enfermeras, reporte del proceso curativo de su bebé y de manera indirecta, de oídas o por compartir en la mesa de los médicos con otros padres en consulta al mismo tiempo que ellos.

Sin embargo esta información queda disponible para todos los padres, para todos los médicos, para todas las enfermeras, para la psicóloga y trabajadora social y para todos los estudiantes que allí conviven, por lo cual la consulta es abierta, fue la extinta Dr. Zita quien me dijo alguna vez que era como estar “al aire” porque todo lo que se decía y se hacía en el tiempo de consulta es visto y oído por todos, más es conocimiento experto.

En un consultorio normal hay un escritorio con sillas, una camilla y algunos elementos de conectividad que permitan cuidados de mayor grado de complejidad.

La médica, que usa una bata blanca encima de un vestido de uso formal común o un “overol” de color verde o azul y lleva alrededor del cuello, colgado, un artículo largo que tiene, colgando en el hombro izquierdo unos “audífonos” metálicos y colgando en el hombro derecho una caja de forma redonda, superficie lisa la mayoría de veces de color blanco en la parte interna y que por la parte externa tiene una especie de mango metálico, como el resto de la caja antes descrita.

Los “audífonos” están conectados a la caja por dos “cables” huecos algunas veces de color negro y otras tantas de colores diferentes. Tras uno se cierra la puerta de este lugar apartado de la sala de espera y tras conocer datos particulares (nombre edad, sexo, ocupación, lugar de origen, procedencia) de manera jovial inicia con un “cuénteme, que lo trae por acá” o locuciones similares que hacen que el sujeto “paciente” cuente una historia de las posibles causas que le llevan a pensar que algo atenta contra su vida (Cediel 2008).

En la lógica de la consulta privada se supone que el paciente debe acceder a contar todo cuanto le pasa sin temor, se supone que el médico crea la atmósfera para ello por lo cual dice Cediel (2008) «la primera obligación de aquel es hacer que su paciente se tranquilice y se sienta confortable, pues de lo contrario será un informador poco digno de confianza» que en el plano de la consulta abierta el mismo contexto de la sala debe hacerse a la atmósfera que permita al médico el conocimiento de la vida “privada” del paciente.

En el PMCI todo ello ocurre salvo las excepciones por ejemplo, hay una mesa para todos los médicos, no hay división entre médicos ni consultorios, no hay sino que las historias son aleatorias a los médicos motivos por el cual cualquier médico puede ver a cualquier niño y su historia ya es conocida por el grupo por que el padre-madre de familia ya se ha entrevistado con la psicóloga, con las enfermeras, con las-los estudiantes luego el caso ya es familiar a todos por lo cual la consulta no es el periodo de tiempo en el cual habla directamente con el médico sino que la consulta es todo el tiempo que una madre pasa en el lugar con su hijo.

En este sentido anotaba la Dr. Laura Sarmiento, quien hacia su rotación por el PMCI como parte de su especialización en pediatría, haciendo una comparación decía que «La consulta en San Ignacio es de 20 minutos, es ágil, se trata de abarcar la mayoría de temas posibles,

se dan instrucciones para el manejo de los niños en casa. En Engativa la consulta es más rápida de 15 minutos, se abarca la patología aguda y muchas veces no se alcanzan a dar recomendaciones generales para casa» (Laura sarmiento, Comunicación personal escrita vía Correo electrónico; 1/03/09)

En esta relación, las estudiantes de psicología que hacían práctica en el PMCI en los días de enero-junio de 2009 hicieron una encuesta para conocer las madres que pensaban de la consulta abierta y sus motivos.

Las madres respondieron que la consulta abierta se hace “para que las madres nos ayudemos”, para ver y conocer la experiencia de otras familias, por la necesidad del PMCI hacia las madres para que aprendan lo mismo y apoyarse entre todas a recibir ese aprendizaje, para buscar el intercambio de experiencias y aprendizajes con otras madres, porque son muchas madres y ahorra tiempo y para que el aprendizaje sea más avanzado

Llama la atención de las encuestas vistas que la segunda respuesta fue por la que las madres más optaron, cosa que cobra sentido cuando se evidencia que la identidad en el PMC se logra producto de la identificación con otros padres de familia cuyos hijos viven también el nuevo modo de cuidado particular para sus bebés y crean, como ya fue dicho, narrativas sobre eficacia y eficiencia del método aprendido en sus hijos.

Una Sociedad Post- Tradicional

Quiero hacer aquí hacer un corte. La sociedad Tradicional es la sociedad que basa su uso en la tradición, para lo cual defino tradición como practicas, símbolos y conocimientos que se transmiten los seres humanos de generación en generación y suelen a aumentarse, disminuirse o perderse con el tiempo.

Es en este espacio donde vale la pena recordar el concepto de “Sociedad Post tradicional” que formula Anthony Giddens (1996; 1997). Tiene lugar ya que se trata de la relación de identidad de las madres que se ven a sí mismas como madres en relación con un saber

experto aprendido y que resuelve para ellas la maternidad como práctica según lo que los médicos dicen.

Se trata de una sociedad post-tradicional en el sentido de Giddens (Giddens 1996; 1997) es decir, como los conocimientos transmitidos desde las generaciones anteriores son vistos de manera peyorativa aun cuando daban soluciones a la realidad en la que fueron creados. Fueron reemplazados por nuevos conocimientos que tienen su amparo del conocimiento experto a través de las instituciones como la escuela, el hospital y las instituciones que conforman el estado, que son las que permiten saber “el orden de las cosas”.

Ello es parte de la Consulta abierta, pero quisiera ahora mismo ahondar en la sociedad post tradicional.

Los mitos, afirma Levi- Strauss, son considerados reflejos de la estructura social referida a tiempos pasados pero de manera simultánea al presente y al futuro, estos ofrecen explicaciones de hechos de la realidad en el contexto en que estos se forman y adquieren sentido cuando son narrados (Lévi-Strauss 1968)

Al considerar que un conocimiento tradicional no responde a las necesidades que los grupos humanos consideran resueltos se recurre a otro acervo de conocimientos que si responda al problema y crean, para este caso, un método de cuidado y un tipo de maternidad que pone los conocimientos tradicionales en función de los nuevos conocimientos. Por ello, en el PMCI, medicas y psicólogas usan la palabra “mito” para designar los conocimientos antiguos que ya “no solventan” la realidad que los nuevos conocimientos sí. Esta es la distancia entre conocimiento común y conocimiento experto, mediado por una categoría más, el riesgo.

El concepto de riesgo son la serie de sucesos que no son predecibles desde el conocimiento experto, por lo cual se deja un margen porcentual a que las posibilidades de que algo ocurra sean.

El riesgo es la distancia que existe entre el conocimiento de una sociedad post-tradicional y una sociedad tradicional, en la primera no se sabe el desenlace de cada practica, como la

maternidad, en la segunda el riesgo no existe, el mito narra cómo debe hacerse cada cosa (Giddens 1996; 1997).

De este modo también los roles sociales que se consideraron como lugares de saber fueron abordados por formas de conocimiento experto siendo vistos como parte de su objeto de estudio, es decir, la maternidad se abordó en tanto que implicaba unas prácticas de cuidado que fueron consideradas propias de la medicina.

El conocimiento experto da en procesos históricos ligados a condiciones políticas, económicas y sociales (Bourdieu 2008) que hace posible su ascenso, este es el caso del conocimiento de las parteras en Antioquia (Restrepo 2006) y que a principios del siglo XX se tradujo en la coexistencia de parteras y médicos donde las primeras atendían los lugares sociales pobres y los segundos a su contra parte: la élite.

A pesar de ello, en nuestro caso, en el PMCI la existencia de la sala y la consulta abierta permite que se revelen las tradiciones cotidianas de cuidado no médico a los bebés y que se resalten o se problematicen roles como el de las abuelas y abuelos o creencias que para la medicina pueden tener no solo poco valor científico sino incluso poner en riesgo la vida de los niños (Diario de Campo).

Así mismo pone también el lugar para la creación de relaciones de diálogo entre médicos y pacientes donde los múltiples conocimientos sobre el cuidado de los bebés son conciliados aun cuando el papel “madre”- “Padre” al interior del Programa Canguro está basado en la práctica de la técnica.

