



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Campo de conocimiento en Ciencias Sociomédicas
Campo disciplinario de Antropología en Salud

**«AHORA, YA NO SE TRATA DE TI»
Cuidado y atención del proceso reproductivo en la adolescencia.
Una etnografía hospitalaria**

TESIS

Que para optar por el grado de Doctora en Ciencias

PRESENTA

Bianca Fernanda Vargas Escamilla

Director de tesis:

Dr. Roberto Campos Navarro
Facultad de Medicina, UNAM

Comité tutorial:

Dra. Lina Rosa Berrio Palomo
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. de México, noviembre de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agnódice, Hagnódica o Hagnódice (Αγνοδίκη)

Atenas, IV a.C. Médica, partera y ginecóloga, considerada la primera mujer obstetra conocida. Su biografía fue relatada en las *Fábulas* de Higino, liberto de Augusto (2009: 327-329):

“Qué inventó quién

...Los antiguos no tuvieron comadronas, por lo que las mujeres morían llevadas por el pudor. En efecto, los atenienses se habían precavido de que ningún esclavo ni mujer aprendiera el arte de la medicina. Cierta muchacha llamada Agnódice deseó aprender la medicina y tan vehemente fue su deseo que se cortó los cabellos al modo de los hombres, y se confió a la enseñanza de un cierto Herófilo.

Después de aprender la medicina, al enterarse de que una mujer estaba sufriendo en su vientre, acudió a ella. Como ésta no quería confiarse a Agnódice por estimar que se trataba de un hombre, ésta se levantó la túnica y mostró que era una mujer; y así las iba curando.

Cuando los médicos vieron que ellos no eran admitidos en presencia de las mujeres, comenzaron a acusar a Agnódice, porque decían que se trataba de un hombre depilado y corruptor de mujeres, y que ellas se hacían pasar por enfermas.

Habiéndose reunido los areopagitas por este motivo, comenzaron a condenar a Agnódice. Ésta se levantó la túnica ante ellos y mostró que era mujer. En ese momento los médicos empezaron a acusarla con más fuerza. Por ello entonces las mujeres más distinguidas se presentaron en el juicio y dijeron: «Vosotros no sois esposos sino enemigos, porque condenáis a la que nos devuelve la salud». En ese momento los atenienses enmendaron la ley para que las mujeres libres pudieran aprender el arte de la medicina”.

A las mujeres, adolescentes y niñas

A las madres, a las que sostienen

A las estudiantes, médicas, obstetras y parteras

A las que acompañan, a las que cuidan.

A Diana, Alicia, Adriana, Estefanía, Ilse, Elena, Alejandra, Mónica, Miriam y Jimena, expreso un profundo agradecimiento por permitirme acompañarlas, conocerlas y hacernos preguntas para poner en palabras la experiencia compartida; por el aprendizaje, por la duda constante y la posibilidad de imaginar otro horizonte para las niñas y adolescentes.

Mi reconocimiento a las y los profesionales de salud y personal del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, especialmente a los doctores Sebastián Salinas, Guillermo Díaz Barreiro, Bernardo Fernández, Ernesto Cruz, a la doctora Ariadna Ortega, al Lic. Medina, a Mónica y a Perla, por su apoyo en todo momento durante mi trabajo de campo y por su disposición a compartir conmigo sus conocimientos y experiencias con una gran apertura al diálogo. Al Dr. José Luis Sánchez Monroy, quién como Jefe de Enseñanza e Investigación, hizo posible mi acercamiento al hospital, y a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, por el respaldo institucional a esta investigación.

Agradezco al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el soporte académico, administrativo y financiero, facilitando este proyecto formativo, de investigación y desarrollo profesional.

Con gran aprecio y admiración, agradezco a mi director de tesis, el Dr. Roberto Campos Navarro, por más de una década de acompañamiento, intercambio y apoyo constante. A la Dra. Lina Rosa Berrio Palomo y a la Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón, integrantes de mi Comité Tutoral, por su retroalimentación y su compromiso incansable con las mujeres y adolescentes. A las doctoras Elia Nora Arganis y Monserrat Salas, y los doctores Jorge Alberto Álvarez y Donovan Hernández, por su lectura dedicada y estimulantes comentarios como sinodales de este trabajo. A Ilario Rossi^(qepd), Alfredo Paulo, Liz Hamui, y Raffaella Schiavon por los espacios de reflexión compartidos que han hecho posible este trabajo.

Soy afortunada de compartir el camino con grandes mujeres, amigas y colegas: Graciela Muñoz, Paula Santana, Karla Berdichevsky, Karla Flores, Alejandra Armengol, Susana Collado, Gala Castro, Ondine Rosenthal, Sol Kellan; gracias por permitirme aprender junto con ustedes y pensar otros mundos posibles. A las inventoras de la Sociedad del Pay Lunar, por el encuentro en la palabra.

