

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE ANTROPOLOGIA

Consulta Colectiva en el Programa Madre Canguro Integral

Saberes cotidianos, saber medico: una
Identidad

Juan Camilo Arboleda S

26/05/2009

Documento final presentado a la asignatura de Practica Dirigida de la Carrera de Antropología.
Documento etnográfico que busca comprender la forma de la consulta colectiva del PMCI y hacer
una generalización sobre las ventajas, los aportes y la operatividad de este modo de consulta.

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Antropología
Practica Dirigida
Juan Camilo Arboleda S

¿Qué es la consulta colectiva?

Introducción

En los libros sobre el método canguro creados por personas conocidas en el entorno del Programa Canguro Integral se toca el problema de la consulta colectiva pero no se aborda de manera concreta, por ello, aprovechando mi presencia como estudiante de una disciplina diferente de la medicina y la psicología se me dio la tarea de investigar a este respecto, como la manera más puntual de aportar al Programa Canguro desde la Antropología.

La Consulta Colectiva es el modo particular en el que transcurre la forma de consulta en la sala del Programa Canguro, son las interacciones, lo que pasa en la sala, que va mas allá del mero hecho de ir a una consulta médica, de esperar y de aplicar medicaciones para anomalías de la salud de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer. En este modo ocurre que las madres se sienten apoyadas entre ellas, pasan sus días aprendiendo como cuidar sus hijos particularmente frágiles y se hacen al roll de madres.

En la Consulta Colectiva se busca romper la relación desigual entre médicos y pacientes teniendo mayor cercanía de lenguaje y de trato que se da en la comprensión de la realidad de cada familia para con su niño. Estas realidad tiene capas que deben ser vistas una a una para su comprensión, donde cada una de ellas da cuenta de una pequeña parte de la realidad y todas unidas son la Consulta Colectiva.

Los datos registrados se han dividido en categorías de análisis que en la unión de ellas nos darán respuesta a la pregunta *¿Cómo se construye la consulta colectiva a partir de la interacción entre pacientes y la relación médicos y enfermeras con el paciente?* Tales categorías son: Parentesco, Niños, Interacción, Lugar Moral, Poder, Colectividad y Naturaleza.

Estas categorías surgen de la relación que hay entre ellas por las cuales el niño es el factor fundamental del Programa Madre Canguro. Es el niño no solo la base de este sino además revela el parentesco ya que en función de él se asumen las formas parentales como madre, padre, hermano/a, abuela/o, esposo y las diferentes filiaciones que tienen lugar en las familias de los niños. Así mismo la interacción surge en torno de ellos ya que son ellos quienes reciben *de facto* la consulta médica y por quienes comienzan todas las posibles conversaciones y contactos entre los padres de familia, abuelos y abuelas. El lugar moral, categoría transversal a todas, los diferentes calificativos que reciben las conductas que allí ocurren y su razón frente a los valores que la institución clínica y la sociedad misma crea en torno de la maternidad, de la infancia, de los niños, de la vida, del cuidado, etc. Es la categoría Poder muy importante ya que desde ella se analizan las diferentes formas de interacción entre pacientes e interacciones del personal de salud (Médicos, enfermeras y administrativos) con los pacientes.

Es la Colectividad lo que marca que, en efecto, hay sucesos que a todos los padres de familia les convoca de manera simultánea o de manera aleatoria en el tiempo y que son comunes a todos los

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Antropología
Practica Dirigida
Juan Camilo Arboleda S

padres de familia, abuelas y abuelos, hermanos y hermanas que asisten con frecuencia al Programa Madre Canguro Integral¹. Por último la categoría Naturaleza, está en todo el texto, busca enunciar el sentido de las interacciones y conductas que tienen lugar en la sala del PMCI.

Este es el aporte que, sin duda puede dar la Antropología al Programa Madre Canguro Integral, ver lo invisible, la mirada de rayos “X” a las realidades construidas por los seres humanos esa es la fortaleza de la Antropología, por ello solo espero que el resultado de la Practica Dirigida sea útil y sirva a fines que afecten de manera positiva a los niños y a las Familias.

¹ De aquí en adelante será nombrado por sus siglas: PMCI

El Parentesco

El parentesco como categoría de análisis es importante porque es revelado por el niño. Es a partir del niño que se juega el rol “madre” y este rol está enmarcado en unas costumbres que la sociedad ha creado sobre el matrimonio. Se trata de mujeres y hombres que producto de encontrarse en las edades aceptadas sociablemente 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 formar una nueva familia. A esa nueva convivencia permanente se denomina según la naturaleza legal o su descripción de lo ocurrido, donde puede ser por ceremonia civil o religiosa o por vía de hecho.

Para ejercer el derecho de la opción marital se debe ser mayor de edad, “Las personas mayores de 18 años pueden contraer matrimonio libremente” (Ministerio del Interior, 1974)², pero la adultez legal no coincide con la adultez social en lugares urbanos como lo es el PMCI, por ello es problemático el embarazo de madres con edades menores a 25 años (Cf. Clavijo, 2008). En este sentido, las relaciones sexuales con fines reproductivos antes de 25 años 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 de 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 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 niño³ no adoptan este tipo de mimesis.

A este hecho hace referencia Rose Bernstein(1974) donde afirma que para las madres adolescentes

«El embarazo la obliga a renunciar a muchas de sus queridas actividades de adolescente. De modo gradual va perdiendo contacto con la mayoría de sus contemporáneos (...) como carece del apoyo de sus pares (...) tiene que encontrar otros medios de emanciparse y establecer su propia identidad.[Los padres] deben cambiar su relación con ella, pasando de la relación padres-hija a una relación casi de pares»(Bernstein;1974;100,102)

² En http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/decreto/1974/decreto_2820_1974.html

³ Estoy usando el término “niño” para el general de niños y niñas

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; 2004:48). 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 jersey 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.

Conviven en la sala del PMCI todo el tiempo las formas legítimas de unión de marital y las formas ilegítimas de esta unión. Del Matrimonio a la unión libre pasando por el madre solterismo que se esconde bajo el mito de “el padre trabajador”, aun en el embarazo adolescente. Hay una franca dificultad en notar este tipo de formaciones parentales por medio de la observación ya que por solicitud medica los padres de familia no portan su alianza matrimonial (la argolla) por que podría lastimar la piel de los niños. Todo lo que se observa a este respecto se ha logrado cotejando la información que hay con las historias medicas de los niños en las cuales están los datos de los padres y su estado civil, entre otros datos médicos, y en las charlas informales con las mamás donde se aborda el tema de la familia.

El mito del padre trabajador es exactamente análoga a la imagen que plantea Virginia Gutiérrez de Pineda (1964, 1975) 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 el padre trabajador. De estos modos esta también que la mayoría de embarazos adolescentes que transcurren en la sala y viven un madre solterismo que se ocurre en habitación duolocal, es decir, no conviven juntos sino en casa de sus padres respectivamente (Cf; Gutiérrez de Pineda, 1975; 62) y no optan por el matrimonio ni de hecho ni religioso ni civil por que consideran su juventud como un motivo para no hacerlo (Comunicación personal; 12/03/09) por ello es muy común escuchar, cuando las estudiantes de psicología preguntan a las madres sobre proyecto de vida futura, que la respuesta es seguir estudiando porque es el estudio el elemento que los vuelve a erigir como jóvenes ya que el trabajo y la neolocalidad los sitúa como adultos.

Estas realidades conforman el madre-solterismo adolescente y adulto donde la no presencia del padre responde a el trabajo para “responder” (comunicación personal; 11/02/09)⁴ o a la aplicación del mito donde a la pregunta de “y ¿el papa donde está, por que no la acompaña?”

⁴ Las comunicaciones personales están documentadas en Diario de Campo; Enero - Junio de 2009

todas las madres han respondido “está trabajando”. Aun las madres en edad normal y socialmente aceptada de procreación que han vivido separación sin saber de su gravidez responden de la misma manera, la madre soltera “en relación rota” (Cf.Gutiérrez de Pineda, 1975; 64) espera que el padre tome interés por el hijo aunque no necesariamente para la formación de una relación en pareja con la madre, esto se deduce de la conversación entablada con Marisol (Mamá Marisol; comunicación personal del 26/02/09 al 20/03/09).

El grupo de enfermería ha creado nominaciones temporales frente a la unión libre que permiten determinar “riesgo” en términos del tiempo de duración de las uniones maritales hasta el día en que llegan al PMCI, hecho que otorga datos interesantes sobre la unión pero que no son procedentes porque la posibilidad de permanencia de una unión marital de hecho como en una unión marital reconocida por el estado en matrimonio civil o religioso es la misma, ya que la convivencia por más dos años de una pareja neolocal es, por oposición a la regla, un matrimonio legalmente constituido “La separación de cuerpos, judicial o de hecho, que haya perdurado por más de dos (2) años”(Código Civil Colombiano, Artículo 154, numeral 7) de ello que cualquier unión que no tenga por lo menos dos años, amén de las relaciones entabladas por ceremonia civil o religiosa, es susceptible de ser inexistente y por ello el status de la mamá será el de madre soltera, porque por unión religiosa o civil(incluyendo la afirmación anterior del Código Civil) rota es “separación” o “divorcio”.

Ahora bien, El madre solterismo es una opción de vida ya que el niño legitima, aun hoy, la condición de feminidad, de fertilidad de una mujer(Cf.Giddens;2004:48), así lo afirma Doña Blanca (Comunicación personal, 26/02/09) quien decía que vivir sola sin hijos no era una opción ni aun en su natal Sonson- Antioquia, en los días del año de 1950 y así mismo su hija lo manifestó (comunicación personal; 3/03/09) pensando en que si no se casaba pues tendría un hijo por si misma ya que era su deseo tener un hijo antes de los 30 años, pero se casó y no tuvo que optar por ser madre soltera ya que el matrimonio, de ceremonia religiosa, traería los hijos y de hecho así es.

Sobre la Unión Libre se sabe por conocimiento popular y académico (Gutiérrez de Pineda; 1975; 71) que entrañan el mismo fin al matrimonio civil o por ceremonia religiosa, aunque en algunos lugares sea mal visto. En realidad los mismos padres de familia hacen la distinción y corrigen las afirmaciones que se hacen tales como, “(...) la señora con su esposo...”- “No, yo no soy casada, yo vivo en unión libre”

Sobre el matrimonio socialmente legitimado por los ritos de estado o de un grupo religioso particular, hay que decir que se generan diferenciaciones no solo de status social sino también en las maneras de asumir el nuevo rol. Los padres adolescentes no crean relación con los padres casados – legítimos, si las madres solteras con madres casadas. Mientras un padre adolescente titubea en el ejercicio de la paternidad, un padre “legítimo” se ríe de cuanto titubea

pero no es un ámbito extraño absolutamente sino justamente el paso siguiente, lógico, tras una concepción planeada y por ello el apersonarse del rol no se ve impostado. Aun así es común ver padres de familia con voces en cuello que llaman la atención por ser graves y apelar al conocimiento técnico sobre medicina para mostrar su interés hasta por el más mínimo rasguño que pueda tener su hijo y usar esta manera para decir de modo simbólico que no solo es un hombre responsable que asume su paternidad sino que su paternidad es legítima, es bien vista por donde quiera que se le mire y que hacen ver a los otros, los adolescentes, de manera peyorativa.

Ha habido gestos que si de una locución verbal se tratara podían ser traducidos como “cómo se le ocurre a un jovencito de estos, traer al mundo un muchachito, ¿de qué van a vivir?”.

De otra parte, el parentesco también tiene incidencia en 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. 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. Es común ver en la mesa de cambio, al sur de la sala, al lado de la bascula y el medidor de talla, neo-mamás con sus neo-abuelas 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 al madre observan lo que hace la neo-madre 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. Incluso la neo-abuela dará medicaciones que solucionan coyunturas menores surgidas de súbito aun en la sala del PMCI.

Las hermanas, las primas y hasta la mejor amiga, la familia extensa como la llama Virginia Gutiérrez de Pineda (1975), asisten más 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”⁵ 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 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 los bebés 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. La ayuda antes mencionada no está ligada necesariamente al cuidado del niño sino a los diferentes

⁵ En la jerga médica, es un niño que ha tenido las 40 semanas de gestación completas, es decir que desde la concepción al nacimiento hay nueve meses.

“instrumentos” que una mamá lleva consigo como una pañalera, los papeles -documentos del niño y en algunos casos la bala de oxígeno.

Muchas de las compañías que se dan por línea uterina, es decir, la línea de familiares de la neo-mamá, están también relacionadas con el uso del compadrazgo por bautizo (datado el 5 de marzo de 2009⁶) y que aun guarda importancia (Cf. Gutiérrez de Pineda; 1975; 314). Cuando son los “afines”, es decir la familia del esposo, acompañan a la neo-mamá se notan dificultades en la relación que se da, donde la suegra busca su rol de abuela, que lo tiene, pero desde la enseñanza de la maternidad a su nuera (en testimonio datado el 21 08/2008⁷).

Del mismo modo en que ocurre el aprendizaje por parte de la madre del rol parental, también está el rol parental del padre que, como ya fue dicho es legitimado por el conocimiento, la compañía, el profundo interés por cada respiro del bebe, pero que es expresado de otras maneras como lo es una transitividad en los términos para referirse al bebe. Un hombre, ocurre en la sala, se puede referir al bebe de manera directa pasados los días y note el crecimiento pero mientras ocurra una interacción con otro padre, esto será ampliado más adelante, se referirá al bebe por vía de la madre y hará locuciones tales como “mi esposa y el niño están bien”.

En la sala del PMCI tienen lugar tradiciones núbiles que se hacen visibles por los registros, ya mencionados que están en las historias de los niños. En ellos se pueden notar que hay hombres que entablan relación con mujeres que son menores entre 1 y 10 años y en algunos casos hasta más de 10 años en la diferencia de edad. Muchas de estas diferencias de edad no se hacen visibles muchas veces por la apariencia de las mujeres donde ellas asumen, igual que las mujeres adolescentes, un rol que se usa en la manera de vestir. Hay mamás que aunque pueden ser visiblemente menores que su pareja esto se hace invisible en el uso del cuerpo y los discursos que sobre el forman para decir de maneras simbólicas que realmente la diferencia no es tal, es el caso de madres jóvenes que llegan vestidas de ejecutivas y corriendo y hasta pidiendo que sean atendidas tan rápido como sea posible, y, en la historia clínica se nota que asiste al Programa 6 meses atrás y solo tenía 18 años en ese momento.