Esto se ve contradictorio porque deja planteado de manera crasa que el acercamiento es casi imposible, es parte de la realidad de la disputa del conocimiento en el PMCI y nos devuelve al concepto de riesgo.

La legitimación del médico está en que solucione los problemas de natalidad para casos particulares para los cuales los conocimientos tradicionales no respondían y muestra de ello el gran número de abandono de niños prematuros y/o de bajo peso al nacer que hubo en nuestro país (Charpak 2006) por lo cual la intervención del Dr. Rey con su idea de

maternidad disminuyó la cantidad de abandonos en virtud de la incorporación de la madre al cuidado.

El “riesgo” (Giddens 1996; 1997) se plantea en la existencia de la posibilidad de que los “nuevos conocimientos” no sean acogidos y esto representa una amenaza a quien no los aplica ya que las instituciones reguladoras exigen que tales saberes sean aplicados, por lo cual para nuestro caso la familia se vuelve un problema de las instituciones que conforman el Estado, muestra de ello es la continua intervención al núcleo familiar por parte de la institución amparada en la ley, es el papel de la trabajadora social confirmada por la psicóloga frente a las condiciones sociales consideradas “Factores de riesgo”.

De otra parte, “Los factores de riesgo son para ellos [El Programa Madre Canguro] las posibilidades de apoyo social que tienen las madres, la conformación de familias, posibilidad de empleo, de afecto, de alimentación, sonidos, etc.” (Diario de Campo).

El Libreto Social

Es esta una sociedad pos-tradicional, como lo afirmé antes, por que las instituciones son las que crean y configuran las conductas que conforman el “libreto social” (Giddens 1998) que los individuos deben cumplir y para ello existen disciplinas académicas que pueden dar cuenta como el trabajo social y la psicología.

Por ello sirve como documentación a tales disciplinas académicas los certificados de nacido vivo y el registro civil ya que en ellos se plantea la existencia de relaciones de parentesco que exigen que los individuos actúen de acuerdo con la relación que el documento describe hacia por parte de los sujetos hacia “ego”.

Dentro de las prácticas sociales es claro que los sujetos cuya relación parental es descrita por el nombre de “padre” y “madre” deben alimentar a sus hijos, por lo cual el estado es garante.

De ello que lo que algunas corrientes en salud llaman “medicalización” de la sociedad es, para mí, una forma de nombrar una cara de la sociedad post-tradicional que es la del

ingreso de la medicina a realidades como el cuidado, las relaciones de parentesco, el deporte, la apariencia física de las personas, la dieta, el descanso, la reproducción, la maternidad, etc.

La medicina (como ciencias de la salud) y la psicología (como la ciencia de la conducta) empieza a ejercer su papel de “guardián de las conductas buenas para todos” y en ello la maternidad se vuelve un lugar importante porque asegura una forma de sobrevivencia de una franja importante de la población, «La medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable.»(Illich 1976).

He aquí la distancia entre la institución y los padres. Cuando las personas que están al lado oficiante de la mesa médicos, es decir, los médicos, no comprenden o no tienen los habitus de la población asistida se configura una distancia impermeable que basa en la distancia del lenguaje y la práctica(Elias 1990).

El ejercicio del cuidado, porque es en esta distancia en que surge la “objetivación” entendida como la separación en el punto de vista que se hace del sujeto paciente, ya que el sujeto paciente solo es “paciente” para quien no entabla por el ejercicio de su habitus ninguna relación de parentesco con el sujeto paciente, por lo cual puede verlo como ajeno a sí (Elias 1990).

La adaptación de los padres, la realidad de las madres y las nuevas prácticas de puericultura son de manera gruesa los factores que permiten la creación de una identidad donde los saberes aprendidos siempre se recrean en términos del lugar donde se han aprendido y que se adhieren a la biografía familiar, sin embargo no sabemos si los padres son totalmente fieles a la técnica en sus casas, esta es la opacidad de este trabajo y es esta situación la que marca una distancia notoria porque, como bien lo escuche de la Dr. Martha Cristo, Psicóloga del PMCI, alguna vez, el PMCI es un laboratorio y cuando los padres llegan al PMCI lo cierran todo para que nada impuro entre, pero cuando salen del PMCI recuerdan que el viento existe, que el calor y el frío existen y ello les hace tomar o crear nuevos usos para responder a las condiciones no contempladas.

La identidad en términos parentales se da porque los padres y las madres del programa se identifican con un tipo de cuidado particular que surge de la relación directa con su hijo, realidad que ocurre en el PMC con base en el cuidado del bebé que al ser particular la realidad del niño toma más tiempo y mayor cantidad de precauciones que hace al hombre participe en tanto poseedor de habilidades y rasgos de personalidad que lo hacen complementario a la mamá.

Así es el Programa Madre Canguro, esto fue lo que vi cuando llegue y en el tiempo en que estuve allí, tiempo en el cual yo también aprendí muchos de los cuidados de las madres y de los médicos, incluso encontrándome con amigas del Movimiento Scout y cargando en posición canguro a sus bebés.

La Maternidad Más Allá De Lo Biológico, Un Saber.

Quiero contarle ahora, para introducirlo a esta parte del trabajo, que un profesor durante la presentación de mi proyecto para hacer este texto dijo que este, mi trabajo de grado, debería aportar a la discusión sobre el parentesco y la familia ya que históricamente la familia, lo nota Levi Strauss en su tesis de Doctorado que parodia en el título un texto de Durkheim, Las formas Elementales del Parentesco, que la nucleación familiar se basa en la diada madre e hijo.

Esta parte del texto no es, ni mucho menos la respuesta a lo que el profesor sugirió porque esto hace parte de mi genuina inquietud, más, es cierto que la relación madre-hijo es importante para entender y poder responder la pregunta que enuncie al inicio de mi trabajo de grado, ¿Cómo tienen lugar las disputas de los diversos capitales alrededor del conocimiento común y el conocimiento experto en el Programa Madre Canguro?.

La maternidad, no tengo duda de ello, es una forma de conocimiento. Es una forma de conocimiento que responde a situaciones particulares y hasta tiene un fin, sin embargo no existe una Decanatura de la Facultad de Maternidad, aunque sí muchas publicaciones sobre

ello. Y en calidad de conocimiento hay que decir que es aprendido y es transmisible y responde a un fin. Pero su único “pero” es que no es replicable, no es un “pero” menor para las ciencias.

Y digo que no es replicable en el sentido “científico” de la práctica, esta no está avalada por el método científico, los conocimientos maternos funcionan pero tienen la discrecionalidad de la tradición misma, es decir, al agua de canela le pueden poner, según quien lo narre, más o menos componentes para la infusión.

En virtud de lo anterior le pido no pierda de vista esta parte del texto bajo la promesa que el texto que le sigue a este definiré lo que considero es la maternidad en torno a los capitales. Más, es tiempo ahora de describir lo que he visto sobre la maternidad para poder llegar a lo otro.

Quiero notar también que yo, como lo leyó en el texto correspondiente a la metodología, no he tenido hijos aun, por lo cual lo que sigue es fruto de mi experiencia en la observación.

La Madre Hermeneuta sin leer a Gadamer.

«(...)a los chicos hay que decirles siempre la verdad, hay que explicarles las cosas, darles a entender los motivos, las razones que tienen las cosas, porque después de todo, los chicos, aun los más pequeñitos, son seres pensantes casi podríamos decir que son seres humanos.»(Sic) (Les Luthiers; 1979).

La vida de los niños se remite al pensamiento adulto sobre ellos «Puesto que la vida de los niños está marcada por sus experiencias como sujetos subalternos, una antropología centrada en ellos daría luces sobre las prácticas de poder en las interacciones cotidianas y sobre cómo construyen conocimiento en aspectos como las iniquidades sociales, el parentesco, la religión o la migración.»(Duque; 2008; 288).

La madre...la madre responde a llantos, sonidos, balbuceos y en todos los casos, al cabo del tiempo, es efectiva. ¿Pero cómo? Ciertamente es que lo logra, soluciona llantos y balbuceos sin

dudarlo, pone remedio a lo que debe sin pensarlo dos veces y todo es un ejercicio de interpretación.

