



Scripta Ethnologica

ISSN: 0325-6669

ISSN: 1669-0990

caeasecretaria@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Vargas Escamilla, Bianca Fernanda; Muñoz García, Graciela Beatriz; Campos Navarro, Roberto

**ATENCIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO DURANTE LA ADOLESCENCIA
EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO:
UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ETNOGRAFÍA HOSPITALARIA**

Scripta Ethnologica, vol. 44, núm. 2, 2022, pp. 9-30

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14874119006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ATENCIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO DURANTE LA ADOLESCENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ETNOGRAFIA HOSPITALARIA

Bianca Fernanda Vargas Escamilla*, Graciela Beatriz Muñoz García**
y Roberto Campos-Navarro ***

Title: “REPRODUCTIVE HEALTHCARE DURING ADOLESCENT PREGNANCY IN A MATERNAL-CHILD PUBLIC FACILITY IN MEXICO CITY: AN HOSPITAL ETHNOGRAPHY APPROACH.”

Summary: This paper presents some theoretical and methodological reflections on hospital ethnography, based on the study of pregnancy, childbirth and postpartum healthcare for adolescents who attend public health services in a maternal-newborn facility in Mexico City. This research, framed within the anthropology of health, was based on a methodological strategy centered on dialogic and interactive observation and on the experience of accompaniment during this stage. During a long-term fieldwork of sixteen months, conducted between 2017 and 2019, this research explores the sociocultural constructions of the reproductive process in adolescence and its implications in obstetric healthcare, as well as the experiences, perspectives and interactions between health providers and teenagers, articulated by the follow-up with adolescents at five key moments: at the time of first contact with the institution, during pregnancy care at the prenatal consultation, at the onset of labor, during labor, birth and postpartum care, and in the following months, taking the interaction beyond the clinical space. The analysis highlights the experiential dimension in the clinical context, conceptualized as a physical and social space, with three possible dimensions: the hospital as a liminal space, in which transitions such as the threshold of birth and maternity are experienced through the body; the hospital as a social space, characterized by interactions, norms, languages and hierarchical practices; and the hospital as a community environment in which social relations and the life experiences of the people who participate as service providers or applicants are transformed, to show that hospital institutions are not only sites for the realization of a biomedical paradigm, but are permeated with multiple meanings.

Keywords: Reproductive health, adolescent pregnancy, hospital ethnography, medical anthropology

Resumen: Este artículo plantea algunas reflexiones teórico-metodológicas en torno a la etnografía hospitalaria, a partir del estudio de la atención del embarazo, parto y puerperio en adolescentes, usuarias de los servicios de salud públicos en un hospital materno-infantil de la Ciudad de México. Esta investigación enmarcada en la antropología de la salud, se basó en una estrategia metodológica centrada en la observación dialógica

* Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. CONACyT CVU 547110. E-mail: biancavescamilla@gmail.com.. ORCID ID: 0000-0003-0776-7442.

** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México. E-mail: gramugarcia@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-0364-3119.

*** Profesor investigador de tiempo completo. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: rcampos@unam.mx. ORCID ID: 0000-0001-7417-268X.

e interactiva y en la experiencia de acompañamiento durante esta etapa. Durante una estancia prolongada en campo de dieciséis meses, realizada entre 2017 y 2019, esta investigación explora las construcciones socioculturales del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria, así como las experiencias, perspectivas e interacciones entre profesionales de salud y adolescentes atendidas, articulados en el seguimiento con las adolescentes en cinco momentos clave: al momento del primer contacto con la institución, durante la atención del embarazo en la consulta prenatal, en el inicio del trabajo de parto, en la atención del parto, nacimiento y posparto, y en los meses posteriores, llevando la interacción más allá del espacio clínico. En el análisis resalta la dimensión experiencial en el contexto clínico conceptualizado como espacio físico y de interacción social, a partir de tres dimensiones: el hospital como espacio liminal, en el que se viven, a través del cuerpo, transiciones como el umbral del nacimiento y la maternidad; el hospital como un espacio social, caracterizado por interacciones, normatividades, lenguajes y prácticas jerárquicas; y, el hospital como entorno comunitario en el que se transforman las relaciones sociales y las experiencias de vida de las personas que participan como prestadores o solicitantes de los servicios, para dar cuenta de que instituciones hospitalarias, no son solo sitios de concreción de un paradigma biomédico, sino que están permeados de múltiples significados.

Palabras claves: Salud reproductiva, embarazo adolescente, etnografía hospitalaria, antropología médica

Introducción

En México, durante el año 2017 se registraron 71,010 nacimientos de adolescentes entre 15 y 17 años y 11,756 en menores de 15 años, cifras que presentaron una disminución promedio de 10% en 2018 y 2019 (Gobierno de México, 2020). Por lo anterior, el embarazo adolescente se mantiene como una de las problemáticas prioritarias de salud sexual y reproductiva en el país. Al Hospital Agnódice –pseudónimo que utilizaremos para referir al sitio de estudio– acuden diariamente a consulta prenatal un promedio de cinco mujeres menores de veinte años y en dos meses, al menos quince adolescentes menores de 15 años. De esta manera encontramos que el 30% de los procedimientos de atención que se realizan anualmente en este espacio clínico, corresponden a adolescentes entre 12 y 19 años. Lo

anterior muestra que la atención obstétrica de niñas y adolescentes es una actividad cotidiana en los servicios públicos de salud y a la vez, un desafío en la materia, dada la necesidad de incidir en las brechas de desigualdad y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que contribuyan a la prevención. Al respecto, Stern (2012) sostiene que habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de la población como una de las causas principales del embarazo adolescente, dando continuidad al debate sobre la reproducción como una respuesta adaptativa al contexto adverso y de precarización, en donde la maternidad adquiere diversos significados, incluyendo un cambio de estatus familiar y social; la asociación directa entre la falta de acceso a servicios de educación, salud y métodos anticonceptivos; o la falta de un proyecto educativo y laboral como

motivación para postergar la unión en pareja y la maternidad o paternidad (Palma, 2003; Marcús, 2006; Villagómez, 2008).

Desde una mirada sociodemográfica, y epidemiológica preocupan las consecuencias de presentar un embarazo durante la adolescencia, mientras que, desde una perspectiva antropológica, nos preguntamos qué aspectos de la realidad se erigen como condiciones de posibilidad para la prevalencia de embarazos en niñas y adolescentes. Estos tres abordajes parecen confluir en que es necesario plantear estrategias de información, orientación y prevención pertinentes para este grupo específico, que permitan fortalecer su desarrollo integral y la agencia de las mujeres desde la etapa de la adolescencia. Asimismo, es imperante reconocer que la atención médica es una de las líneas que se entretajan con las trayectorias de vida, la vivencia del embarazo, la experiencia liminal del parto y la maternidad, en donde la adolescencia es la forma esencial de singularidad. Tanto la atención, como la investigación, requiere del reconocimiento de las y los adolescentes como agentes centrales y como sujetos de derechos, teniendo como fundamento el propósito de aminorar las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan en diversos espacios sociales, entre ellos los servicios de salud. Dichas condiciones se refieren a la vulnerabilidad no en su sentido ontológico, sino contingente y diferencial (Mackenzie, Roger y Dodds, 2013) que apela a la maximización de la precariedad producida por fuerzas sociales y políticas, es decir, una forma de vulnerabilidad social y políticamente inducida (Butler, 2010; Sales, 2021) y que se materializa en pobreza,

marginación, exposición a diferentes formas de violencia, estigmatización y negativas de acceso a los servicios de salud.