Muchas de estas historias parecen inverosímiles pero es cierto que son difíciles de olvidar por que las personas que pueden notarlo realmente por su continuo contacto con las madres es el equipo de enfermería y son ellas quienes en ese contacto pueden notar las diversas realidades novelescas. De estas realidades se podrían desprender muchas ideas sobre cómo se da el ascenso social a partir del matrimonio bajo la idea de “estar bien casado”, en el caso de las mujeres jóvenes que entablan relaciones afectivas o sociales en núcleos que permiten tal contacto como sitios de rumba o sencillamente el deseo de un “buen partido” tal como se

⁶ De esta manera me referiré al Diario de Campo.

⁷ Actualizado el 10 marzo de 2009, por el encuentro con la testimoniante en la sala del PMCI.

hacia antes y que precedió el amor romántico que Giddens (2004) describe y que se hacía por el bienestar económico de la mujer y de la familia. También notar que hay factores psicosociales que hacen posibles que este tipo de uniones se den.

Se da también el caso inverso en las relaciones de orden afectivo o social que han tenido como resultado la procreación en el caso de mujeres que entablan relaciones con hombres muy jóvenes hasta 10 años menores que ellas. Aquí la idea del “buen partido” para la persona con mayor edad queda confirmada ya que, según Desmond Morris (Cf.2004; 2005) la elección de pareja por parte de la mujer se da gracias a una división del trabajo, donde el macho se hace cazador y la hembras se hace el centro de la vida social cuidando a los/ las jóvenes de la especie y en ese sentido proteger la prole es un trabajo que un hombre de una corpulencia física particular puede hacer o un hombre muy inteligente que logre hacer lo mismo a pesar de su tamaño y su tono muscular que para el macho de debe ver retribuido en la fidelidad(Cf.Morris 2004;69) de la hembra a él y ese es el valor de las mujeres mayores que entablan relaciones maritales “estables”

Del testimonio de una madre acerca de su esposo podemos afirmar que los factores que influyen en esta tipo de relaciones son morales, aun cuando físicamente sea un hombre adecuado para la reproducción debe quedar claro para ella que él, en efecto, cuidara de su prole por conductas que para ella lo signifiquen, por ello encuentra como valores la responsabilidad, la inteligencia, la monogamia, etc. Esta misma lógica etológica funciona también para el primer caso.

Maternidad y Paternidad, Funciones y Cambios.

La maternidad en el PMC es el desenlace lógico del nacimiento de un bebe, es la forma lógica de asegurar la vida del bebe marcado en un ambiente totalmente generisado donde estar de hecho o en potencia de uno de los posibles roles (Cf.Simmel) que allí tienen lugar es parte de la manera de legitimar no solo un saber experto en el caso de los médicos sino también es el modo de tener mejor comprensión de la realidad.

Comprender la maternidad del PMC es comprender el proceso de finalización del embarazo *extra utero*, notar que el parto-pre termino es la construcción de una patología relacionada a la madre (Cf.UNC;SF) donde la extracción del niño es la consecuencia y la irrupción de orden sicológico es la realidad que enmienda con la posición canguro hasta el día que el bebe habría de cumplir las cuarenta semanas de gestación.

La culpabilidad de que surge de la irrupción en el factor psicológico del embarazo se da en términos de los hábitos(Cf. Foucault;2004) y usos de la madre que se hacen realidad en el

cuerpo de ella, y, a modo de expiación no violenta donde mantener un cuidado propio, cercano, amoroso del bebe es el nuevo modo de hacer hincapié en la relación de protección que se considera fallida por parte de las madres, de ello que el contacto piel a piel tenga una forma “terapéutica” en las madres.

De la enmienda de los factores ya comentados, documenta la Dr. Nathalie Charpak(2006), la mayor torpeza de las madres tras la separación de las madres de sus hijos, a ello habría que agregar que la madre vuelve a su hijo tras un diagnostico medico que la cuestionaba como dadora optima de cuidados a su hijo en su vientre de lo cual considera que es sino “no apta” si por lo menos “menos competente” para esta labor ya que sus hábitos de vida fueron cuestionados de manera frontal y una vez que vuelven a usos y costumbres correctos lo hacen haciendo suyo de nuevo al niño que es otro exterior pero que vive de manera de otro interior en el modo del contacto piel a piel.

El cambio de la maternidad cotidiana a la maternidad de Canguro es casi invisible porque se trata del aumento de los cuidados a los bebés ya no por el hecho social de ser frágiles sino por el hecho medico que lo confirma, lo que termina haciendo que las formas de cuidado se hagan particulares haciendo notar que la nueva puericultura(Charpak;2006:41-62) que surge como respuesta a la prematuros y el bajo peso al nacer sean la nota caracteriza de la distinción de una madre de un bebe medicamente normal de una mama de un bebe Canguro.

De la Paternidad...

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 bebes 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.

Afirma Goetz (1965) que la paternidad está dividido en la afirmación estructural y en la afirmación jurídica del rol, tomando como referencia la realidad planteada por Radcliffe Brown donde la realidad del parentesco con relación al padre se ve en términos del genitor autoritario y al tío materno como padre afectivo en el contexto de las sociedades agrarias donde afirman

que las mujeres son el centro de la sociedad agraria por analogía de la fertilidad de la mujer al cultivo de la tierra.

Es en la lógica de una familiar rural de pensamiento agrícola en la que se comprende al padre como “la regla” donde quien realmente instruye es él en tanto que disciplina y comportamiento, mientras quien realmente tiene la posibilidad de ser afectuoso es el tío materno quien no tiene que “formar” directamente a los niños, esta situación se equilibra con el hecho que todos los hombres tiene la posibilidad de ser padres y ser tíos de un “ego” que le hace equilibrar sus roles.

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 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 al madre del niño y en transitividad también siente afecto por el niño o porque es el esposo que en términos de la relación 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.

De los roles esta que cualidades como el liderazgo, la aventura, la valerosidad son otorgados a los hombres en términos del juego aun en la distancia en el contacto que hay (Cf.Dally; 1983; 298-299).

Existen tipos de paternidad que narran la transformación de la paternidad no solo por nueva forma de la construcción de la pareja donde el hombre accede a los niños a modo de acogida de una realidad más compleja o diferente de una mujer sino que en efecto existen tradiciones de la paternidad que Williams (2008) define como el hombre de la ley, el ganador del pan, el modelo sexual que inculca a los niños y niñas las imágenes positivas del hombre y, por último, el buen padre.

Williams narra mediante testimonios que la paternidad se ha transformado por el impuso de los hombres que desean intervenir mas en roles que ven como deseables en tanto que contribuyen a la construcción del núcleo familiar. Estas formas de paternidad, argumenta Williams con base en Giddens (1992) y Beck (1994), 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 bebe y le cambia el pañal, etc. pero como opción propia del papá no como movimiento social facilitado por la transformación de maternidad.

Desde esta forma de ver la paternidad se nota que la transformación social de la familia nuclear altera la uvunco-localidad, formada por el padre y el hermano de la madre de “ego” (Cf. Goetz1965).

De igual modo los artículos académicos que hablan de la paternidad y el masculinismo notan que la paternidad actual es la forma en que se involucra al hombre en territorios que han sido tradicionalmente femeninos atados a roles masculinos que se integran a la paternidad (cambiar pañales, dar teteros, etc., + jugar, nadar, ser líder, etc.).

Frente a estas fuentes académicas sobre paternidad hay que notar que mediante talleres se logra crear un cambio en la conducta donde los padres, según narraciones de las madres, logran flexibilizar la masculinidad y empiezan a acceder de manera directa a los bebés e incluso a expresar sus sentimientos de manera abierta.

Al lograr ampliar las funciones paternas se da un cambio positivo 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.

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 también en función de la ayuda a las madres quienes, aun con una amplia red de apoyo, se siguen sintiendo solas producto de cambios psico-biológicos del final del embarazo. Por ello no se quietan 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.

Los Niños.

Son los niños el centro de todos los hechos y sucesos que tienen lugar en la sala de PMCI, es al niño al que se le hace realmente la auscultación, es al niño a quien realmente se cuida, es el niño el realmente importante, aunque todas estas actividades se hagan por medio de indicaciones a la madre, de la cual se espera convierta todo cuanto se le dice en un acto. A diferencia de la consulta médica con adolescentes y adultos donde son ellos los que aportan el testimonio de lo que ocurre en su corporalidad y pueden aportar datos concretos de cómo se da la afección que se considera patológica, en un franco sentido anamnetico de cómo ocurrió (Cf. Cediél; 2002) la consulta con los bebés se da en un esfuerzo interpretativo de los padres hacia el niño y del médico hacia los padres (Cf. Foucault; 2005; 121) sobre las manifestaciones patológicas del niño, donde solo se busca mantener la vida de este.

El niño está condicionando el parentesco, como ya fue dicho, porque él es el “ego” del cual surgen todas las denominaciones incluso de la interacción, que después se ampliará, donde las mamás se reconocen entre ellas por ser “la madre de ego” (la mamá de Juan, la mamá de Sandra, la mamá de Matías, etc.) (Datado el 10/02/09). A partir del niño se condicionan las interacciones de los padres de familia en la sala ya que es el niño y su capacidad de agenciamiento, cuando esta fuera de posición canguro, el que permite que los padres permanezcan en un lugar sentados. Todos los niños y niñas que dan sus primeros pasos tienen a un adulto tras ellos y aun cuando no dan pasos pero hacen gala de no querer ni que los toquen y hacer la famosa “pálatala” donde incluso atentan contra la sacralidad del rol médico.

Sobre el niño está todo lo que se hace su alrededor es la forma más efectiva de cuidarlo, no fue del todo una forma estrictamente médica, recordando las historias sobre los inicios del PMC, y que se configuran como una forma de puericultura.

De inicio a fin el niño podría ser visto 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 note que puede alterar todo el dispositivo que fue creado pensando en él, se trata de una realidad que es constitutiva de la disciplina médica «(...) 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)⁸ (Les Luthiers; 1979).

⁸ Transcrito de <http://www.youtube.com/watch?v=j2eXZXgD6f0>

Pensar a los niños como un protagonista de los cuidados del PMCI, lugar en el que la vida de los niños sigue siendo protegida pero de forma explícita donde las ideas de niño se combinan con las tradiciones y con sus formas no verbales de comunicación que avisan a los padres de lo que pasa en ellos, es situarles en lugar del que suelen ser desterrados por pensar que 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).

Así mismo hay construcciones morales sobre los niños donde se nota que el bebe no tiene sexo, aunque tenga genitales femeninos o masculinos, serán siempre amorinos(Cf. De Mause; 1991) ángeles niños asexuados y siempre a un lado de María en todos los claro-oscuros que de ella hay; quizá esto pueda explicar que todos los padres de familia tienen en los albums siempre una fotografía una con la desnudes de sus hijos, que nunca más volverán a ver. Pero los niños aun 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”⁹ donde solo se dicen entre acompañantes “mira como tiene las manitos” y miran y describen lo que ven “si, las tiene en la boca”, aun las madres sentadas solas les hablan a los niños y algunas hasta llevan aparatos que suenan con música considera por la sociedad como infantil. Es muy común que los padres tengan locuciones de perdón a sus niños octomesinos (prematuros en general) cuando les hacen algo a lo que los niños responden con llanto.

El Hospital Universitario San Ignacio tiene en la entrada principal unos brazaletes naranjas para los pacientes de pediatría, brazalete con el que entran todos los niños o los padres de estos en la muñeca de alguna de las manos. Dice la “Jefe”¹⁰ 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 brazalete naranja y he conseguido uno en el que constato que la información que debe ser llenada en los espacios que lleva impreso el brazalete en color negro y una marca de agua con el escudo del HUSI¹¹ contiene: Nombre(del niño), Nombre del Adulto responsable, teléfono, talla, peso, numero de cama, identificación del adulto, edad del

⁹ “Tras nacer, la bolsa marsupial o marsupio protege a las crías (llamadas larvas marsupiales) del exterior hasta que completen su desarrollo. En la bolsa marsupial, las crías disponen de las mamas” En : <http://www.botanical-online.com/animales/marsupiales.htm>, visitada el 7 de Marzo de 2009

¹⁰ “Jefe” es el apelativo que reciben todas las enfermeras profesionales.

¹¹ Sigla del Hospital Universitario San Ignacio.

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 tienen 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.

Toda esta información es una manera de protección desde el discurso institucional donde los pacientes son de suma importancia ya no el marco filántropo de la salud sino también el marco de la prestación de servicios de salud. Ahora, solo se ponen dichos brazaletes para los niños, luego es la relevancia particular de la infancia en ámbito medico la que hace que, producto de infortunados hechos contra la vida de bebes que adultos tienden a cometer y que estremecen la vida nacional, donde la no protección de la infancia se convertiría en un escándalo que solo difamaría a una entidad prestadora de servicios en salud. En los días siguientes, con la alerta de Pandemia que emitió la Organización Mundial de la Salud, el cuerpo de seguridad del hospital empezó a usar tapabocas y guantes, manera en que se protegió la vida de todos los pacientes que entran y la del cuerpo de vigilancia.

Desde el amor romántico del siglo XVI del cual habla Giddens(2004) donde después de hacerlo un acto heroico de sacrificios sin fin por la persona amada, fue cristianizado y las relaciones sexuales ya no son una “diversión” producto del amor que se tienen y por el cual dicho acto tiene por sentido la materialidad de la entrega al amado y por el cual la virginidad femenina tiene valor de trofeo que solo puede ser entregado a quien lo gane, sino que con é la procreación adquiere el sentido que en principio solo era himenico (Cf. Giddens,2004;46) y por el cual se celebraban himeneos¹². El niño gana esa simbología para sí y por ello el niño es tan importante en tanto que es la visión del futuro, de la vida de lo frágil que debe ser protegido. El niño llega en un estado de nobleza, de pureza y como "materialidad del amor" en pareja, eso lo legitima - es el amor romántico encarnado y casi que el hombre cuida de su hijo prodiga, por transitividad, amor a su pareja.