La madre es hermeneuta al bebé. La maternidad no es un capital social per se sino que es, como todos los capitales, relacional, es decir está marcado por el rol de los otros entre los cuales está el bebé.

El bebé es quien permite que las habilidades de la madre en cuanto rol social surjan. Quizá, el rol biológico de la madre está marcado por una posibilidad de todas las mujeres elijan o no la posibilidad de ser madres que es la fecundidad. Pero las habilidades están marcadas por otro receptor de las prácticas que la mujer que acepto ser madre. El bebé es la persona a quien la madre interpreta, es la persona de quien la madre intuye y logra intuir.

En esta dinámica de relación, donde la madre es responsable y protector. Se podría ver al niño como agredido por ser desnudado, medido, pesado, datado - objetivado, incluso comparado frente a una curva de crecimiento en un plano cartesiano, para que en la mesa de los médicos el niño logre alterar todo el dispositivo que fue creado pensando en él, se trata de una realidad que es constitutiva de la disciplina medica, el niño es agente del lugar, tan lo es que si no hubiese niños en la sala todos los adultos no tendrían razón por la cual estar allí.

El papel de la madre está enmarcado en unas costumbres que la sociedad ha creado sobre el matrimonio, entendido como la creación de sociedad conyugal entre un hombre y una mujer. Se trata de mujeres y hombres que producto de encontrarse en las edades aceptadas socialmente para conformación de la pareja estable y permanente se “encuentran” y coinciden en dicho proyecto común y deciden, más allá de los procesos propios de las conductas de cortejo, la convivencia permanente por encontrarse idóneos el uno al otro para conformar una forma conjunta de habitación o no y sin embargo a partir de la cual se ejercen deberes socialmente prescritos.

Frente a esto, tuve la oportunidad de conocer una madre lesbiana en el PMCI, por lo cual la condición de “madre” es la aceptación de una dimensión particular que no surge por el intercambio matrimonial per se sino por la aceptación de la dimensión personal de la

capacidad biológica de procrear y en virtud de la misma las prácticas que la sociedad cree son parte de ella.

Es parte de la vida de las madres el aprender a identificar a sus bebés y es muy interesante ver que las madres tienen un marco de conducta particular sin relación aparente. Recuerdo que cuando llegue a la sala del PMCI me senté en una silla de las que están dispuestas para estar allí y yo que tenía que ver que ocurría allí y que al día de hoy no tengo hijos empecé a ver y a escuchar cosas a las que yo no reaccionaría. La sala es un lugar donde en medio de llantos de bebé prematuro, que tiene la particularidad de ser más agudos que los llantos de los bebés a término, vi que las mamás tienen prácticas que logran silenciar a los niños, estas prácticas parecieran casi instintivas.

Así mismo hay construcciones morales sobre los niños que permiten afirmar que el bebé no tiene sexo, aunque tenga genitales femeninos o masculinos, serán siempre amorinos (DeMause 1991) ángeles, niños asexuados y siempre a un lado de la Virgen María, en todos los claro-oscuros que de ella hay; quizá esto pueda explicar que todos los padres de familia tienen en los álbumes siempre una fotografía con la desnudez de sus hijos, que nunca más volverán a ver; esto tiene lugar en los padres- madres que vi en el PMCI.

Pero los niños también son hechos sujetos a los cuales se les habla y de los cuales las mamás viven como su compañía durante tiempo de espera. Es común ver que las madres solas en las mesas de cambio del costado oriental y del sur de la sala hablando con los niños, cantándoles, diciéndoles qué van hacer y porque, en cambio cuando están en compañía los niños se vuelven objetos pegados del pecho por medio del “marsupio de lycra” donde solo se dicen entre acompañantes “mira como tiene las manitas” y miran y describen lo que ven “sí, las tiene en la boca”, aun las madres sentadas solas les hablan a los niños y algunas hasta llevan aparatos que emiten sonido con música considerada por la sociedad como “infantil”.

Es normal que los padres tengan locuciones de perdón a sus niños prematuros cuando les hacen algo a lo que los niños responden con llanto.

Ello hace parte de la objetivación del niño y del pensamiento de los padres acerca del lenguaje de los niños. La construcción del pudor y del tabú corporal de los bebés no funciona en el ambiente de salud donde las pediatras y las madres comparten por que los niños son amorinos- ángeles y no se piensa el cuerpo de los niños desde el marco “erótico”.

Se trata también de un sentimiento que se vuelve indicador de patologías, “corazonadas” de las madres. Las abuelas dicen, evocando la ronda infantil “los pollitos dicen” que en las mismas circunstancias lloran los bebés, “cuando tienen hambre, cuando tienen frío” (Diario de Campo), es una forma de conocimiento común.

El llanto inicia y es un sonido que es por demás pegajoso a los demás bebés y es una forma de comunicación tonal cuyo tono es casi imperceptible, de pronto la mamá con toda seguridad se saca de la faja uno de los senos y el niño come, el llanto cesa, el niño suelta el pezón del seno de su madre y queda dormido, eso es un llanto de hambre.

El llanto inicia, es un sonido por demás pegajoso a los demás bebés, lo que hace que los demás bebés inicien su llanto, es una comunicación tonal cuyo tono es casi imperceptible, de pronto la mamá con toda seguridad toca el pañal del niño, se huele la mano, algunas ponen la nariz en el pañal de su niño y se dirigen a la mesa de cambio, allí abren el pañal y encuentran lo previsto, el niño tiene esfínteres eficientes, limpian sus heces secan la vulva o el pene y ponen otro pañal, el llanto cesa, eso es un llanto de pañal sucio. Doña Rosa dice que “adivina las necesidades del niño” (Diario de Campo).

El llanto inicia y es un sonido que es por demás pegajoso a los demás bebés y es una forma de comunicación tonal cuyo tono es casi imperceptible, de pronto la mamá con toda seguridad empieza a menear al bebé en sus brazos, el bebé antes, solo un minuto antes estaba apacible, sonreía si se le decía algo pero de pronto el niño rugió con su llanto, después de menearlo el niño se queda dormido, eso es un llanto de sueño.

Y no quiero pecar de ingenuo, por ello quiero afirmar que el bebé, ella o él, es agente, él puede decidir y ello se hace visible en tanto que a cada llanto hay una respuesta que se puede reducir a la locución “que tienes amor”. El niño tiene una forma de comunicación

que hace que la madre tenga por indicadores sus conductas, que aunque básicas son muestra total de que la vida del bebe transcurre. Aquí el bebe siempre es el sujeto paciente.

Pareciera evidente para ellas un marco de contexto que le avisa de qué le puede pasar al niño, pero cuando son tan pequeños el único cálculo posible es el tiempo que transcurre para la alimentación que es cada dos horas y lo recetado por la pediatra, es decir, este último no es un conocimiento que surja estrictamente de la madre.

Las madres conocen a sus hijos mediante la observación, este conocimiento dicen las abuelas si existe, muchas veces en el transcurso del trabajo de campo me decían que ellas adivinan, otras que sabían a manera de intuición y en los días en que ya escribía este texto llegaron a afirmarme que se trataba de una diferencia tonal que es mayor cuando es de hambre, por ejemplo. Si el referente es que cuando tiene hambre es un llanto muy fuerte y asociado a la búsqueda del pezón de uno de los senos de la madre, digamos que el resto es establecer las tonalidades inferiores para marcar el cólico, el pañal sucio y el sueño.

Por ello la maternidad no es un instinto sino un conjunto de relaciones sociales y prácticas que la componen y que se adquieren en las relaciones de parentesco y que pueden ser aceptadas o no, donde para el PMCI ser madre es lo anteriormente dicho más el manejo de la técnica del Método Canguro.