Este artículo aborda las reflexiones teórico-metodológicas a partir de los resultados de una investigación que consistió en explorar las construcciones socioculturales acerca del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria, así como las experiencias, perspectivas e interacciones entre profesionales de salud y adolescentes atendidas en un hospital materno-infantil público de la Ciudad de México. La investigación se enmarca en la antropología de la salud, considerando como enfoque teórico-metodológico la etnografía hospitalaria, privilegiando la observación dialógica e interactiva, incluyendo el acompañamiento en las consultas prenatales, la atención del parto, el periodo de recuperación y el egreso del hospital, así como las entrevistas dentro y fuera de la institución con los profesionales de salud y con las adolescentes atendidas, a través de una estancia prolongada en campo de dieciséis meses realizada entre 2017 y 2019. Desde esta aproximación, el acercamiento al fenómeno de estudio no sería una reconstrucción a través del relato, sino de la experiencia de acompañamiento y de las narrativas que emergen en interacción.

Para dar cuenta de ello, el presente artículo comienza con algunas consideraciones sobre la antropología en salud y la etnografía hospitalaria como marco de inscripción de esta investigación. Posteriormente, describiremos las características del contexto de estudio a partir del trabajo de gabinete y de campo, lo que permite un abordaje situado del fenómeno,

para dar cuenta de su relevancia social, pero también de su singularidad. En este sentido, presentamos los hallazgos centrales a partir de la experiencia de acompañamiento con una de las colaboradoras etnográficas, que tiene lugar en cinco momentos clave de interacción en el entorno hospitalario y fuera del mismo, en donde resalta la participación de diversos actores sociales, desde los profesionales de salud, hasta la familia o la comunidad. Este complejo entramado de voces da lugar a narrativas particulares y significados de la experiencia del embarazo y la maternidad en la adolescencia, así como de la relación con la biomedicina y los procesos de atención.

Antropología de la salud: una mirada del proceso reproductivo en la adolescencia

Tanto las investigaciones, como las estrategias de intervención dirigidas a la prevención del embarazo en la adolescencia, convergen en que se trata, en primer lugar, de un problema social o de interés público, es decir, que excede al individuo que lo vive o a su red más cercana y atañe a la sociedad en conjunto, ya que aspectos estructurales como la violencia, la desigualdad y la vulneración de los derechos fundamentales, se encuentran anclados a lo colectivo. Por otra parte, se concibe como un problema de salud que implica la dimensión biológica, psicológica y sociocultural y se vincula con ciertas condiciones de vulnerabilidad, que se traducen en factores de riesgo y necesidades específicas de atención

El presente abordaje tiene como punto de partida desdibujar la dicotomía entre el carácter “social” y “de salud” del proceso reproductivo

en la adolescencia, dilucidando las relaciones entre ambas categorías y los procesos que los vinculan. Para la antropología de la salud, esta intersección es la premisa *a priori*, al concebir la salud como dimensión colectiva, anclada tanto en la arena pública como privada, y como un fenómeno social, relacionado con aspectos estructurales de toda sociedad (Rossi, 2007, p. 219). Aunado a la discusión teórica, el trabajo empírico busca dar cuenta de las formas en que estas relaciones y procesos operan en una realidad social determinada y en la interacción cotidiana de las y los actores sociales. La antropología de la salud privilegia una interpretación social y política de la relación entre la salud y los individuos o grupos, comprendiendo “*las lógicas sociales que ponen a las formas de vida y a la vida en sí misma, a prueba de lo político*” (Fassin, 2004, p. 287). Es decir, busca indagar en el espacio político de la salud y, al mismo tiempo, en la manera en que el orden social, la desigualdad, el sufrimiento, la enfermedad y el padecer se encarnan, se inscriben y concretizan en el cuerpo (Fassin, 2004; Fainzang, 2007). El proceso reproductivo constituye un fenómeno biológico, emocional, social y cultural, por ello, no se experimenta de manera homogénea entre la diversidad de grupos sociales. Referir al proceso reproductivo en la adolescencia –y no solo al término ‘embarazo adolescente’–, permite visibilizar el continuum de la trayectoria, la experiencia y la atención desde las diferentes etapas desde el periodo pre-gestacional, el embarazo, la atención del parto y nacimiento, el puerperio, la maternidad y la crianza, que involucran a la reproducción humana, son etapas del ciclo vital de las personas que ocurren de forma diferencial (Berrio, 2013). En las

últimas décadas se ha incrementado el interés particular por este fenómeno en la etapa de la adolescencia, lo que ha resultado en investigaciones biomédicas, epidemiológicas, de las ciencias sociales, así como presencia en medios de comunicación en México. Tanto en México como en América Latina surge la hipótesis de una transmisión intergeneracional del embarazo en la adolescencia, la cual se explora como una asociación causal y una consecuencia, conformando un ciclo en el que era pertinente incidir mediante políticas públicas y programas estratégicos (Atkin y Alatorre, 1993; Alatorre, 1996; Stern, 1997; Bobadilla et al, 1990).

También destaca el análisis de las encuestas nacionales, concentran indicadores como el inicio de vida sexual activa, el uso, acceso y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, así como el estudio de la fecundidad, mortalidad y morbilidad por infecciones de transmisión sexual (Amuchástegui, 2001; Campero *et al*, 2013; Allen *et al*, 2013). Otros se han enfocado en el impacto psicosocial y aspectos del desarrollo psicológico, social y afectivo de las y los adolescentes y su relación con la vivencia del proceso reproductivo (Atkin *et al*, 1988; Atkin *et al* 1989; Gaviria y Chaskel, 2013), así como la necesidad de un enfoque en la construcción sociocultural del ‘embarazo adolescente’ que enfatice la heterogeneidad del grupo, y el análisis de las normatividades sociales en torno al ejercicio de la sexualidad y las implicaciones de la reproducción en la adolescencia (Stern 1997 y 2012).