Agradezco, a mi abuela y abuelo, Coty y Oscar, a Claudia, mi madre, a mis tíos Adriana y Oscar, mis primos Valeria y Leonardo, los quiero y reconozco en ustedes el cuidado, la gratitud, el sostén y el aliento que me han acompañado en este proyecto, en la vida misma y en los múltiples intentos de comprendernos y transformarnos.

Índice general

Resumen	7
Introducción	8
1. Ser adolescente, estar embarazada	15
1.1 Definición y clasificación de la adolescencia	16
1.2 Proceso reproductivo y adolescencia: estado de la cuestión	19
1.3 Marco teórico y categorías analíticas	25
1.3.1 El proceso reproductivo desde una perspectiva antropológica	26
1.3.2 La adolescencia: construcción y transición	33
1.3.3 Intersecciones entre proceso reproductivo y adolescencia	42
2. Aspectos metodológicos y consideraciones éticas	67
2.1 Ejes teórico-metodológicos: antropología de la salud y etnografía hospitalaria	68
2.2 Planteamiento del problema y objetivos	72
2.3 Consideraciones éticas	75
2.4 Diseño metodológico	78
2.4.1 Técnicas y herramientas de investigación	80
2.4.2 Estrategia metodológica de trabajo de campo	85
2.4.3 Sistematización y análisis de la información	94
2.5 Reflexiones acerca de la etnografía hospitalaria	97
3. Contexto y configuración del problema de investigación	102
3.1 Dimensión global-local: metas, indicadores y estrategias.	102
3.1.1 Cifras e indicadores en salud sexual y reproductiva en la adolescencia	103
3.1.2 Declaraciones internacionales y avances en política pública	108
3.1.3 ¿Quiénes participamos en la configuración de un problema?	112
3.2 Dinámica socio-espacial en torno a la unidad hospitalaria.	122
3.3 Perfil epidemiológico y sociodemográfico de la institución	130
3.3.1 Variables sociodemográficas	133
3.3.2 Perfil epidemiológico	141
3.3.3 Discusión de los datos y consideraciones preliminares	154

4. El hospital como lugar de la experiencia	158
4.1 El «hospital»: espacio físico, espacio social.	162
4.1.1 La sala de espera y la consulta externa	167
4.1.2 Área de urgencias	179
4.1.3 Sala de labor de parto y sala de expulsión	189
4.1.4 Estancia hospitalaria	201
4.2 Conveniencia funcional y orden social	206
4.3 Experiencia del espacio: sentidos como mediadores de lo social	215
4.3.1 La vista y la mirada	219
4.3.2 El oído y la escucha	222
4.3.3 El tacto	227
4.4 Un encuentro inesperado, un espacio común	233
5. Apalabrar lo(s) sentido(s)	236
5.1 La experiencia antropológica y la emergencia de las narrativas	237
5.2 Adolescencia y maternidad en cuatro narrativas polifónicas	240
5.2.1 “Ahora, ya no se trata de ti” / Adriana	242
5.2.2 Acompañar, aprender, re-inventar(nos) / Ilse	254
5.2.3 Lo que se puede sentir / Estefanía	265
5.2.4 ¿Cuándo es un buen momento? / Miriam y Jimena	275
5.3 Silencio y resonancia	287
5.4 Relevancia de las trayectorias de vida y experiencias de las adolescentes	303
5.5 Aspectos concomitantes en la atención: algunas recomendaciones	310
6. Formas de concreción del riesgo: refigurar la atención obstétrica	321
6.1 Advertir y configurar un problema	322
6.2 Políticas de prevención y necesidades de atención	327
6.3 Tensiones y peligros en el espacio clínico	331
6.4 Humanización y ética del cuidado	335
Conclusiones	339
Referencias	344

Anexos

I.	Carta de registro del protocolo en Secretaría de Salud	375
II.	Formato de consentimiento informado	376
III.	Instrumentos de investigación	380
IV.	Informe de productos relacionados con la investigación	390