Es común ver en la mesa de cambio, al sur de la sala, al lado de la báscula y el medidor de talla, mamás primerizas con sus madres aprendiendo de ellas y hasta preguntando sobre la interpretación del lenguaje tonal de llantos de los bebés; las abuelas, quienes dejan al frente del recién nacido a la madre observan lo que hace la neo-mamá y a menos que esta se esté haciendo un lío o que no esté logrando la interpretación correcta del llanto o incluso que no esté lactando de la manera correcta desde la tradición social será corregida por la neo-abuela, en relación de “ego”. Incluso la abuela dará medicaciones que solucionan coyunturas menores surgidas de súbito aun en la sala del PMCI.

Si la mamá no hiciera todo ello sería considerado anormal su actuar ya por la Psicología o ya por el Trabajo Social que vería una estructura social disfuncional.

Y se vería contradictorio pero se trata en una sociedad post-tradicional en la cual la tradición no es transmitida por los sujetos sino por las instituciones, allí tienen su mirada condenatoria las disciplinas.

De otra parte, parecería un gazapo teórico decir que la interpretación tiene o puede tener lugar en un marco estructural, sin embargo quisiera notar lo siguiente:

Los *habitus* son formas de conocimiento, los saberes formales e informales alimentan *habitus*, estos saberes otorgados por la estructura en virtud del capital que cada sujeto tiene en el ejercicio de su rol por lo cual usa sus conocimientos como marco de referencia de la estructura y la interpreta en la medida que su capital se lo permita, todo ello manteniéndose dentro de la estructura, por lo cual los conocimientos sobre maternidad son adquiridos de manera diferente por una mujer con capital “madre” que por una mujer con capital “estudiante” aunque los conocimientos sean los mismos, ello les hará tener una movilidad diferente en la estructura.

Los conocimientos alimentan *habitus*, conocimientos que le permiten al sujeto moverse dentro de la estructura en virtud de todos los capitales, es decir un sujeto tiene en sí capital cultural, capital social, capital simbólico y sus *habitus* en este ejercicio su movilidad esta en virtud de sus conocimientos y de cómo aplique estos al interior de la estructura, por lo cual no es un gazapo el lugar de la interpretación en la estructura.

De Embarazada A Madre Prematura: La Creación De Una Condición.

Para comprender la maternidad en el PMCI es necesario comprender el proceso de finalización del embarazo extra útero. En el PMCI se habla de parto pre-término cuando biológicamente este se da antes del promedio de semanas académicamente pactadas en los protocolos que corresponden a un parto normal, es decir, entre las 36 y las 40 Semanas (Cf. Diario de Campo). Quiero notar que el parto-pre término es la construcción de una patología relacionada a la madre (OMS 1970; 1976) donde la extracción del niño es la consecuencia, y la irrupción al orden psicológico es la realidad que se “enmienda” con la

posición canguro hasta el día en que el bebe habría de cumplir las cuarenta semanas de gestación.

Es la ruptura de un orden médico- mitológico que designaba que los bebes humanos nacen todos a los nueve meses de ser concebidos. Todos sabemos por conocimiento común¹² que los bebes humanos tardan 9 meses en nacer, desde el momento en que se presume su concepción, cuando un bebé nace antes y no hay razón aparente que dé cuenta de la lógica de este hecho se está rompiendo el mito.

El proceso de adaptación parte de la educación de las madres en el Método Canguro. Se trata del ingreso a una sala especial con su bebé y con su acompañante. En ella, la Madre, se viste la lycra que sirve de sujetador del bebé y que rodea la madre, como lo comente al inicio del texto, y pone por primera vez el niño/a en posición canguro lo que le permite acceder a la lactancia de los bebés canguro aconsejada como la mezcla de lactancia materna exclusiva y a la posición corporal del niño en posición canguro.

“Educación, educación, se educa a la mamá con respecto a los cuidados a la lactancia, a la posición y sobre todo siempre (...) estamos en continua educación las charlas que se dictan no se realizan para una sino para todas, realmente es una guía” (Yuliana Ortiz, enfermera, Entrevista, Junio de 2010).

Ayuda a esta realidad que los horarios son difusos aunque hay un orden que solo es posible ver cuando se conoce que el libro general de citas está dividido en cuatro partes por usos horarios: de 8 -10 a.m., 10.a.m., a 12 m., 12 m – 2 p.m., 2 p.m. – 5 p.m. y que en días recientes se ha buscado que sea un poco más rígido para mantener un orden de consulta.

Del cual en principio solo pude ver bien las relaciones sociales del horario de la mañana por ser el más congestionado, con los días pude ver el uso de la tarde y es menor la asistencia de pacientes. El tiempo mínimo que una mamá estará con su niño en la sala es de 40 minutos por que el niño no tenga mayor complicación en concepto médico, el tiempo máximo podrá ser de toda la mañana esperando que el niño se duerma para tomar una oximetría o sencillamente porque la mamá se siente acompañada en la sala con otras

¹² Que en algún momento tuvo que ser probado por parte del conocimiento experto

mamás y con las medicas y por eso opta por quedarse. Los niños vienen a control en estas temporalidades

1. Cuarenta semanas
2. Mes y medio
3. Tres Meses
4. Cuatro meses y medio
5. Seis meses
6. Siete meses y medio
7. Nueve meses
8. Diez meses y medio
9. Marcha (entre diez y quince meses)

<p>Oxigeno Dependientes:</p> <p>Cada 8 días a oximetría</p> <p>Cada 15 días a control</p>
--

En ese tiempo es muy frecuente que se encuentre con dos o tres mamás que conoce ya por que se han visto en otros horarios o por que compartieron tiempo en la UCI o por que asisten casi siempre en el mismo horario y empiezan a contarse los primeros días su historia del embarazo de la cual hay puntos comunes que enumero: 1-) han tenido preeclampsia, 2- han roto fuente antes de tiempo por medio de goteos o súbitamente, 3-) han estado hospitalizadas durante el embarazo por asuntos de otro tenor medico que hacían inviable el embarazo y ponía en riesgo la propia vida. Luego se cuentan que el niño estuvo en la Unidad de Cuidados Intermedios o Intensivos y cuentan sus avances y luchas dentro de la hospitalización usando un lenguaje que va entre lo coloquial y lo técnico. Finalmente se cuentan cuando les dijeron que estarían en el Programa Madre Canguro y recuerdan el primer día.

Las hermanas, las primas y hasta la mejor amiga, la familia extensa de línea uterina, como la llama Virginia Gutiérrez de Pineda(1999), asisten mas por afinidad hacia los niños, hacia el niño de su hermana, prima, amiga que es neo-mamá o que ya lo ha sido antes pero que

necesita ayuda. Un agravante a la relación de las mamás es que, aunque no sean primerizas, un niño prematuro requiere de más atención que un niño “a término” y esta realidad les asusta y por ello deben que re-aprender los cuidados en el caso de las no primerizas y aprender con meticulosidad en el caso de las neófitas. Por ello cuando asisten las personas diferentes de las experimentadas, es decir, a las abuelas, en el caso de las mamás que van acompañadas es porque ya hay un manejo de los cuidados de un bebe prematuro.

En el caso de las mamás que no van acompañadas y ya hay manejo de los cuidados es común ver que llevan a sus hijos mayores, si los tienen.

Si bien el cuerpo de la mujer y en general los cuerpos cubren una categoría con otra según el contexto, me refiero a que en la condición de paciente el cuerpo se objetiva y solo cuando se sale de un consultorio médico vuelve a sí la intimidad que marcan los diferentes sistemas de identidad y *habitus* que le corresponden al cuerpo, como por ejemplo la vida en pareja, como el pudor, etc.

Aquí, en la práctica marcada por el método canguro el uso de la posición “canguro” es el Capital Social maternidad que si bien esta dado en términos de las relaciones de parentesco, aquí cambian, y estas se dan en términos de una relación social por la cual se puede llamar “madre” a quien carga entre su pecho al bebe, que no es estrictamente la madre biológica aunque esta coincida en la mayoría de casos.

Aquí llevar el torso con solo la faja lycrada es la base a la conducta que debe llevar y la cual debe vivir una madre canguro comprometida. Entre mujeres llevar a la vista los senos no representa mayores inconvenientes, pero, cada madre trae los primeros días al padre de su bebé, casi siempre pareja y entonces se pone en juego una masculinidad que las mujeres presumen pero que en la práctica no ocurre.

