



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS  
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

**EXPERIENCIA EDUCATIVA EN UN HOSPITAL: LOS MÚLTIPLES  
SENTIDOS DEL PARTO**

**Tesis**



Que presenta para obtener el grado de Maestra en Ciencias en la Especialidad  
de Investigaciones Educativas

**VICTORIA DEL CARMEN DÍAZ MÉNDEZ**  
Licenciada en Ciencias de la Comunicación

Directora de tesis  
**Dra. Rosa Nidia Buenfil Burgos**



Agosto, 1997



A Quique, LuisFer y Mariana

A mis papás

A mi abuela

## AGRADECIMIENTOS

A Jorge Moctezuma, compañero y amigo, por su mirada crítica, y su apoyo especialmente con los niños. No cabe duda que para que una mujer haga trabajo intelectual necesita tener muchas cosas domésticas resueltas.

A mis hermanos, Eurídice, Julieta y Guillermo, quienes me sacaron de apuros softwareanos en las horas más extrañas.

A Olivia Ortíz por su cariño y su apoyo ilimitado.

A Paccelli Campero por su fe en mí.

A Rosa Nidia Buenfil, mi doula intelectual, por su apoyo y sus consejos; pero especialmente por su entusiasmo y porras hacia este trabajo.

Al DIE por tener compasión de los remisos.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

Presentación .....	7
Planteamiento.....	9
Acerca de un proceso educativo en un hospital.....	12
Objetivos generales.....	15
Aproximación Metodológica. ....	16
Descripción de Capítulos.....	18
Notas.....	19

### CAPÍTULO I

LA EDUCACION EN EL ESPACIO SOCIAL.....	20
Relaciones sociales y experiencias educativas.....	22
Discusión sobre los procesos educativos en la diversidad de espacios sociales .....	25
Las condiciones de la educación.....	30
Notas.....	35

### CAPÍTULO II

EL HOSPITAL COMO GENERADOR DE DISCURSOS SOCIALES.....	36
Breve historia del hospital moderno.....	37
El parto hospitalario .....	40
Atención del parto hospitalario en México.....	43
El Discurso Hospitalario.....	46
Notas.....	48

### CAPÍTULO III

DESCRIPCION DEL CASO.....	49
Antecedentes.....	52
Descripción General de la Experiencia.....	55
Los Personajes.....	57
Notas.....	63

## CAPÍTULO IV

ANALISIS.....	64
Puesta en Escena de los Discursos.....	65
1.1 Lógica del Hospital.....	65
1.2 El Discurso Médico : “El parto es un hecho fisiológico normal”.....	68
1.3 El Discurso de la Enfermera : “El parto es una experiencia traumática”.....	72
1.4 El Discurso de la Parturienta : “Yo nunca me imaginé cómo era un parto, yo creí que llegaba uno al hospital, tenía su bebé y ya”....	75
1.5 El Discurso de la Doula o la ilusión de un parto sin intervenciones....	81
Los Discursos en Acción.....	90
2.1 Acerca de la mujer y el parto.....	91
2.2 Acerca de la vivencia del hospital.....	92
2.3 Acerca del trabajo de las doulas.....	94
Los Procesos Educativos o la Transformación de los Actores.....	97
3.1 Transformaciones más evidentes.....	99
3.2 Acerca de la crisis de identidad.....	103
3.3 Acerca de los modelos de identificación .....	105
3.4 Resultados previstos.....	106
3.4.1 Los contenidos educativos	
3.4.2 La comunicación	
3.5 Resultados no previstos.....	110
3.5.1. El lenguaje	
3.5.2. El aprendizaje del cuerpo	
3.6 Observaciones Finales.....	113
Notas .....	117

## CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES.....	118
Acerca de los sentidos del parto.....	124
BIBLIOGRAFIA .....	128

## INTRODUCCIÓN

### PRESENTACIÓN

Este trabajo de tesis tiene su origen en la observación y registro de una experiencia que ocurrió en la sala de labor de un hospital. Era una experiencia de apoyo que se les ofrecía a mujeres en trabajo de parto, a través de la compañía de una doula(1) o mujer especialmente capacitada para esta labor. Tanto la capacitación de las doulas, como el apoyo a las mujeres, formaban parte de un proyecto de investigación intervención(2), en el cual tuve oportunidad de participar entre 1995 y 96.

Se sabe que las mujeres que entran a parir a un hospital por primera vez, además del dolor físico propio del trabajo de parto, experimentan una situación de angustia y temor a lo desconocido generado en parte por el evento mismo del parto, y por lo que representa quedarse hospitalizada sin la compañía de su pareja o de algún familiar. En base a lo anterior, se capacitó a un grupo de mujeres para que proporcionaran apoyo físico y emocional a parturientas primerizas durante su trabajo de parto(3), parto y postparto inmediato, con la finalidad de observar los efectos de tipo obstétrico y emocional que pudiera lograr este tipo de compañía.

Si bien en esta experiencia participaron de manera general médicos, enfermeras y demás personal del hospital, mi observación se centró en la interacción de estos dos sujetos, la parturienta y la doula, quienes a mi juicio fueron desarrollando una relación educativa sin proponérselo expresamente.

La característica principal de estas parturientas era el ser primerizas, es decir, era su primera experiencia de parto y para muchas de ellas también era su primera experiencia de hospitalización. Las doulas en su mayoría, eran enfermeras jubiladas que buscaban en la capacitación una prolongación o especialización de su rol de enfermeras.

A lo largo de esta experiencia se observaron algunos cambios en los sujetos: las doulas, por ejemplo fueron transformando su actitud frente al hospital: desde una postura de subordinación a las formas y saberes médicos -lo cual era esperable dada su condición de enfermeras-, hacia la toma de distancia y cuestionamiento abierto a tales formas y rutinas. Paulatinamente se fueron dando cambios en sus concepciones de las cosas. Su antiguo rol de enfermera se fue transfigurando en el trabajo cotidiano con las parturientas, y a través del enfrentamiento con las relaciones de poder y dinámicas establecidas en el espacio hospitalario.

Entre las parturientas también se observaron cambios, algunos que ellas mismas señalan en sus testimonios, en términos de como se sentían antes de relacionarse con la doula, y después; y diferencias que se observan al comparar sus testimonios con aquellos de otras parturientas que no tuvieron la compañía de una doula. Estas diferencias giran en torno a la vivencia de su experiencia, su parto, la percepción de sí mismas, su percepción del hospital, etc. Entre los médicos y las enfermeras los cambios son difíciles de observar; sin embargo hay algunas huellas en sus acciones y palabras, a través de las cuales puede inferirse que desarrollaron cierta adaptación ante la incorporación de un personaje nuevo, como fue la doula, en su espacio de trabajo.

Se puede decir pues, que entre doulas y parturientas se establecieron saberes y habilidades nuevas tanto para unas como para otras, y al final de la experiencia, había algo distinto en ellas. Ambas intercambiaron ideas respecto al parto, al cuerpo, a la institución, a la maternidad, etc.; intercambiaron significaciones que se articularon en un discurso recreado por las dos mujeres y que, dicho sea de paso, se enfrentaba de alguna manera a los discursos propuestos por la institución. Ciertamente no todas las mujeres acompañadas se identificaron con el discurso de las doulas, ni todas las doulas dejaron atrás su postura de enfermeras al trabajar con las parturientas, pero como tendencia fue algo llamativo.

## PLANTEAMIENTO

La observación de esta experiencia, nos lleva a reflexionar acerca de los procesos y prácticas educativas que ocurren en diversos espacios al margen del sistema educativo ; procesos o expresiones educativas que tienen lugar en interacciones sociales cotidianas y que suceden constantemente en la vida de los sujetos. No podemos reducir las prácticas educativas a las que ocurren dentro del sistema escolar exclusivamente, dado que otras instituciones como la familia, el estado, los medios de comunicación, las iglesias, los clubes deportivos, los partidos políticos etc., se han constituido históricamente en en agencias educativas y participan de manera muy importante en el universo educativo de la sociedad.

Hasta ahora, la mayor parte de la investigación educativa se ha concentrado en las prácticas escolares, y poco se sabe de aquellos procesos educativos que ocurren en otros espacios sociales(4) ; Se asume que éstos tienden a ser más o menos difusos y asistemáticos ( Trilla, 1996). En este sentido dice Puiggrós que, “desde la sociología de la educación se establece una distinción tajante entre la educación formal y la educación ambiental - no formal, no sistemática- que supone que el único proceso educativo que responde a un orden, es el que se produce en las instituciones escolarizadas mientras que el otro es difuso “. Ante ésto ella afirma que en este rubro, la educación familiar, es un ejemplo de sistematicidad y orden profundo, concluyendo que “toda educación tiende a adquirir un carácter sistemático” (Puiggrós, 1996 : 74). Con estas ideas, el presente trabajo retoma el tema de la educación fuera de la escuela abordando una práctica educativa no escolarizada en un contexto institucional. Partiremos de una concepción de la educación en un sentido amplio, como un proceso social dinámico y permanente en la vida de los sujetos y por tanto de la sociedad.

A lo largo de la historia, la actividad social de la educación ha sido concebida de diversas maneras de acuerdo a cada sociedad y cultura; a pesar de esta diversidad, todas ellas coinciden en que se trata de una actividad social



fundamental que contribuye a la integración de los sujetos a la sociedad misma y a la cultura, o en otros términos: en la conformación del ser social. Es decir, que es a través de la educación, que se trasmite la cultura de las generaciones adultas a las generaciones jóvenes y tiene de esta manera, una función de homogeneización social ( Durkheim, 1974).

Los individuos desde su nacimiento y a lo largo de su interacción en las diversas prácticas sociales, escolarizadas y no escolarizadas, se van constituyendo en sujetos capaces de hablar, pensar y conducirse adecuadamente, respecto a la sociedad en que viven. En cada práctica social, los sujetos van aprendiendo una serie de conocimientos o contenidos que les permiten incorporarse simbólicamente al orden social.

Cada práctica sostiene y se ve sostenida por discursos(5), que son constitutivos de lo social (Buenfil, 1985), y que aparecen como configuraciones de sentido frente a las cuales los sujetos se ven interpelados, apropiándose los para reconocerse en ellos. He aquí el principio de la educación / socialización. Por eso, la función educativa guarda un lugar fundamental en la socialización de los sujetos, en la preservación de la cultura, y por tanto en la reproducción y transformación de la sociedad.

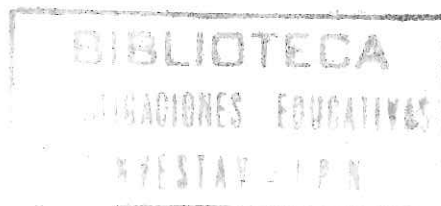
La discusión acerca de si el sujeto de la educación reproduce o transforma las relaciones sociales dominantes es muy larga, y por el momento me limitaré a decir, parafraseando a Emilio Tenti, que no hay reproducción homogénea (Tenti, 1981). Es claro que los procesos sociales se reproducen, pero no de una manera monolítica y uniforme, sino contradictoriamente y en diversas direcciones. Es de suponer que suceda lo mismo en todo espacio donde ocurren procesos de educación, que son por principio procesos sociales.

Si bien como puede verse, existe una relación muy estrecha entre lo educativo y lo social, e inclusive podría hacerse una lectura pedagógica de cualquier proceso

social, no todas las prácticas en donde ocurren procesos de socialización pueden llamarse propiamente educativas. Existen una serie de condiciones, inherentes a las prácticas educativas, que las caracterizan y las distinguen de otras prácticas sociales. Estas condiciones tienen que ver por una parte con las formas en las que las diversas agencias educativas estructuran los discursos a través de contenidos y modelos de identificación; y por otra con las formas específicas en que los sujetos de la educación, se los apropian (Buenfil, 1991).

Partimos de la idea de que el sujeto de la educación, no es una "tabula rasa" ni un contenedor receptivo de los discursos sociales en su totalidad. Cada sujeto porta una serie de significados o identidades (por género, edad, clase social, religión etc.) previas a las prácticas, que determinan y condicionan la apropiación deliberada, creativa y constructiva de los discursos educativos (Buenfil, 1983). Desde este punto de vista, se concibe al sujeto de la educación como un sujeto activo, que acepta o rechaza los contenidos educativos que se le presentan, y junto con ellos, los discursos sociales que los sostienen. Son estos procesos de aceptación / incorporación de modelos y significaciones sociales por los sujetos, los que constituyen el acto educativo y contribuyen de manera significativa a la reproducción y transformación social. Acerca de los procesos educativos comenta Puiggrós: "son procesos de trasmisión/adquisición, actos de enseñanza/aprendizaje, de las formas de diferenciación/articulación culturalmente acumuladas" (Puiggrós, 1996 :74).

Este proceso de constitución de los sujetos, se ha documentado ampliamente en la investigación educativa de las últimas décadas (6), en lo que se refiere al ámbito escolar. Faltaría indagar ahora lo que ocurre al interior de otras prácticas educativas, así como averiguar qué es lo que hace que una práctica social cualquiera se torne educativa, o en qué radica que cualquier espacio social pueda constituirse en una agencia educativa en un momento dado. Con estas interrogantes en mente se abordará la práctica que se ha escogido como ejemplo.



## ACERCA DE UN PROCESO EDUCATIVO EN UN HOSPITAL

\* "Los intelectuales saben, pero no sienten; las masas sienten, pero no saben..."

Gramsci

En nuestro caso sería , los médicos saben pero no sienten ;  
las parturientas sienten, pero no saben...\*

El caso que aquí se presenta trata de la relación que se estableció entre mujeres parturientas, y un grupo de doulas. De la interacción entre ambas resultó algo que iba más allá de la ayuda inmediata; se activaron contenidos acerca de la maternidad, los bebés, el sistema hospitalario, etc. A través del diálogo y la interacción ambas fueron transformando su identidad como sujetos sociales, y se apropiaron de contenidos que previamente a dicha relación, no tenían (Gramsci en Buenfil, 1991). Es decir, establecieron un proceso educativo.

Al interior de un espacio relativamente hostil como fue el hospital para ellas, ambas mujeres lograron construir un espacio creativo de intercambio de información y significados sociales a través de la interacción .

Le llamo *relativamente hostil*, porque el discurso medicalizado del hospital tiende a negar al paciente en cuanto a sujeto ; no le permite moverse, ni hablar más que en ciertos momentos y bajo ciertos términos, la expresión del dolor es menguada con analgésicos y sedantes, y existen escasas posibilidades de que el paciente opine o tome decisiones de lo que se hará con su cuerpo (Kitzinger, 1992; y Lorber, 1981). Por su parte, la mujer que entra a un hospital a parir -o por cualquier otra razón en calidad de paciente - porta un discurso silencioso cuyo eje principal es la incapacidad de oponerse al otro.

\*nota de la autora.

La mujer parturienta se encuentra en una situación de incertidumbre dado que no sabe lo que se espera de ella, no sabe de cierto que es lo que va a suceder, y el hospital solamente la va limitando y le muestra todo lo que no puede hacer. Esta situación de incertidumbre favorece los procesos de identificación con los discursos que se le ofrecen, y la situación crítica genera las condiciones para un proceso de aprendizaje.

El discurso hospitalario que se caracteriza por el manejo de un saber especializado frente a la enfermedad, le propone a la parturienta - que no "sabe"- un modelo de sujeto subordinado y enajenado frente al propio cuerpo y de su proceso de parto. Desde este punto de vista, para el hospital la mujer es sólo el continente de un proceso fisiológico que es competencia del hospital, en tanto que poseedor del saber especializado.

La doula, a través de la interacción con la parturienta y en general por su interacción dentro del servicio de tococirugía, abre una nueva opción que se plantea como una resolución ante el conflicto que genera el encuentro de la parturienta y el hospital. La doula propone o activa un proceso de aprendizaje y por tanto una forma distinta de relación; promueve a través del diálogo y la interacción, la integración de acciones y eventos en torno al trabajo de parto, al parto y como consecuencia, al cuerpo de la parturienta. Al final, la interacción parturienta/doula tiende a la constitución de un sujeto que se relaciona con su cuerpo, con su proceso y con su entorno de una manera diferente al propuesto por la institución.

Dado el caso de análisis, se distinguieron 3 discursos en torno al parto: el hospitalario, el de la parturienta y el de la doula. Se puede decir que las relaciones entre los dos primeros son básicamente de antagonismo, choque, exclusión, subordinación y en ciertos momentos hasta de negación. El discurso de la doula, si bien estableció cierto antagonismo con el del hospital, con el de la parturienta

encontró afinidad y se convirtió en un espacio de resolución del conflicto entre las necesidades de la parturienta y la institución. La doula rearticula estos discursos y al final, se observa que para la mujer con doula la experiencia de parto resulta más integrada que para las otras parturientas.

El hospital en tanto que institución, posee las peculiaridades hegemónicas que caracterizan a todas las instituciones sociales, y en las que se recrean las relaciones sociales de dominación, en este caso: médico/paciente, hombre/mujer, escolarizado/no escolarizado, etc. Igualmente posee una función ideológica, porque cada actor del hospital: médicos, pacientes, enfermeras, administrativos, etc., asumen o aceptan rasgos y características que la institución al interpelarlos les propone, y se reconocen en ellas. El hospital cumple entonces la función hegemónica educativa que distingue a las instituciones: "educa en el consenso, difunde una concepción de vida y elabora en suma, una conciencia colectiva homogénea" (Gramsci, 1981). El hospital, en su forma de sistema de salud social, genera y difunde una visión del mundo, visión que de manera individual, se difunde en la relación médico/ paciente y colectiva en la relación sistema de salud/ sociedad.

Como relación de hegemonía, se puede decir, que la relación médico / paciente podría equipararse a otras relaciones de dominación / subalternidad, en la medida que comparte con ellas rasgos como el ser opresiva, autoritaria, teoricista y parcializadora de los atributos humanos (Buenfil 1991). Los sujetos que entran en calidad de pacientes a un hospital, reconocen en el médico una figura de autoridad frente a la cual deben subordinarse ; baste decir como ejemplo que los pacientes para ser revisados deben adoptar una serie de posiciones corporales incómodas y extrañas sin oponerse, así como someterse a constantes interrogatorios en un lenguaje difícil de comprender, generalmente en estados de dolor; angustia, etc.

En la actualidad la atención del parto dentro de los hospitales no ha hecho una excepción con las mujeres parturientas. El parto se ha convertido en un evento altamente medicalizado (7) en donde la atención del mismo se reduce a un conjunto de acciones rutinarias y mecanizadas sobre el cuerpo de la mujer. En un contexto de tecnologización e intervencionismo clínico creciente en la atención del parto dentro de la institución hospitalaria, surgieron en países como Estados Unidos, a partir de los años 70s, una serie de corrientes que proponían la educación para el parto( 8). Ello sustentaba una postura de mayor participación de la mujer en su propio proceso de parto así como un reconocimiento de sus necesidades emocionales y de información.

De ahí se han desarrollado diversos programas de intervención cuyo objetivo principal es proporcionar compañía, apoyo físico y emocional a mujeres en trabajo de parto durante su estancia en el hospital. En algunas intervenciones esta compañía se da a través de personal especialmente capacitado para cumplir esta función (Marc, 1989), aunque en otras han sido familiares o personas voluntarias de la comunidad. A este tipo de intervención se le ha llamado, Apoyo Psicosocial. En nuestro país hasta la fecha no existen este tipo de intervenciones de manera permanente.

## **OBJETIVOS GENERALES**

- 1.- Descripción de un proceso educativo en un espacio institucional no escolarizado, de los sujetos participantes, del contexto y de los resultados.
- 2.- Análisis y explicación de la experiencia. Exploración de los principales discursos que la sostienen, así como de los modelos de identificación propuestos a los sujetos.
- 3.- Delimitación de los elementos que participan en la acción educativa, y explicación de la resolución de los discursos en el proceso educativo.

## APROXIMACION METODOLÓGICA

Este trabajo es un estudio de caso que a manera de exploración empírica, pretende recuperar una experiencia educativa en un contexto no escolarizado. La experiencia duró aproximadamente un año en el cual se generó gran cantidad de información. Para efectos de este trabajo se recuperó parte de este material, quedando conformado el corpus de análisis por un conjunto de 30 entrevistas y 4 observaciones realizadas en la sala de labor del hospital. Las entrevistas se dividen: 16 a parturientas (8 acompañadas por una doula y 8 sin doula), 6 a doulas, 4 a médicos y 4 a enfermeras.

Si bien en la muestra del proyecto se incluyeron a mujeres entre 15 y 36 años de edad, las parturientas entrevistadas fluctúan entre los 18 y 29 años. Los médicos y las enfermeras entrevistadas tienen la característica común de haber coincidido en las horas y turnos que trabajaron las doulas. De las 11 doulas que participaron en el proyecto, se escogieron las entrevistas de las 6 más representativas en términos de edad, y horas de trabajo. En el Capítulo 3 se hablará con mayor detalle a los entrevistados y los momentos de la entrevista.

A lo largo del texto he incorporado segmentos de las entrevistas para ilustrar la mayor parte de las ideas. Con el fin de mantener el anonimato de los sujetos entrevistados me referiré a las entrevistas de la siguiente manera: EM, para las realizadas a médicos, EE para las de enfermeras, ED para las de doulas y EPcD para las entrevistas a parturienta con doula y EPsD, para las parturientas sin doula.

Las entrevistas contienen básicamente opiniones de los sujetos en torno al apoyo psicosocial y temas afines al desempeño de las doulas. El tratamiento que se le dió a este material en su momento fue básicamente de análisis de contenido, dado que el propósito del proyecto original pretendía recabar opiniones en torno al tema del apoyo. Para fines de este trabajo se retoma desde la perspectiva del análisis del

discurso orientado a la búsqueda de significaciones puestas en juego en la interacción. Utilizo el análisis del discurso, porque a mi juicio, representa un instrumento metodológico de interpretación, muy sugerente para abordar problemas de la significación social y sus relaciones.

La información recuperada se analizó buscando las relaciones entre los sujetos intervinientes en las interacciones (médicos, enfermeras, doulas y parturientas) que permitieran ubicar acciones político-pedagógicas (Gramsci, 1990; Buenfil, 1983), y hacer énfasis en procesos y modelos de identificación que se conjugaron en la situación. Con esto en mente, se reconstruyeron las formas de significar los eventos relacionados con el trabajo de parto y con el parto, desde el decir de los propios agentes intervinientes.

El lenguaje, de acuerdo a las ideas de Pierre Bourdieu, conforma una estructura / estructurante a través de la cual los sujetos - de acuerdo al lugar que ocupan en la red de relaciones sociales- conocen, aprenden y expresan el mundo(9). Las entrevistas, al contener las opiniones de los distintos sujetos en torno a un tema particular, contienen así mismo las diversas visiones de mundo y por ende de las significaciones ideológico culturales que se ponen en juego al momento del habla(Bourdieu, 1990 ; Reyna, 1989).

El discurso, metodológicamente hablando, no es una realidad dada empíricamente, sino que es un objeto que se construye en base a una realidad lingüística o extralingüística, y a una realidad social determinada. Los discursos se manifiestan no solo en textos orales y/o escritos, sino también en acciones y objetos asociados a algún significado. En ellos se expresan necesariamente las visiones del mundo de los sujetos o grupos que los producen. La producción de sentido no antecede a la producción lingüística, ya que es el marco social el que permite y conduce a que se diga una cosa y no otra, de un modo y no de otro. El proceso de producción de sentido continúa en la enunciación y se extiende en acciones, objetos, rutinas y en articulaciones a otros discursos.



## DESCRIPCION DE CAPÍTULOS

En el primer capítulo se desarrolla el tema del espacio social como espacio educativo. Se hace una revisión de las conceptualizaciones más relevantes, a mi juicio, en torno a la educación, y se retoma la discusión actual acerca de los procesos educativos en espacios no escolarizados. En el Capítulo 2 se describe al hospital como institución social generadora de discursos sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo. También se retoma el desarrollo histórico del sistema médico y la ginecoobstetricia en México, para finalmente caracterizar el parto hospitalario. En el Capítulo 3, se presenta una visión general de la experiencia, haciendo la descripción del contexto y de los sujetos interactuantes: las doulas, las parturientas, los médicos, las enfermeras. En el Capítulo 4 se desarrolla un análisis de la experiencia, retomando los temas principales aludidos en las entrevistas. Análisis orientado hacia la búsqueda de relaciones entre los discursos puestos en acción a lo largo de la práctica. Al mismo tiempo se exploran las formas de identificación de los sujetos con tales discursos en la interacción educativa. Finalmente como Capítulo 5 se presenta una reflexión en torno a las prácticas educativas, y a las condiciones de la educación en este caso en particular.

## NOTAS

(1) Doula es un término de origen griego adoptado por una organización norteamericana denominada Doulas of North America, para nombrar a una mujer que acompaña a otra durante el parto en una institución hospitalaria.

(2) Se trató de un proyecto de intervención coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México llamado: Apoyo Psicosocial durante el Parto y sus efectos en la Lactancia Materna. Esta experiencia duró un año por lo cual la práctica que aquí se describe tuvo un carácter meramente temporal. La capacitación de las doulas fué la primera fase del proyecto. El proyecto en su totalidad contempló una muestra de aproximadamente 700 mujeres, de las cuales a la mitad se les proporcionó apoyo con doula.

(3) Se le llama trabajo de parto a la etapa anterior al parto. Esta etapa se caracteriza por la aparición de contracciones uterinas más o menos regulares en intervalos de 5 minutos o menos. el apoyo de la doula comprendía en promedio 6 horas durante esta etapa. Se tiene registrado algunos casos de doulas que trabajaron hasta 15 horas seguidas con una mujer.

(4) A todas estas actividades se les ha agrupado bajo los nombres de educación no formal e informal. Ver el libro de Jaime Trilla : La Educación fuera de la Escuela.

(5) Son muy variadas las definiciones que existen acerca del concepto de discurso. Para efectos de este trabajo se tomará, de acuerdo a una definición propuesta por Alberto Aziz (1982), como conjuntos o configuraciones de sentido socialmente producidas y recreadas, que establecen relaciones entre el sentido y el hecho social, la constitución del sujeto, la construcción de la hegemonía y la materialidad del poder.

(6) Por mencionar algunos se puede consultar los Cuadernos 1, 2, 3 y 4 del Segundo Congreso Nacional de Investigación Educativa, (México, 1993) que reportan amplísima bibliografía en cuanto al tema de constitución del sujeto.

(7) Entendiendo por medicalizado un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas, hacia funciones de control y normativación. Menéndez, E. (1984).

(8) La corriente principal es la llamada Psicoprofilaxis que con diversas variantes funciona en algunas partes de Estados Unidos, Canadá y Europa. En México se ha difundido esta corriente y tiene cada vez más aceptación entre las clases medias.

(9) Para Bourdieu el lenguaje en tanto que sistema simbólico, funciona como una estructura estructurante dado que al tiempo que organiza distingue y enuncia las significaciones socialmente producidas, es, en sí mismo, una significación. (Bourdieu en Reyna, 1989 : 24)

## CAPÍTULO I

### LA EDUCACIÓN EN EL ESPACIO SOCIAL

“El hombre es algo más que un ser que conoce, es primeramente un ser que actúa y hace, que debe hacer para vivir”

Paulo Freire

Los seres humanos han sido capaces de aprender y desarrollar conocimientos mucho antes, durante y al margen de su formalización en la institución escolar. A partir del establecimiento y organización de la escuela, este espacio se ha constituido socialmente como "el lugar" de la educación por excelencia; y por alguna razón, con el paso del tiempo, se ha pensado que los fenómenos educativos se dan prioritariamente en ella. Muchas veces se concibe cualquier otro espacio como subordinado, complementario o sustituto de la formación escolar (Trilla, 1996). Tal vez ello explique por qué la mayor parte de la investigación educativa se haya enfocado a los fenómenos que ocurren en torno a la escuela, dejando de lado otras experiencias educativas igualmente relevantes para la constitución de los sujetos, que tienen lugar en otros espacios sociales.