Desde las ciencias sociales y la antropología, el estudio de estos procesos desde una perspectiva crítica recurre frecuentemente al concepto de *reproducción estratificada*, que alude tanto a

la política de la sexualidad como a la política económica de la reproducción, y se traduce en un marco de referencia para visibilizar y analizar las desigualdades en la reproducción, las relaciones de poder y la forma en que éstas se articulan en el ámbito global-local (Colen, 1995). En este sentido, la dimensión física y social del trabajo reproductivo se encuentra estructurada por fuerzas sociales, económicas y políticas que se distribuyen de manera desigual de acuerdo con las jerarquías sociales, que operan como una intersección entre diversas categorías, como son la clase, la raza, la etnicidad, el género y la posicionalidad en la economía global, entre otras, produciendo inequidades en la crianza y el cuidado (Ginsburg y Rapp, 1995). Esta propuesta teórica sostiene que distintas formas y tipos de reproducción son privilegiados, apoyados e impulsados, mientras que otros son estigmatizados, limitados y oprimidos (Agigian, 2007)

El estudio de estos aspectos en la adolescencia conlleva dificultades teórico-metodológicas e implicaciones prácticas, pues ni la etapa en sí misma, ni las personas de este grupo de edad pueden ser concebidas de la misma manera. Ha significado un gran esfuerzo avanzar a su reconocimiento como sujetos de derecho y más complicado aún, el hecho de dar peso a sus experiencias, proyectos de vida y toma de decisiones, ya que una gran parte del grupo no cumple con el criterio legal de edad que lo adscribe como ciudadano, o bien mantiene una relación de dependencia con el núcleo familiar, lo que implica ciertas desventajas como la reproducción de las condiciones de vulnerabilidad y el estigma hacia las mujeres que presentan un embarazo y que asisten a los

servicios de salud, afectando de manera negativa su experiencia y limitando sus derechos sexuales y reproductivos.

La *etnografía hospitalaria* como método: interacciones en el espacio clínico

Con mayor frecuencia, la antropología es llamada a examinar las políticas públicas y sistemas de salud “*at home*” (antropología “en casa”), teniendo como eje las relaciones entre las prácticas de atención, la producción del conocimiento y los roles de la sociedad civil, reconociendo que son múltiples condiciones las que los sistemas y políticas de salud deben cumplir: satisfacción de las necesidades de la población, accesibilidad, solidaridad, equidad y normas éticas, que sin un abordaje conjunto entre la medicina, el cuidado, la economía y la política, es impensable (Rossi, 2007). Entonces, el estudio de los problemas de salud, de los servicios de atención médica, y de la salud como derecho humano, constituyen temas de interés público inscritos en un dominio de relaciones locales-globales (Jacorzynski y Sánchez Jiménez, 2013). Así, la antropología en el ámbito de la salud resalta la interacción entre lo biológico, las prácticas sociales y la construcción de significados para estudiar sistema y un problema determinado, el cual se considera tanto un objeto social, como una experiencia vivida (Good, 1994).

Siguiendo estas premisas, la antropología ha buscado acercarse al entorno clínico, considerando que el hospital es la institución más representativa de la biomedicina en diferentes culturas, aunque sus características varían en función de las especificidades del contexto.

Por ello, la propuesta teórico-metodológica denominada *etnografía hospitalaria*, parte de identificar el espacio clínico como un dominio en donde se expresan los valores centrales y creencias de una cultura (Van der Geest y Finkler, 2004). Adicionalmente, aproximarse a la medicina como cultura, implica que la medicina es influenciada y a su vez ejerce una influencia en el contexto específico en el que ocurre, resultando en un modelo de y para la construcción sociocultural. El enfoque etnográfico propuesto, se articula con el constructivismo social, cuya premisa central, es que la realidad se construye socialmente a partir de formas de interacción al interior de una estructura social compartida. Las interacciones a través del lenguaje y las relaciones inter-subjetivas constituyen ‘acciones habituales’ que atraviesan un proceso de institucionalización y posterior legitimación; al ser legitimadas, adquieren argumentos que conllevan su aceptación social, la dotan de sentido y coherencia en sí misma (Berger y Luckman, 1968).

Es pertinente reflexionar que, en el ámbito de la salud las construcciones socioculturales operan en todo momento, ya que implican conceptos, definiciones, normas y reglas que conducen a cierta forma de crear, percibir y actuar en el mundo. A su vez, éstas se legitiman e institucionalizan y por ello, tienen un impacto profundo en las diferencias que existen entre los grupos sociales. Es decir, desde la perspectiva biomédica, las definiciones, clasificaciones y establecimiento de buenas prácticas señalan la manera en que se debe proveer la atención, enfatizando ciertos paradigmas en lugar o por encima de otros. Asimismo, tiene que ver con la manera en que las personas responden a

sus problemas de salud, el tipo de ayuda que buscan, los recursos que utilizan, e inclusive, determinan aquello que identifican como ‘problema’ y cómo lo describen y significan (Hanna y Kleinman, 2013).

El espacio clínico hospitalario, desde la perspectiva de las ciencias sociales se ha conceptualizado de diversas maneras. Van der Geest y Finkler (2004), explican como metáfora, dos nociones principales: el hospital como una isla o el hospital como un continente. En el primer caso se basa en estudios que sugieren que el hospital es un mundo aparte, un entorno cultural separado de la realidad social que existe fuera de él. En el segundo, el hospital también es una comunidad contenida en sí misma, con la diversidad de actores, relaciones y procesos que se pueden observar en otros contextos. Los hospitales también pueden describirse como espacios liminales, en donde las personas son removidas de su vida cotidiana a un espacio intermedio en el que les sucede ser diagnosticadas, tratadas, operadas, medicadas, desinfectadas, etcétera. En este umbral puede adquirirse una nueva forma identitaria, haciendo una analogía con los ritos de paso, ampliamente descritos por la antropología. Así, representa un espacio de condensación e intensificación de la vida en general, en donde las incertidumbres y decisiones se enmarcan en una situación de mayor urgencia que en la vida cotidiana (Long et al, 2008).

En tanto propuesta metodológica, la *etnografía hospitalaria* no sólo pone a prueba la técnica o práctica de la etnografía, y sus estrategias de observación y entrevista, sino las dimensiones ontológica, epistemológica y ética. En lo ontológico, las reflexiones acerca del objeto de estu-

dio y la naturaleza de este coinciden en que al abordar la biomedicina como institución, no se estudia un grupo social, sino una categoría y sus formas de concreción. En cuanto a la manera de aproximarse a dicho objeto, la observación en sus diferentes modalidades descritas, por ejemplo, ‘participante’, ‘moderada’, ‘pasiva’, ‘de acción / intervención’ o ‘no participante’, son nuevamente problematizadas, cuando las posibilidades de participación son acotadas, o bien, cuando sus implicaciones dan lugar a un cuestionamiento ético.

Como alternativa, Wind (2008) plantea la propuesta de una *observación interactiva negociada*, la cual señala como aspecto fundamental que, observar ya implica una participación de lo que está sucediendo, toda vez que reconoce que las interacciones, verbales y no verbales, ocurren en un sentido bidireccional, es decir, tanto el investigador, como las personas que participan dan sentido a lo acontecido. Además, propone una desjerarquización de las relaciones, ponderando una negociación constante acerca de cuándo, dónde y cómo ocurrirá la observación y la interacción, o bien en qué momentos prefiere evitarse. Una consideración final acerca de los contextos clínicos u hospitalarios es que resulta poco pertinente reducir su conceptualización a lugares estáticos en donde los principios de la biomedicina son implementados de manera uniforme. Por el contrario, Van der Geest y Finkler (2004) señalan que existe una variedad de “culturas hospitalarias” en diferentes regiones y contextos, en donde las perspectivas médicas y las facilidades técnicas varían considerablemente, resultando en tradiciones diagnósticas y terapéuticas diferenciales.