Índice de figuras

Figura 1.	Síntesis de conceptos clave y categorías analíticas	43
Figura 2.	Estrategia metodológica y técnicas de investigación	87
Figura 3.	Nacimientos estimados en niñas y adolescentes 10-14 años por entidad federativa	104
Figura 4.	Diagnóstico de egreso en niñas y adolescentes, por grupo de edad.	106
Figura 5.	Embarazos por grupo de edad	107
Figura 6.	Mapa de actores sociales relevantes en el abordaje del problema.	113
Figura 7.	Proceso reproductivo en la adolescencia y medios de comunicación	121
Figura 8.	Ubicación espacial de la unidad hospitalaria.	123
Figura 9.	Esquema de cobertura geográfica de la unidad.	124
Figura 10.	Mapa de cobertura y distribución por alcaldías	125
Figura 11.	Vista satelital del área geográfica	125
Figura 12.	Fotografía panorámica y acercamiento en San Bartolo Ameyalco	126
Figura 13.	Distribución urbana y rural, Magdalena Conteras	127
Figura 14.	Regiones sanitarias y niveles de marginación de la Ciudad de México.	129
Figura 15.	Cesáreas por edad (2015).	132
Figura 16.	Cesáreas por edad (2016).	132
Figura 17.	Estado civil	134
Figura 18.	Persona que firma como responsable	135
Figura 19.	Religión	135
Figura 20.	Ocupación	137
Figura 21.	Mapa de la República Mexicana que muestra los lugares de origen / procedencia.	138
Figura 22.	Centros de salud de referencia	140
Figura 23.	Paridad de las mujeres adolescentes atendidas	141
Figura 24.	Causa de demanda / procedimiento de atención realizado	143
Figura 25.	Métodos anticonceptivos elegidos y disponibles	144
Figura 26.	Bloque urbano y ubicación del hospital	164

Figura 27.	Croquis del área de atención, esquematizado a partir de la observación	166
Figura 28.	Fotografía del consultorio de primera vez	170
Figura 29.	Fotografía que muestra las actividades de enseñanza en el área de consultorios	177
Figura 30.	Fotografía de información de señales de alarma	181
Figura 31.	Espacio exterior a urgencias	187
Figura 32.	Fotografía uniforme quirúrgico, trabajo de campo en unidad tocoquirúrgica	190
Figura 33.	Croquis de la unidad tocoquirúrgica, esquematizado a partir de la observación.	193
Figura 34.	Sugerencias para emplear un lenguaje respetuoso en la atención obstétrica.	198
Figura 35.	Fotografía de la información dispuesta en el área de urgencias	202
Figura 36.	El panóptico	211
Figura 37.	La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp, Rembrandt 1632	219
Figura 38.	Esquemas didácticos de maniobras de Leopold.	228
Figura 39.	Nacimiento sin violencia.	232
Figura 40.	Fotografía de sesión clínica impartida por educadoras perinatales	233
Figura 41.	Esquema de los hitos relevantes en las trayectorias de vida de las adolescentes	307
Figura 42.	Fotografía de carteles frente a la entrada principal del hospital	317

Índice de tablas

Tabla 1.	Comparativo de nacimientos, defunciones y RMM por grupo de edad quinquenal	105
Tabla 2.	Población femenina de 12 años y más por delegación y número de nacidos vivos	128
Tabla 3.	Total de procedimientos y desglose para el grupo de interés (2015-2017)	131
Tabla 4.	Procedimientos por edad, por año (2015-2017)	131
Tabla 5.	Desglose de la muestra por edad.	134
Tabla 6.	Escolaridad y nivel máximo completado	136
Tabla 7.	Rangos de ingreso promedio mensual por unidad doméstica.	138
Tabla 8.	Unidades de referencia por alcaldía y número de referencias	139
Tabla 9.	Afecciones o condiciones previas al embarazo (factores de riesgo)	145
Tabla 10.	Afecciones o complicaciones identificadas en el embarazo	146
Tabla 11.	Condiciones o complicaciones en el trabajo de parto y parto	146
Tabla 12.	Complicaciones en el puerperio	147
Tabla 13.	Síntesis de características de los espacios de atención y observación	207
Tabla 14.	Datos y características de atención de las adolescentes participantes	241
Tabla 15.	Síntesis de los hitos relevantes en las trayectorias de vida de las adolescentes	308

Resumen

La salud en el ámbito de la sexualidad y la reproducción constituye una de las prioridades a nivel nacional y en el ámbito global, debido a su estrecha relación con los derechos, la equidad de género, el desarrollo de los grupos humanos y la justicia social. Por ello, se vincula a indicadores que dan cuenta de la vulnerabilidad diferencial de ciertos grupos en relación a otros. Inserto en este amplio marco de referencia, el presente trabajo de investigación está centrado en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes, particularmente en la experiencia del proceso reproductivo y su atención al interior de una institución hospitalaria pública en la Ciudad de México.

La investigación, aprobada por el Comité de Ética del hospital y por la Dirección de Educación e Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se inscribe en el campo de la antropología de la salud y tiene como objetivo general analizar la construcción sociocultural del proceso reproductivo en la adolescencia, considerando la interacción de los profesionales de salud y las adolescentes que solicitan atención en un hospital materno-infantil público. El diseño metodológico está basado en la etnografía, aunque otras herramientas de investigación fueron empleadas. Durante una estancia prolongada en campo de 16 meses, la estrategia teórico-metodológica denominada etnografía hospitalaria privilegió una observación dialógica y participante en los diversos espacios de interacción que fue registrada en el diario de campo, y en una última fase se realizaron entrevistas en profundidad con los profesionales de salud y con las adolescentes participantes.