La educación como actividad social, ha ocupado un lugar preponderante en la vida de los individuos como un evento permanente y dinámico que comienza en la familia, continúa en la escuela y se prolonga durante toda la vida. Es a través de ella que los individuos adquieren los conocimientos y valores vigentes, expresados en la lengua, las costumbres, ideas y normas morales que les permiten integrarse e interactuar socialmente. De ahí su valor como transmisora y preservadora de la cultura. Ciertamente las formas y los contenidos de la educación han variado a lo largo de la historia, a cada sociedad y momento histórico ha correspondido un tipo de educación determinado por las diversas corrientes filosóficas, religiosas o políticas dominantes, que han privilegiado la enseñanza de ciertos conocimientos y valores para cada sociedad.

Actualmente han proliferado una gran cantidad de prácticas educativas fuera de la escuela y ajenas completamente a ella. Con la complejización de la sociedad y el desarrollo de nuevas tecnologías, la función educativa ha tomado formas y espacios reservados anteriormente para otras funciones sociales. Tal es el caso de la práctica que ahora nos ocupa. La educación para el parto ha sido desde siempre una práctica común entre las mujeres, cuya forma y contenidos se han transmitido de generación en generación. Con la urbanización y la desarticulación de las culturas tradicionales por una parte, y la descalificación de los saberes y prácticas comunes frente al auge de lo científico por otra ; la educación para el parto se ha vuelto una práctica cada vez más fragmentada y contradictoria que bandea entre la tradición y la modernidad. Como respuesta a este fenómeno han surgido en las grandes ciudades espacios de educación para el parto, que combinan elementos tradicionales y científicos en un intento de hacer del parto hospitalario actual una experiencia integrada. Este es el estado de cosas en el que se inserta nuestro caso.

Comenzaremos este capítulo estableciendo de manera general la relación entre educación y sociedad, concibiendo a la educación - de acuerdo a las definiciones de Durkheim, Gramsci y Bourdieu entre otros -, como una instancia de preservación de la cultura y de las relaciones sociales dominantes; como un espacio fundamental de socialización y constitución de los sujetos. Posteriormente se abordará la discusión acerca de la educación en espacios sociales a través de algunos autores contemporáneos, y acerca de la función reproductora o transformadora de los procesos educativos. Para terminar se delimitarán los elementos que caracterizan y distinguen a las prácticas socialmente reconocidas como educativas, de otras prácticas sociales, a modo de establecer un punto de partida para el desarrollo de este trabajo.

## 1 RELACIONES SOCIALES Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS.

Toda educación ocurre en un contexto social. Las actividades educativas, dentro o fuera de la escuela, se inscriben como cualquier otra actividad social, en una red o marco de relaciones sociales preestablecidas, que las estructuran y las sostienen. Las las prácticas educativas, al igual que cualquier otra práctica social, participan y se ven atravesadas por las relaciones de dominancia/subordinación que caracterizan a lo social . Tales contradicciones se expresan de manera diversa a lo largo y ancho del discurso educativo. Por ejemplo, la educación no es la misma para todos: el acceso de los sujetos a las actividades educativas se ve socialmente determinado por sus condiciones objetivas de existencia, y no accede a las mismas formas de educación el sujeto del campo que el de la ciudad, el obrero que el patrón, ni tampoco la mujer que el hombre, por nombrar algunos.

También la forma en que los sujetos acceden a los contenidos educativos se da de una manera diferenciada, como manifestación de sus condiciones de dominio o subalternidad. Es decir, toda práctica educativa es una práctica social que como tal se ve atravesada por contradicciones. Los sujetos de la educación, son pues sujetos sociales que por la posición que guardan en la red de relaciones sociales tienen un acceso diferenciado y una forma de significar las prácticas sociales y las formas educativas. Al decir de Alberto Cirese: "... el hecho de que lo elementalmente humano atraviere verticalmente todas las clases sociales, no impide que sea vivido, sufrido y disfrutado según modos clasistamente determinados. Es cierto que a todos nos toca llorar de vez en cuando - ha dicho alguien- pero una cosa es llorar en un Cinquecento\* y otra muy diferente, llorar en un Rolls Royce" (1).

En resumen puede decirse que los sujetos de la educación, y su interacción en una actividad educativa no se reduce a sus propias inter-subjetividades sino a la interacción desde posición que ocupan en la trama social , y en una constante creación y recreación de las identidades sociales.

## 1.1 Educación y socialización

Los estudiosos de los fenómenos educativos de diversas épocas, han coincidido en el hecho de que se trata de espacios que han permitido la continuidad de la cultura por ser conformadoras del ser social, o del sujeto justo y necesario para el desarrollo de cada sociedad. Dice E. Durkheim: "La educación tiene por objeto suscitar cierto número de estados físicos y mentales que la sociedad considera que no deben estar ausentes en ninguno de sus miembros..." (Durkheim en De Ibarrola, 1985). Se sabe que los sujetos, al participar en las diversas prácticas educativas, incorporan junto con los contenidos educativos una serie de significaciones sociales a través de las cuales interactúan en el mundo social (Berger y Luckman, 1979). De ese modo se garantiza, a través de un proceso permanente de recreación de los significados sociales, la continuidad.

Tradicionalmente la educación se ha asociado con un proceso de ofrecimiento y adquisición de conocimientos que abarca desde los más elementales como hablar, comer, caminar, etc., hasta aquellos relativos a conducirse socialmente pasando, desde luego, por los adquiridos de manera formal en las diversas escuelas. Esto es, la adquisición de los elementos de la cultura que el sujeto necesita para poder desarrollarse y actuar en sociedad. Pero, como mencionamos arriba, no son los mismos elementos los que adquiere una mujer que un hombre, ni el hijo de un obrero o de un campesino, que los que adquieren y que requieren los hijos de los patrones o de los políticos, por seguir con el ejemplo anterior.

Se sabe por otra parte, que el conjunto de contenidos educativos no es neutral. Dichos contenidos incluyen a su vez significaciones sociales en tanto que han sido producidos y recreados en sociedad. Así, al incorporar los sujetos tales contenidos, incorporan igualmente las significaciones sociales que de ellos se desprenden.

Dice Adriana Puiggrós que toda práctica educativa es "un espacio de producción de sentidos diversos y antagónicos que pugnan por constituirse en discursos hegemónicos" (Puiggrós, 1988). De esta forma ocurre entonces un ofrecimiento y aceptación ideológica, que sostiene y permea toda la actividad educativa .

Los sujetos se socializan o se incorporan a un orden social pues, a través de la identificación con ciertos modelos y discursos sociales que les son ofrecidos no sólo en las prácticas educativas sino en las diversas instituciones sociales. En este sentido resume Hernández Zamora : "Tanto dentro como fuera de la escuela se trata de incorporar al individuo a una posición en el orden socio-simbólico, es decir, hacerlo asumir una identidad social, de lograr el sujetamiento del individuo al grupo" (Hernández Zamora, 1994:36). Por eso se considera a la educación como un proceso de socialización tan importante en la vida de los sujetos; la tarea educativa comprende fundamentalmente la constitución de una identidad social para los sujetos, más la adquisición de conocimientos y o habilidades necesarios para desarrollarse en sociedad.

De tal suerte que cada práctica educativa representa en sí misma, un microcosmos en donde, a través de los diversos discursos que se ponen en juego, se reproducen y se recrean las relaciones sociales dominantes y las contradicciones que ellas generan. Dice Buenfil : "El discurso, en la medida en que es constitutivo de lo social, es el terreno de constitución de los sujetos, es el lugar desde el cual se proponen modelos de identificación, es la constelación de significaciones compartidas que organizan las identidades sociales". (Buenfil, 1991).

Por ello la educación como proceso se conforma en un espacio de socialización. Cada práctica educativa propone uno o varios modelos de identificación, los sujetos al identificarse, o reconocerse en ellos, consuman el acto educativo y junto con ello, un momento en el proceso de constitución de sujeto y socialización. Ciertamente este proceso de constitución de los sujetos no se da de una vez y

para siempre, sino que se trata de un proceso continuo y permanente que se actualiza en cada práctica educativa y en cada interacción. El tema de la identificación como constitutiva del acto educativo se ampliará en la tercera parte de este capítulo.

## **2 DISCUSION SOBRE LOS PROCESOS EDUCATIVOS EN LA DIVERSIDAD DE LOS ESPACIOS SOCIALES.**

El hecho de que la investigación educativa se haya concentrado en las prácticas escolares, hace que en estos momentos se vuelva pertinente la revisión del debate actual sobre la complejidad de los procesos educativos más allá de las aulas.

Pareciera ser que aún cuando los textos sobre las diversas formas educativas no se refieran a la escuela propiamente, ésta existe siempre como referente comparativo en términos estadísticos, por ejemplo, en cuanto al número de sujetos o actividades educativas que existen dentro y fuera de la escuela, etc. O en cuanto a la relación existente en términos de complemento, suplemento o sustitución entre la llamada "educación formal" o escolarizada, "no formal", -como aquella ocurre en actividades organizadas y o sistematizadas pero no escolarizada-, y la "informal" o aquella que ocurre todos los días en cualquier momento de la actividad social (Trilla, 1996).

Es innegable que hoy en día existe un reconocimiento de la gran actividad educativa que tiene lugar cotidianamente en todos los espacios sociales y que se ha clasificado por formas de organización, por lugar donde ocurre, por edad de los sujetos que participan, si es una capacitación para el trabajo, si es deportiva, etc. Sin embargo, poco se sabe en realidad en cuanto al proceso educativo que puede o no tener lugar en ellas. Las dos primeras, es decir, las actividades que caen en la clasificación de formales y no formales, se asumen a sí mismas como educativas de antemano, a diferencia de las informales en las que no necesariamente se establece de antemano un propósito educativo, pero que evidentemente ocurre. Entonces tenemos actividades que se llaman a sí mismas



educativas en las que no necesariamente ocurren procesos educativos; y situaciones no necesariamente educativas en las que sí ocurren: "Se sabe que puede existir aprendizaje sin que exista una formulación intelectual del mismo, y puede igualmente haber enseñanza sin que el resultado sea un aprendizaje." (Bleger, 1985:78)

Podríamos caracterizar los procesos educativos partiendo de las palabras de Paulo Freire relativas a al principio de la interacción social. Decía él que donde existiera un diálogo, en cualquiera relación humana en donde estuviera presente la palabra como posibilidad nombradora y transformadora del mundo, existe una relación educativa (Freire, 1985). En este sentido, el calificativo "educativo" deja de ser un atributo externo a una práctica que se define por el lugar donde ocurre -léase escuela o cualquier otro espacio socialmente reconocido como educativo-, para visualizarse como un proceso al interior de la práctica, autónomo e independiente de la práctica misma - que puede o no ocurrir de acuerdo a la presencia de ciertas condiciones .

Para continuar, revisaré brevemente algunas de las posturas más relevantes, a mi juicio, del pensamiento educativo contemporáneo: Gramsci, Freire, Althusser y Bourdieu.

Con la publicación de los trabajos de Antonio Gramsci en la primera mitad de este siglo se replantearon entre otras cosas, las formas de concebir el Estado y la dinámica de la dominación. La idea del estado/ gobierno se transforma para aparecer como una instancia muy amplia que permea toda la sociedad. En esta nueva concepción, además de la función tradicional de coerción, se le atribuye una función educativa. Gramsci caracteriza esta función educativa como hegemónica en el sentido de que incorpora al individuo - a través del consenso - al modelo colectivo dominante (Portantiero, 1981).

De tal suerte que no solamente la educación escolar se incorpora a la función educativo/hegemónica del estado, sino que Gramsci la amplía a otras instancias sociales como el sindicato, el partido, la iglesia y la familia como elementos del Estado, en donde tienen lugar relaciones educativas, y en donde se actualiza tal función (Gramsci, 1990) .

A partir de entonces se empiezan a gestar cambios en el pensamiento respecto a la educación en sociedad y en cuanto a las relaciones y prácticas educativas de una forma más amplia y con una función de hegemonía. Viene también un replanteamiento de las relaciones educativas si bien hegemónicas, con posibilidades de tomarse contestatarias.

Antonio Gramsci plantea la relación educador/educando como una relación dialéctica en la cual el educador es por momentos educando y viceversa ; con esta idea se transforma la concepción tradicional acerca de las relaciones educativas abiriéndose las posibilidades de contestación y transformación del mundo.

En el pensamiento marxista de la segunda mitad de este siglo, tenemos varios autores representativos que han dedicado parte de su trabajo al estudio de fenómenos educativos como es el caso de Louis Althusser (Althusser,1979 ) y Pierre Bourdieu (Bourdieu y Passeron, 1995 entre otros), quienes han enfocado sus investigaciones básicamente al proceso de reproducción social a través de la educación.

Estos autores abordan los procesos educativos de una manera amplia. Se ocupan particularmente de la escuela como la institución social en donde tienen lugar prioritariamente esos procesos de educación / reproducción. Althusser explica la reproducción a través de los diversos mecanismos de interpelación que tienen lugar en los que él llama Aparatos de Ideología ( Althusser,1979), dejando la sensación de una dominación totalizante ante la cual los sujetos no tienen escapatoria posible.

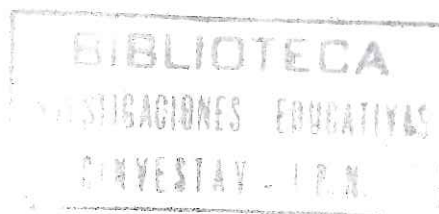
El caso de Pierre Bourdieu, es un poco mas flexible. El parte de una concepción de sujeto más activo, que tiene la posibilidad de articular y articularse - o no - de manera diferenciada a los diversos discursos sociales. Tal articulación se da a partir del lugar que ocupa en la estructura social, en combinación con su experiencia personal y de grupo. Al respecto comenta Emilio Tenti: "En las interacciones entre individuos están presentes y actuantes sus respectivos habitus, que definen posiciones objetivas y distancias en el espacio social" (Tenti,1985) ; entendiendo por habitus un conjunto de dispositivos de acción y percepción producto de la incorporación de posiciones diferenciales del espacio social (Bourdieu, 1988). De este modo para Bourdieu la reproducción, al igual que los procesos de sujetamiento, es multidireccional, variada y multiforme, de acuerdo no solamente a los diferentes sistemas de preferencias de los sujetos y los grupos, sino también a dinámicas y relaciones de fuerza sociales que se expresan en distintos ámbitos a los que él llama campos (2). Este autor rechaza la expresión de ' aparatos ideológicos ', que obligarían a los individuos a comportamientos programados, en su obra, los espacios institucionales aparecen como campos de fuerzas encontradas ( Bourdieu,1990).

Bourdieu profundiza en los procesos escolarizados y se basa en el análisis de los contenidos educativos para desmenuzar los mecanismos de dominación a través de lo que él llama violencia simbólica. Para este autor los contenidos de la educación representan arbitrarios culturales - desconocidos por los sujetos en su origen - reconocidos por todos porque aparecen como los contenidos socialmente legítimos y necesariamente adquiribles (Bourdieu,1995). Además de sus trabajos sobre violencia simbólica, Bourdieu se refiere a la manera diferenciada en que los sujetos acceden a los conocimientos, valores, ideas, etc. a los que llama bienes simbólicos o culturales.

Paulo Freire y sus seguidores, abordan la educación desde otro punto de vista: para ellos la educación puede ser y es de hecho, un factor de cambio social. Dice Freire que ocurre una relación dialéctica entre el aprender y el actuar, y viceversa ; que los procesos educativos son constantes e inseparables de las prácticas cotidianas de los sujetos (Freire, 1984). Para este autor, como mencionamos arriba, la educación es interacción, y cuando el hombre interactúa con la realidad que percibe y siente, ejerce sobre ella una práctica transformadora .

Dice Freire, la educación no es neutra, y para que pueda ocurrir un proceso de transformación, la educación debe incluir tres principios: a) comunicación dialógica con la realidad, b) con los otros, y c) con la propia conciencia. El proceso de reflexión intersubjetiva es el punto medular de la educación y transformación de la conciencia. En este sentido para ellos la educación verdadera es fundamentalmente cambio; es, por principio, transformación de la persona por lo que se da y por lo que se recibe (Gutiérrez, 1984), y transformación del mundo en un proceso dialéctico e inseparable del primero. "El hombre, transformando al mundo, sufre los efectos de su propia transformación", dice el autor, transformación que tiene que ver directamente con una toma de conciencia - siempre colectiva(3)- que surge de la confrontación del hombre con el mundo, a través de la acción educativa (Freire, 1984 :88).

Tal vez la acción educativa tiene cabida para ambos procesos. Partiendo de que en donde hay dominación hay resistencia, y no existe el sujetamiento absoluto ; tal vez la reproducción y la transformación son dos lados de la misma moneda, o dos lecturas que se pueden hacer del mismo evento. Donde Bourdieu y Althusser parecen ver solamente reproducción, Gramsci y Freire ven posibilidades de transformación del mundo. Ellos parten de las posibilidades de generar rupturas y discontinuidades en los procesos de reproducción -a través de la educación y la toma de conciencia- para abrir procesos de transformación en las relaciones sociales existentes .



### 3 LAS CONDICIONES DE LA EDUCACIÓN.

"El buen Sócrates, además de ser un preguntón, era hijo de una partera; y a fuerza de preguntarle continuamente a su madre acerca del parir y ayudar a parir, conoció a la perfección este arte que más tarde proyectó en el ámbito del conocimiento. Sócrates estaba convencido que la única forma de acceder al conocimiento era preguntándose cosas, y el conocer era un proceso personal, una especie de parto de ideas en donde el maestro era solamente el partero..."  
Conferencia de Pablo de Ballester, INBA, feb. 1981

Si hiciéramos una tipología de las experiencias y prácticas educativas que conocemos, encontraríamos que comparten elementos como ocurrir en un espacio social específico, dentro de un orden, con una organización de personas y objetos en el tiempo y en el espacio, que se desarrollan a través de acciones ritualizadas, y que involucran una serie de contenidos educativos -saberes y habilidades- que se comprometen en ellas. Evidentemente el espectro es muy amplio.

Siguiendo a Paulo Freire (1981,1984) y a Daniel Prieto (1980), sabemos que el acto educativo tiene como condición la comunicación y la interacción de los sujetos. Los procesos y experiencias educativas pasan necesariamente por un proceso de comunicación y diálogo. La idea de comunicación implica un intercambio de ideas y significaciones sociales. En este sentido el proceso educativo parte de la realidad, se concreta en la intersubjetividad y se objetiva en el cambio o transformación de la conciencia. La acción educativa se convierte en una comunicación dialógica con la realidad, con los otros y con la propia conciencia. Es claro que esas relaciones de diálogo para la educación/transformación del mundo, no son simples procesos comunicativos.

Ciertamente una condición para la educación es la comunicación; es decir, el diálogo y los canales abiertos para que el intercambio pueda tener lugar. Sin embargo, y como vimos arriba, la educación parte del intercambio pero no termina ahí; para que el acto educativo pueda consumarse es necesario que los sujetos incorporen los elementos del intercambio. Se puede decir que es este proceso el que distingue lo propiamente educativo de las demás actividades sociales.

Otro de los elementos que distinguen a las prácticas educativas, es la intencionalidad del acto educativo. Anteriormente, los pedagogos aseguraban que para que la educación fuera posible, la práctica o experiencia debía concebirse como intencional o deliberadamente educativa(4) . En esta postura se aludía a que tal deliberación era un atributo exclusivo del agente o agencia educativa. Sin embargo se ha observado que aunque las instituciones y los agentes educativos se lo propongan, no siempre ocurren los procesos educativos. En estos términos sería más adecuado - si se quiere conservar la intencionalidad como atributo de lo educativo- ubicarla del lado del educando o sujeto de la educación, ya que es este último quien incorpora o no los contenidos propuestos por tal o cual agencia educativa. Es decir, los procesos educativos o mas bien, los procesos de apropiación de contenidos educativos, no responden solamente a una intención externa y ajena al sujeto, sino al contrario, tienen que ver con algo personal condicionado por las relaciones entre el sujeto y los significados. Tal vez no necesariamente voluntario, pero sí evidentemente propio.

### **3.1 Acerca de la identidad.**

El sujeto de la educación se expone de manera permanente y cotidiana a una gran cantidad de discursos y contenidos ideológicos, aunque esto no significa que siempre ni necesariamente se identifique con ellos. Es sabido que la identidad de un sujeto se va configurando desde su nacimiento y se multiplica en tantos aspectos como referencias existen en y para él en el orden social. Así pueden distinguirse una serie de polos de identidad: por género, edad, nación, etnia, clase, profesión, religión, política, etc.(Buenfil,1991). Esta multiplicidad de polos de identificación se caracteriza por estar siempre abierta ; existiendo para cada sujeto un polo o núcleo articulador que no es fijo y que permite que éste aparezca como un sistema abierto a la incorporación de nuevos polos de identidad a lo largo de su interacción social. Existe pues una relación entre la configuración de la identidad

de los sujetos y las probabilidades de identificación / articulación con un discurso, lo que finalmente puede derivar en un proceso educativo. Por ello dice Buenfil: "de aquí las posibilidades de éxito de la acción educativa", que igualmente, es múltiple, abierta y permanente en la medida en que existen constantes propuestas o modelos de identificación para los sujetos en todas y cada una de las actividades sociales en las que participa.

Resumiendo, puede establecerse que para que pueda darse de un proceso educativo, es necesario que exista un modelo de identificación, y una identificación con tal modelo. Queda claro que el sujeto de la educación no es un recipiente pasivo, o tabula rasa, que puede identificarse automáticamente con cualquier modelo propuesto, sino que se identifica o no de acuerdo a su propia historia como sujeto social y como sistema de identidades.

Hay quien sostiene que la identificación, y por tanto la educación, dependen de un deseo del sujeto de ser educado: "el sujeto no es solamente uno que aprende, sino uno que desea, uno que se identifica con una causa y que la asume prácticamente o la rechaza. El contenido concreto del deseo no es innato, sino que es algo que también se aprende socialmente. Tiene que ver con la aceptación o rechazo a ser interpelado" (Hernández Zamora.1994: 37).

Otros dicen que más bien se trata de una necesidad, que se expresa en una especie de vacío o faltante -crisis-, reconocida por el sujeto, que tiende a satisfacer. Esta necesidad se traduce en una demanda explícita del sujeto frente a un modelo de identificación (Buenfil 1991). Cuando el sujeto reconoce esa crisis o falta de sentido, existe una mayor probabilidad de ser interpelado, o de articularse y apropiarse de un modelo de identificación ofrecido por un discurso en una práctica, en un tiempo y espacio determinados.

Esta crisis o vacío, dicho sea de paso, me recuerda un poco a la mayéutica de Sócrates. En el pensamiento griego, el cuestionamiento o pregunta tenía un lugar fundamental como motor del aprendizaje; dado que a través de ella el discípulo se percataba de su "ignorancia", y lo iniciaba en la búsqueda del conocimiento. El proceso de identificación, medular en nuestra concepción del acto educativo, podría analogarse con el momento culminante del proceso pedagógico mayéutico: "dar a luz" un conocimiento o una verdad auténtica. Ciertamente el proceso de identificación, no significa de principio un proceso de exteriorización de un saber - en el sentido de parir o echar afuera- como lo era para los griegos, sino al contrario. Lo concebimos como incorporación, en un primer momento, y que tendrá posteriormente manifestaciones en el exterior u objetivaciones en diversos ámbitos.

No es finalidad de este apartado discutir si la idea de deseo o de necesidad es la más adecuada para definir la situación que condiciona la identificación, sino más bien, y operativamente, diremos que se trata de dos formas de expresión de la crisis o faltantes en la configuración identitaria del sujeto. Se puede decir que este proceso de identificación con un discurso, es equiparable como se mencionaba, al proceso de "incorporación de estructuras" que Bourdieu y Passeron llaman generación del habitus. El carácter múltiple y abierto de la identidad, podría asemejarse a las ideas de superposición de hábitos previamente adquiridos manejadas por estos mismos autores (Bourdieu y Passeron, 1995). De hecho, para ellos, los sujetos sociales elegirían desde sistema preferenciales socialmente construidos ; de tal modo que no habría elecciones deliberadas propiamente sino operaciones prácticas del habitus (Bourdieu, 1988).

De ahí que el deseo o la necesidad de identificarse o verse interpelado por un discurso, finalmente respondan a este proceso de conformación del hábitus adquirido y recreado socialmente, que determina que los sujetos se reconozcan o no en un discurso, y que aparezca como uno u otra la tendencia a identificarse .



Bourdieu define el habitus como un conjunto de esquemas de acción y percepción socialmente diferenciados, que los sujetos van desarrollando a lo largo de su interacción social(5). Por este camino llegamos nuevamente a la socialización, y a las experiencias educativas como espacios de conformación y actualización del hábitus . Para este autor el trabajo pedagógico - léase identificación- se organiza objetivamente en función de la distancia existente entre el habitus que pretende inculcar y el habitus producido por los trabajos pedagógicos anteriores (op.cit.).

En resumen podemos establecer que toda práctica educativa es ante todo una práctica comunicativa, en la que ocurren intercambios de significaciones sociales entre uno o varios sujetos, y una instancia social que se presenta como agencia educativa en un tiempo y un espacio determinado. En cuanto al espacio se puede decir que se trata de un espacio social, en el que se llevan a cabo acciones organizadas y ritualizadas, que no necesariamente se han encomendado para una tarea educativa. Los sujetos que participan en tales prácticas establecen diversas relaciones, con una tendencia hegemónica- de dirigente/ dirigido- que caracteriza lo que es propiamente la relación educativa. Por último y como condición previa a todo lo demás, los sujetos involucrados en la práctica, como sujetos sociales que son, portan un habitus no acabado y en constante necesidad de ser conformando.

## NOTAS

(1) Cirese, M. Alberto. Citado por Gilberto Giménez en Para una Concepción Semiótica de la Cultura. Mimeo UAM-X, julio 1982. (\*) Automóvil Fiat 500.

(2) Ver "Algunas propiedades de los Campos" en Sociología y Cultura, Bourdieu, 1990. Ed. Grijalbo.

(3) Para Freire existen varios niveles en la toma de conciencia, el primero, que el llama "mágico", se da cuando la aprehensión de un hecho no ocurre en su complejidad total; y un segundo nivel, en el que existe una incorporación crítica del hecho dentro de un sistema de relaciones. A este nivel le llama concientización. (Freire, 1984 :88)

(4) La mayor parte de los textos que hablan de educación aluden a una intencionalidad de la acción educativa: "La educación es pues, una influencia directa, intencional, sobre la conducta del ser a educar [...] La educación, como función intencional, ha sido la más definida por los pedagogos, considerándola como la única o principal forma de educación." (Luzuriaga, 1984: 45).

(5) Hábitus es un concepto que Bourdieu desarrolla y utiliza a lo largo de su trabajo: "El hábitus es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas. Y en los dos casos sus operaciones expresan la posición social en la cual se ha construido". Bourdieu (1988 : 134).

## CAPÍTULO II

### EL HOSPITAL COMO GENERADOR DE DISCURSOS SOCIALES

Una de las instituciones sociales poco estudiadas por los investigadores de la educación, es la hospitalaria. En ella tienen lugar una gran cantidad de prácticas y procesos educativos que van desde la formación y capacitación de cuadros técnicos y científicos para su propio consumo, hasta el desarrollo de diversas actividades de la llamada "educación para la salud" que se ofrecen a la población en general. También tienen lugar otros procesos, tal vez menos institucionalizados y más silenciosos respecto a la educación de los sujetos en cuanto al estar sano y el cuerpo enfermo, a las enfermedades hospitalizables y las enfermedades caseras, a quién se admite y a quién no, etc. Al interior del hospital y atravesando todo esto, encontramos la existencia de un lenguaje especial, de acceso limitado para quienes no son profesionales del área, y socialmente autorizado para designar, ordenar y nombrar las dolencias de los sujetos.

El hospital ocupa un lugar legitimado y reconocido socialmente, y representa una de las instituciones más identificables en cuanto a su ser y sus funciones. En otras palabras, aún cuando no todos los sujetos hayan estado o permanecido necesariamente en un hospital, éste existe siempre como referencia generalizada. El médico, como figura social, también es fácilmente identificable en términos de imagen -vestimenta, lenguaje, etc.- así como en sus atributos. Históricamente los médicos se han constituido en los intelectuales autorizados para observar, hablar y tocar el cuerpo de los demás, así como para legitimar los discursos en torno al mismo.