Para esta investigación, se buscó integrar estas dos variantes en una propuesta dialógica y colaborativa, ya que la investigadora no estaba adscrita al personal del hospital, pero su formación médica no podía situarla como una observadora neutral, e incluso permitió una mayor participación en ciertos espacios reservados para personal médico, como el área de sala de labor y la sala de expulsión. Para ello, se mantuvo un posicionamiento ético constante de negociación y diálogo, buscando no sólo la autorización de los comités pertinentes y del personal directivo del hospital, sino la posibilidad de una integración en la ‘comunidad hospitalaria’, con actividades puntuales de acompañamiento, sin participación alguna en decisiones o procedimientos médicos. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la institución hospitalaria y por la Dirección de Educación e Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Durante el trabajo de campo se empleó el consentimiento verbal y escrito, en el formato oficial provisto por esta Dirección, estableciendo como cláusulas principales, el anonimato, el uso de la información exclusivamente para productos académicos derivados de la investigación y la posibilidad de retirar su participación en cualquier momento, situación ante la cual, no sería contemplada como parte de los resultados.

En los siguientes apartados se presentan las generalidades del contexto en que sitúa el hospital y, posteriormente, a través de una de las diez colaboradoras etnográficas que participaron durante la estancia en campo, se abordan las interacciones entre las adolescentes y profesionales de salud, como actores clave en el

fenómeno de estudio, permitiendo comprender la influencia del entorno clínico en la experiencia del proceso reproductivo en la adolescencia y su singularidad respecto de otros grupos de edad. La selección de este caso para presentar estos resultados es aleatoria, ya que con la mayoría de las participantes se siguió la misma estrategia metodológica, siendo interrumpida solamente en caso de que requiriera atención en otro hospital con más recursos disponibles o prefiriera optar por otra alternativa de atención.

Contexto demográfico y socio-espacial: el Hospital Agnódice y sus alrededores

La unidad hospitalaria se encuentra en la zona sur-poniente de la Ciudad de México, capital del país, y ocupa una zona urbana marginal cuyos límites están dados por un área de reserva ecológica que ha impedido una continuidad de la zona metropolitana más allá de sus fronteras establecidas. La Ciudad de México es la entidad federativa con menor tasa de fecundidad en adolescentes, pero su distribución es heterogénea (González-Ulloa, 2019), siendo mayor en la periferia que concentra altos porcentajes de población, caracterizada por migración rural-urbana que, a pesar de contar con los servicios de urbanización, presenta otros indicadores de marginación y desigualdad, como es el caso de la población estudiada. En estos contextos, la estructura familiar, el bajo nivel educativo, las normatividades comunitarias y de género, así como el limitado ingreso económico impactan en la trayectoria reproductiva de las adolescentes, pues el embarazo en la adolescencia tardía no supone un problema mayor; el matrimonio y la mater-

nidad suceden a edades más tempranas, y las necesidades económicas impulsan a los adultos jóvenes a iniciar actividades productivas (Stern, 2004). No obstante, resalta el impacto en la reorganización de la estructura familiar, de los vínculos entre pares y las relaciones de noviazgo, refigurando la cronología y las características de la transición a la adultez (Swartz et al, 2018).

Para dar cuenta de la relación entre este contexto y la demanda de servicios en este hospital, en un primer acercamiento al campo, se realizó un trabajo de revisión documental de una muestra aleatoria de 160 expedientes clínicos para conocer el perfil sociodemográfico de la población que acude a dicha unidad médica, tomando como referencia la población del grupo etario de interés atendida entre 2015 y 2017, los dos años previos inmediatos al inicio del trabajo de campo. De los resultados obtenidos, destaca que, para dicho periodo, el 27.5% del total de procedimientos realizados anualmente en este hospital corresponden a adolescentes de entre 12 y 19 años, siendo el promedio de edad en la muestra de 17.3 años, la edad mínima de 14 años y la edad modal los 18 años. Con respecto a su estado civil, el 64% vivían en unión libre, el 33% eran solteras, tres casadas y una viuda. En el 94% de los casos, el progenitor tenía la mayoría de edad y en los expedientes con registro numérico, el mayor fue de 42 años y el menor de 14 años. Desafortunadamente, no fue posible establecer un promedio ya que no en todos los casos se contaba con esta información en la revisión de expedientes.

Los datos referentes a la escolaridad mostraron que el 62% concluyó la educación secundaria, pero solamente el 6% culminó el nivel medio

superior (preparatoria o bachillerato), sin que fuera posible precisar si el abandono escolar sucedió antes o como consecuencia del embarazo. Independientemente del nivel educativo, el 89% se dedicaban al hogar, sólo el 8% continuaban estudiando y el 3% refirió una actividad económica, encontrándose solamente el trabajo doméstico, el comercio y el trabajo sexual (en un caso). El ingreso por unidad doméstica osciló entre los \$800 y \$16,000 pesos mexicanos (equivalentes a 40 y 800 dólares estadounidenses), siendo la pareja el proveedor en las residencias neolocales, es decir, que una pareja recién formada se establece en una unidad doméstica separada de la familia de origen, como un núcleo social y económico definido (Robichaux, 2007), y en el caso de las adolescentes que no viven en pareja, suele ser la madre.

El personal de salud en el Hospital Agnódice, no identificaba un incremento reciente o extraordinario en el número de adolescentes que demandaban atención en el periodo en que se llevó a cabo el trabajo de campo (2017-2019), pero concordaron en que una tercera parte de las personas que atienden de manera cotidiana son adolescentes, principalmente entre 15 y 19 y, con menor frecuencia, entre 12 y 14 años de edad, situación que es atribuida principalmente a que se trata de un hospital público y a la ubicación geográfica del hospital. Además de la edad, la intersección con otras formas de desigualdad, como el género, la clase, etnicidad, el acceso a la educación escolar, entre otros, se hacen patentes en la manera en que el personal médico resalta en su discurso que los aspectos sociales son más relevantes que el riesgo obstétrico asociado a la edad. Los tres médicos de la

consulta prenatal coincidieron en señalar que, en su experiencia clínica, las adolescentes no presentan complicaciones con mayor frecuencia, como sería el caso de las mujeres mayores de 35 años en donde sí se definen con mayor claridad los riesgos reproductivos, por lo que enfatizan que la atención es prácticamente igual en cuanto a los procedimientos clínicos:

“Yo siempre he pensado que el riesgo en las adolescentes, más que el tener a su hijo, es el riesgo a futuro. Es decir, una niña adolescente de 16 años tiene un niño y lo va a ver como un juguetito, no como un ser humano que crece, que tiene necesidades, que hay que educarlo, etcétera. Para mí ese es el mayor riesgo. Desde el punto de vista obstétrico no he encontrado mayores riesgos entre una mujer de 25 y una mujer de 18. Es el mismo riesgo. Lo mismo puede tener una amenaza de parto prematuro, puede tener un aborto, etcétera. No hay diferencia en la atención, pero sí en lo que uno percibe como médico. Las jovencitas son niñas muy rebeldes, que se rebelan a sus papás. Se les ha interrogado que por qué se embarazan, si por gusto, porque les falla el método o por qué, cuál es la razón. Muchas de ellas se embarazan porque no quieren estar con la familia, en la integración familiar. (...) La experiencia del primer contacto es por influencia de los amiguitos, el querer pertenecer a un grupo determinado. Y eso hace que estos jóvenes, pues sean de alto riesgo. (Entrevista a profesional de salud, 15/01/2019)

Además, también reconocieron que la visibilización del embarazo en adolescentes como un problema que era necesario abordar de

manera diferencial era reciente, y se debía principalmente a la difusión en medios que lo posicionaban como una problemática prioritaria en México, y a la vez desencadenaban diversas formas de estigmatización hacia este grupo de población. De manera general, al indagar con el personal de salud con relación a las implicaciones de la atención de este grupo específico, se observó que otorgaban un mayor peso a los aspectos sociales como causas y consecuencias, entre estas, la falta de educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos, las fallas del sistema educativo o del soporte familiar. Asimismo, los riesgos identificados eran principalmente la asociación con situaciones de violencia, la falta de redes sociales, el abandono escolar, y el consumo de alcohol u otras sustancias. Por ello, otra de las medidas implementadas en el proceso de atención era que las adolescentes asistieran a una consulta psicológica y la intervención extensa del departamento de trabajo social.

Observación, interacción y acompañamiento: espacios y momentos de la atención

Describir y analizar el entorno hospitalario implica una mirada sistémica que dé cabida a la multiplicidad de procesos que ocurren de manera simultánea y en los que intervienen diversos actores sociales. Si bien en un primer momento de la investigación, se realizó un acercamiento al contexto general, la metodología empleada para la observación se precisó conforme a las necesidades y posibilidades del campo. Así, en una segunda etapa, la interacción en el espacio clínico fue determinada por el seguimiento al proceso reproductivo

y el acompañamiento a las adolescentes que aceptaron participar, desde sus primeros acercamientos para la atención del embarazo, hasta el parto y posparto. Para dar cuenta de ello, se abordan a continuación, cinco momentos clave de interacción con una de las colaboradoras etnográficas.

1) Primer acercamiento en la consulta de atención prenatal

La atención del embarazo suele comenzar en el primer nivel de atención, en centros de salud cercanos a las colonias, y alrededor de las 30 semanas de gestación, las mujeres son referidas a las unidades hospitalarias en donde se dará la atención del parto. Si se considera que existe un factor de riesgo, como en el caso de las adolescentes, se prefiere que la atención se lleve a cabo en el hospital lo antes posible, en donde pueden ser valoradas por personal especialista en ginecobstetricia y otros servicios de apoyo, como psicología, nutrición, trabajo social y odontología. Este espacio de observación constituyó la primera aproximación, en el que se comentaba respecto de la investigación y las invitaba a participar, ya que las usuarias esperan a ser atendidas por trabajo social para realizar el estudio familiar y socioeconómico, como requisito para la continuidad de la atención.

Ilse llegó por primera vez al hospital con 23 semanas de embarazo y fue en su segunda consulta a las 27 semanas, que se le invitó a participar en la investigación y en una siguiente consulta se acordó el acompañamiento a partir de entonces. Ella tiene 16 años, es originaria de una comunidad urbana del estado de Guerrero, a unas cuatro horas de la capital del país. Allí terminó la primaria e inició la educación se-

cundaria, y cuando tenía 14 años comenzó una relación de noviazgo con David, cuatro años mayor que ella. Al poco tiempo decidieron ir juntos a trabajar a una zona turística en la costa, con apoyo de su red familiar, ya que ahí residía su hermana mayor desde hacía varios años. Ilse y su pareja no se acostumbraron al ambiente y al trabajo de allá, así que David sugirió la alternativa de migrar a la Ciudad de México en donde sus familiares directos podrían facilitar su llegada. David de 20 años, terminó la primaria y trabaja como albañil, con sus tíos. Con el sueldo informal de ambos, rentan un cuarto pequeño, en donde viven ellos solos, aunque en la misma localidad que sus familiares. Desde el inicio del embarazo, Ilse dejó el trabajo como ayudante de construcción, para dedicarse a las actividades del hogar y poder asistir a las consultas prenatales, además de evitar algún riesgo laboral que pudiera afectar su salud.

2) Consultas prenatales subsecuentes e interacción durante el embarazo

En el tercer trimestre del embarazo las consultas prenatales son programadas con mayor frecuencia, generalmente cada 15 días y posteriormente cada semana, lo que facilita la continuidad de la interacción, tanto en las consultas médicas, como en el diálogo en la sala de espera del hospital. Aunque las consultas tienen un horario programado, existen diversos factores que suelen retrasarlas, como la atención de alguna urgencia, la falta de personal, o que las necesidades superan el tiempo programado para una adecuada atención.

Ilse no tenía ninguna complicación, asistió de manera puntual a las consultas y a los estudios que se le indicaban. No había sido un embarazo

planificado, pero tras casi dos años de vivir en unión libre, ya habían platicado del tema y en ningún momento dudó de continuarlo. En la sala de espera comenzaron las primeras entrevistas relacionadas con su trayectoria de vida familiar, escolar y de pareja, así como la vivencia del embarazo. La ausencia de sus redes de familiares cercanas generó un vínculo particular, ya que su referente acerca de los cuidados en la gestación provenía principalmente del ámbito médico y ella se interesaba en conocer más sobre el embarazo y la atención del parto, buscaba aclarar dudas y la comunicación con ella la alentaba a preguntar y participar más en las consultas. Así, este diálogo también constituyó un acompañamiento durante el curso del embarazo a lo largo de ocho consultas más, en donde la colaboración etnográfica se fortalecía y ampliaba a otros medios de comunicación como los mensajes de texto o llamadas telefónicas.