De otra parte esta que los niños aprenden los códigos sociales que le anteceden (Cf.Schutz;1964) y entonces algunos niños empiezan a hacer cosas que los adultos dan por tiernas al saber que son imitación de otras conductas que son enseñadas o que han visto en otros lugares como por ejemplo en el caso de las niñas, el tirar besos son las manos o el visto el 4 de Marzo de 2009 por el cual una niña de poco más de un año da picos a un bebe de menor edad, quizá 7 meses cronológicos. La mamá del niño se ríe, la niña solo dice "el bebe" y le besa una y otra vez. La mamá se ríe jubilosa como si le pareciera increíble, tierno o amoroso lo que

¹² Himeneo: Boda o casamiento; Composición poética en que se celebra un casamiento. En <http://www.rae.es>

esta niña hace con su bebe varón. Los niños son vistos como limpios, puros y sin capacidad de entender lo que hacen, subordinados a la merced quienes si entienden lo que hacen por ellos. Sin duda la mamá pensó en “la primera mujer que toca a su hijo” y con toda seguridad en la carga moral que hay en el acto de dar besos y más en los besos entre sujetos de diferente género y diferente sexo, solo que la niña ya lo había enunciado de otra manera; al decir “bebe” la niña hacia un cuidado del más frágil que ella y no en una valoración moral de los besos que una mujer puede darle a un hombre. Se trata de continuo dialogo entre sociedad adulta frente a los niños como nuevos miembros de la sociedad, por ello todo lo que se hace en rededor de los niños es la forma de enseñar los símbolos sociales, es la socialización que afirma Parsons (1966), pero no en la pasividad del niño sino contemplando que en cada respuesta gestual, no verbal o en sus balbuceos es la agencia del niño.

Los niños son vistos también dentro del marco de referencia que hace al niño frágil, y mucho más si es prematuro, en un lenguaje que describe su maduración biológica como la maduración social producto de la adultez para significar que aunque el niño no ha dejado de serlo su evolución medica lo hace ver grande, ello en locuciones como “cuando él sea un tipo grande, responsable...” haciendo referencia al día cero de “edad corregida”¹³. Es común escuchar locuciones que hacen de los niños algo así como “pequeños adultos” donde “señorita”, “señor”, “caballero” etc., son apelativos a condiciones que describen conductas y en otros casos condiciones físicas.

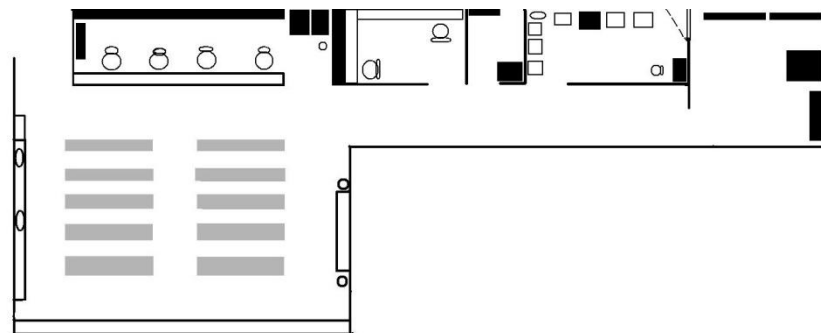
¹³ La edad corregida es el conteo cronológico de la vida del niño a partir de la ficha en que debía haber nacido, es decir tras las 40 semanas de gestación. Se considera edad cronológica el tiempo contado desde el día que nació. La edad corregida dura como conteo hasta que el niño cumple un año de edad cronológica. Esta distinción se hace para mediciones posteriores que permitan la comparación de un niño nacido en el tiempo normal de gestación y un niño prematuro.

La Interacción.

Las interacciones en la Sala de PMCI se centran en un suceso que se hace casi de manera automática y que bien vale la pena describir. Entre 7:30 am y 7:55 am llegan las mamás a la puerta de PMCI del HUSI. Allí esperan hasta que llegue la primera auxiliar de enfermería quien abre la puerta y la cierra de nuevo quedando solo ella dentro pero dando la posibilidad de entrada a los demás personajes que componen el personal médico y de enfermería, administrativo y la psicóloga e incluso las estudiantes de psicología y uno muy particular, quien escribe.

La sala de Programa Canguro tienen al nor - occidente la puerta de entra y salida, que es una sola, un armario blanco donde hay ediciones de “Naci antes de Tiempo”, canguros de felpa y marsupios de lycra de colores, debajo de este armario 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. Este mueble tiene gavetas donde se guardan no solo los paquetes grandes de pañuelos sino también las sabanas sucias. Justo encima del grifo de cada lava manos hay un dispensador de jabón desinfectante cuyo humor no me gusta. Justo al sur del mueble del lavamanos hay una mesa blanca donde se ponen las capetas 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 tiene lugar el examen.

Justo en la esquina sur occidental de la sala esta la bascula, el lugar donde miden talla y perímetro de la cabeza de los niños. Hay y también canecas de basura por colores que permiten el reciclaje de



los desechos. 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 ese lapso de 30 minutos se acomoda todo; se cambian las sabanas que cubren los colchones que forman la mesa de los médicos, de igual manera se cambian las sabanas de que cubren las

mesa de cambio del costado oriental y sur de la sala, se alinean las sillas que componen las dos líneas de cinco sillas que tienen encima de la madera, material del que son hechas un cojín de un material sintético azul oscuro a lo largo y ancho de las sillas, que tienen apariencia de ser de iglesia. Las líneas de cinco sillas respectivamente, están dispuestas de oriente y occidente.

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 se sientan en las sillas tras la mesa de los médicos a maquillarse, a charlar o a leer el periódico que EL TIEMPO regala a diario bajo el nombre de ADN, 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 como la puerta se abre desde fuera y quien entra dice “buenos días” y todos responden al saludo hasta que a las 8 am se abre de manera definitiva la puerta para que entren los niños cargados por sus mamás que sin pensarlo ni un instante camina hacia la mesa de cambio del sur de la sala, le entregan a Celmira el Carnet 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 desnudes de los bebés que son dejados luego ligeros de ropas para que las pediatras ya ubicadas en sus puestos, que obedecen una jerarquía donde quien mejor ve es quien posee más poder en términos de la experiencia en el Programa Canguro y solo hay de 4 a seis lugares en la mesa, les examine al cabo de un rato.

Justo al norte de la mesa de los médicos, hay un mueble que tiene en el casilleros donde todas las personas de salud del Programa guardan sus pertenencias, allí también hay libros hacia la mitad del armario y arriba de él hay arreglos que le dan una buena apariencia estética. La mesa de los médicos 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 aun a blanco, rojo y negro, mejor que la televisión del General Gustavo Rojas Pinilla, 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 de San Valentín otorgado por la Santa Sede.

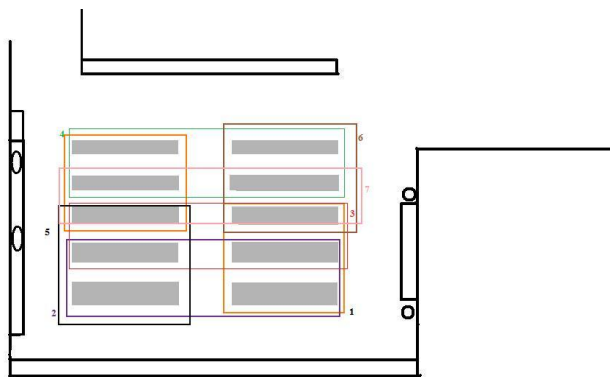
Mientras las mamás van llegando y van dejando una prenda que note el lugar que ocupan en alguna de las diez sillas de la sala, cosa que no hacen las primeras 4 o cinco mamás porque la sala esta toda libre, las Jefes Elizabeth y Martha van ubicando las mamás para iniciar la adaptación si es una mamá nueva o para adelantar los procedimientos como oximetría, así mismo se abre el lugar de las vacunas por parte de Alexandra. Si es una mamá para adaptación, se lleva dentro por un pasillo corto en el cual a la derecha en carteleras de plástico transparente hay fotos de mamás canguro de Colombia y de otros lugares del mundo e incluso una foto del héroe fundador, el Dr. Rey Sanabria.

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 tapis azul al occidente, un lavamanos al norte, una nevera, dos sillas mas de tapiz azul, al nor-oriente un pequeño compartimiento con vidrio oscuro que da al recinto de psicología y lo hace una cámara de Gessell, al oriente un compartimiento 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 y en la esquina sur oriente del escritorio una advocación de María que he denominado “Nuestra Señora de la Adaptación” que fue regalada por una mamá en agradecimiento por lo vivido en el Programa. Arriba al norte del mismo recinto hay compartimientos 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. Las puertas de estos recintos son corredizas, de izquierda a derecha y de color amarillo.

En este lugar transcurre la vida de las Madres Canguro del HUSI y es en la sala donde pasan revista de su vida reciente dando continuidad de relaciones que inician en los lactarios de los hospitales en los que han dado a luz y que una vez llegan corre el riesgo que se encuentren una vieja amiga con la que compartían los momentos de dejarles leche a sus niños en las Unidades de Recién Nacidos. Es este lugar ocurre el hecho de esperar, «Mis papás esperaron un buen rato, cuando ya estaban a punto de dormirse en las sillas escucharon el nombre de mi mamá» (Charpak et al. Sf; 51)

Las interacciones en el PMCI son repetidas, son largas y algunas tienen factores coyunturales de tiempo que hacen que se vean confusas y que al término de unos días se note el nuevo orden que hay en la sala.

- **Las ubicaciones espaciales en la sala:** Estas ubicaciones se hacen visibles solo

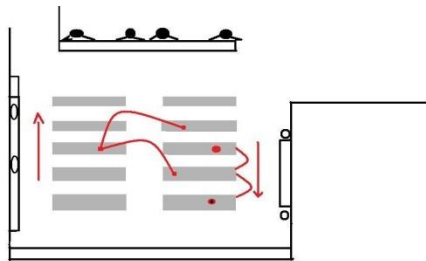


cuando hay una “normalización” de la población. Con esto quiero decir que cada semana entran madres nuevas al programa y por algunos días se nota que son nuevas u no adquieren un lugar que les haga sentir cómodas en la sala, frente a las madres que ya tienen 2 semanas yendo todos los días y que al término 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.

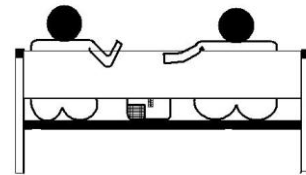
Es una muestra de ello que un grupo de madres jóvenes (29-33 años) de estudios universitarios y clase social media-alta ocupan las 2 últimas sillas del costado oriental. También se nota que varias mamás procedentes de Cartagena y Barranquilla, de edades disimiles, de clase social alta ocupan las dos primeras sillas del costado oriental y que las mamás adolescentes de clase media ocupan las dos últimas sillas del costado occidental.

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 u lugares medios preferiblemente al oriente porque creen que estar en el marco visual del médico con más poder y experiencia es garantía de menor demora en la atención.



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. También funciona hacia adelante.

Hay formas particularísimas de la ubicación, sobre todo en la clase media- alta donde en una silla donde pueden estar perfectamente tres mamás con todo el “equipo” necesario para estar una mañana en el PMCI y logran estar solo la mamá y el acompañante.



De esta manera también tienen lugar las interacciones más frecuentes en el PMCI, porque de acuerdo a la ubicación dentro de la sala se suelen dispersar o difundir costumbres.

- **Las conversaciones en la Sala:** La sala del PMCI es un sala de espera, es el lugar donde las mamás con los pacientes esperan a ser llamadas, pero esta espera no

necesariamente tienen que hablar. En días anteriores fui paciente de Ortopedia en una de las instituciones filiales del HUSI que presta servicio para una EPS bogotana y estuve en una sala de espera que incluso tiene televisor y donde las sillas están dispuestas de igual manera en un espacio un poco más amplio e incluso con una distancia menor entre puesto. Con todo esto en sillas normales y todo un espacio para que una charla surja, no he conocido ni otro paciente que estuviese en la misma sala por otro motivo ni un paciente de ortopedia diferente de mí.

Así les ocurre a algunas mamás como la tía de una joven barranquillera que asiste de acompañante (datado el 2 de Marzo de 2009) que ya tiene un mes asistiendo al PMCI y que solo hasta que dejó de llevar un libro y compartió puesto con otras mamás empezó a conocer a algunas de ellas, razón por la cual ya no lleva libro y hace conversación con otra mamá que le perezca conocida. La Interacción se da por medio de los niños, como vehículo de relación, aun así a los niños se halaga y en torno de ellos ocurre la conversación pero se da la relación entre los adultos. 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 am, 10am- 12m, 12m – 2pm, 2pm – 5pm. Del cual solo he podido ver bien la interacción del horario de la mañana por ser el más congestionado.

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 medico, 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 mamás y con los medico y por eso opta por quedarse. En ese tiempo es muy frecuente que se encuentre con dos o tres mamás que conocen ya por se han visto en otros horarios, ya por que compartieron tiempo en la UCI o ya 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.

Como fue dicho antes, hay interacciones mediadas por los símbolos parentales, todo ellos que se hacen entre los papas y las mamás juntos y que son casados y que se

preguntas y que se saludan y cuando hablan usan nominales como "mi señora" o "con n-n, mi esposo"- "estoy esperando a que mi esposo me recoja..." - se dan, tienen lugar son simbólicas del entorno del bebe ya que el hombre y la paternidad se construye de manera visible en que es el hombre quien hace posible que todo el contexto que rodea a la madre de su hijo sea favorable y de esta manera garantiza la vida de su hijo, es una transitividad. Por ello algunos padres los primeros días queriendo estar con su hijo y cuidando de esposa y niño se cohíben y hacen "papeleos"- tramites que permitan que en adelante todo este asegurado.

La presencia de los padres de familia de uniones maritales estables, casi siempre de uso Cristiano- Católico o por Vías Hecho, asisten y es que esta la Ley María que permite que los padres tomen unos (8 días) días para estar con sus hijos recién nacidos, es "licencia remunerada estará a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando durante las cien (100) semanas previas al reconocimiento de la licencia" (Lozano en Linares; 2008 En <http://www.abcdelbebe.com>).

En ese poder de interacción se da, por otra parte que como la sala da pie para una permanente interacción con los médicos, se ampliará más adelante, los padres de familia suelen interactuar entre ellos en la mesa de cambio del sur de la sala dando la espalda a la mesa de los médicos. Allí ocurre lo mismo que ocurre en las sillas solo que ocurre sin la visión de la mesa de los médicos la frente. Es entre las sillas y las mesas de cambio donde se intercambiar creencias, medicaciones caseras, se aconseja la compra de amuletos, se recomiendan pediatras, se dan recetas de cocina se intercambian datos como precios en almacenes y hasta se hacen remedios caseros o se aplican como por ejemplo el consumo de malta de marca reconocida.

Es en esas formas de ubicación donde se ve marcado el status social y las comunidades de edad (Cf. Simmel; 1986:431). Los Padres Adolescentes de clase media- alta se encuentran, se saludan y actúan como padres de edades socialmente aprobadas para la reproducción pero no se mezclan con los padres adultos ni con jóvenes de otros lugares sociales. Las madres adolescentes de clase media-alta no cambian su manera de vestir ni de hablar, muchas de ellas continúan los estudios y todas tienen la ayuda de sus padres o de parientes cercanos. Algunas Mamas adolescentes/ van con los padres a consulta en señal de "eh! Me apoyan, no soy del todo una irresponsable" es una forma de afirmarse en sociedad, se limpian de "culpa" y aseguran públicamente la vida del niño.