Con la finalidad de adentrarnos un poco en esta institución, en adelante se hará una breve exposición de la historia del hospital moderno, así como del desarrollo de la obstetricia en México, para conocer algunas características del contexto en

el que se desarrolla la interacción objeto de este trabajo. Posteriormente se presentan algunos factores relevantes en cuanto a la atención del parto hospitalario y un conjunto de notas acerca de la relación médico/paciente, para complementar esta contextualización.

## **1.- BREVE HISTORIA DEL HOSPITAL**

Anterior al desarrollo del hospital como lo conocemos actualmente, el espacio social de la atención de los partos, así como de los enfermos y las enfermedades, era la casa y la familia. Antiguamente los hospitales - u hostales - eran una especie de hospedería en la que se daba albergue a viajeros y a personas menesterosas que no tenían donde vivir. Es hasta finales del siglo XVII en Europa que las funciones de los hostales u hospitales se especializaron en la atención de enfermos.

A partir de entonces, y junto con el desarrollo de la mentalidad científica, la atención de los enfermos adquirió una nueva finalidad que iba más allá de la curación y era el conocer, comprender, tipificar y caracterizar las enfermedades. Y dado que éstas sólo podían ser observadas al tomar "vida" en el cuerpo, los enfermos se convirtieron en objeto de conocimiento y por lo tanto sujetos a una continua inspección. El examen médico, como comenta M. Foucault en su libro *El Nacimiento de la Clínica* (1995), se halla en el centro de los procedimientos que constituyen al individuo como objeto y efecto del poder, es decir: como efecto y objeto de saber. El examen médico ordena el cuerpo y le imprime un discurso numérico: grados de temperatura corporal, unidades de presión sanguínea arterial, número de latidos cardiacos por minuto, etc. Allí, bajo la mirada del médico de hospital, las enfermedades se van agrupando por órdenes, tipos y especies, "en un dominio racionalizado que restituye la distribución original de la esencias." (Foucault, 1995:6).

En el hospital el tiempo y el espacio se ordenan de una forma particular, al igual que la escuela y la cárcel, se disciplinan. Así, el hospital se va transformando en un espacio altamente ordenado donde existe una distribución exacta de los individuos en el espacio. La disciplina organiza un espacio analítico; las disciplinas, que analizan el espacio, descomponen y recomponen las actividades, y son como aparatos para sumar y capitalizar el tiempo. La disciplina no es ya simplemente un arte de distribuir cuerpos, de extraer de ellos y de acumular tiempo, sino de componerlo para obtener un aparato eficaz. El cuerpo se convierte en un elemento que se puede colocar, mover, articular sobre otros, y se define por el lugar que ocupa, el intervalo que cubre, la regularidad, y el orden según el cual lleva a cabo sus desplazamientos.

Al convertirse los hospitales en lugares de producción y confrontación de conocimiento, se redistribuyen las relaciones de poder y se legitima su función de institución conformadora de un saber social legítimo acerca del cuerpo y de la enfermedad.

### **1.1 La relación médico / paciente.**

Comenzaremos por decir algo acerca de los nombres con que ambos sujetos se designan y describen: uno es el "paciente", que significa "el que sufre", y se puede asociar con palabras como "pasivo" y "paciencia", que se derivan de la misma raíz. Al otro se le llama invariablemente "doctor" (el médico) cuyo sentido literal es "el que enseña", dado que se deriva de "doctrina" y que alude a la enseñanza o instrucción (1). La relación entre ambos - desde el nombre - es una relación desigual, uno activo y otro pasivo, uno que sabe y otro que ignora, uno que sufre y otro que no, uno dominante y otro subordinado, estableciéndose entre ellos una relación de poder. Dice Foucault: "El poder reprime la naturaleza, los instintos, a una clase, a los individuos; se expresa en las instituciones, en las desigualdades económicas, en el lenguaje y en fin, en los cuerpos de unos y otros" (Foucault, 1979:135).

Esta relación dominante/ subordinado, reconocida por ambos sujetos, trae consigo una serie de situaciones para el que se encuentra en desventaja, quien reconoce en el médico una autoridad frente a la cual debe subordinarse a fin de sanar. A esto se suma el hecho de que el encuentro entre ambos generalmente se da en un lugar ajeno al paciente, en donde además existe la necesidad de adoptar una serie de posiciones físicas incómodas o hasta vergonzosas para él para efectos de revisiones, exámenes y curaciones. Del mismo modo el enfermo sabe que debe someterse a un constante interrogatorio que generalmente le resulta complicado en cuanto a la estructura y el lenguaje (Zola, 1981) (2).

Es sabido que los pacientes entran al hospital sintiendo que deben ser obedientes, cooperativos y que deben esperar atención solamente si están muy enfermos. Por otra parte existe la tendencia entre el personal clínico de evaluar a los pacientes según la cantidad de problemas que causan. Es decir, el personal del hospital espera realizar su trabajo a través de rutinas y con el menor número de interrupciones por parte de los pacientes (Lorber, 1981)(3).

A través de su interacción con el médico en el hospital, el enfermo aprende la cantidad y la clase de ayuda que puede y debe esperar, además de la dosis de angustia, de incomodidad y de sufrimiento que tendrá que soportar por sí mismo sin ninguna ayuda. Aprende de igual modo el momento y las condiciones en que puede pedir ayuda y apoyo, reconociendo las rutinas y los tiempos del hospital.

El médico por su parte, asume desde su profesión una posición de autoridad, que le permite hablar, decidir e intervenir sobre el cuerpo del enfermo sin necesariamente dirigirse a él. El médico generalmente es quien establece y dirige la comunicación con el paciente, puede regañarlo si no se comporta como se espera, y decide cuándo se termina la comunicación.

Hasta aquí pareciera que el poder del médico y del hospital sobre el enfermo es absoluto; si bien en términos de estructura apunta hacia esa dirección, en realidad se trata de una red muy complicada de relaciones de poder en donde intervienen diversas instancias que median entre ambos agentes. Además como mencionamos en el capítulo anterior, donde quiera que hay poder hay resistencia, por lo cual no existe la dominación pura.

Tal vez la relación médico / paciente, podría equipararse a la de maestro / alumno en la escuela; dado que comparten características como ser relaciones hegemónicas en instituciones altamente estructuradas, en donde aparece una comunicación pedagógica muy clara por la situación de subordinación corporal y lingüística de uno de los agentes sobre el otro.

## 2.- EL PARTO HOSPITALARIO

" A la mujer le dijo: multiplicaré en gran manera tus dolores y tus preñeces;  
con dolor parirás a tus hijos"

Génesis 3.16

En todas las culturas el parto y el nacimiento conllevan un conjunto de significaciones y valores sociales que le imprimen un sentido particular para cada cultura. El comportamiento de la mujer y de aquéllos que tradicionalmente la asisten durante el parto, no pueden comprenderse sin tomar en cuenta lo que representa socialmente el nacimiento y la maternidad.

En la mayoría de las culturas tradicionales, el parto es un suceso de la vida familiar y las mujeres lo viven así desde la infancia. Entre los grupos urbanos, se favorece el acceso de la mayor parte de la población al sistema hospitalario y las prácticas tradicionales son sustituidas por las formas médicas, que aún cuando resultan ventajosas en términos de tasas de morbi y mortalidad, han desarticulado la

intimidad y familiaridad de este evento crucial en la vida de las mujeres, para resignificarlo y articularlo en un discurso de higiene y control. El resultado inmediato se expresa en una experiencia contradictoria y fragmentada para las mujeres. Actualmente la antropología médica ha definido el parto hospitalario como un evento constantemente medicalizado en donde las funciones curativas y preventivas han sido desplazadas por funciones de control y normatización (Menéndez, 1984).

En adelante voy a exponer algunas notas recogidas en diversas investigaciones etnográficas realizadas con mujeres parturientas en hospitales, que ilustran de manera general el contexto y la lógica de la experiencia hospitalaria. Si bien la mayoría de estos trabajos fueron realizados en otros países, la realidad hospitalaria no difiere en gran medida de lo que sucede en los hospitales mexicanos.

Desde la perspectiva de estos estudios, se establece que la mujer que llega a parir en un hospital, se incorpora a una especie de banda sin fin en donde cada intervención se rige por una lógica de rutina y no tanto por la lógica del proceso mismo del parto como evento individual. Como dice Menéndez, la medicina ha establecido normas y procedimientos para la atención del parto, que esquematizan a las parturientas y a sus respectivos procesos de parto en "normalidades" o "patologías" específicas (op.cit.). Esto implica que la mujer parturienta como individuo desaparece y se convierte en "un caso" determinado. Los hospitales clasifican a las mujeres como primigestas o multigestas, como embarazos normales o de alto riesgo y su comportamiento se mide en escalas de ansiedad o neurosis.

Se ha demostrado a través de algunos estudios(4), que la experiencia del primer parto es recordada de una manera muy intensa por la mayoría de las mujeres y que las reacciones emocionales que el primer parto genera, difícilmente se olvidan. Actualmente el parto hospitalario es en sí mismo estresante, por el dolor, por las



intervenciones médicas y por las condiciones no afectivas propias del hospital. La mujer embarazada experimenta cambios físicos y emocionales, así como ansiedad, angustia y tensión progresivos, determinados por el riesgo que representa el parto para ella misma y su bebé.

Dentro del hospital la mujer parturienta es muy vulnerable: debe despojarse de su ropa, -y de su pudor- y exponerse quedando a merced del personal del servicio. Las parturientas que viven este proceso de despersonalización generalmente no expresan sus emociones, inclusive sienten que no tienen derecho a hacerlo. Se callan porque en el hospital sus reacciones son percibidas como triviales.

Para las parturientas, los médicos son "un conjunto de extraños que se interesan solamente por la parte inferior del cuerpo de las parturientas, extraños que observan, manipulan, cortan, etc..." (Kitzinger, 1992). No hablan con las mujeres sino de las mujeres, no existe un acceso directo a su lenguaje ni las condiciones de comunicación, entonces la mujer queda en silencio. El poder obstétrico se legitima con la amenaza siempre presente, de algún problema con el bebé. Los médicos tienen el conocimiento, el hospital la tecnología, y desde este punto de vista, las parturientas son percibidas como tontas, egoístas y hasta peligrosas para sus bebés en un momento de mucha angustia e inquietud(op.cit.). Por ello la información que reciben las parturientas se restringe, y sólo se les da lo que se considera que pueden saber y comprender.

En resumen, y de acuerdo con los resultados de los estudios etnográficos citados, se puede decir que el parto hospitalario es un evento hasta cierto punto enajenante. Las parturientas se ven despojadas simbólicamente de lo que pasa dentro de su cuerpo, en la medida que desde que ingresan a la institución, su trabajo de parto, su parto y su cuerpo mismo, pasan a ser dominio del médico y del hospital.

### 3.- ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO EN MÉXICO.

En la tradición nahua, al acercarse la época probable del parto, la partera se iba a vivir a la casa de la embarazada y ella misma le preparaba y servía la comida; cuando iniciaba el trabajo de parto, le lavaba los cabellos y arreglaba una sala donde habría de parir. Al formalizarse el trabajo de parto, le daba un baño y después le hacía que bebiese la raíz molida en agua de la planta llamada Chihuapatli que gozaba de la propiedad de empujar al feto hacia afuera; si esta medicina no bastaba para provocar fuertes y útiles contracciones, se le administraba Tlacualzin, que también tenía pero en grado mayor, la facultad de empujar. Las mujeres parían encucilladas, con las manos apoyadas en los glúteos; una vez nacido el niño, la mujer descansaba sobre su pierna derecha, con el muslo de la cual comprimía su abdomen y por ende el útero; el corte del cordón umbilical se efectuaba hasta después de expulsada la placenta.

De antemano se preparaba la ropa para el recién nacido. Nacida la criatura, la partera daba voces como los que pelean y esto significaba que la mujer había vencido varonilmente, y que había hecho cautivo a un niño. Luego le hablaba al recién nacido de esta forma: " Seáis muy bien llegado, hijo mío muy amado o si era niña, señora mía muy amada, seáis bien llegada, trabajo habéis tenido, habéis venido a este mundo donde vuestros parientes viven penas y fatigas, donde hay calor destemplado, fríos aires, donde no hay placer ni contento, pues es un lugar de trabajos, fatigas y necesidades..."(5)

En 1553, poco después de la Conquista, los españoles fundaron la Real y Pontificia Universidad de México, la primera de América, en la cual se inauguró, en 1582, la Cátedra Prima de Medicina. Sin embargo en ella no se enseñaba Obstetricia; esta especialidad era despreciada por los médicos de la época por considerarla poco científica. En los primeros hospitales de la Nueva España, como en el Hospital de Jesús, no se atendían partos, dado que en esos tiempos a los

médicos y a las " gentes de letras" les parecía un "arte denigrante" el atender partos, dado que según ellos no se requería de grandes conocimientos ni técnicas. Así que durante esta época, la atención de los partos siguió en manos de las parteras y de sus ayudantes las tenedoras. La forma en que se atendían los partos no era esencialmente diferente de la precortesiana, y no sufrió cambios trascendentales en el curso de sus tres siglos.

En 1774, como anexo del Hospicio de Pobres fundado en 1763, se estableció un "departamento de partos ocultos" para mujeres españolas y criollas, que habían concebido un hijo fuera del matrimonio. En este hospicio eran atendidas con gran sigilo para evitar que abortara, o que hubiera escándalo social o chantaje. Ahí las mujeres eran atendidas con la presencia del médico, el cirujano y la partera. Esta institución fue suprimida con las Leyes de Reforma.

A principios del siglo XIX, el Estado empezó a tomar interés en reglamentar la práctica obstétrica y con ese propósito se publicaron varias leyes y reglamentos. Se fundó entonces la primera Casa de Maternidad que se inauguró en 1806.

Ya en el México Independiente, hacia el año de 1861, se fundó otra maternidad y posteriormente, en 1865, el emperador Maximiliano fundó otra más que puso bajo el patronato de su esposa, La Casa de Maternidad, en la que se asistía a las mujeres que carecían de recursos para atenderse durante el parto. En esta institución los estudiantes de medicina adquirirían conocimientos prácticos de obstetricia.

Para finales del siglo XIX y principios del XX, puede decirse que se estableció como tal la especialidad de obstetricia. Durante la época revolucionaria, los avances en el desarrollo de la especialidad se interrumpieron. Numerosas instituciones desaparecieron o fueron cambiadas (6).

Como puede verse, la organización hospitalaria del país se fue desarrollando lentamente a lo largo de cuatro siglos. En la post-revolución se hicieron reformas trascendentes en la administración de servicios sanitarios como la Creación del Departamento de Salubridad Pública en 1917, de la Secretaría de Asistencia Pública en 1937 y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública por fusión de las anteriores en 1943 .

A partir de entonces, se aumentó el número de partos atendidos en hospitales. Según los propios especialistas, se beneficiaron un gran número de mujeres con los avances científicos de la época como el descubrimiento del factor RH y sus implicaciones, el valor de los cuidados prenatales y el control de las infecciones, la valoración correcta de las indicaciones y métodos tocoquirúrgicos, y la seguridad cada vez mayor de la operación cesárea así como la analgesia y anestesia obstétricas.

Es importante mencionar que antes de 1910, la beneficencia pública era una expresión filantrópica del estado, que durante las postrimerías de la época revolucionaria pasó a ser una obligación ineludible del mismo hacia todos los ciudadanos. Este concepto de justicia social incluyó también la asistencia obstétrica hospitalaria. A partir de los años 40s, el Instituto Mexicano del Seguro Social extendió sus servicios asistenciales obligándose a establecer hospitales generales y de especialidades en todo el país. Es entonces que el parto hospitalario se institucionaliza como una forma de ofrecer las mejores condiciones higiénicas y de atención por parte del estado a las clases trabajadoras.

De acuerdo a estadísticas actuales, se sabe que más del 60% de los partos en México se atienden hospitalariamente, la mayoría de ellos en hospitales estatales. Es posible decir entonces, que el parto hospitalario es ya una práctica generalizada en nuestra sociedad. Práctica que, por las condiciones culturales del país, se encuentra a medio camino entre la pérdida de los valores tradicionales, y la

adopción de un modelo occidental de atención de partos con los de valores y significaciones que ello implica.

#### **4 .- EL DISCURSO HOSPITALARIO**

A lo largo de este capítulo hemos tocado una serie de puntos que caracterizan al hospital como institución, y como espacio de relaciones. Vimos también como la incorporación de la atención del parto en el hospital, está íntimamente ligado con lo que históricamente el campo médico ha ido considerando como objeto de estudio y de saber.

Como mencionamos al inicio del capítulo, el hospital, como toda institución social genera diversos discursos que circulan dentro y fuera de él. De principio podemos establecer que el hospital es reconocido socialmente por ser el espacio a donde los sujetos acuden a curarse o resolver problemas de salud. Aquí aparece uno de los ejes principales del discurso: la distinción entre la enfermedad y la salud, la distinción entre las enfermedades y enfermos que pueden ingresar y los que no. Al ser la atención del parto actualmente materia hospitalaria, en cierta forma se asocia el embarazo con enfermedad, y naturalmente el parto con "aliviarse". Así, el cuerpo enfermo y/o embarazado es materia del hospital y del médico, cuerpo que es observado, manipulado y racionalizado como punto de partida para la sanación. Frente a esto resulta ridículo oponer resistencia, dado que la mayor parte de las veces las pacientes/parturientas entran al hospital por su propio pie.

Uno de los argumentos del discurso hospitalario con el que se animaba a las mujeres de la primera mitad de este siglo a tener a sus hijos en los hospitales, era la promesa de un parto sin dolor a través de la anestesia y la analgesia; y con ello, una especie de pasaporte a "lo moderno" pariendo sin dolor con los avances de la ciencia.

Evidentemente "lo científico", es uno de los rasgos más fuertes que maneja el discurso del hospital para justificar y llevar a cabo todas y cada una de sus acciones, normas, rutinas, intervenciones, etc., en donde la higiene y el control encarnan lo científico como principio básico de funcionamiento. Este argumento de cientificidad es lo que cohesiona el discurso médico/hospitalario al interior, y hacia afuera lo distingue de otro tipo de medicinas a las que nombra "tradicionales", "herbolaria", etc. es decir no científicas.

Poco después, la "modernidad" trajo también la mecanización de la experiencia del parto, especialmente en los hospitales del Estado, que abrieron sus puertas a la creciente masa de trabajadores y derechohabientes que ha caracterizado la segunda mitad de este siglo.

A pesar de que actualmente, en algunas partes de Estados Unidos y de Europa existen organizaciones médicas y no médicas que recomiendan la atención del parto en la casa, en nuestro país la tendencia de la hospitalización esta todavía bastante generalizada, por lo menos entre la población urbana que es la que tiene mayor acceso a estos servicios que otros grupos sociales.

Ciertamente, los discursos que genera el hospital pueden ser muchos más de acuerdo a la variedad de lecturas que se hagan sobre las diversas instancias que lo conforman. Sin embargo, los elementos anotados arriba me parecen los más significativos para tomarlos como punto de partida en la contextualización discursiva de la interacción que se observó.

## NOTAS

- (1) Retomado del capítulo "La Personalidad del Médico" de Balint y Balint ,1966.
- (2) Retomado de Informe Final del Proyecto "Apoyo Psicosocial Durante el Parto: Experiencias y Percepciones de las Madres y el Personal Clínico del Hospital"
- (3) op.cit.
- (4) Investigaciones como las citadas de Simkin, Lorber, etc.
- (5) Fragmentos del Códice Borbónico -sin fecha- retomados de textos seleccionados para el Curso de Doulas. México, 1996.
- (6) En 1913 se devastó la Biblioteca de la Escuela Nacional de Medicina, se expulsó a la Academia Nacional de Medicina de sus locales de medio siglo, y en 1915 desapareció el Instituto Médico Nacional y con él sus archivos y colecciones.

## CAPÍTULO III

### DESCRIPCION DEL CASO

Del total de mujeres que llegaron diariamente al hospital durante el tiempo del estudio, se fueron escogiendo las primíparas que contaban con buena salud, ya que aquellas que los médicos identificaban como de alto riesgo, no fueron candidatas al proyecto por recibir una atención diferente desde el principio.

A las parturientas que aceptaban entrar en el estudio, se les asignaba una doula. Esta asignación se hacía a través de una carta de consentimiento que se firmaba y en la que aceptaba la compañía y ser entrevistada posteriormente. Para la parte cualitativa de este estudio se buscó establecer parejas de parturientas con características semejantes para hacer dos grupos. Uno de parturientas acompañadas por doulas y el otro con mujeres similares pero sin doula.

La sala de labor de una maternidad, se puede describir como un espacio de transición entre el servicio de hospitalización y la sala de expulsión y/o el quirófano. En este espacio se encuentran las mujeres parturientas que presentan un trabajo de parto regular - es decir con contracciones más o menos seguidas - y que están próximas a dar a luz. En el hospital observado las mujeres ingresan con aproximadamente 3 cm. de dilatación por lo que en promedio duraban entre 5 y 8 horas.

A la sala de labor tienen acceso solamente las enfermeras asignadas, los médicos adscritos y los médicos residentes que rotan por ese servicio(1). Las labores de la enfermera y el médico además de estar al pendiente de las pacientes, engloban una gran cantidad de actividades administrativas y académicas. Fuera del tiempo de revisión, - que dura algunos minutos con cada paciente - tanto médicos como enfermeras salen de la sala. Mientras tanto las parturientas se encuentran en sus



camas esperando entre contracciones el momento de su parto sin permitirseles levantarse, caminar, comer, tomar agua, ir al baño, etc.

Como dijimos, durante 1995, un personaje más se incorporó a la sala de labor. Se trataba de un equipo de 11 doulas que proporcionaban compañía, información, apoyo emocional y físico a parturientas primerizas a lo largo de su trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Durante el año que duró la intervención en el hospital, las doulas apoyaron a poco más de 350 parturientas.

La interacción que tuvo lugar entre las doulas y las parturientas incluyó, en la mayoría de los casos, un proceso educativo desde mi punto de vista. Se pudo observar, como tendencia, que ocurría mucho más que un intercambio de información y palabras de aliento. En un contexto institucional donde toda acción se encuentra meticulosamente estructurada y orientada hacia una dirección opuesta, ambas mujeres fueron aprendiendo una de la otra, se identificaron y se constituyeron como doula y parturienta a partir de la interacción y el reconocimiento de la otra. Si bien originalmente la interacción de la doula con la parturienta se había concebido desde la perspectiva del apoyo, a lo largo de la intervención las doulas fueron desarrollando en conjunto una metodología y una sistematización de los contenidos para llevar a cabo el apoyo. Por eso digo que aunque no se había concebido como intencionalmente educativa, se fué reformulando constantemente a partir de las necesidades de la práctica cotidiana.

Las mujeres que llegaban por primera vez a tener un bebé en el hospital, se encontraban en una situación de incertidumbre en el sentido de que no sabían qué era exactamente lo que iba a ocurrir, ni qué era lo que se esperaba de ellas. Existía desde luego en la mayoría de los casos, referentes de otras mujeres respecto a la experiencia hospitalaria del parto, sin embargo se puede decir que se trataba de un momento de crisis o vacío de sentido por la carencia de una experiencia previa propia; vacío que se fue disipando en la medida que se iba

construyendo una identidad como parturienta y como madre a lo largo de su estancia en el hospital.

El caso de las doulas resulta en cierto modo semejante. El equipo de doulas estaba conformado en su mayoría por enfermeras jubiladas, que habían acudido a una convocatoria en la que no se explicaba de manera precisa de lo que trataba. Una vez en el curso -que duró tres semanas- se fueron dando una idea de lo que sería su trabajo. A diferencia de las parturientas, ellas sí tuvieron el referente de una capacitación formal para su desempeño y para el desarrollo de una identidad "en teoría". Digo "en teoría" porque por una parte, era la primera vez en México que se implementaba una intervención de este tipo, y por otra porque el modelo de doula surgía de un ideal propuesto por investigaciones extranjeras.

En este sentido es que me parece que tienen algo en común con las parturientas. Las doulas también se encontraban en un estado de cierta incertidumbre en cuanto al desempeño de su trabajo y en cuanto a si la experiencia resultaría o no; si la harían bien como doulas y si tendrían dificultades con el demás personal del hospital, etc. En fin, compartían con las parturientas cierto vacío de sentido y por tanto de crisis. Como antecedente existía en la mayoría de ellas el referente y la identidad de enfermera, sin embargo la identidad de doulas era algo que se tenía que inventar, era una identidad que se tenía que superponer a la otra, dado que su experiencia como enfermera se contraponía al concepto de doula.

Se puede decir que nos encontramos frente a dos procesos educativos simultáneos e imbricados, o si se quiere, frente a dos terminales de uno solo. Por una parte, las doulas que participaron en una capacitación formal para el desempeño de un trabajo, y cuyo proceso educativo se consuma en el trabajo mismo, es decir en la interacción con las parturientas; y por otro a estas últimas quienes no necesariamente se incorporan a la práctica con la intención o la idea preconcebida de involucrarse en un proceso educativo, pero que finalmente lo hacen en la mayoría de los casos.

## 1.- ANTECEDENTES

El que una mujer proporcione apoyo a otra durante el parto, es y ha sido una práctica ancestral. Sin embargo, el mover el parto de la casa al hospital para garantizar mejores condiciones de salud para la madre y el niño, implicó que esta práctica desapareciera como componente importante del parto como evento familiar, especialmente en lo que toca a la esfera afectiva.

El parto institucional que viven muchas mujeres, si bien tiene la ventaja de realizarse en mejores condiciones desde el punto de vista médico - con un bajo índice de mortalidad -, también ha convertido al parto en un evento solitario. El miedo a lo desconocido, el dolor y la ansiedad que experimentan las parturientas, especialmente las que son madres por primera vez, se incrementan en el ambiente clínico a cargo de personas desconocidas para ellas, y generan muchas veces consecuencias adversas sobre el progreso del trabajo de parto.

Frente a la medicalización de la atención obstétrica, han surgido en las últimas décadas algunas corrientes de preparación para el parto(2), que buscan la participación consciente de la mujer en su parto, e implican un mayor reconocimiento de las necesidades emocionales de la mujer parturienta. Principalmente en países desarrollados es que han surgido diversos programas de intervención, que proporcionan compañía, apoyo físico y emocional a mujeres en trabajo de parto durante su estancia en el hospital. A este tipo de intervención se le ha llamado Apoyo Psicosocial. La investigación sobre este tema ha despertado interés en el campo médico principalmente por el impacto que puede generar en los resultados obstétricos, como la reducción del uso de anestesia, analgesia, cesáreas y forceps además de los buenos resultados de tipo emocional en la mujer(3).

Entre las experiencias más conocidas que han intentado proporcionar un entorno más favorable para la parturienta, destacan aquellas que han incorporado un

acompañante. Las posibilidades que se han considerado en la práctica o en la teoría se encuentran: el mismo personal clínico, la pareja u otros familiares o amigos, y también una persona especialmente capacitada para cumplir esa función. En este renglón se inscriben las doulas.

La intervención que aquí nos ocupa, se llevó a cabo en un hospital ginecoobstétrico del sistema de seguridad social en la Ciudad de México. De acuerdo a los registros de su propia sala de tococirugía, este hospital atiende en promedio 400 partos mensuales de los cuales el 40% aproximadamente son de mujeres primíparas (4). Las mujeres con partos normales permanecen entre 24 y 48 horas en el hospital antes de ser dadas de alta.

Dentro del hospital las parturientas pasan por diferentes servicios. En primera instancia, se encuentra el servicio de Admisión, en donde el médico le realiza una revisión general y valoración de la etapa de trabajo de parto en la que se encuentra. Si la mujer presenta un trabajo de parto irregular y poca dilatación cervical (de 1 a 2 cm), es enviada a piso para su regulación y llegado el momento la llevan a la sala de labor o tococirugía para su atención. Cuando está en piso, la mujer puede caminar y desplazarse con cierta libertad. Si por el contrario, la mujer ha iniciado ya un trabajo de parto regular y la dilatación cervical es de 3 a 4 cm., se le practica tricotomía y pasa de inmediato al servicio de tococirugía para su vigilancia y atención. En este momento es acostada y no se le permite levantarse de la cama. Se le canaliza y debe permanecer así a lo largo de su trabajo de parto.