Como resultado, se exploran aspectos de la sexualidad y la reproducción en la adolescencia, desde un contexto estructural, pasando por su abordaje concreto en la atención hospitalaria, hasta profundizar en las narrativas de las adolescentes como un acercamiento a la experiencia de quienes lo viven. En la dimensión más amplia, esta investigación contextualiza el embarazo y el inicio de la maternidad en las adolescentes, e indaga las condiciones de posibilidad para la construcción de este problema en la intersección entre el ámbito de la salud y las dimensiones sociales. Finalmente, la singularidad de los casos constituye un horizonte de comprensión y de sentido, un llamado a una reflexión a la vida y sus predicamentos, la cual subyace a toda problemática de interés antropológico.

Introducción

...El misterio de la maternidad: contener en sí misma el misterio de una desmesura, de una imposibilidad, de un acontecimiento que no puede explicarse nunca del todo... Contener en el reducido espacio de su propio vientre, la desproporción de lo absoluto, el acontecimiento destinado a cambiar el mundo [su mundo] para siempre.

—Massimo Recalcati, 2018

He recurrido al filósofo y psicoanalista italiano para dar inicio a esta reflexión, con un fragmento que se ha inspirado en el nacimiento más icónico del pensamiento religioso de occidente, valiendo sobre todo la interrogante del mismo autor: “*¿Pero acaso no ocurre siempre así, una y otra vez, para cada madre?*” Como acontecimiento se encuentra cerca de lo inefable, de lo que no termina de ser aprehendido, pues es común y singular al mismo tiempo. Dar a luz implica un desdoblamiento como primera apertura a la alteridad, que habilita en una dimensión vinculante entre sí mismo y otro, necesaria para sostener la vida y la condición humana.

Durante mi estancia en terreno, escuchaba en cada consulta de atención prenatal las preguntas que reafirman dicha singularidad: ¿por qué tan joven?, ¿por qué otro?, ¿por qué no esperaste?, ¿por qué a la edad que tienes?, ¿cuántos más querrás?, ¿son del mismo progenitor?, ¿cómo harás con tantos? Desde una mirada social a la medicina, suelen leerse estos cuestionamientos como una forma de disciplinamiento o control de los cuerpos, o bien, como paradigmas de socialización de un conocimiento especializado, que se traduce en procesos de estigmatización, más que en un conocimiento neutral. Frente a esta lectura, o a la par de ella, se puede asumir que se trata de una preocupación genuina y de una duda compartida: ¿cómo va a ser el curso de un embarazo?, ¿cómo será el nacimiento?, ¿cómo encontrará el sostén que requiere? Y, en última instancia, esto nos lleve a pensar ¿cómo habrá sido el momento de nuestro nacimiento? y ¿cómo sería diferente de otros?

De cada una de las formas singulares, probablemente la que nos resulte más difícil de comprender, cuando no se ha estado en una situación similar, es la vivencia de un embarazo en la pubertad o en la adolescencia. Si bien, toda experiencia de maternidad conlleva algo de aquel misterio, ¿qué tan desmesurado puede llegar ser un embarazo a temprana edad?, ¿en qué reside la desmesura y en función de qué se vuelve palpable?, sobre todo, ¿hasta dónde será posible explicar estos acontecimientos? En estas reflexiones está la preocupación de fondo que subyace a este estudio del embarazo y la maternidad en la adolescencia y son consecuentes con las múltiples inquietudes que fueron emergiendo conforme me acercaba a cada espacio y a cada persona, de manera paulatina y cuidadosa, procurando una apertura antes que una certeza.

La paráfrasis vertida en este epígrafe puede tener múltiples lecturas y generar extrañeza en cada una de sus líneas. Esta misma extrañeza atraviesa la experiencia de un embarazo, de un parto y del devenir a la maternidad. En los diálogos, en las entrevistas y en la observación de la interacción cotidiana, los silencios aparecen continuamente como respuesta, la duda impera con cada cambio corporal, con cada sensación, con una pesadez que no se entiende del todo, aunque sea evidente con cada semana de gestación. Se acompaña de la expectativa de un dolor inimaginable y termina con algo que parece un vaciamiento, una ausencia y presencia ¿simultánea?... La desmesura y la desproporción contenidas son también para el lenguaje, aquello que no se alcanza a decir.