Al pensar el hiper erotismo de los hombres da por dado que las miradas se dirigen a los senos, en cambio, cuando se da por dado que los hombres respetan y no ven de forma “hiper-erotica” la práctica de los senos descubiertos, el hombre no es hiper erótico.

Esta realidad técnica está marcando con claridad que la maternidad se refiere a prácticas de cuidado, “el amor de madre” es un hacer cotidiano, no tiene nada de simbólico ni de

instintivo, y, aquí, cuando vemos que se trata de la maternidad como un dominio técnico es donde podemos afirmar que ocurren ritos de paso, que estaban fuera de la institución médica, que marcan relaciones de parentesco en lugares de saber experto, es, sin duda una sociedad post-tradicional.

Al estar dentro los ritos de paso que estaban fuera, la fase de separación por ejemplo, que era de fuero femenino, se convierte de fuero médico sin importar el género de quien lo ejerza sobre la mujer.

La definición de rito que da Levi Strauss (1968) en Antropología Estructural es, grosso modo, un hecho que ha ocurrido, ocurre y ocurrirá, y, frente a esta manera de ver el tiempo en una práctica particular también está que la maternidad, es decir, el nacimiento de un niño y la asunción a los deberes sociales de la mujer que se puede identificar biológicamente como progenitora.

El “requisito” para poder ser madre canguro se debe tener una trayectoria frente a la medicina como el ámbito creador del mito que explica la nueva condición. Las mujeres llegan a PMCI con una idea de una “mala conducta” de vida que marca la ruptura del mito biológico de la gestación, todas las prácticas de la vida cotidiana recaerán como causantes del parto antes de tiempo (Diario de Campo). Bajo la realidad de la multi-causalidad del embarazo prematuro está también la ruptura del mito científico porque todas las mujeres que llegan al PMCI han pasado por controles pre-natales y la mayoría ha tenido partos de urgencia.

Las madres encuentran como una falla médica que no se pueda prevenir un parto prematuro (Diario de Campo). Las marcas de la falla de la ciencia están relacionadas a los síntomas que no son detectados por los médicos que las atienden en los procesos anteriores, los síntomas son: goteo de líquido amniótico como si fuera un goteo urinario, ruptura prematura de membranas, entre otros.

El hospital, la clínica, es un espacio que parece escondido o cerrado, por lo cual y ligado a la experiencia que antecede la llegada al PMCI los familiares de los padres llaman

continuamente para conocer información sobre el bebé, es como si se tratara de un lugar mágico o del triángulo de las Bermudas.

La maternidad tiene una visión instrumental para el personal de salud en tanto que presenta en la asunción del rol un orden social funcional donde la madre biológica se hace madre socialmente reconocida si hace todo lo que una “madre” hace más la técnica canguro. Las madres alimentan a sus hijos, las madres procuran el aseo de sus hijos, las madres cuidan el sueño de sus hijos, las madres cuidan las enfermedades de sus hijos y aun así hay funciones que también son parte del padre y de la abuela o de cualquier otro libreto social disponible en nuestro sistema de relaciones.

El cambio de la maternidad cotidiana a la maternidad de Canguro es notorio porque se trata del aumento de los cuidados a los bebés ya no por el hecho social de ser frágiles sino por el hecho médico, agente de sociedad pos tradicional que lo confirma, lo que termina haciendo que las formas de cuidado se hagan particulares haciendo notar que la nueva puericultura(Charpak 2006) que surge como respuesta a la condición prematura y el bajo peso al nacer sean la nota característica de la distinción de una madre - de un bebe médicamente normal de una mamá de un bebé Canguro.

La creación de los nuevos libretos sociales están enmarcados en el uso de los conocimientos expertos como funciones designadas, alimentar al bebé con leche fórmula, cambiar los pañales al bebé de un modo particular para que no tenga traumatismos, bañar al bebé de un modo particular, “como dicen las doctoras”.

Es un diálogo, no se puede negar, más es un diálogo que plantea una forma de conocimiento sobre otro, aun cuando la intención de los médicos y el personal de salud no lo sea. Los roles se marcan en un conocimiento que surge de la convivencia y la observación del bebé por ello es interesante cuando afirma la Dr. Eleonora que “un papá pilo dice “algo no me gusta del color, como que o... come bien, es mejor un papa inquieto que pregunte a un papá dormido que acepte todo y que a todo diga que si” (Eleonora Pineda, Entrevista, julio 2010).

En esta creación de roles en las que el diálogo tiene lugar las madres adolescentes también se hacen en su lugar aunque su edad no lo permita, para ello la maternidad adolescente se legitima por la madre de la madre.

Es bien particular que las madres adolescentes y jóvenes que tienen hijos de manera inesperada, es decir, sin haber cumplido los mínimos requerimientos sociales que son un verdad formular (haber terminado el pregrado, empezar a trabajar y ser neo local, haberse casado) (Diario de Campo) deben legitimar que están dispuestas a asumir el habitus del capital social que adquirieron en virtud de las formas biológicas y sociales por las que accedieron a la reproducción.

En este sentido, las relaciones sexuales con fines reproductivos antes de los 25 años, según las abuelas con las que hablé, están mal vistas y surge la necesidad de buscar el modo de estar en igualdad de condiciones sociales y por este motivo las madres adolescentes alteran todas las formas culturales que son reconocidas como juveniles para asumir las formas reconocidas como maternas como obligaciones económicas, sociales (como la convivencia en pareja) y de lenguaje (como la referencia al padre del niño como “esposo”, si lo es) estas particularidades consisten en vestir ropas que sean usadas por mujeres mayores a ellas, el uso de maquillaje en imitación a la maternidad y solo ocurre con las mujeres, los hombres jóvenes padres de un niño no adoptan este tipo de mimesis, dentro del marco de los libretos sociales que para una joven marca ser “adulto”.

Las madres de las madres empiezan a cumplir un papel particular en esa situación. Las madres no planeaban el embarazo luego es accidental y por tal motivo no ven la “gravedad” de la realidad, es decir, sus prácticas no hablan de la disposición a la maternidad.

Esto a sus madres les parece terrible y es por eso que salen a relucir las realidades estructurales que marcan el yerro (Diario de Campo). Las madres de las madres lo narran como algo verdaderamente problemático porque de alguna manera existe en las personas la idea de que los bebés vienen al mundo en virtud de la unión conyugal, preferiblemente de rito religioso, y que en este contexto se conocen las responsabilidades propias del adulto para los roles como el de “madre”.

Pero contrario a lo que las madres de las madres piensan, las madres acogen el rol de manera progresiva pero clara. Cómo se ve eso, pregunta usted, pues bien, eso se ve en términos técnicos en el PMCI. Cuando una madre conoce a su hijo y se interesa en él eso se manifiesta por el tipo de dialogo que tiene con la pediatra y con las enfermeras en el uso de la técnica canguro. Una mamá es buena madre cuando cumple cuidados y pregunta por la curva de crecimiento y el Synagis, de la psicología, etc. Es un movimiento uniformemente acelerado que inicia en la conciencia de ser madre biológica y verse abocada a la realidad social de lo biológico y que termina en el habitus en ejercicio y se desarrolla de acuerdo a la urgencia social de este.

El aprendizaje del rol materno, donde, sin importar la edad de la madre vienen a acompañarla mujeres cercanas a ella que puede ser desde la madre, pasando por la hermana y la prima hasta llegar a la mejor amiga, como lo dije antes. Cuando es la madre quien acompaña, es ella quien guía a la nueva mamá en todas las lides propias del cuidado de un recién nacido.

Un Problema De Ubicación En La Estructura y de sus Dinamismos.

En términos de Bourdieu, el capital cultural define unas formas de consumo y conductas que notan decisiones de distintos usos posibles. En salud está el estudio de Lazarus en que ubica a padres de familia, madres, de lugares sociales humildes, medios y medio- alto con educación profesional en salud de los cuales nota que las mujeres de clase media con educación profesional toman decisiones sobre el parto que permite que sean actores dentro del proceso de nacimiento y por este medio se apoderan del proceso de ellas y de sus hijos(Lazarus 1994,). Es justamente en ese mismo lugar que podemos ubicar aun “papá cerebro” en la red de interacciones donde el lugar que ocupa y las intervenciones que hace sobre su hijo apelando al conocimiento médico experto del cual hace uso sin ser médico. En términos de Bourdieu, el capital cultural (el nivel educativo) define unas formas de consumo y conductas que notan decisiones de distintos usos posibles.