El servicio cuenta con 4 salas de labor, cada una con 6 camas. En cada sala, la mujer es atendida por un equipo de médicos, y por una enfermera adscrita a la sala. Cuando las salas se saturan, se agregan camas y se colocan hasta en los pasillos si es necesario. El hospital cuenta con 8 salas de expulsión y con 4 quirófanos.

Cuando el médico o la enfermera de la sala determinan que es el momento indicado para el nacimiento, la mujer es entregada en camilla al médico y enfermera responsables de la sala de expulsión, quienes quedan a cargo de la madre y del recién nacido. En caso de considerarse algún problema para un parto natural, se determina la cesárea y la mujer es enviada a quirófano. Tanto en el caso de parto como en el de cesárea, los médicos muestran el bebé a la madre por unos momentos y un pediatra realiza una primera valoración del recién nacido e informa a la madre sobre el estado de salud del pequeño, sexo y peso. El tiempo aproximado de permanencia de la mujer en la sala de expulsión es de 30 minutos. Posteriormente al parto o la cesárea, la mujer es llevada al servicio de recuperación, donde permanece para observación aproximadamente 2 horas. Después de este tiempo, es enviada a piso, donde si la hora lo permite, puede ser visitada por sus familiares.

Dependiendo del estado de salud de los recién nacidos y la valoración de los pediatras, se asignan a los bebés al cunero o al llamado "alojamiento conjunto", que es cuando el bebé permanece en el cuarto con la madre. La asignación depende más que otra cosa, de la disponibilidad de camas con que se cuente en el momento, por ejemplo, si una mujer da a luz y no hay camas en el piso de alojamiento conjunto, el bebé es enviado al cunero y la madre a otro piso diferente donde haya cama disponible. Si el estado de salud del bebé es delicado o tuvo algún problema durante su nacimiento, es enviado a terapia intermedia o intensiva, según sea el grado del problema. Los bebés que van a cunero, son reunidos con las madres en horas determinadas para comenzar su lactancia. En el caso del alojamiento conjunto, los bebés permanecen al lado de sus madres hasta que son dados de alta. Para los casos de bebés en terapia, lo anterior varía dependiendo del estado de salud del bebé. Cuando la mujer tuvo parto, es dada de alta a más tardar al día siguiente del evento, es decir, 24 horas aproximadamente, si no se presenta ninguna complicación de salud. En el caso de cesárea la mujer permanece alrededor de 72 hrs. en el hospital.

## 2.- DESCRIPCION GENERAL DE LA EXPERIENCIA

El apoyo que las doulas brindaban a las mujeres se dividió en cuatro etapas de acuerdo a las fases del trabajo de parto y el parto. La primera correspondía a la etapa entre 3 y 7 cm. de dilatación, la segunda a la etapa de 7 a 10 cm., la tercera correspondía al apoyo durante el parto, y la última al postparto inmediato.

El apoyo principal de la doula a la parturienta fue desde luego la presencia permanente, es decir que la mujer contara con una persona de tiempo completo para platicar, informarse, manteniendo un constante contacto visual y físico. Durante cada etapa, la doula informaba de antemano a la parturienta los cambios dentro de su cuerpo, le explicaba la lógica de la dilatación uterina, así como las intervenciones médicas correspondientes a cada fase.

Durante la primera etapa lo más importante era que la mujer pudiera identificar sus contracciones y empezara a contar el tiempo entre una y otra, y su duración. La doula le recomendaba la mejor posición para mantenerse cómoda, le ayudaba a mantenerse relajada con algunas técnicas sencillas, y le daba masaje en la espalda o las piernas si así lo requería. Durante la segunda, la doula explicaba a la mujer los aspectos más significativos de la transición a la última etapa del trabajo de parto, y le ayudaba dirigiendo la relajación, la respiración y la práctica del pujo para facilitar el parto.

Durante el momento del parto, la labor de la doula consistía básicamente en respirar y pujar con la parturienta para que ésta no perdiera el ritmo; "traduciendo" en lenguaje entendible para ella, las intervenciones e indicaciones del personal clínico. Una vez nacido el bebé, el papel de la doula era promover el contacto madre/hijo y la lactancia, explicar las rutinas del hospital correspondientes a esa etapa y apoyarla emocionalmente durante su estancia en el servicio de recuperación.

Además de las actividades mencionadas arriba, la doula funcionó como puente de comunicación entre la parturienta y el personal médico. La parturienta prefirió, como tendencia, aclarar sus dudas con ella más que con el médico o la enfermera.

Para la parturienta, la doula representaba una fuente de información, no solamente en relación a los aspectos del trabajo de parto y de explicación de las rutinas del hospital; sino como portadora y contadora de las experiencias de otras mujeres así como de la suya propia como parturienta y madre.

La doula fungía también como una especie de espejo que le devolvía a la mujer imágenes de su estado, reconociendo su esfuerzo. Las parturientas acompañadas reconocieron la gran ventaja de la compañía; el simple hecho de contar con alguien y la posibilidad de platicar, fué algo muy importante para ellas. La mayoría comenta de una u otra forma: " sola no habría sabido qué hacer..."

Al principio, el trabajo de las doulas con las parturientas tuvo resistencias por todas partes. Se generaron problemas de territorialidad especialmente con las enfermeras, y por parte de los médicos de indiferencia o franca descalificación; inclusive, hubo momentos sobre todo al principio en que les bloquearon la entrada a las salas de expulsión y a los quirófanos. Poco a poco las resistencias fueron disminuyendo y se fueron dando los ajustes necesarios tanto en las doulas como en el personal de salud para la incorporación del trabajo de apoyo en la sala de labor.

### **3.- LOS PERSONAJES**

A continuación se hará una caracterización de los personajes que participaron en esta interacción. Las que se observaron de manera más puntual fueron desde luego la doula y la parturienta, aunque el médico y la enfermera también tienen una importancia relativa en tanto que intervienen constantemente en la interacción de las primeras.

En términos generales, el personal médico se caracteriza por estar en constante movimiento. La gran demanda de pacientes, además de otras responsabilidades de tipo administrativo y académico, los obliga a moverse continuamente y estar siempre "de prisa" desde el punto de vista de las parturientas. Las enfermeras, por su parte, son personal un poco más permanente en la sala de labor con las que se puede en un momento dado, entablar una interacción. De cualquier modo, ellas cumplen con sus obligaciones de administración de medicamentos, limpieza de camas, papeleos, etc., y se retiran de la sala. Las parturientas permanecen varias horas en la sala de labor y fuera de los momentos en que son revisadas, pasan la mayor parte del tiempo de su trabajo de parto solas.

Según se sabe es obligación del médico informar a la parturienta la evolución de su trabajo de parto, aunque no siempre lo hacen. Las observaciones confirman que la comunicación médico/ parturienta es escasa y en ocasiones hasta cargada de amenazas cuando estas últimas se salen de las expectativas. Es decir, si pierden el control, gritan o son poco cooperativas con el personal oponiendo cierta resistencia ante procedimientos rutinarios como el tacto, el bloqueo, etc.

#### **3.1 Los médicos**

En el servicio encontramos dos tipos de médico de acuerdo a su rango: el médico de base, que generalmente es un médico especialista que funciona como jefe administrativo y eventualmente participa en actividades propiamente médicas ; y los médicos residentes, que son especialistas en formación de primero, segundo o tercer año, y que desempeñan una gran cantidad de labores en el servicio. De



hecho ellos son los que, de acuerdo a sus propias palabras, "sacan el trabajo" del hospital. Por su condición de estudiantes, están en constante rotación por los diferentes servicios, de modo que siempre están "de paso".

El médico conoce a las parturientas a través de los datos que reportan: si es primigesta o multigesta, su temperatura, número de centímetros de dilatación, ritmo de dilatación, fase del trabajo de parto, etc. Las pacientes son su objeto de trabajo, y tienden más a hablar de ellas que con ellas. Este personaje asume que la parturienta tiene escasas posibilidades de comprender lo que le sucede porque se encuentra en una situación estresante ; además de otras características como bajo nivel sociocultural, corta edad, poca escolaridad, y poco interés en su proceso, que se suman a la primera .

Cuando el médico habla de sus actividades dice que "entra y sale de las salas", "hace revisiones" , "opera", " atiende partos", y atiende gran cantidad de compromisos de tipo académico y administrativo. Dice uno de ellos "...a cada médico le corresponde un gran volumen de pacientes, no tiene el tiempo y atención suficiente para dedicárselo a cada paciente" ( EM-2).

### **3.2 Las enfermeras**

Tradicionalmente el trabajo de la enfermera consiste en dar asistencia a los pacientes. Lo que aquí se observó fue que las enfermeras están subordinadas a las órdenes de los médicos, y orientan su labor más hacia la atención de sus indicaciones que a las demandas de las parturientas. Además su trabajo incluye el mantener la limpieza y el orden del servicio, así como labores administrativas o papeleos. Reconocen que por su carga de trabajo no son tan " humanitarias " como debieran.

Tienen una concepción muy fuerte de las jerarquías, es decir, acerca de quien manda y quien obedece. En su caso, el médico manda y ellas obedecen; en otro momento ellas mandan y las parturientas obedecen (por esta razón el binomio

doula/parturienta no entraba en la estructura y generaba conflicto). Para ellas, el tema de la información también pasa por la jerarquía; el único que puede informar a la parturienta es el médico, la enfermera puede repetir o dar algunas instrucciones sencillas, pero a quien toca proporcionar información es al médico, como parte de sus obligaciones.

Respecto a las parturientas, las enfermeras tienen la idea generalizada de que son ignorantes o que se bloquean y no entienden lo que sucede a su alrededor por el miedo y el dolor. Están convencidas de que las parturientas deben seguir las instrucciones de los médicos para "que no les vaya tan mal ". Para la enfermera, la estancia en el hospital -independientemente si se tiene parto o cesárea- implica de cualquier modo algo negativo. Sin embargo, si las parturientas siguen bien sus instrucciones, pueden salir bien libradas.

La cercanía de las enfermeras con las parturientas y por tanto con las doulas les permitió observar la interacción entre ellas con cierto detenimiento. Ellas fueron las primeras que reconocieron las bondades el trabajo de las doulas después de algunos meses. Salvo en algunas excepciones, en general durante la primera mitad del proyecto tuvieron problemas de territorialidad con ellas en términos de espacios, funciones, conocimientos, y sobre todo con respecto a la forma de tratar a las parturientas. Esta territorialidad se expresaba en una continua descalificación acerca de su trabajo y de la forma de tratar a las parturientas. Al decir de una de ellas: " ... ella (la doula) está atenta a mi paciente, pero yo no la puedo descuidar...." (EE-3) Las enfermeras se refieren a las parturientas como "sus" pacientes, de modo que al establecerse la relación doula/ parturienta, ellas se sentían fuera. Se quejaban indirectamente que la presencia de la doulas les restaba autoridad o control sobre las parturientas.

Al principio desconfiaban de los conocimientos de las doulas, aunque al enterarse de que varias de ellas eran enfermeras jubiladas, les reconocían cierta capacidad para "no hacer nada indebido". Al final hubo un reconocimiento de que el trabajo

de las doulas era "bueno" o "importante" para las parturientas. También resulto ventajoso para ellas mismas dado que se podían comunicar con las señoras "más tranquilamente".

Respecto a la relación doula/parturienta, en general expresaban que una mujer sin doula era "más fuerte" que una con doula, ya que las que estaban acompañadas se chiqueaban, "se consentían", se hacían "dependientes de las doulas", o "estaban sobreprotegidas por las doulas". Como puede verse, a la enfermera le desagradó de principio la atención individualizada de la doula hacia la parturienta: "de ocuparse de una sola cuando hay tantas que atender"(EE-3).

### **3.3 Las doulas**

Para fines del proyecto de apoyo se determinó que las doulas fueran en primera instancia enfermeras o auxiliares de enfermería, aunque la convocatoria estaba abierta a otras personas que mostraran interés. La ventaja de involucrar enfermeras jubiladas radicaba en que además de ser personal relativamente joven todavía, contaban con experiencia en el área. Se trataba además de personal generalmente sin trabajo y con disponibilidad de laborar algunas horas o días a semana. Aunque no se consideró requisito indispensable, muchas habían pasado por la experiencia personal de la maternidad, lo que favorecía más la comprensión del evento del parto. Sin embargo, no se excluyó a enfermeras no jubiladas o no madres.

La capacitación de las doulas estuvo a cargo de un equipo de especialistas(5) que además de darles información específica sobre la mecánica y problemas principales del trabajo de parto y parto, las sensibilizaron con una concepción de la mujer, el parto, el cuerpo, la experiencia de la maternidad,etc., diferente a la que tenían originalmente; especialmente aquéllas que habían sido enfermeras y que manejaban una visión casi absolutamente médica de la materia. El curso de capacitación que duró tres semanas, y se llevó a cabo en las instalaciones del hospital (6).

Entre las tareas principales de las doulas estaban: el favorecer el diálogo para disminuir la ansiedad, decir palabras alentadoras y tranquilizantes, reconocer el esfuerzo realizado por la parturienta, y mantener contacto visual permanente con ella. Otra tarea muy importante era el proporcionarle información acerca del progreso de su trabajo de parto, explicar en términos comprensibles las indicaciones y procedimientos médicos, alentarla a adoptar posiciones más cómodas, así como sugerir y practicar con ella técnicas de relajación y respiración.

A lo largo de un año las doulas se fueron conformando en un grupo muy cohesionado internamente. Además de su trabajo directo con las parturientas, las doulas tenían sesiones semanales de lectura y presentación de bibliografía, así como la exposición verbal y por escrito de casos difíciles en donde se establecían discusiones grupales.

### **3.4 Las parturientas**

A pesar de la gran cantidad de publicaciones que tocan temas relacionados con el embarazo, el parto y los cuidados del recién nacido, estos temas y experiencias siguen transmitiéndose la mayor parte de las veces de generación en generación, y por vía oral. Las mujeres de este estudio mencionaron haber consultado al menos alguna revista -especialmente en los casos de las mujeres sin una red social o familiar significativa- aunque la mayoría de ellas le daba mayor importancia a las experiencias contadas por otras mujeres.

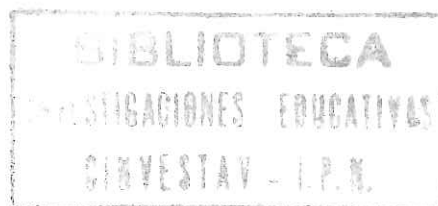
El elemento común a todas ellas, como lo hemos venido diciendo a lo largo del trabajo es el ser primerizas. Las 16 mujeres entrevistadas tienen entre 18 y 29 años y habitan en la zona metropolitana de la ciudad de México. Se atendieron en este hospital por ser derechohabientes, es decir, trabajadoras o esposas de trabajadores. La mayoría tiene una escolaridad de secundaria y excepto dos, las demás cuentan con una pareja estable.

Todas comentaron haberse sentido nerviosas al momento de llegar al hospital, pero también el haber tenido toda la disposición y ánimo para salir adelante. La mayoría lamentaron no haber podido compartir la experiencia de parir con alguien de su familia, por ejemplo su pareja, su mamá o hermanas, así como la necesidad de estar con alguien. Desde luego en el caso de las mujeres con doula, ésta suplió la falta de compañía.

La interacción de las parturientas con cada uno de los personajes fue muy variable y dependió de factores como la cantidad de pacientes había en la sala, de las actividades extras del personal clínico, así como del turno que se trato. Sin embargo, como se podrá apreciar más adelante, se trata de grupo de interactantes con lógicas distintas que prácticamente lo único que comparten es el espacio.

## NOTAS

- (1) Se le llama médicos adscritos a aquellos empleados de base asignados a cada servicio o espacio del hospital. A los médicos que cursan una especialización se les llama residentes y como parte de su formación deben rotar por los diversos servicios médicos.
- (2) Entre las más conocidas están las de parto psicoprofiláctico de gran aceptación entre los grupos sociales medios de nuestro país.
- (3) Datos arrojados por las investigaciones de Kitzinger, Simkin, Lorber, Hillan, etc.
- (4) En el hospital le dicen primípara a la mujer que va a tener su primer parto.
- (5) El equipo estuvo formado por investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública y por personal del Centro de Educación para el Parto A.C.
- (6) El curso de capacitación de las doulas no forma parte del material de análisis, pero se trata de una experiencia formal de capacitación para el trabajo, que utilizare sólo como referente. Hay que aclarar que la formación de las doulas en el trabajo cotidiano no fué algo azaroso, existió siempre una estructura subterránea que se fue dando a partir de las propias necesidades de las doulas que incluía sesiones bibliográficas, exposición de casos, diseño de unas láminas para ilustrar gráficamente el proceso del parto. Para mayor información sobre los contenidos específicos y organización del curso se puede consultar el documento: Apoyo Psicosocial durante el Parto. Informe final. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1996.



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS

El material que conforma el corpus de análisis es un conjunto de 30 entrevistas y 4 registros de observación. Las entrevistas a parturientas giran básicamente en torno a dos grandes temas: el embarazo y la experiencia hospitalaria. Se pone énfasis en la parte del apoyo que recibieron o que les hubiera gustado recibir.

Las entrevistas a doulas se centraron en diversos aspectos del apoyo psicosocial como la reacción de las mujeres, las resistencias en el desarrollo de su trabajo y percepciones generales, así como la opinión acerca de su propia capacitación en relación a los requerimientos de su trabajo.

Los médicos y enfermeras entrevistadas tenían en común el haber coincidido en la sala con alguna doula en acción, así como el haber atendido por lo menos a una mujer apoyada por doula. Las entrevistas contienen la percepción, opinión y resistencias al trabajo de apoyo que realizaban las doulas con las parturientas.

Cada conjunto de entrevistas porta una visión de mundo a través de la cual cada personaje interacciona con los demás. Nos encontramos ante varios discursos que establecen relaciones diversas y que en conjunto, le confieren un sentido particular a la experiencia. Tenemos primeramente el discurso de la propia institución, que desde luego no es monolítico ni unidireccional, sino que estructura y se ve estructurado por otros discursos como el político-administrativo del sistema de salud en general, y por aquéllos de los diversos grupos que lo conforman. Si bien éstos de una u otra forma se subordinan al discurso institucional, poseen atributos específicos que los distinguen y cohesionan; estos discursos a su vez establecen relaciones de poder al interior del espacio hospitalario de acuerdo a la posición que guardan entre sí los grupos que los portan.

Se puede decir, de principio, que el discurso médico es el dominante, y por tanto tiene la capacidad de autorizar o desautorizar a los otros discursos. En esta experiencia se observó al principio una tendencia a ignorar la presencia de las doulas, como una forma de descalificar el trabajo, el proyecto y por tanto el discurso afectivo-protector de la doula; en ese momento el grupo de enfermeras se sumó a la actitud médica. A la vuelta de un año, el reconocimiento de algunas bondades del apoyo a las parturientas, revalidó el equipo de doulas y les valió un lugar dentro del servicio y un trato diferente hacia ellas mismas y hacia las parturientas. Esto no significó que se aceptara en su totalidad el discurso de la doula, sin embargo, partes de él - las más inofensivas- se articularon a la lógica institucional suavizando la relación de oposición entre los grupos y los discursos.

El análisis de esta experiencia se ha estructurado en tres planos; el primero, que he llamado Puesta en Escena, incluye las manifestaciones discursivas de cada personaje en torno a tópicos comunes como: la percepción de sí mismos, la percepción del otro - que en este caso serán según el personaje desarrollado: la parturienta, la doula, la enfermera y el médico; la percepción de la institución, y desde luego el sentido del parto desde cada uno de ellos. A manera de segundo plano, se retoman todos estos tópicos en conjunto para observarlos en relación. A esta parte la he llamado Discursos en acción. El tercer plano, La dimensión educativa, está conformado por la identificación y seguimiento de los procesos educativos que ocurren entre los agentes enmarcados en este entrecruce de discursos.

## **1.- PUESTA EN ESCENA DE LOS DISCURSOS**

### **1.1 La lógica del hospital o el discurso del parto estandarizado.**

Como se dijo anteriormente, el discurso del hospital no es uno sólo, en realidad se trata de varios discursos que en conjunto lo conforman. Por ejemplo, dentro del discurso hospitalario se inscribe la lógica de la institución en sí, así como los



discursos del médico y de la enfermera, que aunque subordinados y estructurados a la lógica general del hospital, también gozan de cierta fuerza y cohesión interna que les otorga una autonomía relativa de la institución.

La lógica del hospital puede ser leída desde diversos aspectos, pero para efectos de este análisis solamente retomaré la parte que tiene que ver más directamente con las intervenciones del personal clínico sobre las parturientas, y que fue un tema que resaltó en las entrevistas: las acciones de rutina que se practican a las mujeres y que tienden a la preparación del cuerpo para el parto(1).

Esta parte resulta importante porque por un lado nos muestra un fragmento de la lógica de ordenación de los pacientes en la institución hospitalaria en general, y por otro porque el cuestionamiento de estas rutinas por parte de las doulas generó cierto conflicto entre los diversos agentes.

Es sabido que la lógica del hospital tiene como uno de sus principios de funcionamiento acciones que tienden a la limpieza, la higiene, y todo aquello que se considere necesario para evitar la propagación de infecciones y contagios entre los pacientes. La rutina de la tricotomía, por ejemplo, tiene su origen en este principio, así como el desmaquillar la cara de las mujeres, recogerles el cabello, despintarles las uñas de manos y pies, etc.

Otro de los principios fundamentales del hospital es el control. Control que se expresa en los espacios, en los objetos, en los sujetos y en los procedimientos que ahí se llevan a cabo. El tacto, el bloqueo y la episiotomía obedecen a este principio. El primero, en términos de control del trabajo de parto, el segundo como forma de control de la paciente, y el último en un intento de controlar el canal del parto y prevenir problemas en ese momento.

Las rutinas se han ido desarrollando históricamente como respuesta a la necesidad médica de estandarización del manejo de las pacientes, y se encuentran detalladas en diversos manuales de procedimientos de cada hospital.

En México existe una Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, editada por la Secretaría de Salud(2), en donde éstas y otras rutinas se encuentran normatizadas con el objetivo de establecer criterios para la vigilancia de la mujer en trabajo de parto. El apartado 5.4.1 que se refiere específicamente a la Atención del Parto dice a la letra:

5.4.1.2.- Durante el trabajo de parto normal se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo [...] para mejorar el trabajo de parto.

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal, y solamente en casos excepcionales se aplicarán según el criterio médico.

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducci3n y conducci3n de trabajo de parto normal. Estos procedimientos deben tener una justificaci3n por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha.

5.4.1.7. No debe practicarse de rutina, durante el trabajo de parto, el rasurado del vello púbico, ni la aplicaci3n de enema evacuante.

5.4.1.8. La episiotomía no debe practicarse de rutina[...].

Si bien en la parte de Atención del Parto de la citada Norma Oficial se habla de la eliminaci3n de prácticas rutinarias que puedan aumentar los riesgos, lo que se observó en la práctica es justamente lo contrario. Cada hospital se sigue su propio manejo, por costumbre. De cualquier modo este conjunto de acciones nos remite a una lógica de ordenaci3n del cuerpo de las pacientes, de un orden corporal implícito que distingue físicamente a las pacientes de quienes no lo son y que les anuncia o les recuerda su condici3n de subordinaci3n corporal a la instituci3n.

## 1.2 El discurso médico: " El parto es un hecho fisiológico normal".

De acuerdo a las entrevistas, en donde se abordaba básicamente el tema del apoyo a la mujer en trabajo de parto, nos encontramos ante un discurso médico esquivo y poco crédulo. Para ellos el apoyo es importante en teoría, siempre y cuando sea impartido por alguien capacitado, como ellos, pero se justifican de no hacerlo por no contar con el tiempo.

### 1.2.1 Autopercepción

El discurso de los médicos tiene como eje primordial el trabajo, sobre todo en términos de cantidad. La sobrecarga de trabajo es el factor que justifica y determina sus acciones, relaciones y decisiones. Todos coinciden que por sobrecarga de trabajo no pueden pasar más tiempo con la paciente: "muchas veces la paciente se queda sola unos momentos cuando todos estamos ocupados" (EM-1); "Aquí tengo muchas pacientes y las vemos a todas pero no podemos estar con ellas ahí al pié de la cama" (EM-2).

Reconocen que casi no están con las parturientas y que prácticamente tampoco hablan con ellas: "casi no tenemos diálogo con ellas porque ya es el curso quirúrgico, va uno a operar y punto, casi no hay intercambio porque están sedadas, están bloqueadas, no es posible mantener un diálogo así, además nosotros no podemos porque estamos concentrados operando" ( EM-1).

### 1.2.2 Percepción de la parturienta

Por otra parte vemos que tienen una idea parcial de las parturientas, la idea de ignorancia e incapacidad para comprender va ligada a la concepción que se tiene de ellas en el discurso médico general: "La gran mayoría de nuestras pacientes no tienen conocimientos sobre..., nunca han tomado cursos , no tienen ni idea de un parto ni de lo que va a pasar, ni saben lo que hay que hacer..." (EM-1); "porque hay muchas pacientes que no saben ni como nace un bebé, es más llegan acá y no saben ni por donde les va a salir el bebé..."(EM-2); "Hay pacientes que por el mismo estrés del parto a veces no entienden, no cooperan" ( EM-3).

Tenemos el caso de un doctor que se refiere a las parturientas como pacientes o "pacientitas", mujeres o "mujercitas" de acuerdo a si son conscientes y cooperadoras, o ignorantes y problemáticas: "las pacientes que tienen doula son más cooperadoras... y aquellas mujercitas que no tuvieron doulas pues se están moviendo, etc. " (EM-4); " las doulas son buenas porque ayudan a que estas mujercitas sepan lo que les está pasando." (EM-3).

Inclusive hay médicos que piensan que a las mujeres no siempre sienten dolor: "algunas pacientes son bastante simuladoras, algunas pacientes son medias difíciles de manejar... nosotros ya tenemos tantas pacientes que vemos y decimos no pues a ésta si le duele, realmente si le duele; y ésta está simulando ¿no? (EM-3).

### 1.2.3 Percepción de las doulas

Respecto al trabajo de las doulas encontramos que existe una aceptación en teoría aunque no mucho en la práctica. No se puede sostener que el apoyo psicológico o emocional perjudique a las parturientas. Además la mayoría reconoce que en la medida en que la mujer está más tranquila coopera mejor con el médico.

"Es importante para la mujer primeriza que en su primera experiencia de trabajo de parto exista alguien de su confianza que le ayude a motivarse, que le ayude a tolerar los cambios, le ayude a moverse..."(EM-4) ;"la mujer que tiene compañía asimila mejor el dolor que la que no lo tiene, asimila mejor los momentos de los cambios del trabajo de parto que la que está sola " (ibid,) ;"las mujeres con doula son más cooperadoras", "Darle apoyo para que se sienta tranquila, segura, y lo más importante, que colabore con nosotros ¿no?" (EM-3).

En este sentido la única que no está de acuerdo es una doctora quien dice que las mujeres con doula se sienten sobreprotegidas y se acobardan : "sí se sienten un poco más seguras entre comillas, porque como sienten que hay alguien a su lado y

se sienten como sobreprotegidas, y no hacen las cosas como deben hacerlo...las señoras como que se acobardan cuando las tienen a ellas [a las doulas]" (EM-2).

También encontramos una tendencia a descalificar el trabajo de apoyo. En este ejemplo a través de la ironía: "... estaban a un lado dándole no se si masaje o qué, pero la mano ahí en el abdomen, (risas de otras personas) no se, no puedo certificar bien si era un masaje o acomodamiento del bebé (3) pero se ven nada más ahí sentadas platicando con las pacientes tratándoles de, pues yo creo que darles apoyo" (EM-2) ; "no es lo mismo que ellas vengan nada más a acariciarles la pancita... que le ayuden más a la paciente..." (EM-2).

Globalizando, e integrándolas a la dinámica del servicio, dice un médico "[las doulas] forman parte de la monitorización de la paciente" (EM-3) ; "Su única misión es procurar el alivio de la paciente, entonces en lugar de estorbar, es una auxiliar" ; "Creo que entonces la doula es un auxiliar del médico para que la paciente se sienta bien atendida" ( EM-4).