De igual manera los padres de familia adultos no hablan con los padres adolescentes y algunos padres de familia de padres adolescentes o jóvenes no emancipados (Cf. Gutiérrez de Pineda; 1975) al ver jóvenes que hablan de bebés e interactúan con ellos preguntan si tienen los hijos dentro del programa o si ya fue papá- mamá. De esta manera han ocurrido muchas de las entrevistas hechas en la sala.

Todas estas interacciones que tienen en sí usos regionales, de etapas psico-biológicas de desarrollo, económicas, morales, educativas y estructurales hacen que se agrupen aun dentro de un grupo porque coinciden en una “situación común, y, con ella de un sistema común de tipificaciones y significatividades. Esta situación tiene su historia, de la cual forman parte las biografías de los miembros individuales” (Schutz; 1964; 232).

En términos de Bourdieu, el capital cultural (el nivel educativo) define unas formas de consumo y conductas que notan decisiones de distintos usos posibles. En salud está el estudio de Lazarus (1994) 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 de 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 (Cf. 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, casi jugando a evadir el poder médico que no puede ya evitar.

En General sobre las interacciones.

Hay que notar que mediante el Mito del Padre Trabajador se legitima lo que llama Simmel(1986) la comunidad de sexo que es en el parentesco lo que llama Gutiérrez de Pineda(1975) la línea uterina que hace posible que las mujeres de la familia extensa se apoyen entre ellas. Esto hace sea también del fuero femenino el ejercicio médico en el PMCI ya que todas pueden compartir o vivir, por el hecho de ser mujeres biológicas y en su construcción de género, roles similares como la maternidad aunque no formen una familia extensa con relación a un “ego” dentro de la sala.

Las interacciones son “la acción recíproca que tiene lugar entre hombres- prescindiendo de lo que en otros espacios signifique- se siente como el acto de llenar un espacio” (Simmel; 1986; 645) con relaciones simbólicas entre unos y otros donde el lenguaje verbal y no verbal es el vehículo de dicha reciprocidad. Ahora bien, la sala del PMCI es la manera de localizar tales interacciones en un lugar geográfico donde las formas de ubicación en ellas y los sitios donde ocurren las interacciones son la manera de apropiación de dicho espacio y que este espacio no

termina en la puerta de entrada y salida del programa sino en las múltiples relaciones que se pueden dar a lo largo del tiempo en las personas que han sido “Canguro” y que reivindican esa condición en lugares fuera de la sala pero no reproduce el contacto ya que

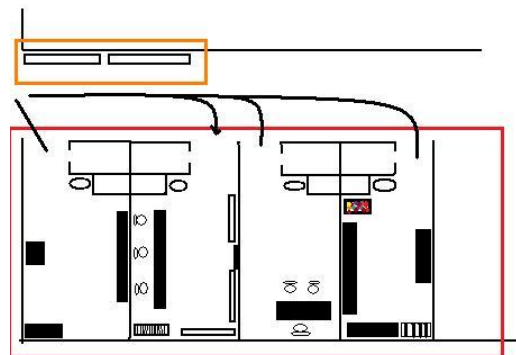
«El marco, el límite que encierra un trozo, tiene para el grupo social una significación semejante a la que posee para la obra de arte (...) esta fijación espacial se convierte en un punto de rotación para las relaciones y une a los fieles, de manera que no sólo las energías religiosas antes aisladas se convierten en comunes, sino que las energías que emanan de este centro despiertan en aquellos en la que la convicción religiosa dormía.»(Simmel; 1986; 650, 663).

Esta es la importancia del espacio de la sala del PMCI porque es allí donde se hacen relaciones sociales que viven en la medida que el niño existe y la madre y las familias se configuran como protectores de él. Las mamás notan los *intrusos* o las personas que no han sido presentadas por el equipo y no pudieran ser no legítimas dentro de la sala del programa, lo que marca un sentido de pertenencia.

El uso del cuerpo de la sala de adaptación es diferente al uso moral de la sala general del PMCI, ya que el manejo de la corporalidad de la sala es diferente, se juega una intimidad donde llevar el torso desnudo se hace en pos de la vida del niño, es increíble cómo cambian los actos por valores y como todas las personas al interior de la sala tienen un uso moral común frente a lugares corporales que es diferente de otros lugares donde llevar el torso semi-desnudo podría ser mal visto.

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.

En el PMCI de Meredi la sala como tal no existe, es más, la consulta se da en un consultorio del antiguo hospital San Pedro Claver en el tercer piso y a escasos cien metros de una unidad especializada para la atención de cuidados de mayor grado de complejidad para adultos. En este contexto no se da una “reunión” de madres en un lugar puntual como la sala sino que se da en la medida que los pasillos del ala sur del tercer piso del hospital permiten la movilización de las madres a lo largo y ancho del piso donde también está la Unidad de Cuidados Intensivos – Intermedios pediátricos y el consultorio de vacunación.



Allí las interacciones no se dan en nucleación cerrada como en el HUSI sino que los padres de familia de los pacientes de pediatría interactúan de manera indiscriminada. Solo se puede notar que los padres de familia que esperan por la atención de sus hijos son pacientes del Programa Canguro por el lugar donde esperan, que es el pasillo que conduce a los consultorios del Programa y en el cual se comenta exactamente lo mismo que en la sala del PMCI del HUSI y se refieren particularmente a las médicas que están allí, a la Psicóloga y la terapeuta, con los cuales hay afecto en el trato, se usa un lenguaje delicado y elaborado y cercano e incluso van a saludar por que por motivos de la vida cotidiana tales como estar cerca del hospital haciendo un trámite, ya que Meredí está al sur, atravesando la calle 26, del Centro Administrativo Distrital también conocido como el edificio de Catastro, pasan por los consultorios del Programa, saludan y siguen de largo o porque allí en Meredí tienen familiares hospitalizados y en las visitas a sus familiares tienen tiempo de llegar al consultorio.

La región encerrada en el cuadro rojo son los consultorios del Programa Canguro de Meredí donde el orden en que se dan los procesos médicos del programa se encuentran ordenados de izquierda a derecha, uno en cada consultorio en su orden: peso y talla, consulta médica, acompañamiento psicológico y terapia física. El área encerrada por el cuadro color naranja son las 3 sillas que hay fuera de los consultorios y en las cuales se encuentran los padres de familia en el pasillo. La mayoría de interacciones se dan en el consultorio de terapia física donde, afirma la Dr. Gloria (comunicación personal; 27 de Febrero de 2009), que las mamás hablan de todo pero el tema más recurrente son los niños. Por ello crearon una “sala de espera” que es realmente una pequeña “piscina” de pelotas donde los niños son dejados mientras esperan su turno de ser atendidos o mientras esperan a las mamás que les dejan allí mientras hacen trámites de tener médico – administrativo en el hospital.

En los diferentes consultorios se dan interacciones pero su talante cambia por el contexto que logra diferenciarse de un consultorio a otro. El consultorio que más se presta para el desparpajo es el consultorio de terapia física por ser el “menos serio” en términos de las actividades que allí se realizan con los niños que están muy cercanas al juego.

Mientras en la sala del PMCI del HUSI todo el lugar es propicio para ver los movimientos de los niños a lo largo y ancho del área física donde se desarrolla el programa, en Meredí no es posible porque el pasillo es usado para las múltiples necesidades del hospital, como el paso de camillas y el tránsito de pacientes adultos.

Creador de una Identidad.

La sala del programa canguro funciona como un creador de identidad y en general el PMCI es un creador de identidad no solo por el hecho que todas las personas que están allí sean, en su mayoría mujeres, marque un lugar generisado por completo. Funciona como un creador de identidad en términos de las prácticas que identifican a una mamá con el PMCI, «we need to understand them as produced in specific historical and institutional sites within specific discursive formations and practices» (Hall; 2005:4). Todas las enseñanzas que recibe en el programa son, sin lugar a dudas, instrucciones particulares sobre casos particulares cobres los cuales la sociedad no dio respuestas que respondieran a las necesidades vitales de un niño prematuro o de bajo peso al nacer.

Las respuestas a las realidades de prematuros de modo no clínicos son y han sido dados por especialistas en parto como las comadronas del Tolima y como parte de la tradición de parteras antioqueñas, en el particular de Colombia, pero desde la medicina se responde con una serie de prácticas que obedecen al contexto nacional que las propicia y que sitúa al Dr. Rey en el lugar y día apropiado para dar respuestas eficaces a realidades que aun son complejas para la sociedad y que no dejaran de serlo en la medida en que el discurso experto las maneje.

«En 1979, los doctores Rey y Martínez, del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá (Colombia), preocupados por el número insuficiente de incubadoras para atender a los niños prematuros y por la alta frecuencia de infecciones hospitalarias, iniciaron un programa de cuidados del prematuro que, en síntesis, consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, alimentarle con leche materna, adelantarle el alta y continuar con este tipo de cuidados en el domicilio»(Rey y Martínez;1981,en Papí, Pallas, Maldonado;2007)

Aun cuando se trata de una práctica médica esta no riñe en lo más mínimo con los conceptos sociales de maternidad y que permite que ella se vivencia aun mas dando la posibilidad no solo de terminar el proceso que fue interrumpido sino creando lazos que se ven como parte del rol maternal.

Se trata entonces de unas acciones particulares, de un conjunto de cuidados creados que las madres empiezan a practicar como fundamento de la crianza particular que darán a sus niños en una situación tan particular donde por ser altamente desconocida e ir contra las “leyes” naturales” es mitificada. Cuando las familias (papá y mamá) llegan al programa y ven que todo lo que harán ya es hecho por alguien más y notan logra el objetivo por el que surgió y tienen

contacto con los padres que tienen un proceso avanzado en el PMCI logran hacerse a su propia imagen con relación a los otros que podría tenerse en la locución “mi hijo también crecerá”.

Estas costumbres de cuidado no son solo hechas en el día a día de los padres de familia en relación con los médicos y enfermeras que conviven a diario con ellos y en el cual se construye un modo no formal de educación dentro de la sala que responde a la cotidianidad de los padres de familia; esta también la distribución de documentos sobre eventos particulares y diarios que los padres afrontan en la tarea de poner en práctica el método y que logran recoger todo cuanto le pasa a los padres de familia en el aprendizaje de ser padres de un niño de las características que define el Método Canguro. «En realidad, la puericultura se establece como el método para introducir los elementos culturales de la biomedicina en la cultura popular de la crianza de los niños» (Allue; en Perdiguero; 2000; 56). Al lograr responder a las preguntas de los padres logran que los padres creen un vínculo con el programa, “ellos saben lo que me pasa” los documentos se vuelven en productoras de una comunidad imaginada (Cf. Anderson, 1991), es una conducta, un estilo de vida el que se va creando también en el PMCI- donde el conocimiento de las historias de vida permiten un mayor margen de acercamiento a la realidad de las mamás (Cf. McRobbie, 1998; Dworkin & Wachs; 2004).

Las narrativas de la eficacia del método hacen de la sala un lugar donde los padres se reafirman así mismos como buenos practicantes del método lo cual los hace identificar que sus prácticas son “canguros” y en ese sentido sus nuevas costumbres los hacen miembros del lugar donde las aprendieron. La sala del PMCI es una sociedad de información donde todos los consejos vienen del mismo lugar pero circulan de manera in-forme, sin aparente orden, pero siempre respondiendo al día a día de cada niño.

De la misma manera en que las narrativas de la eficacia del método reafirman a los padres en también tal narración la que reafirma al niño en una condición nueva que empezó como una anomalía, una excepción de la ley natural, y se convierte para ser una condición particular de atenciones que vincula a los padres de familia y al niño con un periodo de tiempo particular dentro del PMC, los testimonios obtenidos de padres de familia cuyos hijos tienen en la actualidad 14 años están todos relacionados con un lugar, un personal específico y su historia.

En la construcción de la identidad en el PMC se da una forma de lenguaje que nombra los actos que allí ocurren, el lenguaje se revela como un difásico que se construye entre los padres de familia y que es adoptado a veces por las personas del equipo de salud. Es interesante como la posición canguro de contacto piel a piel es reducido al término “cangürear”, por ejemplo. En la creación de estas identidades el término endo-grupo que usa Schutz es significativo ya que los padres canguros son vistos como unos padres diferentes donde sus realidades son

incomprendidas porque son parte de una forma de crianza que solo se hace explicita en el caso particular de la patología médica que la revela.

Este difásico es la versión no- medica, no disciplinar, totalmente cultural que marca la apropiación del método por las personas que en el ir a casa y volver a la sala se hacen al conocimiento que no solo los hace particulares sino que aun, con el nuevo lenguaje en el que se hacen bromas, se hacen a una minoría política en su patología debería hacer visible la necesidad de más tiempo para el cuidado de sus niños.

De este modo también la creación de una categoría particular de ser que condiciona para siempre a los padres de familia frente a sus hijos, que aunque afirman las madres y padres de familia es parte del pasado, es sin duda el lugar donde tienen asidero nuevas imágenes de fortaleza sobre sus hijos: Ser Prematuro o de bajo peso al nacer

Ser prematuro es el estado inicial estableció por el sistema social que en este caso es el PMC el cual espera algo de sus miembros que lo son en la medida de la regla medica, por ello es como dice Parsons, (1966:216) “sanciones positivas que sirven para reforzar sus disposiciones de necesidad dadas, llenado así sus expectativas dadas, y este lugar inicial comienza con las realidades que hace posible el nacimiento prematuro o/y el bajo peso al nacer , de pronto, como condición médica se revela pero falta que se revele como condición social , por ello, llegar al PMC es la manera en que se asume socialmente la nueva condición y se aprende la puericultura para “casos particulares “por identificación, entre “ego” y un “alter” (Cf.Parsons;1966;224).

Cuando en algunas entrevistas surge la analogía del PMC como una academia de maternidad es justa la analogía porque así funciona, por que la “Pediatria Social” (Bosch Marín; 1954; Toledo, 1982 en Perdiguero; 2000) es justamente la que permite la articulación de medicina y saber popular y devolver el papel de cuidado a “quien mejor puede cuidar a un bebé (...) su madre” (Esteban en Perdiguero; 2000) y es la madre y la familia la que se hace a su condición Canguro una vez empieza a vivir las practicas nuevas (Cf. ¿Qué debe hacer la Familia Canguro?, Sf.) .

Antes de llegar...