3) El inicio del trabajo de parto y el ingreso a sala de labor

Generalmente, a partir de la semana 39 de gestación, el personal médico da la indicación de continuar la atención directamente a través del servicio de urgencias, al cual pueden acudir en el momento que identifiquen los síntomas asociados al inicio del trabajo de parto, explicados previamente en las consultas. Por ello, establecer la comunicación directa fue fundamental para que Ilse pudiera avisar cómo se encontraba y cuándo asistiría al hospital. Los cambios de intensidad de las contracciones y las sensaciones desconocidas alertaban a Ilse y ante cualquier duda, prefería acudir al hospital, aunque la primera vez tuvo apenas

un centímetro de dilatación. Había llegado de noche y cuando terminaron de revisarla, ya no encontró transporte de regreso a su casa, por lo que, acompañada de su pareja, esperaron cerca de cinco horas afuera del área de urgencias que amaneciera. El hospital tiene una sala de espera en el interior, pero si no van a ingresar aún o los familiares que las acompañan esperan en un área techada pero abierta a la intemperie, con bancas de cemento y cubiertos por las cobijas o aditamentos que ellas o sus familiares lleven, a menos de que lleguen en algún vehículo o estén cerca como para regresar a su hogar mientras avanza el trabajo de parto. En el caso de Ilse, esto resultaba complicado porque no tenía vehículo y era costoso viajar en taxi—cerca de \$400 pesos mexicanos, equivalentes a \$20 dólares americanos, por cada trayecto—, por lo que su única alternativa era esperar afuera y caminar alrededor de la cancha de fútbol que se ubica frente a la entrada de urgencias.

Las horas de espera, resultaron un momento singular para fortalecer la interacción, Ilse describió diferentes aspectos que sintió y vivió a lo largo del embarazo, como las náuseas y malestar físico en el primer trimestre, la felicidad de estar embarazada y curiosidad sobre el crecimiento y desarrollo del bebé en el segundo trimestre, y la emoción y cierta ansiedad en el tercer trimestre, principalmente al iniciar el trabajo de parto. El acompañamiento en la madrugada continuó hasta su domicilio, efectivamente estaba ubicado en una colonia de asentamientos irregulares, con poco acceso a transporte público y poca iluminación. De otro modo, Ilse y su pareja habrían dormido una noche más afuera del hospital, con los riesgos a la salud e integridad que implica.

4) Sala de labor y acompañamiento en el trabajo de parto

Aunque en el proceso de atención no está permitido el acompañamiento de familiares o personas externas al hospital, el personal estaba enterado de la investigación y se permitió el acceso a todas las áreas del hospital. Las salas de labor permanecen como un espacio en donde las mujeres y adolescentes, independientemente de su edad, son aisladas del núcleo familiar, en aras de conceptualizarlas como espacios de transición al quirófano o sala de expulsión que se consideran ‘estériles’. Por ello, no está permitida la ingesta de líquidos o alimentos ligeros durante el trabajo de parto, ni se implementan diversas recomendaciones como caminar o elegir la posición que las mujeres desean durante el trabajo de parto.

El acercamiento paulatino y la estancia prolongada en el campo, condujo no solo observar, sino a participar, compartiendo con las mujeres y adolescentes técnicas de respiración como una de las pocas herramientas que pueden realizarse para el manejo no farmacológico del dolor, dentro de lo que se permite en el hospital, o resolver algunas dudas sencillas, cuya respuesta implicaba devolver cierto control de lo que está sucediendo. Por ejemplo, Ilse preguntaba si su bebé nacería allí, rodeada de otras mujeres y frente al escritorio en donde aguarda el personal médico y el estudiantado. Eran preguntas que, por pudor, no realizaba al personal de salud, aunque otros aspectos relacionados con la atención le habían sido explicados cuidadosamente.

La estancia en este espacio resultó crucial en la investigación, ya que muchos de los supuestos imperantes de la biomedicina en torno al cuer-

po, los procesos fisiológicos y las nociones de riesgo, se concretizan en la atención, relegando los aspectos emocionales, socioculturales y simbólicos del parto y nacimiento. Asimismo, eran de interés las relaciones entre los profesionales de salud y las usuarias en general, toda vez que, el estado del arte en la materia ha enfatizado la prevalencia de faltas de respeto y malos tratos durante la atención (Castro y Erviti, 2003; Bellón, 2014; Bohren, 2015; Quattrochi y Magnone, 2020). Ilse fue atendida por una ginecobstetra que estaba capacitada en atención centrada en la persona, que contempla, entre otros recursos, el uso de medidas no médicas y de confort, durante la atención del trabajo de parto, por lo que el trato hacia ella fue adecuado, evitando procedimientos innecesarios o de rutina, como los tactos vaginales repetitivos. Después de casi ocho horas de trabajo de parto, dio a luz a una bebé sana y ninguna de las dos tuvo complicación alguna. Estaba sorprendida de haber logrado traspasar ese umbral, pues ante las intensas contracciones y el cansancio de días, decía, era lo más difícil que jamás habría imaginado vivir.

5) Más allá de la institución: la relación dialógica en el espacio cotidiano y la entrevista

A lo largo del trabajo de campo, continuamos en contacto, dentro y fuera de la institución, manteniendo comunicación vía mensajes de texto y llamadas telefónicas, así como el acompañamiento durante las consultas médicas durante el postparto, consulta de planificación familiar, tamiz neonatal y las vacunas de la recién nacida. El seguimiento estrecho permitió realizar una entrevista final en la cual se exploraron nuevamente, desde una mirada

retrospectiva, diversos aspectos relacionados con la trayectoria reproductiva, el embarazo y parto, así como su perspectiva de la atención recibida, las transformaciones en las relaciones familiares y de pareja, la maternidad y la crianza.

Ilse consideraba que la atención durante el embarazo y parto había sido buena, pues lo comparaba con la experiencia de su cuñada que había dado a luz unos meses antes en otro hospital: *“antes de verla a ella yo pensé que mejor quería tener una cesárea para que fuera más rápido y que no duele, pero luego la estuve viendo a ella que llegó a la casa y se le abrió su herida, le dolía mucho y yo veía que le supuraba...creo que mejor parto”*. Lo que más le disgustaba era la presencia de estudiantes, aunque comprendía que tenían que aprender, notaba su falta de experiencia en que no le pedían permiso ni le informaban, como lo hacía el personal médico.

A un año, Ilse continuaba adaptándose a la maternidad, llevando la labor de la crianza prácticamente sola, y situada en un aislamiento cada vez mayor. Su pareja ejercía el rol de proveedor, pero aun en los días de descanso se habían distanciado, ya no salían juntos de paseo o a realizar las compras, lo hacía él mientras ella aguardaba en casa. No tenía posibilidad de relacionarse con personas de su edad, ni espacios cercanos de convivencia que no tuvieran relación con la familia extensa de su pareja, a quienes ella evitaba lo más posible, pero era un aliciente tener un espacio propio, así era menos trabajo doméstico y no se sentía juzgada o presionada por otras personas. Desde el embarazo ella estaba decidida a tener solamente una hija y en las pláticas subsecuentes de anticoncep-

ción, el personal de salud no había tenido que insistir porque ella estaba convencida de usar algún método y evitar un siguiente embarazo:

“La verdad solo me gustaría tener uno, porque yo siento que sería más fácil, ya crece y ya volvemos a la normalidad ¿no? Pero ya con dos, ya va a ser más complicado, con uno es complicado, pero con dos sería más, porque ya que ella sea más independiente, pues ya me va a dar más tiempo, si no, es volver a empezar...”
(Entrevista a adolescente; 2019)

Reflexiones sobre el campo: el hospital como espacio físico y espacio social

La *etnografía hospitalaria*—como enfoque de investigación— ha sido poco empleada en México, no obstante, constituye un relevante aporte al estudio sociocultural de diversos ámbitos de la salud, porque los hospitales desempeñan un papel indispensable en el abordaje de problemáticas y fenómenos significativos en la agenda internacional y en los sistemas nacionales de salud, además de la creciente demanda de atención hospitalaria por parte de las mujeres y de las adolescentes para la atención del proceso reproductivo, aun en comunidades alejadas o de difícil acceso (Sesia, Van Dijk y Sachse, 2014). Actualmente la *etnografía hospitalaria* cuenta con un mayor bagaje que da cuenta sus estrategias metodológicas y de las consideraciones éticas que conllevan. Long et al (2008) señalan dos posibilidades principales en que el investigador puede situarse en el espacio clínico hospitalario: una, como colaborador de un equipo clínico, o bien, como un observador situado que asemeja más a las

formas tradicionales de la etnografía.