En general se nota una resistencia y descalificación hacia las doulas sobre todo en un punto que tiene que ver con el control y el poder: la administración de información a las parturientas. Otro aspecto igualmente conflictivo fue el cuestionamiento de las rutinas médicas, alegando que no tienen el conocimiento y la autoridad para hacerlo. Así como la idea entre líneas de que la presencia de la doula no cambia substancialmente las cosas, es decir, con doula o sin doula el parto va a suceder : " quieren influir mucho en el manejo de la paciente ¿no?" ...nos vienen a ayudar o nos vienen a tratar de cambiar lo que nosotros estamos haciendo.."(EM-3) ; "Bueno, no deben opinar en el diagnóstico, no deben opinar en la evolución o en el trabajo de parto cuando hay un responsable o un especialista viendo por estas características..." (EM-4). Este último ejemplo da a entender que la doula no es considerada como responsable ni especialista ; simultáneamente autorizándose como único especialista en la materia . "lo más correcto es decir (a la señora), su médico le contestará"(EM-4).

#### 1.2.4 Percepción del parto

En cuanto a la percepción del parto nos encontramos que en las entrevistas no hay muchas referencias más que como parte de su trabajo, es decir, su participación en lo que es propiamente la atención del parto o la cesárea. En esos comentarios la mujer solo aparece como un agente que lo facilita o dificulta dependiendo de su estado físico y emocional. Entre los médicos el parto es un evento fisiológico que significan de una manera racional: "la paciente viene a.. la culminación de su embarazo, la resolución obstétrica..." (EM-1); "un parto es un acto fisiológico normal que a menos que se complique, ya tenemos que entrar nosotros"( EM-4); "es una situación natural en que el dolor es muy difícil de manejar"( EM-C).

Para terminar esta parte me parece importante agregar algo acerca de las relaciones de poder en el servicio. En general, la tónica del médico es andar siempre de prisa, apurado por cumplir un conjunto de actividades especialmente de tipo académico, de modo que en el espacio que nos interesa, es decir, la sala de labor, su presencia es intermitente. El médico entra a la sala en momentos específicos con actividades específicas como revisar los expedientes, checar a las pacientes y dar indicaciones a las enfermeras para las siguientes horas, etc.; aunque su presencia no es permanente su autoridad es innegable.

Si bien las indicaciones del médico deben cumplirse al pie de la letra, no todos los médicos tienen la misma autoridad, y sus palabras tienen un margen de cuestionamiento por parte de otros médicos, y especialmente por parte de las enfermeras quienes finalmente dominan la sala de labor. Ellas -por debajo del agua- cuestionan o ignoran a los médicos de acuerdo a su rango y, dicho sea de paso, a sus buenas o malas relaciones con ellas. Es decir, si un médico no se lleva bien con las enfermeras, puede olvidarse de que sus órdenes sean cumplidas al pie de la letra, y/o en el tiempo indicado. Por el contrario, si un médico las trata muy bien, puede asegurarse que será obedecido de inmediato y hasta protegido o defendido por ellas. Pareciera ser que el médico goza de una autoridad formal que

le otorga su título universitario y el lugar que ocupa en el hospital, sin embargo, como puede verse, esta autoridad no es uniforme ni aplastante como podría haber parecido en un principio. Viene al caso retomar la idea gramsciana acerca de que donde hay dominación hay resistencia , y ésta puede adquirir las maneras más diversas para presentarse.

### **1.3 El discurso de la enfermera : "El parto es una experiencia traumática"**

Por sus actividades, la permanencia de la enfermera en la sala de labor es mayor que la del médico. En términos de número de enfermeras en el servicio y de tiempo de contacto con las parturientas, podrían tener una mayor interacción con las éstas. Sin embargo su discurso se asemeja al del médico respecto al apoyo, "no tenemos tiempo"; a lo cual se suma la idea de que las pacientes con doula llegan a ser más problemáticas que las que permanecen sin compañía.

#### **1.3.1 Auto percepción**

El grupo de enfermeras de esta experiencia da la impresión de actuar más o menos en bloque, se aprecia un gran sentido de gremio y de solidaridad entre ellas. En la medida en que ellas son las guardianas del orden y de la limpieza de los espacios y los objetos de la sala, su discurso es organizador y tendiente al "ideal" o deber ser de las cosas. Ellas, como grupo, representan una gran fuerza real en este espacio, en tanto que son las administradoras de las cosas, pueden facilitar o bloquear el trabajo de los otros.

El eje principal del discurso de la enfermera es el trabajo. En general se justifican de no atender a las pacientes como es debido por " la sobrecarga de trabajo que tenemos"(EE-2) ; "en lo que hacemos papelería, en lo que preparamos cosas para el médico, el material y todo eso, a veces no da el tiempo para atender como se debe a la paciente desde que ingresa ¿si?"(EE-3).

### 1.3.2 Percepción de la parturienta

Respecto a la percepción de la parturienta, comparten con el médico la idea de la ignorancia y el miedo de las parturientas. Sin embargo, en tanto que están con ellas un poco más de tiempo, asumen que las conocen mejor. De cualquier forma permanece una connotación negativa hacia la figura de la parturienta: "Las primigestas son pacientes que vienen aterrorizadas, con mucho miedo... nunca han escuchado lo que es tener un bebé... se embarazan pero nunca se interesan"(EE-2) ; "se sienten a veces como niñas desprotegidas y necesitan tener a alguien que les esté diciendo hágale así, pújele ahorita..." (EE-3).

### 1.3.3 Percepción de los médicos

Aunque en las entrevistas los médicos prácticamente no se refieren a las enfermeras, ellas sí incluyen en sus testimonios opiniones acerca de los médicos. Si bien no encontramos ataques directos y se asumen como parte de un binomio médico-enfermera, a algunas les parece que a veces los médicos pueden llegar a ser groseros con las mujeres y hasta gritarles, sin embargo los justifican por la gran cantidad de trabajo y responsabilidades que tienen: "también están un poco rutinizados ¿no?, porque nada más llegan y no le dicen a la señora, le voy a hacer un tacto, ¿no?, nada más descubre y ya..." (EE-1).

### 1.3.4 Percepción de las doulas

Respecto a las doulas encontramos diversas respuestas. Por una parte reconocen los beneficios de la compañía no sólo para las mujeres sino también para ellas, en tanto que les facilitan el trabajo estando al pendiente de las pacientes; pero al mismo tiempo dicen que cualquiera podría hacer el trabajo. Dice una enfermera: "...incluso a mi me ha pasado, si me dedico a hablar con esas pacientes, como que se tranquilizan..." (EE-2) ; "somos despistados las enfermeras y los médicos, y no apreciamos completamente el trabajo de las doulas, ellas dan afecto a personas que no conocen" (EE-1).



### 1.3.5 Percepción del parto

En cuanto a la percepción del parto tampoco en ellas encontramos grandes referencias al parto como tal, sin embargo se deja entrever la idea de una experiencia negativa para las mujeres relacionada con el sufrimiento: "es un dolor desconocido, y más pues para todas las que somos madres, ¿no? es un dolor desconocido..."(EE-3) ; "vienen aquí a sufrir el trauma del parto" (EE-2) ; "ya de por sí es traumático el dejar todas tus pertenencias, desnúdate y entra, ¿no? es una experiencia traumática" (EE-4).

En resumen se puede decir que en el discurso hospitalario tiene una visión estandarizada del parto y de la parturienta. Esta estandarización establece las condiciones para que el personal tienda a despersonalizar a las pacientes y a protegerse frente al dolor; de este modo puede realizar su trabajo un poco "en serie" sin afectarse demasiado.

Ambos personajes al ser entrevistados muestran una percepción similar de la parturienta: aterrorizada e ignorante de su proceso. Para ellos es alguien que puede facilitar o entorpecer su trabajo dependiendo de lo tranquila o inquieta que pueda permanecer.

Respecto a la doula, hubo un proceso de reconocimiento de su trabajo. Aunque de principio declarativamente estos dos agentes no pueden oponerse a un apoyo para las parturientas, en la práctica parecen buscar razones para su descalificación. Sin embargo finalmente terminan asimilándolas como "auxiliares" de uno u otro.

La comunicación vertical, la jerarquización de las acciones es otra de las lógicas a través de las cuales se mueven el médico y la enfermera, El médico se dirige a la enfermera, y posteriormente a la doula. En tercer lugar se dirige a la parturienta dosificando la información que le ofrece. Por ello este punto de la comunicación doula-parturienta les resulta especialmente conflictivo, dado que tradicionalmente

es solamente el médico el autorizado para informar a la paciente de su estado. Así lo expresa uno de los testimonios refiriéndose a este hecho: "Ellas [las doulas] se deberían mantenerse al margen"(EM-3).

Respecto al parto hay diferencias entre la visión del médico y la enfermera; el primero concibe el parto como un acto básicamente biológico, y la segunda, como un evento más afectivo. Tal vez esta última interpele mayormente a las pacientes, ya que además de aludir al hecho del sufrimiento físico, expresa también que comparte con las parturientas la condición de mujer y madre.

#### **1.4 El discurso de la parturienta: "Yo nunca me imaginé como era un parto, yo creí que uno llegaba al hospital, tenía a su bebé y ya"**

La información de las entrevistas puede dividirse en dos grandes temas: embarazo y estancia en el hospital. El tema de embarazo es muy amplio y abarca diversos aspectos que van desde el deseo de embarazo, las reacciones que tanto ella, su pareja y otros personajes importantes tuvieron ante la noticia, los apoyos que recibió a lo largo de ese tiempo, la información recibida, el estado de ánimo, las actitudes y fantasías hacia el bebé, y el desarrollo del embarazo.

En general se puede decir que independientemente de las repuestas positivas y negativas en cuanto al deseo de embarazo, queda la impresión de que para muchas mujeres el embarazo es un evento "mágico-misterioso" que va más allá de la voluntad de la mujer, " lo que pasa es que mi esposo tenía un disco zafado en la columna, y nada más se lo arreglaron a él, y era por eso por lo que yo no podía embarazarme" (EPsD-7). Con la idea del parto sucede un poco lo mismo.

Aunque la presencia de las parturientas es la razón de ser de todo lo demás, el discurso que portan estas mujeres, es en mucho, el de la negación. Por principio dejan su nombre para ser la "paciente de la cama tal". Como ya se ha dicho, se

les impide moverse y permanecen en una cama tratando de no quejarse. Pareciera ser que la mujer parturienta, especialmente la que viene por primera vez, a lo largo de su estancia en el hospital, se va reduciendo a una especie de niña temerosa, desconocedora de la dinámica que la rodea y totalmente a merced de ella. Por ejemplo, en general, la parturienta tiende a pensar que todo lo que le sucede es "su culpa", tiende a asumir que "se portó mal" o "se portó bien" dependiendo si estuvo o no gritando e inquieta.

Este portarse bien o mal, es una de las primeras cosas que el personal clínico les dice a las mujeres cuando entran al servicio ; de modo que las mujeres al evaluar su experiencia, se apropian de las palabras que tanto médicos y enfermeras utilizan para calificarlas.

Es muy curioso cómo en esta etapa - es decir en el momento que van a tener un hijo - que en otras culturas se distingue como uno de los momentos en que una mujer se consolida como tal, la cultura hospitalaria la "aniña", regañándola y calificándola como en la escuela. La mujer mientras tanto asume esta posición de niña como una forma de relacionarse con la institución hospitalaria, que por una parte le permite expresar la necesidad de llorar, gritar, quejarse o temer, de una manera válida tanto para la institución como para ella.

Otra de las características de este discurso, es el sentimiento de miedo. Las parturientas expresan de diversas maneras el haber sentido miedo durante el embarazo; miedo a que el bebé no estuviera bien, miedo de no saber qué hacer en el momento del parto, miedo a no reconocer el momento de irse al hospital, etc. Se puede decir que este sentimiento atraviesa como hilo conductor el discurso de la parturienta desde que se sabe embarazada hasta el parto.

La narración de los diversos momentos de su estancia en el hospital está impregnada como se dijo, por una actitud de subordinación ante el sistema. La mujer en trabajo de parto que llega al hospital se incorpora a una inercia que en

pocos momentos es posible intervenir o afectar. Hubo algunas diferencias entre las mujeres acompañadas por doulas y las no acompañadas en este aspecto, - diferencias que se debían a la presencia de la doula- pero de cualquier forma predominó la actitud de subordinación. La parturienta no se plantea siquiera participar en las decisiones de las rutinas hospitalarias, ni obtener información sobre los procedimientos, o sobre las razones de las rutinas, etc., en la mayoría de los casos.

La parturienta se incorpora a la institución tal cual, dice una mujer : " Ora sí que es lo que el médico diga, no lo que yo quiera"(EPsD-8). Reconoce que ellos, los del hospital, poseen un saber que ella no tiene : "Ellos son lo que más conocen, así que lo que ellos digan está bien". Asume que cualquier rutina es necesaria o parte del proceso para tener un bebé. A lo largo de su estancia la mujer aprende la lógica del hospital : "Si yo hubiera estado histérica, gritando, ningún médico hubiera tenido la paciencia para trabajar conmigo"(EPsD-7). La parturienta reconoce que quien está más tranquila, molesta menos y le va mejor, ella se autoevalúa "me porté bien" léase: estuve tranquila, no di problemas; o "me porté mal" , es decir, lo contrario. También las mujeres aprenden viendo a otras mujeres: "...la señora de al lado gritaba mucho y lloraba y se desesperaba, y pues más la dejaban solita... entonces yo decía, mejor me callo, y pues no, o sea al contrario, me estuvieron revisando..."(EPsD-5).

En las entrevistas las parturientas no nombran las rutinas de tacto, episiotomía y tricotomía , prácticamente no las incluyen en su relato, y solamente las refieren cuando se les pregunta directamente. Ellas resemantizan y se las explican a sí mismas como necesidades del hospital "para estar más limpias" en el caso de la tricotomía ; y el tacto vaginal como una forma de "estar al pendiente de uno". Encontramos mayormente testimonios como los siguientes: "Nunca me había hecho eso, se siente uno raro, se siente uno avergonzada de que todo el mundo esté viendo, y están haciendo el tacto enfrente de otras personas."(EPcD-8), " Bueno, no me apené, porque ya estando ahí se te quita la pena, sino que me... no

pensé que fuera tan doloroso " (EPsD-5),"Hubo un tiempo que no se movía mi bebé, pues me dio miedo, pero como ellos estuvieron revisándome, me tranquilicé" (EPsD-6), "Ni por aquí me pasaba que las rasuraran o algo, pues sí , me sorprendió mucho, era lo único que no sabía (EPcD-8).

Varias expresan vergüenza de la desnudez, de dar a luz desnudas enfrente de un hombre - el médico-, dice una señora: "Lo bueno fue que fueron mujeres todas..." refiriéndose a la sala de expulsión. El tema de la desnudez, sin embargo, es algo que no abordan más de una vez, las que llegan a tocarlo, pareciera que es lo menos importante dentro de la totalidad de la experiencia hospitalaria, " ya estando ahí, ya qué..."

#### 1.4.1 Autopercepción

La percepción que las parturientas tienen de sí mismas es muy variable y va cambiando a lo largo del relato de la experiencia. Esta autopercepción tiene que ver mayormente con los diversos estados de ánimo por los que va pasando y con la sensación de capacidad o incapacidad para dar a luz y/o soportar la experiencia. Entre las mujeres que no estuvieron acompañadas encontramos una mayor tendencia a pensar que no iban a ser capaces que en grupo de mujeres acompañadas. En este sentido la idea de la cesárea aparece como fantasía para terminar con el dolor: "Me estaba desesperando hasta que llegó el doctor y me programó para cesárea "(EPsD-6).

Se observa también una tendencia a hablar en plural, lo que nos lleva a pensar que las parturientas se asumen como grupo dentro del hospital: "nos atendían" "nos infundían confianza", "nos pasaron a revisión con una doctora". Por momentos aparece implícitamente en el discurso un sentido de compañerismo entre las parturientas: "No sabía nada hasta aquí que me puse a platicar con una de las compañeras de cama", "me dijeron que me veían muy tranquila, que todavía no sabía lo que me esperaba, pero no me asustaron"(EPsD-6).

Ante el dolor, la mayoría se desesperan y se sienten incapaces de seguir, hay unas que no les interesa saber lo que pasa , lo que quieren es que ya nazca el bebé y termine pronto su experiencia.

Al preguntar si platicaría a las mujeres que no han tenido hijos su experiencia del hospital, casi todas contestan que no, "no platicaría la experiencia en el hospital como tal, para no asustarlas..." Lo cual nos habla de que al final de cuentas, la experiencia hospitalaria es desagradable.

Pareciera ser que las parturientas se perciben a sí mismas solamente en función de su desempeño en las horas del trabajo de parto, al final se autoevalúan en torno a si gritó o no, si soportó o no, si siguió las indicaciones de los otros, etc.

#### 1.4.2 Percepción del parto

Respecto al tema del parto, en las entrevistas es notorio que la mayoría de las parturientas primíparas llegan al servicio con ideas fragmentadas acerca de lo que es un parto; fragmentos que han escuchado de su madre, sus hermanas, sus amigas, la televisión, etc. La parturienta sabe que hay dolor, que hay sufrimiento pero en realidad para ella es un evento "sin sentido" al que en algunas horas se va a enfrentar.

Una vez pasado el momento del parto, la mujer apenas puede decir: "Me emocioné al oírlo salir"(EPsD-5) ;"Nunca me imaginé que fuera tan doloroso tener bebés " (EPcD-1) ;"Sentí bonito pero a la vez tenía miedo"(EPcD-7) ;"Fue un momento de mucho dolor, y todo lo que quieras, pero ya después se te olvida, todo lo que sufriste se te olvida, o sea viendo ya a tu bebé, se te olvida todo lo que sufriste, sientes que fue poco..." (EPcD-3) ;"Si me siento contenta y me siento pues, se siente una ora sí que realizada como mujer al tener un bebé..."(EPcD-8) ; "No te puedo explicar qué se siente, pero se siente muy bonito" (EPcD-3)

Prácticamente después de la experiencia del parto, la mujer es otra. De pronto le hacen sentido las palabras de las otras mujeres, y ella misma ingresa al grupo de las mujeres que ya "saben" lo que es tener un hijo. Finalmente es una experiencia contradictoria, como dice una de ellas, "sufres pero se te olvida", que es un poco un lugar común, creado y recreado por cada parturienta.

#### 1.4.3 Percepción de la doula

La presencia de la doula se vive por principio como un evento providencial ("Gracias a Dios") o de buena suerte. El 100% de las parturientas acompañadas por doula expresan agradecimiento por la compañía, así como la idea de que solas no hubieran sabido qué hacer, o se les hubiera dificultado más el proceso del parto : " yo venía muy nerviosa, muy nerviosa, ya cuando entró la señorita, pues ya como que cambió todo ¿no?" (EPcD-3) ; " pues me sentí muy bien, me dio mucho valor" (EPcD-1) ; "...y ya después ya no quería que se fuera, me sentía más este mas segura, mas protegida..." (EPcD-2)

#### 1.4.4 Percepción del personal clínico

Respecto al personal clínico la respuesta inmediata es que las trataron bien y que fueron amables. Ya entrada la entrevista se atreven a quejarse un poco de uno u otro, pero minimizando o justificando el trato que recibieron. Por ejemplo dice una parturienta, " los médicos son un poquito bruscos". " me lastimaron un poquito", o "claro, tenía mucho trabajo, y por atender a unas no puede atender a otras". Así tenemos testimonios diversos: "Me tuvo mucha paciencia" (EPsD-8) ; "Pues la doctora un poco molesta porque yo no la ayudaba, decía que tenía muchas cosas que hacer y me iba a dejar." (EPcD-3) ; "Hay muchas enfermeras que son así ¿no? duras.... Yo creo que a ninguna enfermera le cuesta trabajo tratar un poco mejor a las pacientes..." ( EPsD-2). También se dejó entrever la falta de comunicación o comprensión acerca de lo que el personal decía : "ellos tienen términos médicos para hablar, no les entiende uno..." (EPsD-5)

A pesar de los buenos o malos tratos, al final predomina la sensación de gratitud hacia la institución y hacia el personal por todos los problemas que ellas pudieran haberles causado. En estos comentarios se nota la interpelación por parte de la institución de que es el paciente a través de sus patologías o de sus actitudes - producto de las mismas - el que causa problemas al personal, por tanto al final se disculpan y agradecen la atención.

La lógica de la parturienta se podría resumir como sigue: sabe que necesita a la institución y aunque en algunos casos le teme, o sienta que la atienden mal- se subordina. Ella reconoce su incapacidad para cuestionar el orden establecido, ("es lo que el médico diga no lo que yo quiera") y reconoce también que ellos manejan un conjunto de saberes que ella desconoce y respeta. Por otra parte, la mujer primeriza, en general desconfía de su propio cuerpo y sensaciones (¿hacia sus propios saberes?), teme no saber pujar, no aguantar el dolor, desesperarse y perjudicar a su bebe. Lo cual nos habla de la relación que se establece entre estos dos discursos, el de la institución, que "sabe" sobre el asunto del nacimiento y aparece socialmente como el único autorizado para ejercer estos saberes, y el de la parturienta que compra esta idea y se apropia del estado de ignorancia y devaluación de los saberes propios, con que la institución la interpela.

### **1.5 El Discurso de la doula o la ilusión de un parto sin intervenciones.**

Contrariamente a los desplazamientos físicos del médico y la enfermera, la doula es una presencia permanente junto a la parturienta. Las doulas defienden los derechos de las mujeres entre los cuales está el derecho a tener un parto satisfactorio en el hospital. De este modo las doulas llegan al servicio sensibilizadas en el tema de la experiencia del parto desde la óptica de la mujer y se dedican a defender sus derechos aún en contra de la voluntad de la misma parturienta. Hubo casos, por ejemplo, en que la doula se oponía a la administración de anestesia a la parturienta animándola a relajarse y soportar un



poco más el dolor, por el bien del bebé y del trabajo de parto mismo, cuando la parturienta quería la anestesia prematuramente aunque dentro de los márgenes autorizados por el personal médico. Desde luego este fue un punto de conflicto entre la doula y los demás.

Al ver el parto desde la mujer, manejar algunos conocimientos en torno a la fisiología del parto, la anatomía y sobre todo al tener un nuevo lenguaje adquirido en el curso, las doulas tuvieron elementos para cuestionar abiertamente los procedimientos médicos, lo cual resulta interesante en el sentido de que la mayoría de ellas habían sido enfermeras durante más de 30 años, y la subordinación a los médicos y al sistema se esperaba bastante más introyectada. Las doulas inmediatamente se entregaron a "la causa de la mujer", y si bien no se enfrentaban a los doctores de manera individual y mucho menos enfrente de las parturientas, si lo hacían como grupo a través de las investigadoras y supervisoras del proyecto.

Se puede decir en general que la doula se caracteriza por tratar de conciliar la lógica del hospital - incluyendo los discursos del médico y la enfermera - y el discurso de la parturienta, apoyándose mal que bien en el discurso de la intervención y de la capacitación de doulas. Desde luego existen puntos de conflicto con todos los discursos puestos en juego en este contexto, pero sobresale la conciliación.

La doula guarda por principio una posición de subordinación respecto del médico, y del hospital en general; con la enfermera no aparece propiamente una subordinación, sino una serie de concesiones como cuidar la sala de labor y a las pacientes si las enfermeras no están, de vez en cuando tender una cama, ayudar a vestir a una señora, etc., para ganar terreno y de acuerdo a sus propias palabras, "que la dejen trabajar con la paciente". Con respecto a la parturienta, llega a tener cierto poder otorgado por la misma parturienta. Estos rasgos se expresan en el discurso.

### 1.5.1 La Capacitación de las Doulas

Como se dijo, la capacitación de las doulas no forma parte de el material de análisis, pero es importante como marco de referencia para hablar de la formación de la identidad de doula. Se trató de un curso teórico práctico que duró tres semanas, después de las cuales, las doulas comenzaron a trabajar. Durante los primeros meses de trabajo, las doulas fueron requiriendo material de lectura, sesiones de trabajo y reflexión conjunta e inclusive desarrollaron una serie de láminas, para mostrarle a las parturientas gráficamente el proceso de dilatación del cuello de la matriz, la forma del útero, etc. Todo este trabajo posterior no fué azaroso, se fue dando de una manera sistemática y con la asesoría constante del equipo de investigación. Un momento decisivo para el éxito del proyecto fué algo que no se tenía previsto, cada una de las doulas escribió y comentó su experiencia personal de parir, es decir, alguno de sus propios partos como "caso"; a partir de ese momento, el trabajo con las mujeres se volvió más solidario.

El eje principal de la capacitación y del discurso de las doulas, fue retomar la experiencia del parto desde la mujer en términos de estado de ánimo y comodidad para lograr una experiencia satisfactoria, una mejor relación madre/ hijo, y la promoción de la lactancia materna.

Esto conllevó desde luego un cambio de actitud hacia la parturienta (de objeto de trabajo a sujeto que pare) y cambio de perspectiva hacia el trabajo de apoyo y ayuda; cambio desde su antiguo rol de enfermeras, hasta la conformación del rol de doula. Varias recuerdan y comparan su trabajo de enfermeras: "En esa época era cantidad, no veíamos a la señoras namás(sic) que como un instrumento, no como seres humanos, yo a veces terminaba y ¡ay no le hice, no me dio tiempo de aquéllo! ... en 20 años fueron instrumentos nada mas, si señora muévase, voltéese y esto, pero nunca una plática con ella, ni siquiera cómo se sentía, porque íbamos y ya estaban los camilleros con señoras ahí y teníamos que apurarnos para hacer las camas, para pasar a las pacientes que llegaban." (ED-1 ); "no porque la

enfermera no puede estar a la cabecera de uno solo, de una sola persona como lo hacemos nosotras, es muy diferente..."(ED-2) ; "por ejemplo, como enfermera, este, por lo mismo de tanto trabajo, pues uno no, no les pone toda la atención que quisiera ¿no?... ya dedicarse a una sola paciente pues está perfecto, le da uno todo , se puede trabajar muy bien con ella" (ED-3).

Junto con el curso, las doulas también aprendieron un nuevo lenguaje. Las doulas estaban acostumbradas, por su antiguo trabajo de enfermeras, al lenguaje médico ; sin embargo es la forma de utilización de este lenguaje, lo "novedoso" en su nueva función de doulas. Las que llegaron al curso, no necesariamente habían sido enfermeras de ese hospital ; a la mayoría prácticamente nadie las conocía, y por ello las demás enfermeras y médicos dudaban de su formación académica. La doula hace gala de su lenguaje médico para autorizarse frente a los demás agentes, y entrar a las relaciones de poder mejor "armada". El siguiente es un fragmento del relato de un caso escrito por una doula, el lenguaje es evidentemente muy médico: "Empecé a darle masaje suave en círculos a todo el vientre y en especial, con presión y en círculos en la región pélvica lumbar para disminuir así el reflejo de dolor que se manifiesta al descender el bebé por la pelvis ósea" (ED-4).

Sin embargo, a lo largo de su interacción con la parturienta, el manejo del lenguaje se hace más coloquial con miras a entablar una comunicación horizontal. Es decir, el lenguaje de la doula se hace más médico, o más coloquial dependiendo de la situación.

### 1.5.2 Percepción de las Parturientas.

En cuanto a la percepción de las parturientas se puede notar, que ponen gran énfasis en la idea de tratar a las parturientas como "gente" o como "personas", frente a la despersonalización del hospital y la "deshumanización" por parte de los médicos y las enfermeras: "Sí, de cómo verla, pues, como mujer..." (ED-2) ; "Yo la veo más humana, yo la veo como persona... la enfermera la ve como una más..."