Es notorio que en las personas del equipo de salud con capitales culturales menores, en términos del acceso a educación de mayor calidad y complejidad, están más cercanas a la unión de la ciencia y las costumbres (Diario de Campo), por lo cual se hace muy notorio que algunos casos aun cuando los padres de familia tiene mayor capital cultural la relación entre ellos, personal de salud y los padres, se acercan en las interpretaciones sobre el bebé, por que la relación entre el *habitus* de una madre-padre y el capital cultural de la auxiliar se acerca en la relación práctica del cuidado del bebé.

La preponderancia del saber experto rompe fácilmente con costumbres de consumo asociadas a imaginarios como el imaginario de bebé y de cuidado a los bebés desde la publicidad de un producto, dando incluso, usos nuevos a productos que en el imaginario social no están ligados a la idea de bebés sino a otros usos que pueden ser vistos como inapropiados para los bebés, tal es el caso de las madres que en la idea de bañar a sus hijos con productos de marca Johnson & Johnson deben bañar ahora a sus niños con jabón “Coco – Varela” (Diario de Campo) que es un jabón en barra de color blanco que se compra en las tiendas de cadena para lavar ropa, pero que el conocimiento experto afirma que es menos dañino para la piel de los niños.

Así como el mayor capital cultural esta en relación con la distancia entre el conocimiento científico y el conocimiento común vinculado a la mayor o menor elaboración en las prácticas y doxas, así mismo las marcas se relacionan con su uso a este tipo de conocimientos. Es decir, cuando se habla de jabones para bebés se está dando por hecho que se trata de un conocimiento experto abocado a la industria, aun cuando todos los jabones que hay en el mercado sean hechos de grasa animal. Sin embargo hay jabones expertos y jabones comunes, estos últimos son los usados y destinados para los “oficios”, y menos elaborados que los jabones que están ligados al conocimiento experto.

Una mamá que no tenga el capital cultural para dar cuenta del conocimiento experto podría ver con más facilidad que el jabón de ropa que es más simple en su elaboración y que le puede ser útil para bañar al niño, mientras que para una mamá que posee capital cultural alto le es menos posible que tal realidad sea, a menos que tenga un capital cultural muy particular, por ejemplo, que sea licenciado en química.

De otra parte pero ligado al conocimiento científico y en relación al conocimiento, común, sería bueno que alguien lo viera de manera amplia, se trata de las formas de rito de paso que existen al interior de la medicina no para los médicos sino para los pacientes que están en relación a formas de parentesco o en tanto que “enfermos”.

En esta definición, el rito que está marcado por el mito biológico “los bebés humanos nacen al cabo de nueve meses”, este mito es cambiado por uno nuevo, “los bebés humanos nacen entre 36 y 40 semanas” y los padres, madres y bebés canguros son la ruptura del mito, están fuera del mito.

El proceso de separación de la mujer parturienta es súbito, es además el claro signo de que la ciencia falla ya que no hace parte del rito sino del riesgo, porque los goteos de líquido amniótico, los aumentos en la presión arterial etc., arguyen las madres, deben ser predecibles o diagnosticados a tiempo por el mero hecho de tratarse de CIENCIA.

El lenguaje usado para marcar el cambio en el rol es por demás violento, las madres narran que les dicen que las van a des-embarazar, lo que suena abortivo en principio. Luego, siguiendo la dinámica del rito de paso marcado por Turner (separación, transformación, re agregación), el rito en cuanto tal es el parto, y eso pareciera no tener ningún misterio al respecto del rito, pero lo que ocurre con el rito es que la re agregación es lentísima.

La re agregación normal es tan rápida que las imágenes prototípicas del parto marcan que es inmediata, que el bebé no acaba de salir del útero de su madre cuando ya está en el pecho de ella y de inmediato recae en la mujer el hecho de ser socialmente madre. En el PMCI la re agregación se da mucho más lejano en el tiempo porque si bien el discurso institucional refiere a la agregación y así se plantea (Diario de Campo), lo que entendemos como re agregación es el dominio desde el conocimiento común que la madre aprende en la práctica que surge de la relación social de ella con el bebé.

De ello la asunción al *habitus* que marca el capital está ligado, es parte, de un conocimiento experto que a sabiendas de su falibilidad recurre a acerbos de conocimiento común para su apoyo. Luego se es madre porque el conocimiento científico así lo otorga y por que el orden social así lo designa en virtud de la voluntad de la mujer de acceder a este rol.

***De La Masculinidad Y La Paternidad*¹³.**

De la paternidad Canguro hay que decir que es el PMC una forma de acelerar los cambios que hay sobre la masculinidad de los padres. De la realidad de las madres logra desprenderse un discurso sobre la afectividad de las madres durante el proceso que hace a los hombres, padres biológicos o/y pareja de las madres, tomar partido sobre el apoyo de ellos hacia los cuidados “maternos”. La paternidad se hace presente no solo en incentivo por tal apoyo sino por tomar lugar en los cuidados de los bebés desde la masculinidad, de ello el marco teórico aplicado para hacer tal motivación es, entre otros, los nuevos planteamientos que sobre el paterno hay y como la imagen de “Buen Padre” como fenómeno surgido a partir de la década de 1980.

A los hombres les ocurre un evento parecido en relación a su ingreso a saberes de la maternidad en un lugar que es monopolio de las mujeres, “las mujeres fueron reconocidas como diferentes por los hombres, como incognoscibles- habitantes de un dominio ajeno al hombre”(Giddens 1998). En el testimonio de uno de los padres queda claro como se sentía desubicado, no sabía qué lugar ocupar ni qué hacer con el niño, conductas que con los días fue adoptando (comunicación personal -11/02/09) pero no por ello se corto el pelo largo, no ocurrió cambio en su lenguaje, ni dejo de usar su chaqueta de tela con colores verde de diferentes tonalidades que forman el “camuflado” de un yérsey de uso privativo de las Fuerzas Militares. De este mismo testimonio se nota como un cambio a la adultez social que el padre del niño se refiera a la madre como su esposa en el sentido de haber aceptado su nuevo rol aunque no compartan el mismo lugar de habitación, marcando más el vínculo afectivo.

De otra parte los roles paternos han sido asumidos en otras funciones sociales, como lo deja ver Dally (1983), en roles tales como el maestro, el médico de niños, el instructor de deportes que son hombres y es allí donde se marca de nuevo el contacto directo entre hombres y niños. De ese mismo modo el hombre que tiene contacto con el niño lo hace en términos de la madre ya porque es el novio de la madre del niño, o quien ama a la madre

¹³ Tenga en cuenta que esta reflexión es pertinente en tanto que el observador es hombre, heterosexual y se precisa la manera de estar de un hombre en el lugar.

del niño y en transitividad también siente afecto por el niño o porque es el esposo que en términos de la relación que sustenta a la madre del niño pero es la única manera de cercanía del hombre con el niño, pero no de manera directa. De estas formas se nota que no solo la familia está en transformación sino que por ello mismo el rol paterno también lo está.

Estas formas de paternidad, argumenta Williams con base en Giddens (Williams 2008), son también creaciones de los medios de comunicación que hacen deseables las actividades que impliquen contacto con los niños en cargas morales positivas como un papá que carga a su bebé y le cambia el pañal, etc. pero como opción propia del papá no como movimiento social facilitado por la transformación de la maternidad.

Un hombre, ocurre en la sala, se puede referir al bebé de manera directa pasados los días y note el crecimiento del niño pero mientras ocurra una relación con otro padre, se referirá al bebé por vía de la madre y hará locuciones tales como “mi esposa y el niño están bien”.