Antes de llegar tiene lugar una adaptación a priori de las madres y solo ocurre en el Hospital Universitario San Ignacio. Seguir una mamá en la Unidad de Recién Nacidos nos dio la oportunidad de ver que la identidad se crea en un a priori en tanto que el primer contacto que tienen las futuras madres canguro es entre las mamás que están conociendo la realidad de sus bebés entre la incubadora y el pecho de ellas, muchas de las cuales aprenden practicas que no son propias del Programa Canguro y que se evita sean “cangurizadas” como menear los niños

después de comer con el fin de sacra de manera más eficaz los gases producidos por la leche materna. Entre la incubadora y el pecho las madres aprenden como poner al niño en posición canguro y aprenden como lactarlo aunque el modo no sea necesariamente colectivo más aun ellas corren las incubadoras que las distancian hacia delante de la pared para poder charlar entre ellas.

Una de las labores de las futuras mamás canguro es ir al sexto piso al PMC a comprar la faja que las hará empezar a vivir la posición aunque aun no vivan el día a día de los métodos propios del PMC. Cuando las Madres suben a la sede del Programa tienen la primera impresión sobre lo que ocurre, luego una vez sepan que el alta de la Unidad de Recién Nacidos esté lista y los médicos de la Unidad puedan asegurar en apariencia el bienestar del bebe que será dado de alta (como el uso de oxigeno domiciliario) le dejen ir, en ello también se evidencia el trato particular en cuanto a los costos hacen las EPS.

El cambio observado fue realmente interesante ya que las madres que han recibido entrenamiento en los rudimentos del PMC en la Unidad de Recién Nacidos aplica sus primeros conocimientos en un ambiente totalmente aislado (Cf.Layne, 1996), un laboratorio donde las condiciones reales de vida no son y solo los múltiples sonidos del pabellón acompañan el día a día. Al salir de la URN solo se encuentran con condiciones atmosféricas reales y entonces lo primero que intentan es de nuevo aislar a los niños de tales eventos, cerrar ventanas, vestirlos con 5 camisas, cubrirles con 2 cobijas y correr de un lado a otro es la estrategia y la respuesta inicial de las madres y los padres frente al mundo “real”, allí inicia a operar la primera fase de la fijación del discurso medico en el periodo de construcción de la realidad del niño que solo es vivida conscientemente por los padres.

Al llegar al PMC llegan en tal angustia y con la idea de un mundo real nocivo para la vida de su niño, solo hasta entrados los días las madres cambian el modo de ver, cambian sus ropas, se arreglan mas, algunas son acompañadas por los padres de los niños y una vez notan el dominio parcial de la realidad empiezan a llegar más cómodamente vestidas y menos atareadas en sus labores producto del dominio. Solo hasta cruzado el umbral de la puerta del PMC los padres no tienen respuesta funcional a la vida de sus niños.

Al solaparse conocimientos y al sentirse confundidos en principio es lo que marca el paso de un lugar a otro, aunque esa sensación puede ser para algunos muestra de algún tipo de desorden, ese el costo de la identidad en este caso, que la normalización de la vida del niño pasa por niveles de discurso medico.

Poder Medico- Poder Moral.

El poder medico y el poder moral están muy ligados, son casi el mismo poder pero en este caso los he diferenciado para notar que el poder medico es un uso discursivo que se hace a partir del saber experto y el poder moral es la opinión o las reglas sobre los actos que surgen a partir de expresiones discursivas, muchas veces del ambiente coloquial, y otras tantas también del saber experto que es la medicina. Todo ello en el contexto del PMCI donde saber experto y saber popular se unen en la sala y es en este uso donde la sala y la mesa de los médicos se vuelven uno solo y ya no se podrá diferenciar porque « al fin la medicina será lo que debe ser, el conocimiento del hombre natural y social» (Lantenas; 1798; 18; En Foucault 2004; 61)

De este poder medico en el PMCI podemos notar que las historias son micro-etnografía de las familias, con migro etnografías quiero decir que son pequeños textos descriptivos con información sobre sus usos y costumbres y también sobre la patología médica de cada niño pero en términos de los padres por que el bebe prematuro de algunas pocas semanas de nacido no tiene lenguaje lógico y elaborado que permita el conocimiento puntual y específico de sus dolencias. También está documentada la edad de la madre y el padre y el tipo de unión marital que tienen (Cf. Foucault; 2005; 35), que es lo que nos ha permitido entender las relaciones de parentesco que ocurren en la sala.

La mesa de los médicos tiene características particularidades, como por ejemplo, que desde la mesa de los médicos se ve todo lo que ocurre en todo el área del lugar que compone el PMCI del HUSI en su planta física. Desde cualquier punto de la mesa se puede ver la sala de Psicología, la recepción, la puerta de la sala de adaptación y de la sala de vacunación y toda la “sala” propiamente dicha donde se nota las mesas de cambio a oriente y sur de la sala, el lavamanos y los estantes del occidente y el lugar donde se toma peso y talla en el sur-occidente de la sala y todas las ubicaciones de los padres de familia en la sala, también desde la mesa de los médicos se ve, a través de la ventana grande que cubre todo el área desde la altura de la mesa de cambio hasta el techo, el edificio de ingeniería y el camino que conduce al edificio al Fernando Barón de la Universidad Javeriana, luego se configura un panóptico.

También en el uso de verlo todo y que es constituyente de la dinámica médico - paciente que allí tiene lugar es que las historias de los niños, una vez pesados y tallados y tomados dichos datos, son puestos en una “caja” sin tapa, es de madera como toda la mesa de los médicos, que tiene la mesa de los médicos en la parte frontal y el orden en que estos se pone es de acuerdo el orden de llegada de los padres de familia con sus niños, lo que hace imposible que haya una total “propiedad” de los pacientes, no hay forma en que los médicos tengan pacientes definidos y de su conocimiento absoluto y privado, el conocimiento de los diferente casos es

abierto y todos los médicos pueden conocer todos las realidades de todos los pacientes. Todo el personal médico y de enfermería y de psicología tienen acceso a la información de todos los niños, se comparte una responsabilidad.

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” que es un jabón en barra de color blanco que se compra en las tiendas de cadena para lavar ropa, pero que por conocimientos científicos es menos dañino para la piel de los niños. La mamá que recibió el consejo, que fue notado por el resto de la sala en aras de la experiencia de la pediatra que lo dijo, tuvo una gesticulación que mostraba un sentimiento negativo ya que el consejo coincidía con su idea de los cuidados comerciales para los bebés.

«Understanding emotions in culture requires, at minimum, knowledge of cultural ideals and social order (...) Individuals are differentially ‘enculturated’ into personally meaningful multiple relationships within cultural contexts through active participation in daily activities with social ‘others’. As cultural psychologists argue, individuals, as active agents, apprehend the meanings and values of cultural ideals through personal interpretations jointly constructed (‘co-constructed’) in the course of social interactions» (Young Hong;2004;54).

De esta manera también funciona el poder médico como la manera en que se corrigen o se crean nuevas conductas que son consideradas como “sanas” o que ayudan a un proceso médico que protege un valor social: la vida. La doctora Lyda (comunicación personal; 20/02/2009) extraña en comparación a su trabajo en Meredí, la capacidad de “corregir” a las mamás, de observarlas frecuentemente-permanentemente para estar “pendientes”, y ese “estar pendientes” está precedido por el poder legítimo de las “jefes” de enfermería las cuales enseñan cómo se debe estar, en términos de la técnica de la Posición Canguro, para proteger y cultivar la vida del niño, tienen fuerza de aislar a las mamás que no son totalmente competentes en la técnica, por ello la sala de adaptación una forma de aislar a las mamás para que tomen confianza de su nuevo rol, funciona como una liminalidad dentro de la “Comunidad Canguro”, «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; 45)¹⁴

¹⁴ Traducción en : <http://www.ivanillich.org.mx/Linemes2.htm#anchor99502>

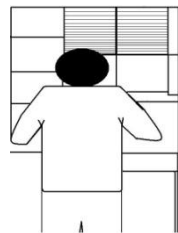
Así mismo es totalmente moral, casi como los monjes del Cister (Cf. De Mause; 1991) que la leche materna es el mejor alimento. Aun si no lo fuera, lo que se está promoviendo no solo es la alimentación sino también el vínculo materno entre la madre y el hijo, que no es instintivo, si lo fuera la prensa escrita no registraría titulares como “Abandono De Niños En El País Creció 11%” (Munévar; 2008; En El Tiempo.com)

“Estar pendientes” es una labor que ocurre todo el tiempo en la sala, ahora completa por incluir la mesa de los médicos, en el PMCI. Levantar la voz no solo tiene como fin llamar a la madre para que se acerque con su hijo, que ya de por si es uso de poder, sino también el intervenir o el autorizar cierto tipo de conductas que ocurren en la sala, por ejemplo, cuando una mamá tiene una posición que puede ser incomoda en forma de lactar o cuando una mama esta lactando, es la más frecuente, y es llamada consulta, dice la médica “María con Santiago!”- “está comiendo!” dice la mamá- “no se preocupe” dice la médica y de esta manera autoriza la demora en pasar a la mesa con el niño, aunque, algunas mamás ya pasan con sus niños en brazos “comiendo” a la mesa de los médicos y en ella “despegan” a su hijo del pecho, lo “guardan” y la consulta tiene lugar.

El poder Medico se ejerce todo el tiempo, pueden acabar con la privacidad construida y creada en cualquier momento con solo levantar la voz y dar una indicación, de esa manera ya rompen la barrea de la espalda. El Nombre de la madre es un arma de asedio para la privacidad creada, pero ¿Cómo se crea la privacidad?

La privacidad se crea con formas de uso del cuerpo y de la voz en la sala y solo funciona en términos de la intervención médica, sin la intervención médica lo que habría en la sala seria una reunión de padres de familia en una fiesta infantil o cosa por el estilo. Los usos del cuerpo que crean esa privacidad son el uso de la cobija, como ya fue dicho antes, para cubrir el pecho de las madres lactantes y/o en posición canguro. Hay una segunda manera de crear la “privacidad” y es en el sur de la sala en la mesa de cambio.

En la mesa de cambio los padres de familia logran dar la espalda a la mesa de los médicos y a la sala en general. Esta posición logran descansar hablándole a los niños, cantándoles, consintiéndolos, etc. También suelen estar papás y mamás hablando de las diferentes cosas de su vida real, pagar la luz, hacer el mercado o sencillamente juntos jugándoles a los bebes que acostados en el colchón que tiene la mesa de cambio, que esta inclinada para que los niños no tengan posibilidad de reflujo y se produzca la temida bronco aspiración¹⁵ que poner en riesgo la vida de los niños, pasan el tiempo. Es común ver a mas de una mamá con su acompañante



¹⁵ Producto de una mala posición después de comer, los niños suelen tener que los alimentos vuelven la garganta en lo que llaman “reflujo”, cuando el alimento sale de la garganta por una acción similar al vomito es muy posible

(la mayoría de los casos una mujer, como ya fue dicho) hablando de los niños o de cosas más “amables” como lo cotidiano o lo que ven en televisión o de los gestos y múltiples alegrías que les causan los gestos que los niños van aprendiendo de su entorno social.

La tercera forma de crear privacidad está en la forma de modular la voz. Estar en la sala del PMCI es estar permanentemente al aire y no hay manera de no ser escuchado, pero si hay manera de hacerlo mas difícil por ello las personas (médicos y pacientes) apelan al uso de la voz baja para no ser pillados y hacer más difícil la forma de escuchar para los demás. Ser permanentemente escuchado implica estar siempre calificado y más aun cuando se cree el lugar medico como un lugar restringido de conducta donde solo se habla de pocas cosas y no de lo coloquial mientras se está allí.

Estas formas de evasión de la vigilancia se terminan con la irrupción de alguno de los actores con poder que son parte del Personal del PMCI¹⁶ como dando consejos a voz en cuello porque se considera importante que la conducta que se plantea en el consejo sea aprendida por todos, también regulando los tiempos de algunos procesos que determinan usos en los niños y en las madres tales como la oximetría, de la cual se pregunta si fue hecha, se ordena hacerla o se preguntan datos de la misma para considerar la posibilidad del uso, permanencia o fin del uso de oxígeno. También se irrumpe para conocer realidades cotidianas como si tienen otra cita médica dentro del hospital o sobre el tipo de alimentación que se está dando al niño.

También es del fuero medico cuantas horas deben dormir los bebes y el tiempo entre comidas para los bebes. A estas dos realidades se dan respuestas muy interesantes como por ejemplo, que el tiempo que el niño está despierto de noche obedece al tiempo de estimulación durante el embarazo, lo que haría posible crear hábitos de vida social de manera anticipada al nacimiento, momento desde el cual el bebe debe entender que el tiempo en el que se duerme esta determinado desde antes de ser aprendido y que se duerme de noche, como dice la tradición.

Las relaciones de poder con los médicos tienen directa relación con las formas de relación con especialistas religiosos «no había médicos cuando llegue, lo que me permitió ver su entrada, y notar que la sala quedo en silencio cuando entraron y se ubicaron [en la mesa]. Una vez ubicados el murmullo volvió. Es la condición de oficiantes la que marca el inicio de las

que caigan alimentos en los bronquios y esto causa la muerte, por ello el colcho de la mesa de los médicos y el colchón de la mesa de cambio está inclinado

¹⁶ Incluso el observador, quien no puede, ni debe obstaculizar de ningún modo la labor de la parte medica y de enfermería y por ello se convierte en “participante” dentro del grupo de personas que allí tiene incidencia directa. Es común para el observador ser apoyo de procesos del fuero psicológico aportando con información que pueda ser útil a los análisis que ellas, las psicólogas, hacen o notando conductas en algunas madres que puedan obstaculizar el proceso de aplicación del Método Canguro y para ello pide ayuda de las psicólogas, en particular de la Dr. Martha, quien tiene poder real de intervenir en las conductas de las madres.

labores»(Diario de Campo; 10/02/09) pudo haber faltado que se hubiesen puesto de pie, como ocurre con los especialistas religiosos de la Iglesia Católica, pero cierto es que todos los padres de familia guardan reverencia, aunque sea mínima, por las pediatras toda vez que los padres de familia se comunican con ellos usando el término “doctora” para todo lo referente a los pediatras, “si doctora”- “ doctora dijo que..” “que pena doctora...”.

«La profesión médica es una manifestación, en un sector particular, del control sobre la estructura del poder de clase que han adquirido las élites universitarias. Sólo los médicos "saben" qué constituye una enfermedad, quién está enfermo y qué habrá de hacerse con los enfermos y con aquellos a quienes consideran en riesgo especial. Paradójicamente, la medicina occidental, que ha insistido en separar su poder de la ley y la religión, ahora lo ha expandido más allá de todo precedente» (Illich; 1976; 47).