Esta estrategia metodológica da cuenta de la relevancia de un enfoque relacional en la antropología de la salud, que implica problematizar las estructuras sociales, como son los protocolos de atención clínica, las normatividades de género y las construcciones socioculturales acerca de la adolescencia y la vivencia de un embarazo en esta etapa, a partir de las perspectivas de los diferentes actores y de sus modalidades de interacción, no solamente en el plano de los distintos saberes y discursos respecto de un fenómeno de interés, sino también de las prácticas que suceden en el entorno y que dan lugar a un complejo entramado de relaciones que pueden analizarse conforme a sus características: simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad, de cooperación o de competencia (Menéndez, 2009; De Moura, 2012).

En el ámbito de atención hospitalaria, como una de las aristas de la antropología en salud, representativo del modelo médico hegemónico, es fundamental señalar que las prácticas, supuestamente ancladas a un saber técnico-científico, distan de ser objetivas o neutras, sino que se encuentran permeadas de valores, creencias, preferencias de los sujetos que las realizan y vinculadas a la dimensión colectiva en que se inscriben. Pues, si bien existen normas y modelos de atención dirigidos a la atención de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, la provisión de servicios no considera como una forma de ejercicio de derechos o autonomía, sino una contención del riesgo —es preferible atenderlas que negar los servicios—, de modo que, prevalece una visión adultocentrista del ejercicio de la sexualidad, una omisión de las relaciones sexuales vinculadas a la asimetría

y la violencia y un proceso de atención que no reconoce las necesidades diferentes o adicionales de información, uso del lenguaje, redes de servicios o acompañamiento que pudieran requerir las adolescentes, en comparación con las mujeres adultas.

En este sentido, una de las conclusiones principales en esta investigación es que la *etnografía hospitalaria* implica una dimensión práctica o de intervención a veces necesaria y otras demandadas en esta interacción cotidiana: *¿cómo contribuye la antropología a resolver el problema?*, *¿cómo facilitar procesos o mejorar las relaciones?*, o *¿qué puede mejorar y cómo encuentra una vía de gestión?* Estas y otras interrogantes fueron apareciendo durante la estancia e implicaron avanzar en recomendaciones y propuestas durante el campo. Este tipo de interacción evidentemente modifica el trabajo etnográfico y puede constituir un dilema, pero el hecho de no responder tendría implicaciones adversas o que carezca de utilidad, toda vez que se trata de contextos y relaciones dinámicas. Asimismo, la investigación antropológica no puede dejar de lado el estatus diferencial que ocupan los participantes en el entorno. En un contexto clínico institucional participan diversos actores sociales cuya relación tiende a la jerarquización, no sólo en la relación entre profesionales de salud y personas usuarias, sino también entre diversas posiciones laborales. Más allá de la perspectiva institucional, esta reflexión conduce a insistir en la dimensión experiencial inherente a un trabajo antropológico que busca relevar desde terreno, la multiplicidad de historias, problemáticas cotidianas, interacciones y contradicciones frente a un fenómeno determinado. Así, dar sentido a esta

experiencia antropológica, que puede parecer acotada frente a la etnografía clásica, es posible si profundizamos en la conceptualización del contexto clínico como espacio físico y de interacción social en tres dimensiones:

a) El hospital como espacio liminal en donde la relación con el cuerpo y sus procesos fisiológicos o alterados se intensifica, ante la mirada de otros (profesionales de salud y otras personas usuarias) y en la inherente separación del entorno familiar y social. En un sentido antropológico, pero sobre todo vivencial, el paso por el hospital no solo representa la transición a ser diagnosticado o tratado, sino el umbral del nacimiento, de la maternidad, del devenir, y del final de la vida, eventos del ciclo vital que cada vez suceden más al interior del hospital que en el hogar.

b) El hospital como un espacio social, caracterizado por interacciones jerarquizadas, normatividades explícitas e implícitas, usos del lenguaje y discursos imperantes, prácticas y modos de ser y hacer que guardan una estrecha correspondencia con el espacio físico, pero también extienden sus límites y lo ponen constantemente a prueba. Por ejemplo, retomando la prohibición de ingerir alimentos en la sala de labor, por considerarse un área “semi-estéril”, esta regla se hace valer para las usuarias, pero no para el personal de salud, refigurando de manera diferencial la norma asociada a la delimitación de los espacios y reproduciendo la dimensión jerárquica.

c) El hospital como entorno comunitario, lo cual implica formar parte de él y también salir de él, para poder observar la manera en que este condensa o transforma las relaciones sociales y las experiencias de vida de las personas que

participan como prestadores o solicitantes de los servicios. En este sentido, el personal de salud refería a la problemática social y las condiciones de vulnerabilidad que mostraban las historias clínicas de las adolescentes como una extensión de lo que observaban en los entornos comunitarios, las relaciones vecinales y otros espacios de convivencia fuera del hospital, de los cuales, ellos también forman parte.

Así, en el espacio clínico y la institución hospitalaria, se observa la puesta práctica de los conocimientos y habilidades como actividad cotidiana y la conducta e interacciones quedan reguladas por los protocolos y normas que permiten su funcionamiento. En este sentido, existe cierta correspondencia entre los espacios físicos y las formas de interacción que se expresan en cada uno de ellos, como se observa en las relaciones interpersonales al interior del hospital y en la interacción con las adolescentes durante la atención. Ha sido posible explorar algunos aspectos de la sexualidad y reproducción en la adolescencia, desde un contexto estructural, pasando por su abordaje concreto en la atención hospitalaria, hasta profundizar en casos que constituyen un acercamiento a la experiencia de quienes lo viven.

En la dimensión más amplia, esta investigación contextualiza la sexualidad, el embarazo y el inicio de la maternidad en mujeres adolescentes, y señala como condiciones de posibilidad para la construcción de este problema, su centralidad en el discurso médico anclado a la constatación estadística o epidemiológica, la influencia de los medios de comunicación, la diseminación como política pública que enfatiza la relevancia de la prevención y los desafíos que representa en la cotidianidad del personal

de salud. Aunado a ello, el análisis del caso posibilita un horizonte de comprensión en torno a la experiencia vivida y sus significados, que habilitan una lectura social y la preocupación por la vida que subyace en toda problemática de interés antropológico.