Mediante los talleres para padres y en la inclusión de ellos en los talleres que el PMCI realiza se logra crear un cambio en la conducta donde los padres, según narraciones de las madres y lo que he visto, logran flexibilizar la masculinidad y empiezan a acceder de manera directa a los bebés e incluso a expresar sus sentimientos de manera abierta. El proceso de inclusión plantea una idea de “familia” institucionalmente promovida como lo es la familia heterosexual compuesta de padre- madre e hijos aun cuando allí asistan un buen número de madres solteras.

Al lograr ampliar las funciones paternas se da un cambio en la realidad del padre de familia y en la realidad del niño el cual obtiene un medio más seguro para crecer, un ambiente mejorado para él y la seguridad por parte del programa sobre la veracidad de los cambios narrados por las madres en alguna medida que es constatable una vez pasado el tiempo como en el caso de los Niños Canguro que hoy tienen 14 años (Diario de Campo), sin embargo esa es la opacidad de la vida del niño, que siempre será “Canguro”.

Las transformaciones en libretos sociales son formas de eliminar “riesgos”. Son la búsqueda de un contexto “favorable” para calcular que “todo salga bien” en términos del saber experto. Los saberes comunes se vuelven referentes, ellos muestran la disputa de

saberes en tanto dice el refrán popular, “Madre Solo hay una, padre puede ser cualquiera” por lo cual se articula un saber experto que marque la errónea visión del saber común.

Al ubicar la paternidad en una función fija en el marco reproductivo se busca fijar así a los usos y prácticas que componen el libretto “padre” en el marco social de las relaciones sociales de parentesco en la estructura existente. Permite nuevas facetas de la masculinidad.

Las nuevas funciones de los padres frente a las Madres Canguro se dan en tanto las madres son concientizadas de la importancia del afecto paterno ello en función no solo de los “derechos” de los padres a serlo sino en función de la ayuda a las madres quienes, aun con una amplia red de apoyo, se siguen sintiendo solas producto de cambios psico-biologicos del final del embarazo. Por ello no se quitan funciones a las madres sino que se amplían las de los padres, el padre apoyo, padre ayuda, padre esposo cobra visibilidad y es en esta lógica en la que los cambios parentales creados desde el PMC son útiles para las otras instituciones que dan sentido a la nucleación familiar.

Conclusiones.

Luce tan diferente el conocimiento materno fuera del PMCI y tan diferente dentro del PMCI. Fuera es un conocimiento autorizado que va de un lado a otro en las charlas que espontáneamente las madres tienen sobre sus hijos. Las madres hilan anécdotas, cuidados, remedios, regaños, recetas en una pasmosa continuidad que está dada en los términos de un conocimiento avalado por ninguna facultad pero eficaz, sin duda alguna fuera, de ellas.

De otra parte las pediatras que desde 1986 son para la OMS héroes y heroínas de un saber del cual tienen que saber todo porque la sacralización del capital hizo que las madres hablaran en corrillo y los médicos en público, unos volviendo importante su saber y otros incorporándolo al conocimiento común de la maternidad, se ven las madres recetando medicamentos para la inapetencia del niño según lo que había dicho el pediatra.

Los conocimientos en disputa que acontecen en la sala del PMCI se alejan y se acercan, se contradicen y se avalan y por momentos parecieran ser uno, LA PUERICULTURA y no, no lo son. La puericultura, como en los días de Barbieri, lo abarcaba todo, al interno del bebé es decir lo médico estrictamente, y, al externo del bebé es decir las costumbres de cuidado que hacía que los bebés de 1900 fueran los niños mas juiciosos de la historia de este país...por que permanecían borrachos ya que las madres consumían tanta cerveza como era posible para que “les bajara leche”.

La forma en que es madre fuera de la sala del PMCI dista mucho de la manera en que se es madre en la sala del PMCI. Las madres con seguridad hacen “maromas” con la leche de tarro, para que rinda más, para que quede rica, etc., así como también no sueltan al bebé para que gatee y le hablan en malas dicciones notando ternuras que parecieran no serlo.

Pero ¿Qué hay en la mitad de ellas dos, conocimiento común y conocimiento experto, que no deja que vea la relación entre las dos? Tendría que decir con toda sinceridad que no se, podríamos empezar diciendo que se trata de la estructura que hay al interior de la clínica.

Aun cuando quedan las disputas entre la institución que marca una técnica, un método, una disciplina, un conocimiento y las madres que están marcadas por la tradición de cómo serlo, de la respuestas siempre acertadas de ellas a sus niños y de la vuelta al conocimiento común de lo que los “expertos” sacaron de la cotidianidad para hacerlo conocimiento experto la distinción sigue estando aunque la cotidianidad sea materia prima para la ciencia.

Y sin embargo para mí es una pregunta que sigue quedando abierta y que será materia de trabajo para lo que sigue en mi formación. Es un producto de mi trabajo de grado la base de datos que logro crear con documentos que formulan para mí formas de conocimiento desde la medicina, pasando por la física y los clásicos líos de los sociólogos de la ciencia hasta los conciliadores textos de la OMS sobre la articulación de medicina y costumbre, que es el espacio donde decidí quedarme.

En mi visita reciente al Departamento del Casanare motivo de un proyecto relacionado con salud pública pude comprobar, para mí, que la distancia entre el conocimiento común y el conocimiento experto en medicina parece ser un campo que se va agrandando en la medida en que se toman nuevos lugares para ver la disputa que entre ellos existe, pareciera existir una manera de ver la salud, la maternidad y los cuidados de maneras diametralmente opuestas donde del lado del conocimiento común se instrumentaliza el conocimiento experto, es decir se acerca, se pone a ser útil en todos los frentes para los cuales se piensa es útil el conocimiento experto.

De parte del conocimiento experto se tiene, por el contrario, que responde a menos necesidades que las que el conocimiento común cree por que las altas elaboraciones del conocimiento experto impiden la atención de realidades en cualquier contexto donde las madres o los pobladores lo ven útil, es decir, para que el conocimiento experto sea útil se deben preparar las condiciones para que lo sea.

Allí tiene un lugar la pertinencia del Método Canguro en tanto que mezcla, la cual surge del sencillo acto de poner en el pecho de la madre al bebé, más, se debe tratar también que el método responda a realidades menos “expertas”, menos condicionadas por las condiciones de posibilidad y llegando a los conocimientos más comunes, en términos de la técnica, a los saberes diarios que ocurren en casa.

Quizá hacia allá deberían dirigirse las nuevas investigaciones que las actuales pediatras del PMCI empezarán a formular. Los primeros 25 años del PMCI fueron la vertiginosa comprobación de la eficacia de la técnica apelando a todos los capitales sociales y científicos incluso los del extinto Georges Charpak, ganador del Premio Nobel de Física¹⁴, para la promoción del apoyo y de la puesta en marcha del método en ambientes hospitalarios.

Acercar la ciencia- conocimiento experto al conocimiento común no es “bajar” la ciencia, como decía en las primeras clases mi profesor de Química en el colegio, sino volcarla al imperativo de lo útil. En ello, no puedo negarlo, el Dr. Rey fue brillante, desarrolló una idea en el marco de lo que tenía disponible en el país, de seguro ningún científico europeo lo habría pensado, habría pensado una maquina pero no el Método Canguro; pero dejarlo en los pasillos de los hospitales y clínicas pareciera, para mí, el estancamiento del método.

De otra parte, en la desnaturalización de la maternidad doy pie a la visión de la transformación de la familia, que puede ser mamá- papá e hijos, mamá e hijos, papá e hijos, mamá-mamá e hijos¹⁵. Dice José Luis Cortez, caricaturista de temas de religión, en uno de sus dibujos donde esta María, José y el Niño Jesús, que, María es madre soltera por que en el fondo no se sabe quien la embarazó, José es mucho mayor que ella y cría al hijo de María, conclusión: esa es la familia modelo del catolicismo.

Valdría la pena explorar la relación de género en las múltiples especialidades médicas en relación a las características generales del paciente. Es también pertinente conocer como ocurre la incursión en la medicina por parte de los pacientes y ver las agremiaciones médicas colombianas como lugares de legitimación de conocimiento donde no siempre tiene lugar un conocimiento extranjero.