Antes de asomar a lo indecible de la experiencia, volveré a los datos. Diariamente en promedio cinco mujeres menores de veinte años acuden a una consulta prenatal; en 60 días al menos quince adolescentes menores de 15 años forman parte de este grupo y esto es ya una actividad cotidiana en los servicios de salud. Ampliando la perspectiva, el 30% de los procedimientos de atención que se realizan anualmente en este espacio clínico, corresponden a mujeres entre 12 y 19 años y en un año, como el 2017 se registraron en México 171,010 nacimientos de adolescentes entre 15 y 17 años y 11,756 en menores de 15 años (Gobierno de México 2020), cifras que presentaron una reducción menor al 10% en 2018 y 2019. Desde una mirada epidemiológica o sociodemográfica, preocupa la magnitud de sus consecuencias; desde una perspectiva social crítica, nos preguntamos qué aspectos de la realidad se erigen

como condiciones de posibilidad, o cómo es que ha quedado establecida una causa de causas y qué produce. Los diversos abordajes confluyen en que es necesario un panorama distinto, o para decirlo en términos prácticos, en la importancia de la prevención. Por más sutil que sea su expresión, si se piensa que algo ha de ser de otro modo o si quiere evitarse, es porque conlleva un predicamento.

Desde la perspectiva antropológica, un problema llega a advertirse como tal tras un proceso de construcción en el que intervienen ciertas normatividades, prácticas sociales, representaciones, fuentes del saber y condiciones políticas y económicas dominantes en un momento histórico específico. Así, el proceso reproductivo en la adolescencia se ha constituido como un problema, pues supone consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes, así como para sus hijos e hijas. Se le considera un problema de salud pública, porque conlleva riesgos para la salud de las adolescentes y niñas, y en la de las personas recién nacidas; es un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; es económico porque se relaciona con menor remuneración económica y condiciona los ingresos futuros; y es, en todos los casos, una barrera en el ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CONAPO, 2016).

Conjuntando estos aspectos, las investigaciones realizadas en torno al proceso reproductivo 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. Aspectos como la violencia, la desigualdad y la vulneración de los derechos fundamentales, no pueden sino anclarse a lo colectivo. Por otra parte, se concibe como un problema de salud que implica ciertas condiciones de vulnerabilidad, las cuales involucran tanto lo biológico, como lo sociocultural y que se traducen en factores de riesgo, necesidades específicas de atención y una demanda de estrategias de prevención.

Siguiendo esta clasificación, resaltan como consecuencias sociales, la relación que se ha planteado entre el embarazo a temprana edad con su transmisión inter-generacional y la reproducción de los denominados ‘ciclos de pobreza’, que articulan un menor acceso a la educación formal y a obtener un trabajo bien remunerado. En este ámbito, tampoco puede dejar de problematizarse el rol de la normatividad social imperante –sobre todo en ciertos

grupos sociales— respecto al ejercicio de la sexualidad en las y los adolescentes y la posicionalidad que ocupan en la estructura familiar y comunitaria (Stern, 1997; 2012). Entre las implicaciones vinculadas al ámbito de la salud, se describe la mayor probabilidad de complicaciones asociadas a la falta de madurez del sistema reproductivo en la adolescencia temprana, o a los periodos intergenésicos acortados, en donde el embarazo a edades tempranas se considera un factor predisponente. Sin embargo, para el grupo de edad entre los 15 y 19 años de edad, la mayoría de las investigaciones no han demostrado un riesgo obstétrico significativamente mayor, siempre y cuando no se asocien otros factores socioculturales y económicos como violencia y pobreza extrema.

Esta última consideración ya orienta a la necesidad de sugerir abordajes con un enfoque más integral que, en primera instancia, implica desdibujar la dicotomía entre el carácter ‘social’ y ‘de salud’ de este problema, dilucidando las relaciones entre ambas categorías y los procesos que las vinculan. Para la antropología de la salud, esta intersección es una de sus premisas centrales, al concebir la salud como dimensión colectiva, anclada tanto en la arena pública como privada, y como un fenómeno social. Es decir, la salud se ha convertido en un valor de referencia, como una construcción social y política cuyos límites están en cuestionamiento constante; “paradójicamente y de manera ambivalente, tanto en teoría como en práctica, la salud está vinculada a los aspectos estructurales de toda sociedad” (Rossi, 2007: 219).

Aunado a la discusión teórica, el trabajo empírico de la antropología 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, por lo que:

“Reflexionar sobre la construcción social del problema del embarazo adolescente requiere desentrañar procesos colectivos e intereses de individuos, grupos e instituciones que atribuyen a un fenómeno un carácter problemático, enmascarando las relaciones sociales subyacentes. Para el enfoque de la construcción social de la realidad, el significado social de la realidad y de ciertos hechos es construido por los procesos que los definen como problemas en un contexto y momento específicos.” (Szasz, 2012:7).