En Meredi la relación médico- paciente se horizontaliza mas producto del modo en que ocurre la interacción, lo que da la posibilidad de una mayor cercanía en el lenguaje hacia las mamás y donde en el uso del lenguaje se puede dar por tácito el uso del “doctor” en las frases en las cuales puede cambiar por el “tu” o por el “usted” para guardar la formalidad. Que sea más cercana no implica que no siga existiendo tal reverencia, que existe.

Las maneras formales de relacionarse con los padres de familia pasan por la tercera persona del plural y en el abstracto de “papá”- “mamá” cuando se desconoce el nombre de los padres de familia aunque sean pacientes conocidos. El uso de “papá- mamá” marca la distancia de la relación. Esta distancia se acorta en la relación que tienen las médicos con los niños/as en las cuales las palabras que son significadas socialmente como “tiernas” dan mayor seguridad a los padres de familia que leen algo así como “la doctora se interesa por mi bebe”.

La relación médico – paciente tienen en la frase “la doctora se interesa por mi bebe” que las conductas que han sido cambiadas por los padres de familia motivo del desconocimiento sobre el cuidado de niños prematuros y/o de bajo peso al nacer construyen una nueva maternidad que es el modo de “Canguro” de ser mamá y papá ya que, si bien los médicos dan información de modos formales o informales, este último en la intervención a voz en cuello, es también cierto que los padres de familia adoptan dichos “consejos” como la única manera de proteger la vida de sus niños dando importancia al valor “científico” de tales conocimientos donde en el uso de los modos que los médicos divulgan se acepta el poder médico y es esta aceptación que ocurre desde el principio, en el momento en que son destinados al PMCI, y nota la no deserción del programa la que hace posible la relación aunque, irremediabilmente, desigual.

No habría manera de “igualar” dicha relación ya que el rol medico goza de admiración social, opinión expresada por una abuela en meredi.

De otra parte, las formas educativas formales y no formales, se dan, las más de las veces alrededor del saber médico. Los modos formales son las charlas e intervenciones planeadas dentro de un tiempo particular dentro de la sala como las charlas de Psicología, los folletos suministrados por el Programa y las charlas de Enfermería. Los modos no formales como la voz alta sobre algún tema, o la divulgación por parte de los padres de familia de algunos consejos dados por pediatras y enfermeras ocurren todo el tiempo y no hay como planear tal circulación de información.

Así mismo la función de facilitar los procesos de aprendizaje de las técnicas del Método Canguro y de hacer expedito el proceso de cada niño en la sala es cumplido por las Enfermeras jefes y por las auxiliares de enfermería. Esta relación entre ellas y entre ellas y las mamás de los pacientes también tiene una forma de poder que es más discreta por tener lugar dentro del espacio de interacción de las mamás y papás en la sala. Las “jefes” que visten de color blanco permanentemente pueden ser vehementes en sus indicaciones a los papás y serán llamadas siempre por el término “jefe” aun las pediatras, para iniciar procedimientos. Las auxiliares de enfermería son llamadas por su nombre de pila, también el personal administrativo. La información básica que tienen las historias médicas es recolectada por las enfermeras auxiliares y “jefes”, así mismo el conocimiento de modos de lactancia y procedimientos como el masaje y el lavado nasal de los niños. Aunque visibles en la sala por andar de un lado al otro y a toda velocidad, discretas porque sus funciones solo se ven reflejadas en el estar cotidiano de las mamás que, en ocasiones, suelen dar mayor importancia a lo que dicen las pediatras que a lo que dicen las enfermeras.

Los tabúes sociales ponen en evidencia el pensamiento adulto y el cómo ellos se relacionan con los niños en términos de los significados sociales de algunos hechos, como el humor de las heces, aun cuando los niños aun no los entiendan, es el modo de enseñarlos y para ello bajan la voz, es algo desagradable. De la misma manera se hizo explícito que está mal visto el embarazo adolescente -"yo no soy tan loco"- afirma un acompañante. Se juegan en un mismo lugar la tolerancia hacia los papas que son adolescentes más en el silencio camina la crasa desaprobación de este hecho. Los Papas en "edad" de paternidad juzgan fuertemente a los adolescentes frente a su nueva condición, ¿de qué van a vivir? o “como son de irresponsables” buscando soluciones en los métodos comunes de anticoncepción que son han sido divulgados ampliamente y de los cuales se pronuncio el fracaso de su divulgación el 1de febrero de 2007 en el diario EL Tiempo. También los médicos, enfermeras y psicóloga del programa tienen posiciones morales fuertes en contra del fenómeno del embarazo adolescente, pero no en contra del madre solterismo.

Es realmente interesante que haya este tipo de posiciones morales en las personas que trabajan dentro del programa por que hace notoria una realidad y esta es que un cuando no se esté de

acuerdo por ningún motivo con el fenómeno, aunque en el último mes hallan llegando entre 5 y 6 madres adolescentes y que ya existan muchas más madres adolescentes que no se mezclan con los madres “adultas” en la sala del PMCI , lo que permite la atención de sus bebés es el valor de la vida de ellos, de los bebés, vistos como esos seres indefensos que no han pedido ser concebidos y aunque cuesta decirlo, son producto de un error humano, en este particular, y deben ser protegidos a como dé lugar.

Toda esta posición moral recae en un primer momento sobre la madre quien es sujeto consciente de su realidad y sobre el ser humano que configura su existencia en el vientre materno, en este momento la carga recae sobre madre y niño. Una vez el niño nace se purifica y la carga moral solo recae sobre la madre del niño.

Por ello tiene aun mas sentido que, aunque algunas comunidades religiosas de diferentes denominaciones (en particular algunas ramas del protestantismo cristiano) no permitan hacer procedimientos médicos, o aun cuando podría pasar por permisivos en algunos extremos sociales, cierto es que la labor de los médicos, ellos mismo lo afirman, es proteger la vida de los niños y afirma la Dr. María del Pilar (Comunicación Personal-18/02/09) “la ley me protege para salvarle la vida a un niño”.

De cualquier modo, los padres que asisten al PMCI son acogidos sin importar la carga moral que sobre ellos exista, sin son padres muy jóvenes, si son socialmente idóneos para la reproducción y si son muy mayores para tener un niño, todo el personal se muestra afable con los padres de familia y los padres de familia perciben tal disposición hacia ellos y sus hijos, sienten el apoyo incluso cuando han dejado de asistir por un tiempo y, en algunos casos, los padres de familia son localizados e invitados a volver al PMCI por el bien del niño, los padres de familia son re-integrados a la Comunidad Canguro.

Finalmente, el poder moral y el poder medico se ven entremezclados, el poder de la medicina es un poder legitimado socialmente y que pone bajo vigilancia formas sociales propias del fuero de los sujetos como la decisión de reproducirse, luego, «La medicina retomaba así por su propia cuenta, y según las reglas de un saber específico, una sexualidad acerca de la cual la medicina misma había incitado a las familias a preocuparse» (Foucault; 2005; 136). Aunque la pediatría tenga como fin el niño y aunque el Programa Canguro tenga por fin la protección de los niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, por la analogía a los canguros, lo que realmente se está procurando junto con la vida del niño es una idea de familia que sea el ambiente propicio para el crecimiento biológico del niño y para el desarrollo psicológico de este. Para este fin pone en marcha todos los modos y métodos investigados desde sus inicios para que el fin ya antes mencionado ocurra y para que los padres de familia una vez identificados con el programa, primero en términos del uso de los modos de cuidado para sus

hijos, se configuran como padres y madres responsables de sus hijos y al final de su estadía en el Programa puedan ser justamente eso, padres responsables de un hijo que quedará marcado para siempre como “Canguro”, «En efecto, permite a los padres aprender a ocuparse de su hijo al mismo tiempo que les hace más sensibles a sus necesidades»(Charpak;2006;60).

La Configuración del bebe Canguro: La fijación del discurso Médico

El nacimiento prematuro o de bajo peso al nacer determinado por realidades que son asumidas por la medicina y solo refiere al ser humano nacido antes del tiempo en que se lleva a término la gestación «los bebés de bajo peso al nacer, sean o no prematuros, son bebés frágiles»(Charpak;2006:42). De ello se han hecho formas de representación que son secreto a voces de quien son víctimas de ello. “Mi hijo es avisado, se puede manejar el mismo” hace notar en su Don Willian de su hijo que fue prematuro y al preguntar por qué continuar con exámenes después de tanto tiempo afirma que lo hace para conocer más de su hijo.(Testimonio; 24de Abril de 2009).

El haber estado en riesgo inminente de morir hace al niño prematuro distinto, aunque todos hayamos estado en riesgo inminente de morir a pesar de haber nacido “a término”. La fragilidad se fija en la imagen que los padres tienen del niño y es respuesta muchas de las realidades que el niño pueda vivir posteriormente pero que empiezan a ser del fuero privado de los padres pero haciendo parte fundante y explicativa de algunos episodios en la vida del niño.

La vida del niño muestra la existencia de un tipo particular de puericultura, es parte de su identidad mientras esta bajo el cuidado de los servicios de salud que aplican el método y será canguro mientras no camine, pero una vez deje el proceso Canguro deberá ser un niño normal y en la creación del sujeto que crecerá un día se le dirá que nació antes de tiempo pero que es “normal” mientras que para sus padres evocará las vicisitudes que tal suceso causó, por ello la prematuros se vuelve la manera en que los padres piensan a sus hijos, por ello hay que afirmar que « la puericultura que sirve inicialmente para que los propios médicos entiendan el cuidado del niño, rápidamente se introduce como un método de educación para la salud, no tanto de los propios pacientes, sino de sus madres, responsables naturales de la salud y los cuidados» (Allue en Comelles:2000)

La fijación del discurso medico ocurre en términos de la enfermedad donde el niño está en función de la función de la realidad de la madre «Además el parto prematuro habrá sido probablemente fruto de una infección en la madre»(Charpak;2006:47), cosa que crea otro tipo de realidades en ella, ya que es ella la que de acuerdo a su realidad medica logra manifestar la

necesidad corporal de dar por terminado el parto (Cf. Foucault;2004:160)de la misma manera cuando el niño nace y es recordado el proceso de la madre de la cual se produce el nacimiento es conocido el niño como consecuencia de desarrollos generados por él en el vientre y finalmente al ver al niño y notarlo frente a normalidad social – biológica de los neonatos es puesto en unos nuevos hábitos de cuidado (Foucault;2004:161).

Es así como a todos los niños del PMC son puestos en la manera de procurar su vida, de dejar que no mueran y a esta identidad responden todos los padres sobre sus niños, es la opacidad de la vida de los niños pero es un modo de creación de identidad de los padres.

La fijación del discurso medico es un transformador de procesos culturales de increíbles magnitudes que van a largo plazo, donde mantener costumbres y conductas y pensamientos es la consecuencia del constructo disciplinar pero el macabro plan de un cerebro tras el discurso, aun así, cuidar el discurso para no crear una condición médica vitalicia es menester. Todo ello es producto también de una “Eficacia Simbólica” (Cf. Levi Strauss; 1973; Kuipers;1989) en tanto que se cumplen 3 de las tres situaciones que la hacen posible, “la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas(...)la [creencia] del enfermo(...) y la confianza y las exigencia de la opinión colectiva (...) en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquello que él hechiza”(Levi- Strauss;1973;152).

Como para los padres era totalmente impensable la nueva condición del niño y afirman los papás, aun pasados 14 años, que asisten hacen uso de lo ofrecido por el PMC para conocer más del niño, «la cura consistiría, pues en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos» (Levi Strauss; 1973; 178) construida y descrita en términos médicos y resuelta en términos culturales. Una de las funciones de las narrativas por parte de los padres de los niños se hacen en primera persona pero sobre sus niños y queda en la realidad de los niños esa opacidad de su vida, que fue vivida, que no es recordada pero que en el concepto de los padres sigue estando y siguen identificando a sus niños como “frágiles”.

Esta situación sigue como un poder oculto que puede dar pena en algunos casos y por ello permanece oculto y en otros casos es la creación de la vida privada de los padres frente a la condición de los niños.

Sobre la Consulta y lo Colectivo.

La tradición marca que la consulta médica es en privado. 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 mas de las veces tiene televisor o/y revistas que hacen menos larga la espera. Aunque alrededor del nuevo “paciente” halla más “pacientes” eso no implica la interacción con ellos que son, por sobre todo, extraños a uno. De pronto dicen voz en cuello el nombre del sujeto y este se levanta con un gesto serio y se dirige a un lugar apartado del resto de la sala.

En este lugar hay un escritorio con sillas, una camilla y algunos elementos de conectividad que permitan cuidados de mayor grado de complejidad. El médico, un sujeto (hombre o mujer) que usa una bata blanca encima de un vestido de uso formal común¹⁷ o un “overall” de color verde o azul y lleva alrededor del cuello, colgado, un articulo 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) (Cf. Cediél; 2002) 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. Animado por el médico el sujeto “paciente” entra en detalles «la primera obligación de aquel es hacer que su paciente se tranquilice y se sienta comfortable, pues de lo contrario será un informador poco digno de confianza» (Cediél; 2002:1).

De todo lo anterior ocurrido en un evento que pudo ser considerado como trabajo de campo, donde quien escribe era “sujeto” paciente, ocurre de manera real a todas las personas en el sistema de salud en el cual la consulta se torna en una confesión « en el cual el sujeto que habla coincide con el sujeto del enunciado; también es un ritual que se despliega en una relación de poder, pues no se confiesa sin la presencia al menos virtual de otro, que no es simplemente el interlocutor sino la instancia que requiere la confesión» (Foucault;2005;78)

¹⁷ Ropa de uso del resto de los profesionales de diferentes áreas como lo es el uso de la Corbata la camisa y pantalones de material particular, para las mujeres es común el uso de pantalones y blusas con tacones o faldas de material particular en los conocidos “Sastres”

Tal poder que Foucault atribuye a la iglesia desde el concilio de Letrán en 1215 tiene un origen que llega hasta Galeno y el cual fue enunciado con más precisión por un residente que nota que...