(ED-5). I inclusive aprendieron a observarlas y a distinguir rasgos que les permitían entenderlas mejor : "se pone uno ahora a observar a las señoras en su trabajo de parto y su carita les va cambiando completamente, quizá yo no me había fijado también en esas cosas..."(ED-1)

El discurso de la doula concibe a una parturienta participadora, animosa y receptiva - idealmente - gracias al apoyo afectuoso ; sin embargo, reconocen que las condiciones de las parturientas no siempre permiten su cooperación abierta. En el primer ejemplo encontramos la idea de portarse bien característica del discurso hospitalario: " todas las señoras cooperaron mucho, 'se portaron' maravillosamente bien, me hacían sentir bien " (ED-1) ; "cada señora es individuo, es diferente, cada una tiene diferentes ...este..., reacciones y diferentes experiencias , influencias ¿no? (ED-2) ; "hay unas señoras que llegan y tranquilamente cooperan perfecto, entienden , le hacen caso a uno, ¿no? Pero hay unas que vienen muy tensas, con problemas y entonces hay que saberles llegar a ellas ¿no?"(ED-3) ; " pues sí, por su estado de ánimo como que contestan mal, como que le rechazan a uno, al principio, pero eso si, al último de veras todas, todas se van felices " (ED-4).

### 1.5.3 Percepción del Parto.

A partir del curso las doulas experimentaron una sensibilización especial hacia el parto, por lo cual aparece una gama amplia de opiniones al respecto. La idea de que el parto es una experiencia que perdura a lo largo de la vida de las mujeres, por lo cual es importante que sea satisfactoria y positiva ; fue la idea con que se inició el curso de doulas. Por ello ésta es una de las respuestas más recurrentes en las entrevistas. Aquí algunas percepciones: " son momentos difíciles para las señoras"(ED-2) ; "le dije que el nacimiento de su bebé era algo maravilloso, muy hermoso" (ED-1) ; "Dar a luz es algo hermoso y único, es la satisfacción de sentirse realizada como mujer" (ED-4).

Este sentido del parto, que algunas mujeres incorporan, es el que finalmente reorganiza de manera idealizada toda la experiencia, y justifica el dolor y los demás eventos negativos alrededor del parto : "La señora le dice a uno, 'ahí viene otra contracción', pues bienvenida porque entonces ya se va acercando la hora, que lo vean con gusto, no con terror " (ED-3) ; "El estar relajadas nos ayuda a controlar las sensaciones de dolor, angustia y temor, y nos da un pensamiento más claro"(ED-4).

#### 1.5.4 Autopercepción

Pareciera ser que los personajes más felices son las doulas. El hecho de regresar a trabajar al hospital después de varios años de jubilación les hace sentirse bien, especialmente desempeñando una labor de ayuda directa como es ser doula. Absolutamente todas, en las diversas ocasiones que se les entrevistó, coincidieron en ello. A lo largo de los testimonios hay una constante autoafirmación que se da continuamente también de manera colectiva. Regularmente las doulas tenían sesiones de exposición de casos y de discusión de problemas y soluciones . En este sentido se recreaba constantemente la identidad de doula de manera conjunta hacia adentro del equipo y se marcaban las diferencias hacia afuera con el demás personal. "Me da mucho gusto, me da mucho gusto, y más que nada me siento muy satisfecha... es un papel muy bonito el que desempeñamos nosotras..." (ED-2) ; "He aprendido no nada más conocimientos, sino que luego se llena uno de mucha ternura ¿no?, de ver la vida, o sea como se inicia, como nacen esos bebés..."(ED-1) ; "Lo mas significativo, es pues en primera, la satisfacción ¿no? de ver a las señoras contentas, siempre agradecidas.."(ED-4) ;"¡Estoy contentísima de haber venido aquí!" (ED-2) ;"Es una satisfacción de saber que... pues todavía estoy en condiciones de apoyar pues a las señoras, de esta manera " " me gusta saber que participo al traer al mundo un bebé"( ED-6) ;" Pues bien, muy orgullosa de mi trabajo"(ED-5).

### 1.5.5 Percepción del médico

Con los médicos se dio un antagonismo muy marcado desde el principio. De cierta forma, ellos encarnan la autoridad de la institución ; y era frente a este grupo que primeramente las doulas debían ganarse un lugar. Al principio llegaron a sufrir la indiferencia o las descalificaciones, y a indignarse silenciosamente ante el trato hacia las parturientas. Después se fueron ganando "el respeto"- según sus propias palabras- y la imagen fue cambiando en el discurso. De hecho al final las doulas ya expresan la autoridad que da la experiencia, para descalificar el desempeño de los médicos,-si no abiertamente, sí dentro del grupo de doulas-. Aquí algunas de las quejas: "Ahorita aquí mi compañera dijo que una de las residentes le dijo que si venían a jugar con las señoras.. y este pues sí es un sarcasmo y además la señora lo está oyendo, y sí molesta..."(ED-2) ; "Hay ciertos médicos en especial que... pues tienen cierto carácter y mal modo para tratar a las señoras "(ED-1) ; "Hay un médico que es horrible ¿no? El viejo, que le grita a uno delante de las señoras" (ED-6) ; "Algunos médicos tuvieron actitudes así muy muy negativas con las compañeras, y sí hubo necesidad de hablar con ellos y ya no se presentó más la situación " (ED-2) ; " A mí me dijo el doctor : 'ustedes sirven para dos cosas, para nada y para nada. Yo mejor me quedé callada " (ED-5) ; "Ellos, como hombres, pues a veces si son medios groseros con las señoras, no miden el dolor que ella está sufriendo... en cambio sí hay médicos que son bien conscientes de la situación ¿no?..." (ED-6).

La situación fué cambiando, y posteriormente los testimonios son como el que sigue : " ya ha ido cambiando y ya ahora nos ven con respeto, y algunos hasta con gusto de que estemos ahí cooperando" ( ED-3).

### 1.5.6 Percepción de la enfermera

Con las enfermeras también había que ganarse un lugar. Al principio sufrieron la territorialidad que se expresaban en la descalificación hacia su trabajo. Poco a poco, al identificarse como enfermeras, los antagonismos se fueron diluyendo en

aras de una cierta armonía que convenía a ambas partes. Las enfermeras podían ausentarse un poco encargándoles la sala a las doulas, y ellas podían hacer su trabajo sin problemas. Sin embargo nunca llegó a hacerse una complicidad completa dada la relación enfermera/paciente. Dicen las doulas : "Yo pienso que lo más difícil es luchar con el personal...sí he observado y me han tocado situaciones difíciles del personal deshumanizado con las señoras " (ED-2); "Dicen las enfermeras que chiqueamos y mal acostumbramos a las pacientes" (ED-5); "En muchas ocasiones ve uno qué tanto el personal de enfermería como el médico les gritan a las señoras ; sí les dicen lo que tienen que hacer, pero de una forma más agresiva " (ED-1).

Finalmente, igual que con los médicos, los ajustes se dieron, y al final la percepción cambió un poco : "con el tiempo ya tienen bien identificada nuestra labor, cuales son nuestras funciones y ya están mas tranquilas " (ED-3).

#### 1.4.7 Las Rutinas

Prácticamente uno de los elementos que se fue perfilando como el objetivo del trabajo de la doula con la parturienta, era lograr que se evitaran las intervenciones de rutina innecesarias desde el punto de vista de la doula. Si bien ellas no podían hacer nada frente a la tricotomía y al tacto, asumen que la relajación de la parturienta podía llegar a evitar el bloqueo, la episiotomía e inclusive la cesárea. Una de ellas comenta: " pues el episio, rara vez hemos logrado que se evite ¿no? Casi siempre ya como rutina, el episio y el bloqueo, te digo, lo único que hemos tratado es que no le hagan el bloqueo, pero del episio no se escapan, porque a veces ya nació el bebé, ya está afuera y ¡pas! le dan su episio..." (ED-6)

De hecho en algunas entrevistas se logra entrever que las doulas viven la cesárea como una especie de derrota frente a la institución médica. Dice otra doula: "Cuando el médico le dice: 'no, pues se va a cesárea posiblemente por sufrimiento fetal', y entonces digo, chánfule ¿y luego mi trabajo?". En cambio, cuando a alguna señora que ha sido programada para cesárea, tiene su parto en la

cama (o da "camazo" de acuerdo a la jerga del hospital), las doulas lo viven como un triunfo - en el sentido de que ellas "sabían" de antemano que la mujer iba a parir- y a manera de revancha simbólica frente al saber médico que a su juicio es muchas veces equivocado.

#### 1.5.8 Relación Doula/ Parturienta

Contrariamente a lo que pueda pensarse, no siempre la relación doula/ parturienta fue "miel sobre hojuelas". Aunque a cada parturienta que se le asignó una doula previamente se le había pedido su autorización por escrito, - es decir, si quería entrar al proyecto y si quería una acompañante- en las entrevistas escuchamos relatos de parturientas que "les costaron mucho trabajo", en el sentido de que no querían hablar, no querían ser tocadas, etc.

La doula sabía que para poder trabajar requerían de una cooperación plena por parte de las parturientas. Si la señora no cooperaba, el trabajo de la doula no podía desarrollarse, lo que además redundaba en las relaciones que se establecían alrededor. Es decir, eran puntos malos para el equipo de doulas que servían como elementos para descalificar el proyecto en general. "Ellas se benefician de nuestra atención pero nosotras también nos beneficiamos por las experiencias que adquirimos con ellas; porque sin ellas, lo mismo tampoco aprenderíamos nada...es mutuo, ellas obtienen de nosotras, pero también nosotras obtenemos de ellas"(ED-2), "[mi trabajo] es la base para que ella esté tranquila ¿no?", y finalmente va uno a ser su única compañía. Como yo les digo, yo ahorita soy tus ojos, ahorita haz de cuenta que tú eres yo, lo que quieras hacer, lo que tú quieras ver, tu dímelo..." (ED-5).

Sin embargo la mayoría son receptivas al discurso de la doula, y terminan conformándose en un binomio frente a la dinámica del hospital ; "La señora del otro lado ya te está preguntando... y sientes bonito, recurren a ti para saber cómo van a dar a luz..."(ED-1) ; "Porque de hecho me han hablado a mi casa por teléfono... me



dicen, no, es que te quiero agradecer, te quiero dar las gracias... estuviste apoyándome y ayudándome durante mi trabajo de parto...(ED-5).

El discurso de las doula interpela a las parturientas como centro de interés y condición para poderles brindar un buen apoyo. A través de la interacción, las parturientas y las doulas, abiertamente o con resistencias, se fueron articulando a las expectativas de la otra. Así, finalmente se fueron identificando con un modelo de parturienta y de doula que los discursos que portan les proponen, estableciendo así las condiciones para un proceso educativo.

## **2.- LOS DISCURSOS EN ACCION**

Hasta aquí es notable que el discurso hospitalario tiende a esquematizar, racionalizar y/o neutralizar el discurso de las pacientes, que a su vez percibe como desordenado, irracional y basado en sensaciones. En medio de ambos aparece el discurso de la doula con una tendencia mediadora o conciliadora, dado que recupera las dos lógicas, es decir, por una parte el saber y el lenguaje médico, y por otra el lenguaje y las sensaciones de la parturienta, y se establece como puente entre uno y otro.

Si bien el perfil de la doula se opone en mucho al discurso hospitalario en sí, en la práctica, el personaje de la doula funcionó en muchos momentos como una especie de pararrayos. Su presencia siempre calmada - en la medida en que su función era relajar y el apoyo alude a la calma, al control y a la canalización del dolor hacia sentimientos positivos- tendía a evitar el conflicto buscando ayudar en lo posible a los otros sin antagonizar demasiado con el demás personal por el bien de la parturienta: "Ayudas a la señora a que también apoye un poco al médico ¿no? para que el médico no se ponga grosero con ella " (ED-6) ; "Debe haber prudencia en mí, porque si él [el médico] no la tiene, pues en mí si ¿no? porque entonces de qué se trataría, ¿de agarrarnos a cada rato? pues no..." (ED-4)

En adelante se desarrollan algunas de las relaciones que se establecieron entre los discursos en torno a temas específicos: la mujer y el parto, la vivencia del hospital, y la forma de percibir a las doulas.

## **2.1 La mujer y el parto**

Frente a la despersonalización del hospital y la estandarización de las parturientas como seres ignorantes e incapaces de comprender, el discurso de la doula recupera a la parturienta como persona que siente y sufre, pero también con capacidad para comprender. Estas dos posturas aparecen como la raíz de un antagonismo que se expresa de diversas maneras en la relación de los agentes. Como se pudo apreciar arriba, la queja principal de las doulas es el trato "deshumanizado" de parte de los médicos y enfermeras a las parturientas. Esta misma queja pero en sentido contrario la encontramos en las entrevistas sobre todo de enfermeras, que afirman que las doulas "chiquean" y "consienten" a las pacientes demasiado, y que las van a "malacostumbrar" (¿al buen trato?); y que por esa razón no cooperan en el momento del parto.

Respecto al parto como se puede apreciar, aparecen varias posturas encontradas. Socialmente el parto y la maternidad van ligadas a ideas como "realización de la mujer", "algo maravilloso", que son las concepciones manejadas por las doulas. La visión de la enfermera, a partir de la experiencia en el servicio, es la parte más inmediata del sufrimiento y del malestar. La visión del médico expresa lo caótico y desordenado que puede ser y en donde se necesita la presencia ordenadora del médico y la institución para llevarlo a cabo sin problemas. En la parturienta se concentran todas estas visiones, para ella hay sufrimiento y malestar, caos y desorden por momentos, pero al final resulta la "experiencia maravillosa"; recuperando y apropiándose de las palabras de las doulas, pero también con una recompensa que, de acuerdo a sus propias palabras, rebasa el sufrimiento: su bebé.

Pareciera ser que todo este proceso de trabajo de parto y parto hospitalario, resulta una especie de negociación de malestares que se finca en la postura o la forma de cada uno de los agentes de relacionarse con el dolor. El médico y la enfermera terminan volviéndose un poco insensibles -de ahí la calificación de deshumanizados por parte de las doulas- que frente al dolor solamente proporcionan analgésico y se ausentan. La doula permanece junto a la parturienta, le permite expresarse, le habla, y la toca. En ese momento se hace evidente uno de los puntos de conflicto con la doula, dice una doctora: "Yo no vi correcto de que las estuvieran haciendo soportar el dolor teniendo acá nosotros un medio para ayudar a la paciente disminuyendo el dolor " (EM-2). Cuando las parturientas se quejan, para el sistema es tiempo de bloquearlas, así al tiempo que les disminuyen el dolor, las duermen y las silencian. Mientras tanto, las doulas las "apapachan" y les dan ánimos para que soporten el dolor, si es que todavía no es tiempo del bloqueo (4).

Esta parte de negociación de malestares se hace más notoria en el momento mismo del parto, que es para las mujeres el momento de los imperativos: "respire con calma" ," no grite", "debe controlarse". Sin una preparación previa, la mujer aprende a parir, pariendo. La expresión del malestar de la parturienta no tiene cabida ni en la sala de expulsión, y es taponado con órdenes para que se desempeñe lo mejor posible , léase "se porte bien", en una situación que desconoce(5).

## **2.2 La vivencia del hospital**

Ciertamente la vivencia del hospital desde cada uno de los agentes es distinta en la medida en que cada uno tiene su rol; sin embargo coincide en el sentido de que todos en cierto modo la toman "per se", y se incorporan a la rigidez del sistema sin cuestionar. Tanto el médico como la enfermera han asimilado, a lo largo de su práctica profesional, la lógica casi militar de jerarquías que se vive dentro del sistema hospitalario, y la aceptan como *modus operandi* de su lugar de trabajo. A las pacientes no les queda otra opción, y lo más que pueden hacer es quejarse.

El caso de las doulas es un poco diferente. Si bien ellas, por una parte, como enfermeras que han sido, conocen y asumen el orden de jerarquías, la posición que tienen en la estructura del servicio -en tanto que no dependen de ninguna instancia hospitalaria sino de un proyecto de investigación independiente- les permitió cuestionar la rigidez del sistema y las rutinas hospitalarias. Así, ellas cuestionan al sistema por ejemplo respecto a la inmovilidad de las pacientes en el sentido de que no hay razón para no dejarlas levantar al baño o a caminar si lo desean, o para impedirles tomar agua, etc. Sin embargo las doulas reconocen que deben sujetarse a la disciplina y en gran medida lo hacen.

Un ejemplo muy claro de lo anterior lo tenemos en la organización y el orden de la comunicación "en cascada". La interacción doula/parturienta en términos de intercambio de información, se sale de este orden. Ni el médico ni la enfermera están de acuerdo en que la doula maneje ni proporcione tanta información a la parturienta acerca de su estado, ambos reservan esa tarea exclusivamente al médico. Es decir, para la dinámica del hospital, la administración de la información debe seguir también una línea de jerarquías, donde el único autorizado para informar cuándo y cuánto, es el médico.

Frente a la rígida lógica de jerarquías que vive el personal del hospital, el equipo de doulas vivió la solidaridad y el compañerismo: "Aquí todas, todas somos iguales, para nada te marginan"(ED-3).

Respecto de las intervenciones de rutina hacia las parturientas encontramos otro punto de antagonismo. En las entrevistas los médicos prácticamente no las mencionan y menos las cuestionan; las aplican o las indican y punto. Para ellos, era inconcebible que alguien se atreviera a cuestionarlas, y ello dio elementos para desautilizar el trabajo de las doulas.

Desde la óptica de la mujer las rutinas hospitalarias se vivieron como invasiones al cuerpo. Si bien de principio las mujeres fueron reacias a hablar de ellas, les costó trabajo nombrarlas y en otros casos no tenían forma de hacerlo -al tacto por ejemplo le llaman "eso" o cuando mucho "revisión"- . Con un poco de insistencia finalmente externalizan: " ya el doctor me lo iba a hacer (el tacto) y pus como que me daba pena ¿no? Yo decía me va a lastimar o como no va a ver nada y se va a molestar él", (EPcD-1) "No sabía, la primera vez me dio coraje porque me lastimaron ... después en la noche empecé a sangrar y pensé que a lo mejor habían lastimado a mi bebé".(EPsD-3). La mayor parte termina resemantizando y encontramos frases como: "Bueno, yo pienso que era una forma de estar al pendiente de mí."

La mujer se incorpora al hospital sin familia, ropa, o cualquier otro distintivo social/personal, para estandarizarla con una bata de paciente abierta por atrás. Allí dentro le limpian a cara, le quitan el vello púbico, y la dejan en una condición infantil, si puede decirse, tanto en términos de su aspecto corporal, como en su postura de subordinación física, verbal, etc. Al interior de la institución, se asume como un ser que no "sabe", no entiende, y por tanto queda a merced del orden hospitalario.

### **2.3 El trabajo de las doulas desde todos los personajes.**

Lo más notorio fue, como se dijo antes, el problema de apropiación del espacio entre la enfermera y a doula; la enfermera asume que las parturientas son "sus pacientes" y que se encuentran en "su sala"; de pronto las doulas llegan a invadir con una lógica y una dinámica contraria a la lógica del servicio. La presencia de la doula incomoda a la enfermera y le hace evidente que hay un espacio de la atención a la parturienta que no está cubierto. Además también se abre un conflicto respecto a la concepción del trabajo. Dicen las enfermeras que el trabajo de la doula "no es trabajo" en comparación con el suyo, en la medida en que de

acuerdo a las observaciones de las enfermeras las doulas solamente están sentadas platicando con la paciente, mientras que ellas tienen una gran cantidad de tareas. Si se quisiera hacer una relación de atributos de ambos trabajos podría ser como sigue:

Doulas	vs	Enfermeras
* Lento		* Rápido
* Poco		* Mucho
* Afectuoso		* De mal modo
* Al pendiente de la parturienta		* Al pendiente de muchas cosas
* Satisfactorio y agradecido		* No muy satisfactorio y poco agradecido
* Beneficioso para la parturienta y para la propia doula		* Beneficioso para el médico y el hospital

Atributos que, dicho sea de paso, la enfermera reconoce y hasta cierto punto anhela, contentándose en algunos casos con la fantasía de retomar el trabajo de doula cuando llegue el momento de la jubilación.

En cuanto a los médicos, su relación con la doula fue contradictoria: por principio el médico no puede oponerse en teoría, a que la parturienta tenga una mejor atención, sin embargo, en la práctica la descalifica y la agrede frente a la parturienta. Cuando dice: las "chiquean" mucho, las "malacostumbran", es decir, si les dan buen trato, se van a acostumbrar a ser bien tratadas y ellos no les pueden brindar esa atención. Mejor maltratarlas. " El médico decía que nosotras nada más las apapachábamos y que por eso se ponían ellas así, gritonas y eso porque por eso no cooperaban, porque uno las apapachaba " (ED-3).

Con los médicos la territorialidad se expresó con constantes descalificaciones hacia el trabajo de las doulas ; en general para ellos no son necesarias. Como dijo uno de ellos "con doula o sin doula el parto sucede". Posteriormente, las fueron asimilando como auxiliares del médico, y las relaciones entre agentes y por tanto sus discursos se reacomodaron.

Finalmente los médicos incorporan a la doula a su universo y la perciben como "auxiliar" en la monitorización de la paciente y de ese modo, al servicio del médico también. Por ello limitan la acción de la doula y se resisten al cambio. Recordemos el ejemplo que así lo expresa: "Yo veía que (las doulas) querían influir mucho en el manejo de la paciente[...] Y yo digo, ¿a qué vienen?, nos vienen a ayudar o nos vienen a tratar de cambiar lo que nosotros estamos haciendo?" (EM-3).

La permanencia de las doulas junto a las parturientas, les permitió en algunos casos tener mejores juicios que los médicos acerca del proceso de parto de cada mujer en cuanto al tiempo aproximado para la expulsión e inclusive a la posibilidad de parto de las mujeres programadas para cesárea. Esto les hizo ganar puntos en las relaciones de poder, y pudieron expresar a manera de revancha simbólica: "uno ya las conoce y los médicos no, podemos decir cuando una mujer ya está lista para la expulsión o todavía le falta" (ED-3); "algunos médicos no tienen la suficiente práctica, para hacer el tacto ¿no?... y a veces están muy mal valoradas " (ED-6).

Para finalizar esta parte se pueden sintetizar las observaciones anteriores como sigue: el espacio hospitalario, como cualquier espacio social es contradictorio y en él imperan ciertas relaciones de poder que condicionan fuertemente la dinámica entre los agentes. En este espacio, las parturientas son la razón de estar de todos los demás y sin embargo se encuentran en una postura de subordinación, frente a la institución y a los demás agentes. En este análisis se pudo apreciar que a través del trabajo de las doulas, se revalida el discurso de la parturienta, tradicionalmente descalificado y silenciado por la institución. El discurso de la doula revaloriza a la parturienta en sí y se autoriza hablando por ella; la lucha por la parturienta es ganada por la doula y las relaciones de poder en este espacio se reacomodan.

Una de las características de las instituciones, y la hospitalaria no es la excepción, es la creación y ofrecimiento de modelos de identidad a través de diversos

soportes simbólicos, en este caso tenemos que aparentemente la institución requiere de criaturas dóciles y silenciosas que contengan el dolor, para que le dejen cumplir su misión de restaurador de salud sin problemas ( cabría preguntarse aquí si entonces para la institución el estado de embarazo y por lo tanto el parto es un estado de no salud). En este contexto inmovilizador y ordenador, el discurso de las doulas logra interpelar a las parturientas con una tónica afectuosa y permisiva, de rescate de su propio lenguaje y sensaciones, abriéndole un espacio para expresarse y conocerse - a través de la recuperación de su propio proceso - que la institución le niega o simplemente no tiene previsto.

### **3.- LOS PROCESOS EDUCATIVOS O LA TRANSFORMACIÓN DE LOS ACTORES**

Recuperando el desarrollo sobre lo educativo realizado en el Capítulo I, reiteramos que para poder hablar de procesos educativos hay hablar de transformaciones en los sujetos de la educación. Empíricamente se puede dar cuenta de estos procesos de transformación cuando un agente se apropia o articula elementos de un discurso diferente al propio. Se dice entonces que el sujeto se identifica con tales elementos y asume una imagen diferente de la que tenía en un principio. La disposición o no que tenga un sujeto para entablar un proceso de identificación tiene que ver con la existencia de una ruptura o crisis en algún nudo de identidad, que pueda ser resuelta por algún modelo propuesto por un discurso cercano.

Este proceso puede observarse en el caso de las parturientas y las doulas. Al analizar la relación doula/parturienta, encontramos que existen los elementos para que ocurra un proceso identificativo/educativo. La situación de crisis que viven las parturientas encuentra resolución en las propuestas del discurso de la doula que es principalmente afectivo y de ayuda.



Toda acción educativa -según resume Hernández Zamora en su tesis- desarrolla en los sujetos no sólo conocimientos y habilidades sino también disposiciones e identidades. Instancias que podrían traducirse en tres grandes intenciones educativas : 1) el ser o lo que los sujetos deben ser (identidad), 2) el saber o lo que los sujetos deben saber (conocimientos) y 3) el saber práctico o lo que los sujetos deben saber hacer (habilidades), ( Hernández Zamora, 1994 :36). El discurso de las doulas cumple con el ofrecimiento de estos tres aspectos e interpelan a las parturientas desde la instancia del ser, el saber y el saber hacer. A grandes rasgos se puede decir que hubo una interperlación a través de conocimientos acerca del trabajo de parto y parto en general, de estos dos procesos como eventos del propio cuerpo, habilidades para respirar, relajarse y pujar de manera adecuada para el bienestar de la madre y el bebé, y finalmente de la imagen ideal de una parturienta animosa ( buena madre) que trabaja y coopera para acceder a un buen parto sin problemas .

La relación personal que se estableció entre la parturienta y la doula permitió que existiera una interpelación muy cercana lingüística y culturalmente. En seguida tenemos un fragmento de conversación doula-parturienta en donde puede apreciarse lo anterior : " ya ahora vas a ser mamá, ahora tienes que enseñarte a ser una buena madre, si tú en todo tu embarazo, tu trabajo de parto es bueno, y tú le inculcas a él [al bebé] que lo quieres, va a ser muy diferente" (ED-1). Aquí el discurso no solamente interpela a la parturienta como futura madre, sino que alude también a una relación afectiva madre-hijo "diferente" en relación a un buen trabajo de parto, siguiendo las instrucciones de la doula evidentemente.

También de la parturienta hacia la doula se puede apreciar un proceso de interpelación. La parturienta en un momento de la entrevista expresa el haber fantaseado con la compañía de su mamá o de alguna hermana en el momento del trabajo de parto y parto; la doula suple esa figura en cierta forma. Por otra parte esta última entiende que sin la parturienta su presencia no tendría sentido, ya que sólo a través de su trabajo con ella , la doula se constituye como tal.

En este sentido se puede esperar que ambas sean receptivas al discurso de la otra, es decir, en tanto que ambas se necesitan. Los contenidos que circulan en esta relación, tienen que ver principalmente con aquellos propuestos por el curso de apoyo psicosocial y que giran en torno a las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo un trabajo de parto y parto satisfactorios para la mujer. Estos contenidos son aprendidos en un primer momento por las doulas, y después se extienden a través de ellas hacia las parturientas quienes terminan ejecutándolos: habilidades como el relajarse, identificar y contar contracciones, respirar y pujar adecuadamente, etc. Ciertamente, el discurso institucional, a través del médico y a enfermera, incita a que las parturientas desarrollen estas habilidades, y las promueve a través de diferentes métodos incluyendo los terroristas(6). Sin embargo la capacidad de interpelación del discurso de las doulas es mucho mayor que el del hospital.

### **3.1 Las transformaciones más evidentes: la doula y la parturienta**

La experiencia demostró que las parturientas que estuvieron acompañadas por una doula, al ser entrevistadas presentaron como tendencia, un discurso más organizado que las mujeres que estuvieron solas.

En las entrevistas a parturientas acompañadas es común encontrar narraciones amplias y llenas de detalles, no hubo necesidad de preguntar a las mujeres dos veces la misma cosa, y respondieron fácilmente, abundante y sin titubeos. En las narraciones, las parturientas pueden distinguir claramente etapas del trabajo de parto, momentos específicos y gran variedad de sensaciones. Al narrar su trabajo de parto todas mencionan por lo menos una vez la información o consejos dados por la doula. En cambio en las entrevistas de las parturientas no acompañadas encontramos respuestas bastante mas cortas y escuetas. Ellas igualmente estructuran sus relatos en orden cronológico de acuerdo a los eventos e intervenciones que fueron ocurriendo, pero casi sin detalles. Solamente cuando se hacen preguntas más específicas, las mujeres ahondan un poco. Del total de

intervenciones y eventos que narran, no hay ninguno en el que se detengan o profundicen de manera especial.