En este sentido, más allá de dilucidar la manera en que se ha conceptualizado el problema del ‘embarazo adolescente’ a nivel global, nacional y en un escenario particular (institución hospitalaria), o de formular estrategias de intervención que han sido ampliamente abordadas en diversas investigaciones e informes oficiales, este estudio se enfoca en la necesidad de proveer atención y cuidados a las adolescentes que, por decisión o situación, continúan un embarazo. Así, proveer servicios médicos durante el proceso reproductivo es una realidad cotidiana que enfrentan las instituciones de salud y acompaña una experiencia vivida por las adolescentes en este grupo de edad.

Con base en ello, al plantear este trabajo de investigación consideré como uno de los puntos de partida el supuesto de que la atención de las adolescentes está influida por ciertas construcciones socioculturales del proceso reproductivo, vinculadas a nociones de riesgo y formas de jerarquización de las prácticas y los conocimientos, que no siempre son compartidas o aprehendidas de manera similar por las personas atendidas, generando tensiones y contradicciones, mismas que, pueden dilucidarse a partir de la aproximación y análisis en profundidad de las perspectivas de los diferentes actores sociales. Sin embargo, conforme avancé en el trabajo de campo, la interacción en los diferentes espacios como observadora, pero también como participante en el acompañamiento, en el diálogo constante y en la solución de los imperativos cotidianos que tiene un entorno clínico, me permitió participar de la experiencia y tener una vivencia propia de este espacio, aunque experimentada desde un lugar distinto a mi formación como médica y a los diversos roles de las personas que habitualmente participan en este contexto, es decir, como la antropóloga o investigadora, que poco a poco formó parte del entorno y la ‘comunidad’.

Desde esta aproximación, el acercamiento al fenómeno de estudio no sería una reconstrucción a través del relato, sino de la experiencia, del acto performativo y de las narrativas que emergen en interacción. Entonces, es a partir de la sucesión de eventos y acontecimientos que las construcciones socioculturales son puestas a prueba como perspectivas dominantes, y es posible ahondar en la dimensión subjetiva, corporal y vivencial como elemento central en los procesos de atención que tienen lugar dentro y fuera del espacio clínico. Asimismo, es imperante reconocer que la atención es una de las líneas que se entretajan de manera rizomática junto con las trayectorias de vida, la vivencia del embarazo,

la experiencia liminal del parto y la maternidad, y 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, de manera que, lo que pueda decirse acerca de ellas, tenga como fundamento el propósito de aminorar las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan en diversos espacios sociales, entre ellos los servicios de salud.

Para dar cuenta de ello, planteo una progresión a través de seis capítulos, comenzando por delimitar el objeto de estudio, a partir del estado de la cuestión y la propuesta teórica y conceptual para el abordaje del proceso reproductivo en la adolescencia desde una perspectiva antropológica. La arquitectura conceptual resalta un abordaje del fenómeno social y de salud, a través de su relación con las nociones de riesgo, vulnerabilidad y violencia, y sus formas de expresión e impresión en el cuerpo-sujeto. En el capítulo dos, el marco teórico se vincula con los aspectos metodológicos dando lugar al planteamiento del problema y los objetivos, además de profundizar en las herramientas metodológicas empleadas y las consideraciones éticas en el desarrollo de la investigación. En el tercer capítulo abordaré el contexto de estudio desde una perspectiva global-local y socio-espacial, que conjunta el trabajo de gabinete y análisis documental con un acercamiento etnográfico a través de la participación y diálogo con instancias académicas, organismos multilaterales y organizaciones de la sociedad civil, como un referente en torno a la problemática planteada. La aproximación al contexto, desde la dimensión macro a lo micro-social, concluye con la descripción de los perfiles epidemiológico y sociodemográfico del lugar en que se desarrolla la investigación, que permite situar en coordenadas específicas el estudio de la atención de las adolescentes durante el embarazo y parto.

Los siguientes tres capítulos ahondarán en los resultados y análisis del trabajo etnográfico en el contexto clínico y sus límites re-definidos. En el capítulo cuatro describiré el entorno hospitalario como un espacio físico, social y experiencial, considerando las relaciones entre los cuerpos –objetos y sujetos– que lo ocupan. Para este análisis, propongo un abordaje fenomenológico y heurístico, que contempla también mi experiencia de lugar y un acercamiento desde los sentidos como mediadores de lo social. En el capítulo cinco, recurro a las narrativas, en tanto vehículo de la experiencia, para dar cuenta de las interacciones que

tienen lugar en el entorno clínico, entre el personal de salud y las adolescentes, así como entre ambos actores y yo. Resalta la manera en que estas interacciones se encuentran profundamente relacionadas con aquellas que tienen lugar más allá de este espacio, así como con las historias de vida y trayectorias reproductivas de las adolescentes, cuyas voces y silencios son el hilo conductor. En el análisis resaltan las implicaciones de las experiencias de las adolescentes, atravesadas por diversas formas de vulnerabilidad y las perspectivas de los profesionales de salud en torno a la atención de las adolescentes, para dar cuenta de la complejidad de la atención del proceso reproductivo en la adolescencia, más allá de los parámetros clínicos, las dinámicas institucionales y las políticas públicas en salud. No obstante, las narrativas y eventos observados en campo, dan cuenta de limitantes clave en el proceso de atención a partir de las cuales, es posible emitir algunas recomendaciones y estrategias de intervención.