«La jerarquía es más o menos la siguiente: Medico Interno, Médico residente, Médico general, Pediatra, Médico especialista Pediatra. Casi como la vida monacal y con “voto de obediencia” donde las ordenes del más experto o el más especializado son preponderantes en la práctica médica(...)El “convento de los médicos”,(...) es un lugar en el sexto piso, al sur del edificio, allí hay cuartos, habitaciones para cada grupo de residentes y especialistas, también hay una sola televisión y una mesa, como si fuera un comedor, además hay unos casilleros marcados con los nombres de cada uno de los que está en ejercicio»(Diario de Campo:2/02/09)

De esto se nota que hay una práctica médica desde el año 199 y que tomo forma bajo la moral cristiana, desde tiempos del Emperador Constantino y que luego el monacato cristiano asume y de las cuales cobra fama la escuela de Chartres, en la alta edad media donde solo hasta el Concilio de Paris, en 1212, prohibió la actividad medica de los monjes. (Cf. Chediak, 2007). Esto nos da una perspectiva general de que los órdenes de lo privado y de las jerarquías médicas no son una ocurrencia propia de su fuero y que Foucault no hace la afirmación como mera analogía.

Las jerarquías en la medicina han sido desde entonces, donde, ligado a al poder monacal hay en nuestro caso una “abadesa”, una “superiora” que de izquierda a derecha son autoridad por su experiencia y/o por otros roles dentro del monacato y a la derecha las “monjas” y algún/alguna novicia que aprende las reglas de este cenobio por tiempo de un mes y luego sale de su noviciado lista a profesar de votos perpetuos en la Santa Orden de los Pediatras. Afirma don Fernando (13 de Marzo de 2009) que todas las Monjas- pediatras siguen la conducta de la madre superiora, logra identificar que la relación es similar pero que todas garantizan la ternura y el cuidado a los niños¹⁸.

El permanente compartir de la vida que ocurre entre monjas y madre superiora en la improvisada abadía al aire libre nota una identidad y una cercanía entre ellas, y es justo esto lo que notan los padres de familia cuando ocurre la consulta, decía una de las monjas que “es como estar en permanente en junta médica”. Esta cohabitación del altar de la mesa medica y la consulta en él permite a los padres de familia comunicarse con otros padres de familia por que ocurren en simultanea 4 consultas, cada médico con su paciente donde la similitud de las patologías de todos los bebes prematuros y/o de bajo peso al nacer pareciera que es la manera

¹⁸ Permítaseme la analogía a la vida religiosa por motivos éticos.

de identificación de los padres de familia, quienes “confiesan” todo cuanto ven e interpretan de sus niños.

Se ha visto cooperación entre médicos y entre pacientes, es común ver cuando un medico tiene un niño que llora mucho y debe priorizar el examen sobre la atención que el niño le preste siempre un medico al lado que saca un arsenal de cachivaches que emiten algún sonido y permite captar la atención del niño, así como también mueven adrede los móviles que cuelgan del techo y que los niños ven por estar acostados boca arriba, esta cooperación también llama la atención de manera positiva de los padres que viven esta consulta fuera de consultorio, pero un lugar propicio para ella, como el interés de sus médicos por sus hijos y la posibilidad de captar cualquier “consejito” extra que no está de más para el cuidado de su niño. Entre padres de familia es común ver que les hablan a los niños e incluso cuando un niño hace el famoso berrinche o pataleta algunos papás y abuelas y mamás intervienen para que la situación embarazosa pase tan rápido como sea posible.

En el proceso de indagar como es la consulta en el PMCI se ha preguntado a personas de dentro del programa, a personas de fuera del programa y a las mismas mamás que asisten al programa.

Los pacientes de otros lugares del HUSI como Iván (Comunicación Personal; 10/03/09), un paciente de ortopedia estaba sentado fuera en las sillas que están justo en la pared que da la oficina de trasplantes. Cuando empezó la conversación afirmo sobre la manera en que se da la consulta que es un lugar privado y que hay cosas que solo se dicen en la intimidad que existe en médico y paciente, a lo que también se refirió Gabriel (Comunicación personal;9/03/9) al decir que si fuera el padre de un niño, el bajaría la voz mucho para que no le escuchen todo cuanto diría. Iván afirma que aunque todo el mundo hable de las enfermedades nadie habla con detalle de sus enfermedades y de lo que la produjo, así mismo Gabriel (Comunicación personal; 9/03/9) afirma le gusta la consulta normal, porque siempre ha sido así.

Una de las “novicias” que estará en el mes de Abril 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» (Comunicación personal escrita; 1/03/09)

De lo que se presume que es en un consultorio donde se da de modo privado la consulta, lo que atiende al estereotipo de consulta que el saber común tiene y que narra un tiempo limitado para una atención que tenga como resultado el diagnostico acertado de patologías, cosa que

contrastada con lo que ocurre en el PMCI donde la consulta dura el tiempo que el médico estime necesario para conocer la realidad de cada niño.

El orden de la consulta determina las interacciones de la sala, por ello lo primero que hacen las mamás cuando llegan al PMCI es entregar el carnet y se dirigen a la mesa de cambio que queda al sur de la sala, allí desvisten a los niños y los pasan para que los pesen y les midan la talla, luego los niños son vestidos en algunos casos, en otros las mamás les dejan con una camiseta y el pañal, luego esperan a ser llamados y pasan a la mesa de los médicos. Y en la mesa de los médicos los niños son auscultados y evaluados en algunas habilidades motoras que deben ser vistas, estas habilidades incluyen caminar. Cuando los niños caminan suelen hacerlo alrededor de toda la sala y es común quedarse paralizado mientras se les ve como tienen tal habilidad, moverse, nada más humano que la bipedación y por ello ver el proceso de gateo y bipedación suele tener a más de uno, diferente de los papás, con toda la atención en los niños.

Una vez termina la consulta y ya ha habido oximetría, si era necesario, una vez se determina que se pueden ir algunas mamás se quedan un rato más, mientras visten a los niños y hablan y dan de comer, otras los visten y salen tan rápido como pueden de la sala. Las mamás que se quedan en la sala suelen quedarse por que el ambiente lo encuentran cómodo y han tenido una buena conversación la durante el tiempo de espera, que coincide como dice Mónica «las mamás se conocen desde el lactario y que no se conocen por el nombre sino por la relación al niño, “la mamá de” y que solo cuando se encuentran fuera del lactario es que se preguntan el nombre de pila»(Comunicación verbal;10/02/09)por ello cuando se encuentran es común verlas hablar y contarse una y otra vez realidades de sus hijos y sobre qué les dijo el médico, «ella misma también aprovechó la experiencia de las otras mujeres durante las primeras ocasiones en que sostenía a Sebastián»(Charpak;2006:26).

Es común ver al cabo que los días que las mamás ya saben que hay que hacer y ya saben quien les facilitan las cosas durante el tiempo de espera, por ello es común escuchar charlas en términos técnicos usados por las mamás dando aviso sobre su hijo para realizar algún procedimiento que ellas saben que es necesario. Con los días solo ya saben que puede necesitar en niño en términos médicos sino que también saber que necesitan ellas como mamás y por ello vuelven a sus ropas diarias y dejan la ropa de embarazo atrás.

Todo ello, desemboca en una realidad que podría ser llamada “Consulta Colectiva”. Todas las reuniones que ocurren en la sala, todas las interacciones, todas las ubicaciones y todos los usos del poder médico en la relación que existe entre el Programa (pediatras, psicóloga, personal administrativo y enfermeras) y los pacientes y en la relación que existe entre los mismos padres de familia que aun cuando ya ha pasado mucho tiempo y sus hijos ya son grandes como ocurrió con una mamá que fue al HUSI con su ya “joven canguro” como paciente de ortopedia ... fue al programa, llegó hasta la puerta, miró para dentro y no encontró alguien

conocido. La locución fue "así eras tú cuando naciste", le dijo a su hijo, ella sigue siendo parte de la comunidad canguro.

Aun cuando hay población flotante que no es registrada y las mamás se acostumbran cada día más a llegar más tarde porque saben que van a pasar no menos de 2 horas en la sala y a veces pareciera un desorden monumental con una forma lógica de andar, es cierto y se ha observado tantas veces como ha sido posible, que la manera en que está dispuesta la sala y el encuentro accidental de las mamás en ella creando las interacciones ya descritas es un amortiguador de las realidades más dolorosas que puede vivir una mamá frente a las dificultades que pueda tener su hijo recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer y que al encontrar apoyo en otros padres de familia y en el mismo personal médico, de enfermería y de psicología, que rodea a los padres de familia cuando las cosas no andan como ellos quisieran y que celebran con ellos cuando todo anda sobre ruedas(Cf. Fonseca, Carinhanha,Garcia, Rodrigues ;2008).

No así en Meredi donde, por más que los médicos hacen todo lo humano para acoger y amortiguar las noticias duras que pueden surgir del proceso, padres de familia siempre deben apelar a mayor fortaleza emocional por que una vez salgan del consultorio la realidad los interpela a solas y casi de manera inmediata. Es una fortaleza la calidad humana de los médicos de Meredi la cercanía del lenguaje que hace que los padres estén más cerca de ellos y entiendan las guías que ellos dan como lo es también la alegría que manifiestan con cada padre de familia.

Los testimonios de las madres sobre lo colectivo.

La “colectividad” se puede resumir en un modo de reunir a todas las mamás para hacer no solo la consulta sino también para aplicar las formas de educación formal y no formal que ya se han enunciado.

De ello vale la pena retomar que la primera impresión en general de las madres es que la sala se presenta como un lugar des-ordenado. Sin duda alguna se presenta como un lugar desordenado con referencia a las otras formas de consulta. La biomedicina en medio de sus blancas batas y científicos métodos mostrados a todas las personas en la aplicación de su disciplina ha creado un estereotipo de lugar medico, parco, calculado, sistematizado en extremos y por ello al llegar a la sala del programa y ver las enfermeras y los padres de familia de un lado a otro, tras haber estado en un lugar de características casi, casi monacales es impactante.

Sonia afirma que había escuchado cosas no muy buenas de éste, que en la clínica en la que se encontraba (La Magdalena) le habían dicho que atendían a todos los niños al tiempo y que era muy desorganizado. También afirma que la primera vez que asistió se impresionó al ver que efectivamente,

los pediatras atendían a los niños no de manera personalizada (Karime Rangel sobre Sonia Gomez, Entrevista, 11 de Febrero de 2009)

Con el paso de los días es posible ver que las madres y padres de familia se familiarizan y narran que aun cuando llevan 2-4 días yendo al PMC ya le encuentran sentido al modo en que se organizan las atenciones en el PMC; *...me sentí muy segura al ver que no sólo ella era quien estaba atendiendo a mi hijo, sino que también había otras* (Karime Rangel sobre Elizabeth Triana, entrevista; 13 de Febrero de 2009).

A algunas madres nunca les incomoda o les extraña el modo en que se reúnen las madres en la sala del PMC:

«Ella dice que sabía de la existencia del PMC, pero que específicamente no sabía su funcionamiento, ella pensaba que el PMC, era parecido a la UCI, así se lo imaginaba, pero cuando llegó y se dio cuenta que era diferente, dice, “yo me sentí bien, porque es más acogedor, uno se siente mucho mejor, porque es chévere» (Sonia Delgado sobre Carolina Castro Cortez; Entrevista 23 – 02 - 2009)

Las entrevistas citadas anteriormente son realizadas en los primeros días de estada de las madres en la sala del PMCI, frente a las entrevistas de cuarenta semanas podemos notar lo siguiente: las respuestas posibles hechas por la encuesta sobre ¿Sabe por qué la consulta y los talleres se realizan de manera grupal? Son las siguientes:

- Para que las madres nos ayudemos
- Para ver a otras familias que pasan por lo mismo.
- Necesidad de aprender lo mismo y apoyarse entre todas a recibir ese aprendizaje.
- [para] el intercambio de experiencias y aprendizajes con otras madres.
- Porque todas las personas tenemos diferentes dudas y al compartirlas aprendemos todos.
- Para recibir la misma información.
- Porque son muchas madres y ahorra tiempo.
- Para que el aprendizaje sea más avanzado

Llama la atención de las entrevistas vistas que la segunda opción es la que mas respuestas tiene, 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.

La Creación De Un Concepto

Conclusiones

El trabajo de campo en el Programa Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio implicó el presente etnográfico de la primera parte donde se evidencian todas las realidades observadas en la sala del PMCI anotando que hay más realidades posibles de encontrar y que describen fenómenos más amplios en la sociedad. En la generalización sobre la Consulta Abierta- Consulta Colectiva abordaremos los diferentes roles de los profesionales que componen el PMCI aislados ya de los fenómenos observados en el trabajo de campo y que nos permiten decir que es realmente la Consulta Colectiva.

La sala del PMCI cumple la función de evidenciar realidades socio-culturales amplias en grupos pequeños que permiten el conocimiento aproximado de otros fenómenos más amplios. En la sala de los lugares donde se hace aplicación del Método Canguro al modo en que practica en el PMCI la sala tiene funciones que permiten la inter-acción de las familias y que revelan realidades que no pueden pasar inadvertidas para los profesionales que hagan parte del equipo de trabajo en la aplicación del Método Canguro.

En primer lugar la Sala es un revelador de la realidad socio-cultural de una población particular en una localización determinada. Todas las madres y padres del Programa Canguro llegan a él con sus biografías y en ellas las diferentes variables que hacen posible el nacimiento de los niños y su llegada al lugar donde tiene lugar la aplicación del método. La comprensión de los modos de parentesco de la población asistente da luces sobre cómo se conforma la familia, donde viven, como se conforma el círculo social de las familias, cuales son las condiciones económicas, etc.

La existencia de la sala permite que se revelen las tradiciones cotidianas de cuidado no médico de los bebés y que se resalten o se problematizan 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, 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.

La sala del Lugar donde se aplica el Método Canguro es el lugar donde transcurre el método no formal de educación sobre los cuidados ambulatorios de los bebés prematuros y/o de bajo peso al nacer que permite que las mamás aprendan a ser mamás con características de cuidado particulares que hacen posible la pervivencia de los niños.

De todo lo anterior podemos decir que las funciones de la sala del PMCI son: La creación de Identidad, la reproducción de significados socio-culturales, la legitimación de los roles parentales (Maternidad- Paternidad) y la creación de una nueva puericultura.

El uso de talleres periódicos sobre maternidad, afectividad y paternidad es la forma en que el PMC interviene en las realidades de la paternidad antes descritas y encontradas en la literatura que son comprobadas en la realidad de la sala de PMC, es también la forma de facilitar transformaciones estructurales en la familia que de todo lo anterior, crea una identidad a partir de las practicas que se han dicho ya.

El cambio 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. La identidad en temimos parentales se da porque los padres y las madres del programa se identifican con un tipo de cuidado particular que surge de la interacción directa con su hijo, realidad que ocurre en el PMC en base del cuidado del bebe que al ser particular a 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 mismo, las madres se asumen como tales no por oposición al rol paterno sino justamente en el apoyo que la cesión de algunos oficios que al ser aprendidos por los padres les dejan a ellas sentir su feminidad en tanto que no solo madres- reproductoras sino que sobre todo mujeres. La flexibilización del rol maternal y la inclusión de nuevas funciones en el rol masculino es uno de los cambios estructurales que el PMC crea en la familia cuando esta compuesta por papa, mamá y bebe.