Algunas de las mujeres no acompañadas refirieron que la entrevista fue un momento de desahogo lo cual nos lleva a pensar que no hubo oportunidad previa para integrar la experiencia. Por ello al ser la entrevista el momento mismo de la integración, aparecen discursos un poco inconexos propios de este proceso. Este discurso más integrado de las mujeres acompañadas, puede tomarse como un elemento indicador de transformación en comparación con las otras mujeres, y por tanto del proceso educativo.

### 3.1.1 Importancia de la reflexión conjunta: La doula interlocutora

En el hospital, como vemos, las condiciones de comunicación están prácticamente cerradas para las parturientas; las necesidades de expresión de las parturientas encuentran salida en mucho con la doula, quien funciona como interlocutora permanente y, contrariamente al discurso hospitalario, promueve en las parturientas la expresión de todo sentimiento y sensación: "Yo les digo: es su decisión si quieren el bloqueo, lo que ustedes digan lo respetamos, todo lo que ustedes hagan, hasta si gritan o lloran, para mi es respetable"(ED-1).

Tanto en las entrevistas de mujeres acompañadas como en las otras, se encuentran igualmente sentimientos de desesperación, desfallecimiento y miedo ante la posibilidad de que por desconocimiento o falta de fuerza, le pase algo al bebé. Sin embargo, las mujeres con doula, pudieron canalizar esos pensamientos y sentimientos a través de la comunicación con las doulas quienes las animaban y les hacían tener confianza en su propio proceso. Desde luego, durante el trabajo de parto todas piensan en su bebé, y en todas se nota una concepción de un bebé activo, luchando por salir, trabajando junto con ellas. Si bien de pronto surgen sentimientos de desconfianza hacia su propia capacidad de dar a luz, hay poca tendencia a pensamientos negativos.

Uno de los elementos más importantes- a mi juicio- del discurso de la doula fue la idea de un bebé esforzándose por salir y trabajando al parejo de la mamá. Idea de que entre mayor es el dolor y las contracciones más seguidas, representa que falta menos tiempo para conocer a su bebé y tenerlo en sus brazos. Esto me parece muy importante porque según las entrevistas, este es un elemento que pierden de vista las mujeres que no estuvieron acompañadas que por grandes espacios de tiempo se sitúan en la inmediatez del puro dolor.

Contrariamente, en el caso de las mujeres que no estuvieron acompañadas por una doula, el dolor, el miedo y la desesperación no se resuelven en nada positivo. Todas coinciden en haber querido hacer algo, pero no sabían qué ni cómo. A la mitad de las mujeres entrevistadas, les rondaba la idea de un desenlace fatal - enfermedad, malformaciones o muerte- respecto a su hijo o a ella misma.

Como puede apreciarse al comparar la experiencia de ambas, junto con la expresión, se promueve la constante reflexión de la parturienta acerca de sí misma y de su experiencia. Como se dijo arriba, este proceso tiene implicaciones en la organización del discurso, pero previamente también las tuvo en la vivencia y organización de la experiencia.

De lo anterior se desprende otro indicador importantísimo: la actitud de las mujeres acompañadas hacia su parto. Finalmente se acepta que las pacientes acompañadas: "...hablan con uno más tranquilamente, aceptan con mayor seguridad lo que uno les está haciendo", y en los partos "hay más cooperación, más aceptación, ya no hay tanta angustia"(EE-2) ; "La que no está acompañada tiene más agonía, más desesperación , más tiempo de trabajo de parto, más desorden ...por el aspecto afectivo la mujer que tiene compañía tiene un trabajo de parto más tranquilo "(EM-4) ; " La mujer que tiene compañía, este... asimila mejor el dolor que la que no la tiene, asimila mejor los momentos de los cambios del trabajo de parto, que la que está sola, esperando la próxima atención del médico" (EM-4).

Esta actitud diferente reconocida por médicos y enfermeras me parece que es un aspecto muy significativo de transformación de la parturienta y una de las partes más contundentes del proceso educativo.

Por su parte las doulas también van transformándose a lo largo de un año de trabajo. De ser enfermeras jubiladas -o de otra profesión afín- van construyéndose una nueva identidad. La interacción con la parturienta permite a la doula poner en juego no solamente los conocimientos adquiridos en el curso, sino dar cauce a toda su experiencia de enfermeras y madres. La parturienta, en la medida en que es receptiva a un discurso especialmente diseñado para ella, resulta la interlocutora ideal. Dice una doula: "cuando la señora le da las gracias a uno, esa experiencia no tiene, como le diré... precio, es algo tan bonito..."(ED-1). Con su actitud positiva o negativa hacia la doula, sus avances y sus logros, contribuye a que la doula se pruebe a sí misma en esta nueva labor. Afirman refiriéndose a una parturienta "difícil": "tenía que llenarme de mucha paciencia, pero mucha porque sí yo sentí que me iba a desesperar porque la señora no me hacía caso "(ED-1). En cierto modo también la doula teme y se desespera frente a una parturienta no receptiva, con la cual no pueda ejercer su trabajo, lo cual es su único objetivo.

El discurso de las doulas interpela a estas enfermeras jubiladas primeramente como trabajadoras dentro del hospital. Esto, de una u otra manera, es algo que todas anhelan. En otro sentido las interpela también como mujeres y como madres experimentadas, ya que las invita a recuperar sus propias experiencias de parto para identificarse con las parturientas y poderlas ayudar.

Este "ayudar", que la doula relaciona con "ser útil", es otro de los puntos de interpelación del discurso generado en el proyecto, ya que como dice una de ellas "estoy feliz de la vida de poder trabajar, de estar con las señoras y poderles ayudar con todo lo que nos enseñaron y salir adelante"(ED-1).

### 3.2 Acerca de la Crisis de Identidad

La crisis de un sistema de identidad es condición para que se inicie, desde luego, un proceso de identificación. Esta crisis alude a la desorganización, dislocación o descolocación de una estructura y se vive como caos, o desasosiego intenso. A lo largo de las entrevistas realizadas tanto a doulas como a parturientas, encontramos alusiones a un estado de crisis o malestar. Completamente a flor de piel en el caso de las parturientas, y un poco más latente en las doulas.

En las entrevistas a doulas se pueden observar elementos de crisis tanto en lo personal como en lo profesional: la mayoría de ellas son enfermeras con pocos años de jubiladas, que tienen la inquietud de regresar a la vida hospitalaria de alguna forma. Dice una de ellas: "mi interés era aprender ¿no? y de estar otra vez como enfermera, bueno no era, nos habían explicado que *no* era como enfermera..." (ED-6). Dice otra: "como que me pellizco y digo, será posible que yo todavía sirva para algo (risas) porque la verdad es que ¿como le diré? se es como un jarrito viejo que uno pone en un rincón porque ya no va a servir o por un recuerdo lo guarda uno... y cuando lo sacan y al ver que empieza a servir, pues se ha de sentir feliz, y yo así me sentía" (ED-1); "yo venía con cierto temor ¿no? porque yo no tenía experiencia en gineco.." (ED-2).

El curso/capacitación de doulas, es el vehículo que las dota, en teoría, de una nueva identidad laboral que tendrán que materializar sobre la marcha. La nueva identidad se configura, en mucho, a partir de tres fuentes: la imagen que las parturientas les regresan; lograr la atención y el trabajo de la parturienta, y del reconocimiento del personal clínico. Una de las doulas recuerda como fue su inicio: "al principio de mis prácticas sí sentí mucho miedo, hijole, y si no lo hago bien, si me va a fallar en esto, si me va a fallar en lo otro ¿no?" (ED-6)

Tenemos el caso de una doula joven, que estudió primeros auxilios y entró al curso sólo porque le llamó la atención. Ella dice: "nada sabía yo de esto, o sea tenía yo nociones, pues pero nunca pensé llegar hasta aquí..." (ED-5). A ella, el ser doula le proporciona una identidad profesional, " Yo no soy enfermera, soy nada más así...", pero además la prepara para el futuro, dado que ella es soltera " a mí no me va a pasar que me digan, haga esto, o que me llegaran a gritar [cuando llegue a ser madre]." Ella reconoce las condiciones de la mujer en el hospital , de las cuales, siendo doula, ella se libraría. Siguiendo con este caso, observamos que el ser doula ha trascendido hasta su vida personal: "antes era yo muy enojona, para todo me ponía de mal humor, y sin embargo ahora ya me lo dicen, ahora que trabajas como doula, has cambiado mucho..."( ED-5).

Tenemos a la mayor de las doulas - 65 años - , ella también expresa cambios en su vida personal " yo si me siento, aquí entre nos, más joven (risas), sí porque el estar en casa como que se siente uno mas viejita.... bueno yo ahora me siento con más vitalidad, más entusiasta"(ED-1).

En el caso de las parturientas, son varias condiciones que las llevan a una situación de crisis: el estado de angustia, temor e incertidumbre acerca de lo que va a pasar, las fantasías de malformaciones del bebé, de muerte, temor de no ser atendida a tiempo, etc., más la inmovilidad y la subordinación al sistema hospitalario : " estar tan sola como que te, si te... o sea, a uno sí... le da a uno miedo ¿no? pues porque no sabe uno ni a lo que va, aunque vaya, ya me hayan dicho, nunca me imaginé que fuera tan duro ¿no?, tan difícil...(EPcD-4) ; "de repente sí pierdes, este... el control, por lo mismo de las contracciones que son tan fuertes, y quieres gritar, te quieres bajar, quieres correr, no se que quieres..." (EPcD-1) ; "El dolor me borraba lo que tenía que hacer" (EPsD-5).

Crisis del cuerpo que duele, que se transforma y cuyo proceso simultáneamente es y no es propio. Es de la parturienta, que aunque lo desconoce, lo porta; y es del hospital en tanto que es el único que "sabe" sobre tal proceso y por tanto se lo

apropia . Esta crisis del cuerpo se expresa también en una crisis de sentido respecto a la experiencia en general, dado que no sabe exactamente lo que va a suceder, ni cómo va a comportarse frente a ello. Inclusive la idea misma de la maternidad, que está a punto de materializarse, es otro sin sentido para estas primigestas.

### **3.3 Acerca de los Modelos de Identificación**

Como se ha dicho, cada discurso crea y ofrece a los sujetos modelos simbólicos de identidad a través de diversos soportes lingüísticos y extralingüísticos. Pareciera ser que el modelo de paciente que el hospital propone a la parturienta, a través de la interacción con el personal, es justamente ése, el de ser "paciente", en el sentido de paciencia. Es decir, un ser dócil, que acepte todo sin chistar, que no se queje, que si algo sale mal es su culpa, que se deje en manos del sistema que "sabe" lo que es mejor para ella y para su bebé. Frente a éste, el discurso de doulas propone algo diferente: una parturienta activa, participadora, que asume su proceso, relajada y animosa, que cuestiona, pregunta y que supera el dolor. Este discurso logra interpelar a la parturienta y le brinda imágenes de aspectos como la maternidad, la integración madre-hijo, la ayuda mutua en el proceso de nacimiento, el mantener una mente positiva para ayudar a los procesos del cuerpo, etc. que la parturienta necesita de manera inmediata para superar la experiencia.

La doula se identifica con la parturienta en el sentido de que comparte con ella su condición de mujer y madre. La interacción con la parturienta permite "revivir" su primer parto en cada mujer que apoya, y le abre la posibilidad de quejarse, apretar, y gritar a través de ella. Cada parturienta representa también la posibilidad de ayudar de una forma que durante sus años de enfermera no pudo; es decir, vive -según sus propias palabras- de una manera más auténtica su "vocación de ayuda a las pacientes". Se me ocurre también que de alguna manera el trabajo con la parturienta le permite regresar a sí misma en otra época de su vida.



La parturienta fantasea con la idea de estar junto a su propia madre, en estos momentos en que está a punto de serlo ella también, y la doula de principio sule esa figura: "como ya nos ven grandes, a lo mejor ellas piensan que uno es como su madre...." (ED-1). Ciertamente no todas las doulas son mujeres mayores, sin embargo la presencia femenina afectuosa sule, en la fantasía, a la hermana mayor, a la prima etc.

La parturienta se identifica con la doula porque necesita expresarse y la doula es su interlocutora; ella necesita comprender e integrar la experiencia y la doula es el canal para ello: "ayuda también mucho el hecho de que ella me decía que creo que ella tuvo tres hijos y pues ya tenía la experiencia, decía mira, yo ya pasé por esto y o sea con mucho gusto te aclaro tus dudas, te va a pasar esto, te va a pasar aquello, por lo que pude escuchar, ella creo también es una enfermera jubilada y pues me imagino que vio los mil y un partos ¿no? entonces yo sentía como que me comprendía, me entendía ..." (EPcD).

Como decíamos, ambas son receptivas al modelo de identificación que la otra le propone. Ambos modelos son positivos y asequibles de primera instancia. Las dos logran ser finalmente lo que la otra desea y requiere para lograr su objetivo. La doula para desarrollar su trabajo, la parturienta salir bien librada del parto.

### **3.4 Resultados previstos**

#### **3.4.1 Acerca de los Contenidos Educativos**

Hasta ahora hemos desarrollado lo relativo a la instancia de la identidad en la relación educativa doula/parturienta. En adelante se tocarán algunos de los otros contenidos -conocimientos y habilidades- que circularon en torno a esta relación. Muchos de los contenidos educativos se desprenden principalmente del curso de doulas, por lo cual son fácilmente identificables en las entrevistas.

La doula le explica a la mujer en qué consiste el trabajo de parto, cómo es el proceso de apertura del útero, qué son y como funcionan las contracciones, y las etapas del trabajo de parto. También le explica cómo es el parto, cómo tiene que pujar, cómo tiene que respirar para no cansarse tanto, y los procedimientos médicos de episiotomía, limpieza de matriz, e introducción de un dispositivo para control natal. A través de estas explicaciones, la doula introduce a la parturienta a un universo de conocimientos acerca de su propio cuerpo y proceso. Así mismo la lleva de una manera racional- a través de explicaciones- a la lógica del hospital integrando y dándole sentido a las intervenciones del personal clínico. En un principio, las explicaciones y la información fueron poco sistemáticas, pero a medida en que pasaron los meses, cada doula fue desarrollando un cierto orden o metodología para interactuar con la parturienta y enfrentar sus dudas y estados de ánimo.

De este modo, la parturienta se apropia de su proceso. En la medida en que la doula le requiere datos sobre su cuerpo y sus sensaciones para ubicarla en cada etapa del trabajo de parto; le requiere así mismo el reconocimiento de eventos corporales que representan indicadores- como el número y la duración de las contracciones en un espacio de tiempo- del acercamiento del parto. La parturienta tiene entonces que concentrarse en sí misma, tiene que poner atención en sus sensaciones y nombrarlas. Primero con sus propias palabras - palabras validadas y autorizadas por las doulas- , para después irse apropiando del lenguaje de su interlocutora y nombran las cosas.

Otro conjunto de contenidos educativos fue el relativo a ejercicios de relajación y respiración adecuadas. Dado que el objetivo era lograr partos satisfactorios para las mujeres, se priorizó de manera básica el estado de tranquilidad en las parturientas. Por ello, la enseñanza y práctica de técnicas de respiración y relajación para controlar la sensación de dolor, así como la permanencia en un buen estado de ánimo, fueron la columna vertebral del trabajo de la doula con la parturienta.

Desde luego no todas las parturientas con doula lograron el ideal de control y relajación; ni siquiera todas lograron hablar de su trabajo de parto como algo verdaderamente propio. Sin embargo, como tendencia fue algo muy significativo que, evidentemente, las otras mujeres no tuvieron.

En la práctica la doula proporciona también otros elementos de la esfera afectiva como compañía, contacto físico, comunicación y retroalimentación. Este último resultó muy significativo para la relación porque la parturienta estaba ávida de información acerca de sí misma. Información que el hospital le limita o no le proporciona.

De este modo, la doula se convierte en un espejo que le devuelve imágenes de sí misma; es interlocutora que habla su mismo lenguaje por tanto se comprenden mutuamente. A través de estas imágenes, el tiempo y la espera tienen sentido para la parturienta: "ella [la doula] me contestaba: 'pues mira te tienes que dilatar 10 cm. mínimo y tienes 4, calcula que te dilatas uno por hora...'" (EPcD-2); "...y me dice, es que tu bebé está trabajando muy bien, la cesárea la decide el bebé cuando deje de bajar..."(EPcD-7); "La señorita Aurora por ejemplo me decía, relájate, tranquilízate, piensa en algo hermoso, canaliza tu dolor.." (EPcD-5); "decía que yo cooperaba muy bien" (EPcD-6); "En ese momento como que me desesperaba yo mas porque me decía que estaba muy atrasada mi dilatación.... dime que estoy haciendo mal, le preguntaba ¿no?" (EPcD-7); "Me decía que si yo pujaba antes de tiempo no se qué parte se me iba a hinchar y no iba a poder salir [el bebé]" (EPcD-1).

En esta ida y vuelta de imágenes, en este intercambio de información, es donde puede verse justamente el proceso educativo en acción. Estos testimonios dan cuenta de los tres niveles de contenidos que se articulan en el proceso: el ser, el saber y el saber hacer. Cuando una dice "me decía que yo cooperaba muy bien", la doula le está regresando una imagen positiva de parturienta activa; a través de

esas palabras le ofrece un modelo de identificación que la parturienta se apropia y con el cual se autosignifica. Al contar su experiencia, esta parturienta recuerda que durante el trabajo de parto, "uno se dilata aproximadamente un centímetro por hora", ahí tenemos, por ejemplo la apropiación de un contenido que introduce a la mujer a la idea de proceso, y que ella incluye en su relato posteriormente, al ser entrevistada.

En cuanto al nivel de los saberes prácticos, tenemos una gran cantidad de ejemplos que muestran el desarrollo y apropiación de habilidades requeridas de manera inmediata : "Me decía la señorita que estaba conmigo, tienes que pujar así, tienes que aguantar, tienes que aguantar, te voy a contar hasta 6 veces..." (EPcD-3) ; "ella me ayudaba, ...cuando me daba una contracción muy fuerte y que todavía no tenía que pujar y todo eso, no, no, no tienes que pujar, tienes que tomar aire así...", (ibid).

Lo anterior nos muestra que el discurso de doulas se convierte, en la interacción, en un conjunto de contenidos educativos completamente adecuado y a tiempo para la demanda de las parturientas.

#### 3.4.2 La comunicación

Otro de los resultados previstos o previsibles fué evidentemente la comunicación. Las condiciones de comunicación para la parturienta cambiaron a partir de su interacción con la doula. El esquema comunicativo unidireccional y prácticamente cerrado del hospital cambia para la parturienta con doula. A lo largo de este análisis el tema de la comunicación ha sido tocado de varias formas ya que de principio se establece como condición para el trabajo de la doula, pero también como producto de la interacción entre las dos mujeres. Es decir, en tanto que cambian las reglas de la comunicación, la mujer termina comunicándose un poco más también con el demás personal. De hecho, la mayor participación en el trabajo de parto y especialmente en el parto o cesárea por parte de las mujeres con doula se expresa en la actividad comunicativa que desarrolla.

Esta actividad comunicativa derivó en otro tipo de resultados que no se tenían contemplados al principio de la investigación : la apropiación de un lenguaje puente o intermedio entre el propio y el lenguaje médico que las doulas habían desarrollado para dejar de hablar como enfermeras y acercarse lingüísticamente a las parturientas.

### **3.5 Resultados no previstos.**

#### **3.5.1 El lenguaje**

Una de las formas que evidencian más claramente la apropiación del discurso de la doula, la encontramos en el lenguaje de la parturienta después de la intervención. Hemos dicho que es notoria la diferencia de lenguaje entre las mujeres que tuvieron doula, y las que no tuvieron. Las primeras logran discursos más organizados, y con mayor integración interna que las otras. Esto puede explicarse por el hecho de que las parturientas acompañadas tuvieron ocasión de ir elaborando el discurso simultáneamente a la experiencia. Es decir, a través de la interacción verbal con la doula, la retroalimentación, la apropiación de un nuevo lenguaje, así como la validación del suyo propio, les permiten ir nombrando las sensaciones y eventos que ocurren a lo largo de las horas del trabajo de parto. De tal modo que al momento de la entrevista, la experiencia ya está integrada, ya fue hablada y reflexionada sobre la marcha. En cambio, las mujeres sin doula intentan integrar la experiencia al momento mismo de la entrevista dado que prácticamente no hablaron con nadie durante el trabajo de parto.

De este modo la doula le ofrece a la parturienta un lenguaje autorizado para integrar su experiencia (contracción por dolor, útero por matriz, dilatación por abrirse). Le ayuda a traducir sensaciones en expresiones al tiempo que recupera su experiencia. "Si porque ya esta bajando este bebé, dice, ya tiene tanto de centímetros y de..., tú sabes, eso que te dicen de dilatación y todo eso." (EPcD-1)

Con el lenguaje hay una relación de ida y vuelta, las condiciones de comunicación que quedan establecidas entre parturienta y doula les permite hablar en sus propios términos y los valida. La doula combina lenguaje coloquial con lenguaje médico, el uso de este último autoriza su discurso frente a la parturienta y a los demás agentes. La doula reconoce que el manejo del lenguaje médico confiere autoridad al que habla, y en ese sentido lo usa para comunicarse con el personal clínico y autorizarse a través de él.

### 3.5.2 El Aprendizaje del Cuerpo

Se puede decir que el principio y el fin de esta experiencia educativa es el cuerpo. El cuerpo de la parturienta, es nombrado y construido silenciosamente por ella misma ; cuerpo que ha sido esquematizado, racionalizado y enajenado por la institución hospitalaria; posteriormente hablado, reflexionado y priorizado por el discurso de doulas, para finalmente ser recuperado en su interacción con la doula.

Hemos dicho que la experiencia del trabajo de parto y el parto son eventos desconocidos para la mujer primeriza que se traducen en un conjunto de sensaciones sin sentido para ella. Hasta entonces, los únicos que entienden el lenguaje del cuerpo son los médicos y las enfermeras, previo a la interacción con la doula, la parturienta no tiene acceso a ese conocimiento ni al lenguaje en que se expresa.

La doula a través del lenguaje, la información, la retroalimentación, y la presencia afectuosa, ayuda a la parturienta a integrar paso a paso la experiencia. Le confirma que ese conjunto de sensaciones tiene una lógica, y la introduce en la dinámica del parto. Es decir, le restaura el orden que se rompe en la situación de crisis.

Las formas de abordar el cuerpo crítico de la parturienta desde ambos discursos es diametralmente diferente. Contrariamente a la forma de relacionarse del médico y la enfermera con la parturienta, la doula entabla una relación "afectuosa" con ella.

Mientras ellos le ordenan, ella le sugiere, mientras que el hospital la invade, la doula la toca, la mira, la conforta.

En general las mujeres acompañadas expresan una postura activa -dentro de lo que cabe- frente al dolor corporal: el respirar pausadamente, relajarse, hacer ejercicios recomendados por la doula, platicar, así como pensar en y hasta hablar con su bebé. Ellas reconocen también el alivio del contacto físico a través del masaje, o el apretar la mano a la doula en los momentos de calambres o de mayor dolor.

En realidad, lo primero que hacen frente al dolor, casi sin darse cuenta, es decirlo, verbalizarlo, echarlo afuera en forma de palabras y ser escuchadas. Con ello adquieren igualmente los beneficios de integración y objetivación que la verbalización conlleva.

En las mujeres sin doula hay una actitud más constante de desesperación, miedo y desconfianza hacia sí mismas en el sentido de que "no la van a hacer". Encontramos básicamente dos posturas extremas que adoptan estas mujeres frente al dolor. Unas no pueden contenerlo, se dejan llevar por él y gritan o se quejan abiertamente; otras, lo contienen y callan para no molestar.

Sin embargo el caos que representa esta situación en general, se ve compensada con la ilusión del bebé. La doula remite a la parturienta constantemente al pensamiento de su bebé, y de este modo le ayuda a no perder el sentido de su estancia en el hospital. De este modo se resemantiza el evento corporal de la contracción, de ser un dolor negativo, sin sentido para las otras parturientas, es asimilado como positivo entre las acompañadas, se desactiva como elemento aterradorante y se acepta como parte del proceso.

Como vemos arriba, la relación madre/ hijo fue uno de los pilares del discurso de doulas. Al principio, en las etapas del trabajo de parto y parto, se concibe como un

"equipo", madre e hijo esforzándose a la par. Posteriormente, como fuente de satisfacción mutua, en las etapas que siguen al parto. Aquí entra otro elemento reordenador de la experiencia caótica: la idea de maternidad; idea que se va tomando forma y se convierte en un significante a punto de - en el momento del parto - tener un significado propio.

Otro de los ejes del discurso de doulas -que dejé fuera por parecerme digno de un estudio propio - se refiere al tema de la lactancia materna. El sólo referente a la lactancia, a mi juicio, eslabona de manera inmediata a la parturienta del momento con la madre que está a punto de ser. Es decir, eslabona y le da sentido más permanente a su situación actual de cuerpo que se abre y sufre, con la inminencia de un cuerpo reconfortado y alimentador de un nuevo ser. De ahí la idea de satisfacción mutua de la maternidad.

En fin, en este momento podrían abrirse preguntas a este respecto, pero baste decir por ahora -lo cual además era el objetivo de desarrollar esta parte - que el proceso que se activa como resultado de toda esta interacción doula/parturienta en el hospital es, desde mi punto de vista, la recuperación del cuerpo y del propio proceso de parir.

### **3.6 Observaciones finales**

Ciertamente las transformaciones del médico y la enfermera son menos visibles. La posición que guardan como grupo en la institución parece ser muy sólida, por lo cual se puede presumir que ellos, como grupo, no se encuentran en estado de crisis. Posiblemente hubo casos aislados en los que el discurso de doulas logró interpelar de manera personal, pero al final del proyecto solamente encontramos el caso de una enfermera abiertamente pro-doula, quien estaba en vísperas de su jubilación y lo veía como opción para el futuro.



El discurso de la doula repercute en los médicos y las enfermeras sólo en la medida en que les facilita el trabajo, por una parte; y por otra, en términos del reconocimiento que se hace de la falta de atención al estado emocional o afectivo de la mujer en trabajo de parto y que ellos no cubren. Es justamente esta parte del discurso de doulas -la parte afectiva- que encontró mayor resistencia por parte de ambos agentes. Habría que preguntarse qué pasa con ellos en ese sentido que necesitan mantenerse rígidos frente al dolor. Es evidente que no hay identificación con la parturienta cuyos atributos generales son la pasividad, el sufrimiento, etc.

Es posible observar una apropiación del discurso de las doulas entre las enfermeras, con el objetivo de tranquilizar a otras parturientas. Es decir, se apropian de las palabras, y a veces también de las formas de tocar a las parturientas, dice una doula: "[las enfermeras] pues nos escuchan a veces y ellas también les dicen a las señoras cómo deben de hacerle" (ED-1).

Esto no significa que haya una identificación con el discurso, ni una transformación de los agentes como grupo. El desarrollo de la relación educativa doula/parturienta parece haberse dado al margen de la dinámica de los demás agentes. Esta relación fue asimilada tal vez de manera "funcional" si se quiere, sin mayores repercusiones para el servicio de ginecoobstetricia del hospital. Probablemente si el proyecto de apoyo psicosocial hubiera tenido mayor duración, otra cosa sería, pero por el momento no puede saberse.

Pareciera ser finalmente, que el protagonista de todo este conjunto de transformaciones de los agentes, articulaciones y desarticulaciones discursivas, es el lenguaje. El lenguaje como elemento ordenador del mundo para las parturientas, lenguaje de identificación entre doula y parturienta, lenguaje hostil e intimidante del hospital y de los médicos; en fin, lenguajes significativos o sin sentido para unos y otros actores en el espacio que comparten.

Las formas de utilizar el lenguaje, es decir, de significar, son producto de diferentes visiones de mundo. Estos usos cristalizan simultáneamente representaciones simbólicas en signos preestablecidos (Reyna y Díaz, 1989 : 24). El médico para ser reconocido como tal, tiene que manejar y comunicarse a través del lenguaje médico, lo mismo sucede con la enfermera. Esa fue la razón por la cual la doula que tuvo que desarrollar un lenguaje intermedio y dejar atrás el otro, fue una estrategia para distinguirse de las enfermeras y para conformarse una identidad distinta. El lenguaje de las parturientas originalmente negado en el espacio hospitalario, tiene un medio de expresión y validación a través de la doula.