Previo a las conclusiones, en el capítulo seis, desarrollo la propuesta analítica que recopila cuatro momentos de la investigación, a partir de los cuales el riesgo y los derechos se configuran como categorías centrales: 1) el panorama epidemiológico como referente para advertir un problema de salud y determinar su magnitud e impacto potencial; 2) las directrices internacionales y los hitos en política pública, relevantes por su influencia en la manera en que los profesionales de salud le atribuyen características particulares que repercuten en la atención; 3) la etnografía hospitalaria que da cuenta del espacio clínico en que se materializa el riesgo noción polisémica y eje articulador; y 4) el momento de síntesis en donde se observa cómo el riesgo se asocia a la mirada médica de los cuerpos y las personas como insuficientes, inadecuadas o incapaces para la reproducción en condiciones ‘óptimas’. En este sentido, la vulnerabilidad inscrita en el cuerpo-sujeto, es amenaza potencial, pero también el punto de partida para vislumbrar formas de refigurar la atención a través de la humanización, la autonomía y la lógica del cuidado, como una apuesta ética y política.

1. Ser adolescente, estar embarazada

El proceso reproductivo constituye un fenómeno biológico, social y cultural, por ello, no se experimenta de manera homogénea entre la diversidad de grupos sociales. El interés particular por este fenómeno en la etapa de la adolescencia ha adquirido mayor énfasis a nivel nacional y global, por lo tanto, se ha incrementado el desarrollo de investigación biomédica, epidemiológica y de las ciencias sociales, así como su presencia en medios de comunicación y espacios públicos.

La mayoría de ellos hace referencia al término ‘embarazo adolescente’ para referirse a esta problemática, lo cual anula los distintos eventos y procesos relativos a la reproducción humana –y social– que conlleva. A lo largo de este proyecto se empleará el concepto de proceso reproductivo en la adolescencia, para visibilizar el *continuum* de atención desde la etapa pre-gestacional, el embarazo, la atención del parto y nacimiento, sin importar cuál fue la vía de resolución –vaginal o cesárea– ni el resultado de la gestación, ya sea el nacimiento de un hijo o hija, así como los casos de aborto y pérdidas gestacionales, el puerperio, la anticoncepción y la planificación familiar. Con ello, es posible dar cuenta de las diversas trayectorias posibles y las múltiples experiencias, dentro y fuera del ámbito de la atención.

El proceso reproductivo es una parte del ciclo vital, y al mismo tiempo, se vincula a una serie de cuidados y formas de atención, con diversos grados de institucionalización. Es cada vez más frecuente la utilización de los recursos biomédicos desde el inicio de la gestación –o incluso antes– viviendo su embarazo, en gran parte, a través de ellos, por lo que constituye un eje importante alrededor del cual giran sus experiencias del proceso reproductivo (García Jordá y Díaz Bernal, 2010). Por otra parte, la atención de la salud sexual y reproductiva se ha consolidado como un eje clave en la agenda global ya que en esta confluyen varios componentes de los Derechos Humanos como el derecho a la salud, al acceso equitativo a la atención, a la vida y la seguridad, a no ser sometido a tratos inhumanos y a la dignidad de la persona (Nieto, 2013).

Abordar estos aspectos en la adolescencia conlleva precisiones teórico-metodológicas e implicaciones prácticas, que resalten la singularidad de las personas en este grupo de edad en el contexto de la biomedicina, caracterizado, entre otros elementos, por una tendencia a la

estandarización y anulación de las diferencias de los sujetos en aras de una visión organicista y funcional, además de reconocer que este periodo, definido en el ámbito de la salud, entre los 10 y los 19 años, no puede tratarse de manera homogénea. En este sentido, es fundamental partir de un acercamiento a las personas adolescentes como sujetos de derecho, colocando al centro sus experiencias, proyectos de vida y toma de decisiones, independientemente del criterio de edad que lo adscribe en el estatuto de la ciudadanía o de las relaciones de dependencia con el núcleo familiar, toda vez que son estos mismos factores a partir de los cuales son puestas en desventaja y se reproducen las diversas formas de vulnerabilidad.