Cuando hay hermanos menores de edades desde 7 años en adelante los incluye en la práctica de la posición canguro donde refuerza lazos afectivos y cohesiona el núcleo familiar, cuando la familia es madre-solterismo o padre solterismo o viudo refuerza el tesón por la cual se debe mantener el cuidado del bebe. Todo ello se vive en la sala, se escucha en las locuciones de los padres y madres y se nota en la compañía de hermanitos y familiares en general que se reúnen en torno de los cuidados que el bebe canguro exige.

Los impactos sobre la familia antes mencionados son del particular del PMC ya que dinamizan, aun de manera coyuntural, la actividad familiar y recrea los lazos de pareja que son parte de las intenciones dentro de las charlas que ocurren en el PMC, de esta manera el Programa asegura un ambiente benéfico para la vida y el desarrollo de los cuidados del niño. Aun cuando desde la pediatría la familia es un aspecto que se trata todo el tiempo desde perspectivas médicas (Cf. García Caballero et al; 1995) también debe notarse que la multidisciplinariedad dentro del PMC

permite el conocimiento de contingencias en los usos y costumbres desde aspectos diferentes a la medicina y que son útiles en tanto que ilustran realidades que la medicina no tiene forma de aprehender.

La identidad surge en términos de las practicas sobre los cuidados que el PMC ofrece pero que son mezclados de manera directa con las tradiciones locales para los bebes, las narrativas sobre el éxito del programa y los usos como la faja, antes llamado marsupio de lycra, que es llevado como una prenda de vestir femenina y que marca que su uso no solo facilita mantener la posición del bebe sino también los usos de vestir durante el tiempo que dura la posición canguro, realidad que nota que las herramientas que da el programa son apropiadas y por supuesto deberán ser hechas a la medida de las tradiciones de cada lugar donde se ponga en vigor el método canguro.

Esa es una de las riquezas del PMC, que pone en contacto la medicina y las tradiciones de cuidado propias del lugar dando un espacio para la mezcla de la tradición medico-científica vs tradiciones propias del lugar, lo que facilita la creación de una identidad en la medida en que las madres se identifiquen con el método.

Cobra sentido ver el fenómeno consulta colectiva como una serie de realidades que se superponen unas a otras y que solo en la descripción de cada una de ellas podemos notar la dimensión de lo que ocurre en la sala, de lo cual hay que decir que es producto de una espera por atención medica particular en términos del niño pero que es lugar de compañía y apoyo para las mamás que se sienten un tanto inseguras del aprendizaje que llevan con su nuevo rol.

* * *

Aun los cambios inesperados en la realidad de PMCI del Hospital Universitario San Ignacio hay que notar que el predominio de mujeres en la mesa de los médicos del Programa hace verosímil la educación formal por parte de los médicos, de ese modo notar que la presencia eventual de un hombre en medio de las pediatras del PMCI llama la atención y hace en algunos casos sentirse a gusto a los padres que al ver a otro hombre dentro del Programa Canguro que se sienten identificados con él en la mesa.

No puede perderse, y es constitutivo de la identidad de las Madres Canguro, la enorme afabilidad de las pediatras hacia las madres y los niños haciendo un uso de lenguaje cercano, comprendiendo tradiciones que buscan el mismo fin medico y en la apertura a diagnósticos que con seguridad, producto de la experiencia, existía por parte de los miembros de la mesa inspirada por su líder “natural” que daba no solo mayor bienestar a las madres sino seguridades concisas sobre la realidad de los niños.

* * *

La Consulta Colectiva es colectiva por que reúne a muchos pacientes en un mismo espacio en un mismo periodo de tiempo pero todos son atendidos de manera individual. Es *una consulta abierta* como afirmó la Dr. Zita Figueroa al notar que en oposición a la consulta privada seria una especie de consulta pública y no es tal por que no está fuera del hospital sino que dentro del espacio destinado para dicho fin, la consulta se hace visible sin haber divisiones entre los médicos y hace posible que las mamás escuchen lo que se dice y se piensa sobre otras realidades de los niños y/o sobre los cuidados generales que se pueden recomendar a las madres en general.

La consulta abierta marca el primer momento de la realidad que conforma la consulta colectiva, es este primer momento el que activa el proceso “colectivo” en el PMC que son las interacciones que tiene lugar en la sala.

La consulta abierta es realmente la primera parte del modo colectivo, explica un componente importante que es la variación en la forma de consulta que no es común en el modo enseñado por la academia pero que es parte fundamental en el PMC porque dinamiza la información, deja al descubierto todos los discursos médicos de donde los padres de familia toman información de oídas y crea seguidores en la autoridad que nota de los pediatras y personificado en su líder adquiere veracidad. Los padres de familia citaran en la sala las palabras emitidas en la mesa como si se tratara de una instrucción particular para ellos.

Así mismo podríamos notar, como nota la psicóloga del programa Martha Cristo quien tomado prestado algunos términos de artículos académicos a sugerido que el termino co-cuidado, en ingles *co-care* (Cf.Madaly Neu et al;2009), describe una parte de lo que ocurre en la sala del programa entre los pacientes y el personal del programa donde en efecto padres de familia y pediatras y enfermeras cuidan de los niños de manera conjunta, en cooperación donde las mamás piden los servicios de salud para sus hijos, los médicos dan su conocimiento, las enfermeras facilitan la ejecución de tales conocimientos aplicando los propios y donde finalmente las madres aplican todo cuanto aprenden de médicos y enfermeras mas su bagaje cultural en el cuidado de bebes lo que se traduce en el bienestar de los niños.

Este co-care es lo que he nombrado en términos de la mezcla de cuidados tradicionales y la disciplina medica. La construcción del “co-care” es la gran riqueza de la consulta que se da en que no solo se mezclan realidades médicas con las formas tradicionales del cuidado neonatal sino que además se enriquece por el contacto entre las múltiples personas que llegan de otros lugares del país y teniendo su residencia en Bogotá llegan al PMC se van divulgando nuevas formas de aplicación de cuidados que hacen que la mezcla y la apropiación de estos conocimientos médicos y no médicos sea parte fundamental de la creación de la identidad que se vuelve indicador de la colectividad de la consulta.

Estos conocimientos pierden su ubicación geográfica y en la mezcla se vuelven prácticas del programa, de los padres que atribuyen su conocimiento al programa y desde las vivencias tenidas en el PMC son no solo transmitidas sino hechas realidad por el contexto médico al que remiten.

Por ello es real que la consulta colectiva existe en la construcción de los niveles descriptivos ya expuestos y que una vez vistos uno a uno podemos ver la complejidad de la realidad que tiene lugar en la sala del Programa Madre Canguro.

Por ello es posible decir de nuevo y finalmente que La Consulta Colectiva es el modo particular en el que transcurre la forma de consulta en la sala del Programa Canguro, son las interacciones, lo que pasa en la sala, que va mas allá del mero hecho de ir a una consulta médica, de esperar y de aplicar medicaciones para anomalías de la salud de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer. En este modo ocurre que las madres se sienten apoyadas entre ellas, pasan sus días aprendiendo como cuidar sus hijos particularmente frágiles y se hacen al roll de madres.

En la Consulta Colectiva se busca romper la relación desigual entre médicos y pacientes teniendo mayor cercanía de lenguaje y de trato que se da en la comprensión de la realidad de cada familia para con su niño y de las tradiciones que de su contexto práctica. Esta realidad tiene capas que deben ser vistas una a una para su comprensión, donde cada una de ellas da cuenta de una pequeña parte de la realidad y todas unidas son la Consulta Colectiva

Bibliografía

- Angel Cediel Ricardo, 2002, *Semiología Médica*, editorial Celsus
- Angela McRobbie, 1998, *More!: nuevas sexualidades en las revistas para chicas y mujeres*, En: James Curran, David Morley, Valerie Walkerdine, 1998. *Estudios culturales y comunicación: Análisis, producción y consumo cultural de las políticas de identidad y el posmodernismo*. Editorial Paidós, Barcelona, págs. 263-296.
- Ann Dally, 1983, *Inventing Motherhood*, Schocken Books, New York.
- Anthony Giddens; 2004, *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*: Ediciones Cátedra, Madrid.
- Benedict Anderson, (1991) “Introducción”; En *Comunidades Imaginadas*. México: FCE, 1994. pp. 17-76.
- Charpak et al. Sf; *Nací antes de tiempo: mi aventura cuando fui un recién nacido canguro*, Fundacion canguro.
- Charpak Nathalie, 2006, *Bebés canguro el método que humaniza el cuidado de los recién nacidos, mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Chediak Atia, Edmond, 2007, *Tres médicos árabes Rhases, Averroes, Avicena*, Academia Nacional de Medicina.
- Claude Lévi-Strauss, 1973, *Antropología Estructural*, Editorial Universitaria, Buenos Aires.
- Carlos Garcia Caballero, 1995, *Pediatría Social*, Ediciones Diaz de Santos S.A, Madrid.
- Código Civil Colombiano, Artículo 154, numeral 7
- Desmond Morris,2004; *El Mono Desnudo*, Editorial Debolsillo, Barcelona, 269pags
- Desmond Morris; 2005, *La mujer Desnuda*, Editorial Planeta, Barcelona, 325 pags
- Enrique Perdiguero, 2000. *Medicina y cultura estudios entre la antropología y la medicina*, ediciones Bellaterra
- Georg Simmel; 1986(1908)*Sociología 2 Estudios sobre las formas de Socialización*, Alianza Editorial, Madrid
- Himeneos En <http://www.rae.es>
- Ivan Illich; 1976, *Medical Nemesis*, Random House, New York,294pag: traducción en : <http://www.ivanillich.org.mx/Linemes2.htm#anchor99502>
- José Goetz, 1965 en: *Groupe Lyonnais d’ Etudes Médicales, Paternidad y Virilidad*, Editorial Razón y Fe, Madrid
- Lantenas F; 1798; *Del’ influence dela liberté sur la santé, la morale et le bonheur*, Paris: En Michel Foucault, 2004;*El Nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI editores, México.

- Loyd deMause, 1991, Historia de la Infancia, Alianza Editorial, Madrid. 470.Págs.
- MichelFoucault;2005;Historia de la Sexualidad- la voluntad de saber, Siglo XXI editores, Mexico, 194 paginas
- Rose Bernstein, 1971(1974), La madre soltera frente a sociedad, editorial Marymar, Buenos Aires.
- Schutz Alfred;1964;Estudios sobre teoría social, Buenos Aires;Amorrortu,210-251
- Virginia Gutiérrez de Pineda 1975, Estructura Función y cambio de la familia en Colombia, Bogotá: Asociación colombiana de facultades de medicina
- Virginia Gutiérrez de Pineda, 1964, La Familia en Colombia Trasfondo histórico, Editorial Universidad de Antioquia.
- Virginia Gutiérrez de Pineda, 1975, Familia y Cultura en Colombia, Colcultura. Bogotá

Artículos

- Ellen Lazarus, 1994, What do Women want?: Issues of Choice, Control and Class in pregnancy and Childbirth, En: Medical Anthropology Quaterly, Vol 8, No 1, pp 25-46
- Gómez Papí, C.R. Pallás Alonso J. Aguayo Maldonado,2007, El método de la madre canguro En: Acta Pediátrica Esp. 65(6): 286-291.
- Gui-Young Hong;2004; Emotions in Culturally- Constituted Relational worlds En: Culture & Psychology, Vol 10.
- Montesinos, Rafael, 2002, Las rutas de la masculinidad ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno, Gedisa, Barcelona
- Juan Lozano en entrevista por Andrea Linares; 2008, La Ley María, un beneficio para papá y mamá, En <http://www.abcdelbebe.com>).
- La Educación Sexual Fracasó',1de febrero de 2007,El Tiempo. En www.eltiempo.com.co
- Lucia Helena Garcia Penna, Joana Iabrudi Carinhanha, Raquel Fonseca Rodrigues ;2008, Consulta Pre-Natal Colectiva: Una Nueva Propuesta Para La Atención Integral, En: Rev Latino-Am Enfermagem Janeiro-Fevereiro;
- María Claudia Duque Páramo, 2008, Niñas y niños colombianos en los Estados Unidos. Agencia, identidades y cambios culturales alrededor de la comida; En: Revista Colombiana de Antropología Volumen 44 (2), julio-diciembre 2008, pp. 281-308
- Milena Clavijo, 2008, Embarazo muy pronto o muy tarde: En embarazo y Parto, N°46, Editorial Televisa, Bogotá – Santiago, págs. 33-36.
- Shari L. Dworkin and Faye Linda Wachs; 2004; "Getting your Body Back": Postindustrial Fit Motherhood in Shape Fit Pregnancy Magazine, *Gender & Society* 18; 610.

- Tatiana Munévar; 2008; Abandono De Niños En El País Creció 11%” En <http://www.ELTiempo.com>.
- Glenda Wall and Stephanie Arnold, 2007, How Involved Is Involved Fathering, En: Gender & Society; August, 21; 508
- Stephen Williams, 2008, What is fatherhood?, En: Sociology, Volume 42, Number 3, June
- Joel C. Kuipers; 1989; "Medical Discourse" in Anthropological Context: Views of Language and Power Source: Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 3, No. 2 (Jun), pp. 99-123
- Linda L. Layne, 1996, "How's the Baby Doing?" Struggling with Narratives of Progress in a Neonatal Intensive Care Unit En: Medical Anthropology Quarterly, Vol. 10, No. 4, pp. 624-656.
- Magdalyn Neu, Mark L Lauden, Jo Ann Robinson, 2009, Co Regulation in Salivary Cortisol during Maternal Holding of Premature Infants En: Biological Research for nursing. Vol 10 #3 January 2009.

Otras fuentes

- Les Luthiers; 1979, Muchas Gracias De Nada: transcrito desde <http://www.youtube.com/watch?v=j2eXZXgD6f0>
- Ministerio del Interior, 1974 en http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/decreto/1974/decreto_2820_1974.html
- Marsupiales en : <http://www.botanical-online.com/animales/marsupiales.htm>, visitada el 7 de Marzo de 2009
- Bruce Linton, Sf, Cinco mitos sobre la paternidad, En : http://espanol.babycenter.com/baby/sexo_y_relaciones/paternidad/ visitada el 24 de marzo de 2009.
- Entrevistas Karime Rangel- Sonia Delgado, Enero Mayo de 2009
- Diario de Campo Junio – Diciembre de 2008- Enero- Mayo de 2009.