El lenguaje, como sistema de comunicación cuya finalidad social es unir ; es también el elemento que separa - como instrumento de distinción- y que legitima las diferencias obligando a todos los agentes a definirse. Como dice Bourdieu: los obliga a definirse por la distancia que guardan con la cultura dominante (7), en este caso con la cultura médica.

De ahí las diferentes maneras de nombrar y significar el mismo evento: el parto que para cada uno tiene un sentido distinto y así es vivido. Como parte del trabajo de unos, como razón de su vida laboral para otra, como evento que marca su vida y la dota de una identidad nueva, para la última. Cada significación tiene un valor dentro del espacio hospitalario, como dice Bourdieu, y los demás reconocen cual es la dominante y subordinan su visión en función de aquélla.

Sin embargo en este espacio se abrió un microcosmos en donde la doula y la parturienta logran crear una subcultura propia en donde los lenguajes y las condiciones de comunicación son otras, establecidas por ellas mismas. En ese pequeño espacio, en donde prácticamente no entraron los otros agentes, se recreó, por lo menos mientras duró la interacción, la concepción del parto, del cuerpo y la maternidad.

La generación de este pequeño espacio, y lo que ocurre en él, no puede menos que remitir a las palabras de Paulo Freire (1981,1984) respecto al diálogo pedagógico y la educación liberadora en donde el aprender y el actuar se encuentran en una relación dialéctica y dialógica. Nuevamente resalta el papel del lenguaje/ palabra en el proceso educativo no solamente como vehículo entre la acción y la reflexión, sino subvirtiendo un orden comunicativo dado.

## NOTAS

(1) Dentro de las acciones de rutina que se practican a las mujeres en trabajo de parto están: la tricotomía (rasurado del vello púbico), el tacto (revisión de la cavidad vaginal), la episiotomía (pequeño corte que se realiza en la parte externa de la vagina para ampliar el canal del parto), y el bloqueo (anestesia regional que se aplica a través de una inyección en la espalda entre vértebra y vértebra que no llega hasta la médula espinal).

(2) Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. México, Secretaría de Salud, 1994.

(3) El "acomodar" al bebé, alude a una práctica de las parteras en la que se manipula el bebé a través del vientre materno; "lo acomodan" para que pueda salir cuando viene en una posición difícil. Esto está prohibido por la práctica médica. El comentario lleva una intención descalificadora del trabajo de la doula.

(4) En el curso las doulas aprendieron que si las mujeres son boqueadas antes de los 7 cm. de dilatación, es decir, en la última etapa, el trabajo de parto puede hacerse mas lento o detenerse, lo cual aumenta las posibilidades de una cesárea. Por ello las doulas insistían en controlar el dolor a base de relajación y pensamientos positivos, y trataban de convencer a la mujer de retasar la aceptación del bloqueo.

(5) De acuerdo a los resultados de la investigación, la actitud de las mujeres acompañadas y no acompañadas ante el parto es diferente, también la actitud de los médicos y las enfermeras ante el parto de mujeres acompañadas o solas varía. Las diferencias pueden aparecer como sutiles pero una mujer activa, participadora, receptiva y sobre todo acompañada, recibió finalmente una atención más respetuosa por parte del personal.

(6) En una de las observaciones se registró a una doctora regañando a una parturienta por no aceptar el bloqueo. La parturienta argumentaba que le habían dicho que la haría vomitar, la doctora contesta: "vas a vomitar de todos modos, ya verás" Otra parturienta no acompañada, refirió que cuando gritaba por el dolor, una enfermera le dijo que si lo seguía haciendo iba a asfixiar a su bebé. En mi opinión estos comentarios pueden calificarse como terrorismo psicológico.

(7) Bourdieu, P. Sur le Pouvoir Symbolique (1977), citado en Reyna, M. y Díaz, C. (1989) Saber Hablar, Poder Hablar. El lenguaje en la vida cotidiana.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERACIONES FINALES

A través de estas páginas, he intentado poner en palabras escritas una serie de eventos que observé a lo largo de la experiencia. Siempre resulta un trabajo laborioso convertir los hechos vividos en datos analizables; desmenuzar las experiencias y encontrar la lógica de los procesos, para finalmente dar cuenta de ellos de una manera coherente y ordenada. Tal vez por esto, queden todavía por ahí algunos residuos de pasión entretejidos en la razón que ha guiado el trabajo científico y que con tanta paciencia mi asesora y yo misma hemos tratado de erradicar. Cuando el investigador se identifica con su objeto/sujeto de estudio inevitablemente surge un lazo afectivo (¿educativo?) que, dicho sea de paso, parece ser lo que alimenta el trabajo de investigación.

Si bien para la realización de esta tesis no se estableció de principio una hipótesis de trabajo propiamente, sí hubo una guía que era la inquietud de analizar la mecánica de los procesos educativos observando de manera particular las transformaciones de los sujetos -marcadas o sutiles-, que se generaban como producto de su interacción. A partir de ahí, se desprendió otra más que apuntaba a la reflexión sobre este tipo de práctica social que puede albergar procesos educativos en un momento dado, sin que se tengan previstos necesariamente.

Para ello en los primeros capítulos se expusieron los dos grandes ejes desde los cuales se abordó la experiencia; por principio, la generación de procesos educativos en la diversidad de espacios sociales, y después la caracterización de uno de estos espacios sociales: el hospital.

Así, en un primer momento se desarrollaron las líneas teóricas pertinentes para comprender al sujeto de la educación, como sujeto social que se constituye como tal en las prácticas educativas.

En el segundo, hizo alusión a una práctica social cada vez más generalizada como es el parto hospitalario, a través de la cual los sujetos de este estudio se vieron inmersos en un proceso educativo. Con el desarrollo de estos dos capítulos se pretendía establecer el marco institucional y discursivo en que se desarrolló nuestro caso. Se pudo observar que a diferencia de otras instituciones, la relación que establece la propia institución con los sujetos que interactúan en ella, se caracteriza por una subordinación corporal particular y una disciplina sólo comparables con el las que ocurren en el espacio escolar y el carcelario. Ambos capítulos en conjunto nos presentaron una problemática doble, en donde el hospital no era solamente el contexto, por así decirlo, en donde tenía lugar la experiencia educativa, sino que se conformó en cierto modo, en un personaje más en la interacción.

Los siguientes capítulos dieron cuenta, de manera descriptiva el tercero, y de una forma analítica el cuarto, de la interacción en cuestión y de cómo el sujeto social, puede volverse sujeto de la educación, bajo ciertas condiciones y frente a una configuración discursiva dada.

Partimos entonces, como se expuso en el primer capítulo, del hecho de que hay prácticas socialmente conocidas y reconocidas como educativas, que se caracterizan por conjuntar una serie de condiciones que dan lugar a los procesos educativos. Tales condiciones pueden ocurrir en otras prácticas sociales no necesariamente reconocidas como educativas pero que igualmente dan lugar a este tipo de procesos. Al inicio de este trabajo se plantearon algunas preguntas acerca de lo que sucede al interior de estas prácticas sociales, que terminan albergando procesos educativos por las relaciones que se establecen entre los sujetos que interactúan.

En el desarrollo de la experiencia entre las mujeres parturientas y las doulas en el hospital, se observaron procesos recíprocos de apropiación de contenidos entre estos dos sujetos básicamente.

El análisis de esta experiencia abre varios cuestionamientos acerca de las prácticas educativas. Cabe aquí mencionar nuevamente aquella discusión acerca de lo "intencional o deliberadamente educativo" como atributo de las prácticas educativas.

Pareciera ser que lo educativo o no de una práctica, obedece a eventos que están más allá de lo que se proponga una agencia educativa. De acuerdo a lo observado en esta investigación se podría decir entonces que tienen que ver más con la circunstancia de los sujetos involucrados que con el espacio o el desarrollo de la práctica misma.

Como se mencionó en el principio, la interacción doula/parturienta no fue una práctica que se planteara como intencionalmente educativa, dado que su finalidad era brindar básicamente apoyo emocional e información a la mujer próxima a parir. Sin embargo, las condiciones en que se dió la interacción permitieron que, como tendencia, se generara un proceso educativo. Estas condiciones tuvieron que ver principalmente con las características propias de las participantes : sujetos con una demanda explícita frente a los discursos puestos en juego en la situación, y en segundo término con el contexto o entorno en donde tuvo lugar la interacción.

Hay que reconocer que el proceso educativo que ocurrió entre las doulas y las parturientas no fué una situación azarosa, las demandas de las parturientas, y las necesidades propias de la relación, fueron requiriendo que se estableciera una estructura subterránea, una metodología para llevar a cabo el trabajo cotidiano. Entonces aunque no había una deliberación explícita, sí hubo una dirección. La dirección era lograr un parto más satisfactorio, la dirección era apoyar a las parturientas. Con todo ello a veces hubo proceso educativo y a veces no. La mayoría de las doulas y las parturientas se involucraron, pero no todas.

Se puede decir entonces, a manera de primera conclusión general de este trabajo, que un proceso educativo puede ocurrir o no al interior de una práctica de acuerdo a las condiciones de los sujetos que en ella participan. En este caso, la situación de crisis de las parturientas las hacía demandar información y un modelo de identidad que se ajustara a sus requerimientos específicos del momento. En el caso de las doulas, la recreación de su faceta profesional y personal también abría espacios en la conformación de su identidad que necesitaban ser satisfechos. Pareciera ser entonces que el reconocimiento de una situación de crisis, y/o la elaboración de una demanda específica en consecuencia, conformaron un terreno fértil para que ocurriera el proceso educativo.

Una segunda condición que a mi juicio promovió el proceso educativo, fueron los contenidos de los discursos y las formas como interpelaron a los sujetos. A lo largo de la práctica algunos elementos del discurso de las doulas, se transformaron en contenidos educativos que al ser incorporados por los sujetos, les permitieron vivir la experiencia de una manera diferente a la propuesta por el discurso del hospital. Finalmente el discurso de doulas, en contraposición al discurso hospitalario, interpelaba tanto a las parturientas como a las doulas de una manera más cercana que el otro; es decir mientras que el segundo lo hacía a través de la negación/ subordinación, el primero les presentaba modelos de identidad reivindicativos de su figura y más asequibles para ellas. Además, a través de estos modelos ambas se convertían en un binomio, en una fuerza prácticamente unidireccional para hacer contrapeso a inercia de la institución. En este momento cobra importancia una tercera condición que en este caso particular, jugó un papel relevante en la generación del proceso educativo.

El hospital, no fue solamente el contexto en donde tuvo lugar la interacción, sino que llegó a convertirse en otro actor en la práctica, en una agencia educativa que le propone - o mejor dicho impone - a los sujetos que alberga, diversos modelos de identidad.



Dentro del hospital no sólo los pacientes deben ser y comportarse de acuerdo a ciertas expectativas, como bien han podido dar cuenta los estudios citados en el Capítulo II, sino que también médicos, enfermeras, camilleros, afanadores, administrativos, etc. se ajustan a modelos de identidad que los preceden y trascienden. Con esto quiero decir de paso, que el personal de salud reproduce en su actividad cotidiana esquemas añejos de relación médico/paciente, y de relación entre ellos mismos, que los trascienden como sujetos y que aparentemente no se han cuestionado. El cuerpo médico se comporta de la forma en que se ha descrito, porque sigue un modelo de medicina que privilegia la examinación de los pacientes, en lugar de a los pacientes mismos, privilegia la enfermedad, sobre el enfermo.

En este sentido, frente a la hostilidad del hospital, y frente a los modelos de identidad propuestos por el mismo, puede decirse que la relación doula/ parturienta ocurrió en un contexto marginal. Debo aclarar que no creo que la marginalidad sea condición para que ocurran procesos educativos, pero en este caso sí funcionó como un catalizador de la identificación. Las doulas necesitaban crearse una identidad y distinguirse de las enfermeras; distinguir del de aquellas el tipo de apoyo que eran capaces de brindar. Es decir, las doulas necesitaron abrirse un espacio, demostrar que su apoyo funcionaba para justificar su presencia. Tal vez si la doula hubiera sido un personaje institucional, sin una crisis de identidad profesional que satisfacer, probablemente la práctica hubiera sido distinta.

Otro de los cuestionamientos abiertos en el primer capítulo también, fué aquel que versaba sobre el carácter transformador o reproductor de la educación. A mí me parece que la experiencia analizada es un claro ejemplo de la simbiosis de las dos posturas pedagógico-políticas dentro de la educación. Evidentemente, en nuestro caso no hubo una transformación a escala macro, ni siquiera institucional, inclusive puede haber alguien que haga una lectura reproductorista de la situación y concebir a las doulas y al apoyo psicosocial como una forma del sistema hospitalario de mantener su estructura y dinámicas actuales.

Sin embargo lo que se encontró en los sujetos participantes fueron transformaciones, sutiles y personales si se quiere, pero transformaciones. Tuvimos oportunidad de ver a un grupo de mujeres parturientas activas -dentro de su inmovilidad física- que aceptaron o rechazaron los contenidos que se les ofrecieron; que aceptaron e incorporaron modelos de identidad que les fueron propuestos, que fueron articulando elementos nuevos a su discurso y conformando de ese modo un acto educativo.

Probablemente por la circunstancia de ambos sujetos en el contexto hospitalario, es decir, la situación crítica de la parturienta y la situación marginal de la doula, pudo darse tan espontáneamente un proceso educativo observable prácticamente a simple vista. Seguramente no todos los procesos educativos se dan de la misma forma. Viene al caso retomar las ideas expuestas anteriormente acerca de las condiciones de la educación. Como vimos, el proceso educativo se da necesariamente en un marco de interacción de los sujetos, en donde está presente el diálogo y la comunicación. También la presencia de un conjunto de contenidos educativos al alcance de la mano del sujeto de la educación, resulta favorable para que ocurra el acto educativo. Pero lo que se observó en esta experiencia, más que otra cosa, fué a la identificación como principio del proceso educativo.

Desde luego que se requiere la presencia de ciertas condiciones que posibiliten y favorezcan este proceso de identificación, y que en el caso de las doulas y las parturientas fue la situación apremiante de crisis de un área específica o polo de identidad que requería ser satisfecho. A partir de ahí, los modelos de identificación propuestos tanto para las doulas como para las parturientas tuvieron puerta abierta para incluirse en el entrecruce de significaciones que suponía la interacción.

Acerca de los sentidos del parto.

Queda claro a lo largo de la experiencia, que cada uno de los participantes significa de una manera diferente el mismo evento. Cada cual interactúa desde una postura distinta - de dominación o subalternidad - que permite que el evento del parto resulte con una serie de significados diversos y hasta opuestos. Mientras que para la mujer parturienta es una experiencia única e irrepetible, para el personal de salud es un evento que sucede en serie y en el que ellos participan como uno más de los eventos cotidianos. Para unas es lo extraordinario, una experiencia singular; para los otros es la rutina, lo de todos los días.

Contrariamente al personal del hospital, la mujer parturienta tiene muy pocos referentes para significar el parto y además ninguno es propio. Probablemente sus referentes más cercanos sean la experiencia de la hermana, cuñada, una amiga y hasta de algún personaje de la televisión. En este sentido digo que no tiene un referente propio dado que viene apenas a pasar por la experiencia y a apropiársela y significarla de algún modo.

El personal de salud en cambio, tiene la experiencia de años de trabajo participando en partos, conociendo parturientas, testificando el dolor y la angustia ajenos, saliendo prácticamente ilesos. Ellos son los expertos que recopilan las experiencias de otros para convertirse en expertos, ellos pueden juzgar a quien le duele y a quién no, quien se portó bien y quién no. De esta forma les proponen a las parturientas un modelo de parturienta ideal, un modelo de "madre ideal" acorde con el de sufrida madre mexicana que soporta y pare en silencio; valiente y estoica como una soldadera. Se piensa: si finalmente el parto es un evento natural que ha ocurrido siempre, ¿por qué gritar y desesperarse?, si finalmente se está en un hospital y en manos de personal capacitado, ¿de qué preocuparse? O inclusive - más maliciosamente- si se es tan grandecita como para tener una relaciones sexuales, ¿por qué asombrarse con los resultados?

Estas tres preguntas, que son sólo algunas de las que flotan en el ambiente del hospital, aluden a posturas de poder en las que se minimiza el dolor o sufrimiento del parto en tanto que a) evento propio de la naturaleza y biología de las mujeres-hembras de cualquier especie mamífera ; b) se resalta la grandeza de la ciencia y sus seguidores, del hospital y su tecnología, frente a los cuales no tiene sentido sentir temor . De la tercera pregunta no existe testimonio grabado, solo escuchado, y alude sin lugar a dudas a una relación de dominación hombre/mujer, y a la tan llevada y traída sexualidad femenina generadora de culpas y de bebés.

Desde luego nunca fué intención de este trabajo satanizar ni descalificar al personal de salud ni a los hospitales. Aquéllos, en tanto que sujetos sociales portan las significaciones propias del espacio social en el que se desarrollan y las ponen en juego al interactuar. El hospital, como espacio institucional, genera una dinámica que permite y constriñe ciertas cosas. Es claro que no hay maquiavelismo detrás de la institución, sino más bien, una actividad hegemónico educativa que eventualmente recurre a la coerción para su funcionamiento.

Por su parte las mujeres parturientas hacen una lectura de este modelo y -de acuerdo a su situación particular como sujetos- pueden o no, sentirse interpeladas y actuar o no en consecuencia. Se puede constatar que es prácticamente imposible para las mujeres cumplir al 100% con las expectativas del modelo de parturienta impuesto por el hospital; tal vez ello contribuya a que el modelo de parturienta propuesto por las doulas tenga tanto éxito.

Ciertamente, los resultados de la investigación que aquí se presentan no pueden generalizarse a todos los hospitales, ni a todas las parturientas. Sin embargo lo encontrado en cuanto a la mecánica del proceso educativo que ocurrió, pudiera proyectarse a otros procesos educativos en otros procesos sociales de modo de poder establecer equivalencias entre las lógicas generales de funcionamiento de estos procesos.

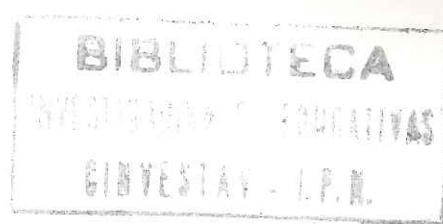
De cualquier modo, la intención de este trabajo por su singularidad tanto en términos de tema, como de evento único, era apenas, dar cuenta de lo que ocurrió en una situación particular, en un tiempo y en un espacio determinado. Tales hallazgos, nos llevan directamente a una reflexión acerca de los procesos y prácticas educativas que ocurren en espacios sociales no escolarizados, y que acompañan, a otras prácticas sociales; pero más que otra cosa nos llevan a una reflexión sobre el sujeto de la educación.

Siguiendo las líneas que van de Gramsci a Althusser, de Freire a Trilla, pasando por Bourdieu y Foucault, podemos recuperar lo encontrado en este trabajo como un proceso educativo particular; que no ocurre en los lugares consagrados por la literatura pedagógica, ni entre los sujetos que tradicionalmente se consideran. Sin embargo involucra las características de un acto educativo en la medida en que pudieron observarse elementos como :

- a) habitus introyectado
- b) identificación con un modelo y/o discurso
- c) transformaciones en el sujeto
- d) incorporación de nuevos elementos en su forma de pensar, de percibir, de actuar.

Como pudo apreciarse en el análisis, la perspectiva de análisis político del discurso, también resultó una forma de indagar las particularidades de este proceso educativo y de la forma en como lo significaron los participantes; que relaciones de poder se entablaron entre ellos, permitiéndolo o posibilitando ciertos pasos de los sujetos: la doula de ser rechazada, descalificada y negada, hacia la ganancia de una posición en el hospital y con la paturienta. Y esta última de ser un ente pasivo, dócil y temeroso a posicionarse hacia un ser cooperativo, indagador, etc.

Se puede decir entonces que una práctica educativa puede ser liberadora o enajenante y no por ello deja de ser educativa, las transformaciones de los sujetos, en cualquiera de estas direcciones, dan cuenta de procesos educativos. Un proceso de educación crítico o liberador implicaría, como dice Buenfil: "la modificación de la práctica cotidiana en términos de transformación radical o de una afirmación más fundamentada" (Buenfil, 1983:118). En la experiencia aquí expuesta, existió una tendencia de transformación para un momento y un espacio dado. En el hospital se dieron reposturaciones, y se abrieron espacios para un personaje nuevo que fué la doula; y para la palabra de la parturienta, que previamente a esta experiencia, les estaban prácticamente cerrados. Habría que preguntarse un poco por el futuro, ¿qué puede pasar en las relaciones médico/enfermera/ parturienta en esta sala de labor ahora que las doulas ya no están? y sobre todo ¿qué podría pasar con estas mujeres parturientas en una próxima experiencia hospitalaria?



## BIBLIOGRAFÍA

Alvarez Bravo, Alfonso (1989). "Ginecoobstetricia", En: La Salud en México. Testimonios: 1988. Especialidades Médicas en México, México: Fondo de Cultura Económica.

Aziz Nassif, Alberto (1982). El Análisis del Discurso, Oficio de Artesanos. Cuadernos del TICOM 16. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Althusser, Louis (1979). "Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado" En La Filosofía como Arma de la Revolución. México. Cuadernos de Pasado y Presente. Siglo XXI.

Balint M. y E. Balint (1966) Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina. México, Siglo XXI Editores.

Berger Peter y Thomas Luckmann (1979). La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu.

Bleger, José (1985). "Temas de Psicología", En: Diálogo e Interacción en el Proceso Pedagógico. México: Ediciones El Caballito.

Bourdieu, Pierre (1988). "Espacio social y poder simbólico" En: Cosas Dichas. Buenos Aires, Gedisa.

Bourdieu, Pierre (1990). Sociología y Cultura. México: Editorial Grijalbo.

Bourdieu, Pierre y J.C. Passeron (1995). La Reproducción. México: Editorial Fontamara.

Buenfil, Rosa Nidia (1983). El Debate sobre el sujeto en el Discurso Marxista: Notas críticas sobre el reduccionismo de clase y de educación. Tesis DIE 12. México: Departamento de Investigaciones Educativas. DIE-CINVESTAV.

Buenfil, Rosa Nidia (1985). Introducción al análisis del discurso, perspectiva de investigación en Ciencias Sociales. México: Departamento de Investigaciones Educativas. DIE-CINVESTAV

Buenfil, Rosa Nidia (1991). Análisis del Discurso y Educación. México, Departamento de Investigaciones Educativas, DIE-CINVESTAV.

Campero, Lourdes, Carmen Díaz y Olivia Ortíz (1996). Apoyo Psicosocial Durante el Parto: Experiencias y Percepciones de las Madres y el Personal Clínico del Hospital, Informe Final. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Campusano Felipe (1985). "Althusser, la Sociología y la Educación" En: Sociología de la Educación, Colección Estudios Educativos, México: Centro de Estudios Educativos A.C.

De Ibarrola, María (1985). Las Dimensiones Sociales de la Educación. México: Ediciones El Caballito.

Durkheim, Emile (1974). Educación y Sociología. Buenos Aires: Shapire Editor.

Foucault, Michel (1979). La Microfísica del Poder. Madrid: La Piqueta.

Foucault, Michel (1985). Vigilar y Castigar. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michel (1995). El Nacimiento de la Clínica. México: Siglo XXI Editores.

Freire, Paulo (1981). "Dialogicidad y diálogo" En: Pedagogía del Oprimido. México: Siglo XXI Editores.

Freire, Paulo (1984). "La educación como situación gnoseológica" En: Extensión o comunicación. México: Siglo XXI Editores.

Gramsci, Antonio (1990). La Alternativa Pedagógica. México: Editorial Fontamara.

Goffman, Erving (1971). Relaciones en Público. Microestudios del Orden Público. Madrid: Alianza Editorial.

Gutiérrez, Francisco (1984). La Educación como Praxis Política. México: Siglo XXI Editores.

Hernández Z. Gregorio (1994). Implicaciones Educativas del Consumo Cultural en Adolescentes de Neza. Tesis DIE 22. México: DIE-CINVESTAV.

Hillan, E. (1990). "Research and Audit. Women's Views of Cesarean Sections". En: Women's Health Matters. London: Roberts, H. Eds.

Karchmer, Samuel (1989). "Bosquejo Histórico de la Ginecología y Obstetricia en México" En: Revista de Perinatología, Vol 4 No. 3, México: Instituto Nacional de Perinatología.

Kitzinger, S. (1989). "Childbirth and Society" En: Chalmers, I. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Vol. I Oxford: Oxford Medical Publications.

Kitzinger, S. (1992). "Birth and violence against women", En: Woman's Health Matters, Roberts, I. Eds.



Lorber, J. (1981) "Good Patients and Problem Patients: Conformity and Deviance in a General Hospital" En : Sociology of Health Illness, Critical Perspectives. Conrad and Klein Eds.

Luzuriaga, Lorenzo (1984). Pedagogía. Buenos Aires : Losada.

Marc, J., ME. Keirse, y J. Lumley (1989). "Social and Professional Support during Childbirth" En : Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Vol 1. Oxford, Oxford : Medical Publications.

Martínez Sánchez, Carlos (1989). "Educación para la Reproducción", En : Temas Selectos en Reproducción Humana. México : Instituto Nacional de Perinatología.

Menéndez, Eduardo (1984) . Hacia una práctica Médica Alternativa . Hegemonía y Autoatención en Salud. Cuadernos de la Casa Chata 86. México : CIESAS.

Molina, Alicia (1985). Diálogo e Interacción en el Proceso Pedagógico, Antología, México : Ediciones El Caballito.

Portantiero, Juan Carlos (1981). "Gramsci y la Educación" En Sociología de la Educación. Colección Estudios Educativos, México : Centro de Estudios Educativos A.C.

Prieto, Daniel (1980). Discurso Autoritario y Comunicación Alternativa. México : Editorial Edicol.

Puiggrós, Adriana (1996). Volver a Educar. Buenos Aires : Ariel.

Reyna, Margarita y Díaz, Carmen (1989). Saber Hablar, Poder Hablar : El Lenguaje en la Vida Cotidiana. Colección Modular. México : Universidad Autónoma Metropolitana.

Ruíz Muñoz, Mercedes (1997) " La Imbricación de lo Político y lo Pedagógico en los Procesos de Educación de Adultos" .Documento DIE, México : Departamento de Investigaciones Educativas.DIE CINVESTAV.

Simkin, Penny (1991) "Just another Day in a Woman's Life ? Women's Long Term Perceptions of their First Birth Experience". Part I. En : Birth. Seattle : Issues in Perinatal Care.

Simkin, Penny (1992) "A Day You'll never Forget. The day you give birth to your first child". En Birth. Seattle : Issues in Perinatal Care.

Tenti, Emilio (1985). "La Educación como Violencia Simbólica: P. Bourdieu y J C Passeron", En: Sociología de la Educación, Colección Estudios Educativos México : Centro de Estudios Educativos A.C.

Torres A., Carlos (1985). "La sociología de la cultura y la crítica pedagógica de Paulo Freire" En: Sociología de la Educación, Colección Estudios Educativos México : Centro de Estudios Educativos A.C.

Trilla, Jaume (1996). La educación fuera de la escuela, ámbitos no formales y educación social. México : Editorial Ariel.

Zola, I K. (1981). "Structural Constraints in the Doctor Patient Relationship: The Case of Non-Compliance". En: The Relevance of Social Science for Medicine. Boston: Reidel Publishing Company.

El jurado designado por el Departamento de Investigaciones Educativas del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, aprobó esta tesis el día 28 de agosto de 1997.



Dra. Rosa Nidia Buenfil Burgos  
Investigadora Titular del Departamento  
de Investigaciones Educativas



Dra. Josefina Granja Castro  
Investigadora Titular del  
Departamento de Investigaciones  
Educativas



M. en C. Sylvia Irene Schmelkes del Valle  
Investigadora Titular del Departamento  
de Investigaciones Educativas



M. A. María de Lourdes Campero C.  
Profesora-Investigadora del Centro  
de Investigación en salud poblacional  
del Instituto Nacional de Salud Pública  
en Cuernavaca, Morelos