Valdría la pena así mismo aproximarse a los lugares de la alta sociedad donde se gesta la medicina científica en nuestro país, este lugar social que la literatura marca como existente y en cuya periferia he podido estar estos últimos dos años de ires y venires en el PMCI.

¹⁴ Y Padre de la Dr. Nathalie Charpak

¹⁵ No soy capaz de mencionar la diada papá-papá e hijos porque a mi modo de ver eso es como la ecuación cuadrática, yo la resuelvo y no sé de donde sale el resultado en la calculadora.

Espero retomar en un futuro no lejano el tema de los ritos de paso que no eran parte de la medicina y ahora están al interior del ambiente médico.

Se quedaron fuera muchas de las discusiones sobre masculinidad vs maternidad que en el futuro supongo que saldrán de a poco; se quedaron fuera las abuelas como protagonistas de un saber que hoy por hoy es urbano pero que tiene sus raíces en lo rural y cuyos relatos fueron los primeros que documente cuando llegue al PMCI.

Por Último, quiero decir que disfrute mucho mi Trabajo de Campo y mi formación, que fue importante para mi vida haber llegado al PMCI a ver con ojos diferentes un lugar diferente. Que una curiosidad correcta, como dije en la introducción, fue la que me llevo y la que se agrando como una bola de nieve que empezó a andar: la voluntad de Dios.

De esto, tienen la culpa TODOS, Marcela González por enseñarme su Ciencia, mi Madre por apoyarme, los Curas por dejarme salir del seminario, María Claudia y Ana María por guiarme, Martha Cristo, la Dr. Zita y la Dr. Charpak (El PMCI en general) por creerme y yo por gozármelo todos los días y de aquí en adelante para siempre.

Muchas Gracias!!

Bogotá, 6 de Diciembre de 2010.

Anexo

Preguntas de la entrevista hecha a los médicos y enfermeras en el Programa Madre

Canguro.

Qué hace una pediatra/ enfermera?

¿Cuál es para Ud. el rol de la médico/ la enfermera en un equipo de servicios de salud?

¿Es mamá? Si lo es ¿Cómo aplica el conocimiento medico con sus hijos?/ si no lo es

¿Cómo se relaciona cotidianamente con su conocimiento? (en su familia, con los niños que tiene cerca)

Qué diferencia hay entre lo que dice-hace Ud. como médico/ Enfermera y lo que dice una abuela o una madre frente a la crianza y los remedios y los cuidados.

¿Cree en alguna forma de cuidado no medico?

Cuál es su posición tiene frente a los cuidados no- médicos.

Bibliografía

- Belmont, Nicole
1998 L'Enfant et le fromage. L'Homme 28(La fabrication mythique des enfants):13-28.
- Bourdieu, Pierre
2007 El Sentido Practico. Argentina: Siglo Ventiuno editores
- 2008 Homo Academicus. Buenos Aires: Siglo Ventiuno editores.
- Cediel, Ángel Ricardo
2008 Semiología Médica Bogotá: Editorial Médica Celsus.
- Charpak, Nathalie
2006 Bebes Canguro Barcelona: Gedisa.
- Charpak, Nathalie;Ruiz , Juan Gabriel ; TessierRejean, Cristo, Martha
2005 Kangaro Mother Care: 25 years after Acta Pediatrica 94(Kangaroo):15.
- Dally, Ann
1983 Inventing Motherhood. New York: Schocken Books.
- De Sousa, Maria Cecilia
2004 Introduccion a la metodologia de investigacion Social. *In* El Desafio del Conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- DeMause, Loyd
1991 Historia de la Infancia. Madrid: Alianza Editorial.
- Dingwall, Robert; Rafferty, Anne Marie; Webster, Charles.
1988 An Introduction to the Social History of Nursing London: Routledge.
- Echeverria, Rafael
2007 El Observador. Santiago de Chile.: Newfield consulting.
- Elias, Norbert
1990 Compromiso y distanciamiento : ensayos de sociología del conocimiento
Barcelona: Editorial Peninsula.
- Garcia, Claudia Mónica; Juan Carlos Eslava ; Romero Vega Román
2002 Salud, desarrollo y derecho a la salud, 1961-1975. *In* La OPS y el Estado Colombiano: Cien Años de Historia 1092-2002. OPS, ed. Bogotá.
- Giddens, Anthony
1996 Modernidad y Autoidentidad. *In* Las consecuencias Perversas de la Modernidad. E. Antropos, ed. Barcelona.
- 1997 Vivir en una Sociedad Postradicional. *In* Modernizacion Reflexiva. Madrid: Alianza Editorial.
- 1998 La Trasnformacion de la Intimidad. Madrid: Ediciones Catedra.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia
1999 Estructura, Función y Cambio de la Familia en Colombia Medellin: Universidad de Antioquia.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia
1964 La Familia en Colombia Trasfondo histórico. Medellin: Editorial Universidad de Antioquia.
- Hammersley, Martyn, Atkinson Paul
1994 Etnografía: Métodos de Investigación. Barcelona: Editorial Paidos.

- Illich, Ivan
 1976 *Medical Nemesis*. New York: Random House.
- Juan Gabriel Ruiz-Peláez, Nathalie Charpak and Luis Gabriel Cuervo
 2004 Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. *BMJ* 329:1179-1181.
- Klaus, Marshall ; John H, Kennell.
 1978 *La Relacion Madre- Hijo : impacto de la separacion o perdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Layne, Linda
 1996 How's the baby doing struggling with narratives of progress in a neonatal intensive care unit. *Medical Anthropology Quarterly* 10:624-656.
- Lazarus, Ellen
 1994, What do women want? issues of choice, control and class in pregnancy childbirth. *Medical Anthropology Quarterly* 8(salud):41.
- Lévi-Strauss, Claude
 1968 *Antropología Estructural*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Mercado, Manuel ; , Santiago Buendía
 2002 Pasado y Esperanza de un Hospital: Instituto Materno Infantil. *Revista de la Facultad de MEDICINA; Universidad Nacional de Colombia* 50:3.
- Moreno, Alvaro; Ramires, José
 2003 *Pierre Bourdieu: introduccion elemental*. Bogotá: Editorial Panamericana.
- Morilla, Guzman Andres
 2006 *La historia de Incubadora*, Vol. 2010.
- Muñoz, Blanca
 1999 *Cultura de Masas. In Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*,. R. Reyes, ed. Madrid- Mexico: Ed Plazas y Valdez.
- OMS
 1970 *Aspectos sanitarios de la planificación familiar*. Ginebra - Suiza.
- 1976 *Nuevas tendencias y metodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud*. Volume 600. Ginebra: ONU.
- Pelto, Perti ; Pelto ; Gretel H
 1997 *Studying knowledge culture and behavior in applied medical anthropology* *Medical Anthropology Quarterly* 11(Metodologia etnografica de investigacion en medicina).
- Quevedo, Emilio
 1993 *La institucionalizacion de la medicina en colombia. In Historia Social de la Ciencia en Colombia*. Colcultura, ed. Bogotá.
- 1998 *La Salud y el Desarrollo (1958-1974). Papel Politico (Salud colombia)*.
- Restrepo, Libia
 2006 *Médicos y Comadronas o el arte de los partos: la ginecología y la obstetricia en Antioquia 1870-1930*. Medellín: La Carreta.
- Romanucci-Ross Lola, Daniel Moerman, Laurence Tancredi
 1997 *The Anthropology of medicine*
 Londres: Bergin & Garvey.
- Rosaldo, Renato
 1989 *Introduccion. In Cultura y Verdad- nueva propuesta de análisis social*. Mexico: Editorial Grijalbo.

Simmel, Georg

1986 Sociología 2 Estudios sobre las formas de Socialización. Madrid: Alianza Editorial.

Vargas- Rubiano, Alfonso

1994 Universidad Nacional y Pediatría Colombiana: Apuntes Historicos. Bogotá.

Williams, Stephen

2008 What is Fatherhood: Saerching for the reflexive father. Sociology 42.

Yves Charpak and Nathalie Charpak, Réjean Tessier, Marta Cristo, Stella Velez, Marta Girón, Juan G. Ruiz-Palález,

1998 Kangaroo Mother Care and the Bonding Hypothesis. Pediatrics 102.