Bibliografía

Agigian, A.

2007 “Stratified reproduction”. En: Ritzer, G. (ed.) *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Reino Unido: Blackwell Publishing, pp. 4835-4837.

Alatorre, J.

1996 “Repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la relación madre-hija”. En: López, M., comp. *Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales*. México: Sociedad Mexicana de Demografía, p. 133-140.

Allen-Leigh, B., A. Villalobos-Hernández, M.I. Hernández-Serrato, L. Suárez, E. De la Vara, F. De Castro, R. Schiavon-Ermani.

2013 “Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación

familiar en mujeres adolescentes y adultas en México”. *Salud Publica Mex* 2013; 55 supl 2:S235-S240.

Amuchástegui, A.

2001 *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México, Edamex/Population Council.

Atkin, L., M. Arcelus, A. Fernández-McGregor, K. Tolbert, ed.

1988 *La psicología en el ámbito perinatal*. México: Instituto Nacional de Perinatología, 398-425.

Atkin, L., y M. Givaudan

1989 “Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana”. En: Karchmer S, ed. *Temas selectos de la reproducción humana*. México: Instituto Nacional de Perinatología, 123-133

Atkin, L., y J. Alatorre

1993 *From mother to daughter: Intergenerational transmission of adolescent pregnancy in Mexico City*. Washington, D.C.: The Population

- Council & International Center for Research on Women.
- York: The Population Council & Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/ Micro Systems, Inc.
- Bellón S.
- 2014 *Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?*. Tesis de la Maestría Erasmus Mundus en Estudios de la Mujer y El Género.
- Berger, P. y T. Luckman
- 1968 *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Berrio Palomo, L.R.
- 2013 *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bobadilla, J.L., L. Schlaepfer, J. Alagón
- 1990 *Family formation patterns and child mortality in Mexico*. Nueva York: The Population Council & Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/ Micro Systems, Inc.
- Bohren M.A., J.P. Vogel, E.C. Hunter, O. Lutsiv, S.K. Makh, J.P. Souza, et al.
- 2015 “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”. *PLoS Med* 12(6).
- Butler, J.
- 2010 *Marcos de guerra*. Las vidas lloradas. México: Paidós.
- Campero, L., E. Atienzo, L. Suárez López, B. Hernández Prado y A. Villalobos
- 2013 “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”. *Gaceta Médica de México*; 149: 299-307.
- Castro, R. y J. Erviti
- 2003 “Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico”. *Health and Human Rights*, 7(1): 90-

110. las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”, *Revista Colombiana de Antropología*, 40, pp. 283-318.
- Colen, S.
1995 “Like a Mother to Them: Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York”. En: Ginsburg, F. y R. Rapp (eds.). *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. Los Angeles: University of California Press, pp. 78-102.
- De Moura Pontes, A.
2012 “Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina”, *Trabalho, Educação e Saúde*, 10 (2), pp. 335-345.
- Fainzang, S.
2007 “Medical Anthropology in France: A Healthy Discipline”. En: Saillant, F. y S. Genest (eds.) *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*. United Kingdom: Blackwell Publishing, pp. 89-102.
- Fassin, D.
2004 “Entre las políticas de lo viviente y
- Gaviria S. y R. Chaskel
2013 “Embarazo en adolescentes de América latina y el caribe: impacto psicosocial”. *Precop SCP*, 12(3):5-16.
- Ginsburg, F. y R. Rapp (eds.)
1995 *Introduction: Conceiving the New World Order*. Los Angeles: University of California Press, pp. 1-18.
- Gobierno de México
2020 *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2020*. México: Gobierno de México.
- González-Ulloa, P.A.
2019 *Panorama del embarazo adolescente Ciudad de México. Percepciones desde las y los adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Miguel Ángel Porrúa Editor.

- Good, B.
1994 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona: Bellaterra.
- Hanna, B. y A. Kleinman
2013 “Unpacking Global Health: Theory and Critique”. En: Farmer, P. et al (eds.) *Reimagining global health. An introduction.* Los Angeles: University of California Press.
- Jacorzynski, W. y J. Sánchez Jiménez
2013 “Ética y antropología: un nuevo reto para el siglo XXI”, *Desacatos*, 41, pp. 7-25.
- Long, D., C. Hunter y S. Van der Geest
2008 “Introduction. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography”, *Anthropology and Medicine*, 15(2), pp. 71-78.
- Mackenzie, C., W. Rogers y S. Dodds, eds.
2013 *Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, New York: Oxford University Press.
- Marcús, J.
2006 “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad”. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7):100-119.
- Menéndez, E.
2009 *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Buenos Aires: Lugar.
- Palma, I.
2003 “Paternidades entre los jóvenes: la “evasión” como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente”. En: Olavarria, J., comp. *Varones adolescentes: Género, identidades y sexualidades en América Latina.* Chile: FLACSO.
- Quattrochi, P. y N. Magnone (comp.)
2020 *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias.* Argentina: Universidad Nacional de Lanús DOI: 10.18294/9789874937506

Robichaux, D.

2007 “Sistemas familiares en culturas subalternas de América Latina: una propuesta conceptual y un bosquejo preliminar”. En: Robichaux, D., comp. *Familia y Diversidad en América Latina. Estudios de casos*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Rossi, I.

2007 “Anthropology Between Medicine and Society: Swiss Health Interfaces”. En Saillant, F. y S. Genest (eds.) *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*. United Kingdom: Blackwell Publishing, pp. 212-230.

Sales, T.

2021 “Vulnerabilidad, precarización e injusticias interseccionales: notas para una filosofía política feminista”. *Isegoría Revista de Filosofía moral y política*, 64: e02 <https://doi.org/10.3989/isegoria.2021.64.02>

Sesia, P., M. Van Dijk y M. Sachse

2014 “Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca”. En: Page, J. (coord.) *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 241-266.

Stern, C.

1997 “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”. *Salud Pública de México*, 39(2): 137-143.

2004 “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, *Papeles de población*, 10 (39), pp.129-158.

2012 *El “problema” del embarazo adolescente: contribuciones a un debate*. México: El Colegio

de México, Centro de Estudios Sociológicos. pp. 78-89.

Swartz, A., C. Colvin y A. Harrison

2018 “The problem or the solution? Early fertility and parenthood in the transition to adulthood in Khayelitsha, South Africa”, *Reproductive Health Matters*, 26(54), pp. 145-154.

Van der Geest, S. y K. Finkler

2004 “Hospital ethnography: introduction”, *Social Science and Medicine*, 59, pp. 1995-2001.

Villagómez, P.

2008 *La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular. Tesis para optar al grado de Maestra en Población y Desarrollo*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Wind, G.

2008 “Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings”. *Anthropology and Medicine*, 15(2),