La finalidad de este capítulo es delimitar el objeto de estudio, a partir de definiciones, antecedentes y estado del arte, así como la propuesta teórica y conceptual a partir de la cual se desarrollaron los planteamientos y ejes que guiaron la investigación. Como una primera reflexión, la naturaleza de este objeto no llega a definirse por una sola vía, sino a partir de explorar las combinaciones posibles, toda vez que se trata de un proceso que integra múltiples fases, y además presupone manifestaciones e implicaciones particulares para las adolescentes, las cuales abordaré a continuación.

1.1 Definición y clasificación de la adolescencia

La adolescencia puede ser definida desde múltiples perspectivas, o como abordaré más adelante, sostenerse de manera ambigua como una etapa de transición inmersa en un proceso psicosocial que varía según la cultura y el momento histórico específico. Sin embargo, para situar la particularidad del objeto de estudio, tomaré como punto de partida algunas definiciones y clasificaciones desde el punto de vista biológico y cronológico, como una coordenada temporal y sus implicaciones concretas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, para delimitar la problemática a desarrollar en la presente investigación.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años), aunque otras definiciones describen tres etapas, de acuerdo con los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años), contemplando que en cada etapa

existen diferentes necesidades bio-psico-sociales. En esta propuesta, la adolescencia temprana coincide con la etapa también definida como pubertad, que resulta del crecimiento acelerado y la activación de las glándulas sexuales en la etapa pre-puberal (entre los 8 y 10 años) y se caracteriza por el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Los primeros corresponden a la funcionalidad de los órganos sexuales masculino y femenino relacionados con la reproducción, mientras que los segundos son los aspectos físicos que dan la apariencia ‘femenina’ o ‘masculina’: el crecimiento de los senos, los testículos y el pene, la aparición de vello en diferentes zonas corporales (Quiroga, 2005).

Las transformaciones físicas desde la adolescencia temprana se acompañan con profundos cambios psico-sociales, en donde resaltan cuatro aspectos principales: la tensión entre dependencia e independencia, la preocupación por su aspecto físico y la relevancia de la imagen corporal, la identificación con el grupo de pares y el proceso de diferenciación del núcleo familiar y grupos sociales cercanos (Iglesias, 2013). En la adolescencia media el proceso de crecimiento se estabiliza, para alcanzar su maduración fisiológica en la adolescencia tardía, sin que el proceso de crecimiento y desarrollo haya concluido necesariamente, pues diversos factores genéticos o ambientales, pueden acelerarlo o prolongarlo. Evidentemente, los cambios psíquicos no ocurren en una temporalidad tan acotada, por lo que incluso algunas corrientes psicológicas sugieren prolongar la adolescencia hasta los 21 o incluso más allá de los 25 años, en función de estructuras sociales, en donde los hitos del desarrollo psico-social como son la conclusión de la etapa formativa, la incorporación al mercado laboral, o el ejercicio de la maternidad / paternidad, ocurren a edades más tardías. Sin embargo, para no reducirla a una etapa caracterizada por una correspondencia lineal y sucesiva del crecimiento y desarrollo, ni como un periodo de crisis signada por el desorden y el riesgo, la adolescencia puede conceptualizarse como un proceso de reestructuración, consolidación y especialización de las instancias psíquicas que permite integrar los cambios que van ocurriendo desde el inicio de la pubertad. Ello habilita una complejización de la esfera psíquica que se manifiesta en los modos de relacionarse con los otros y con el medio social, dando lugar al proceso de subjetivación (Cahn. 1998, Urribarri, 2015).

Para el estudio de otros fenómenos sociales o procesos bioculturales, puede ser necesario partir de otras formas de definirla y clasificarla, en donde se establezcan otros cortes temporales o se ponga énfasis en la esfera psicológica o social. No obstante, esta definición y clasificación acuñada por la biomedicina y, en consecuencia, por las políticas de salud pública, constituyen la primera aproximación para dilucidar la configuración del proceso reproductivo en la adolescencia como un problema de salud.

En términos generales, para la conducción de la política pública en salud sexual y reproductiva en México, solía incluirse en la categoría de mujeres en edad reproductiva a las que se encontraban entre los 15 y los 49 años de edad y posteriormente, el punto de corte disminuyó a 12 años. Adicionalmente, las estrategias de atención y promoción de la salud de las y las adolescentes están dirigidas al grupo etario de 10 a 19 años y se concentran en la Norma Oficial Mexicana *NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo de 10 a 19 años de edad* (Secretaría de Salud, 2015). De acuerdo con este documento, los embarazos que suceden en este grupo de edad son, por definición, considerados de alto riesgo y para su manejo, hace referencia a la Norma Oficial Mexicana *NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, la cual definía al embarazo de alto riesgo como: “aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto”, por lo que debe ser referido al segundo nivel de atención (Secretaría de Salud, 1993). No obstante, en la actualización de la norma publicada en 2016, no incluye esta especificación, sino que indica que se debe realizar “una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes” (Secretaría de Salud, 2016a).

En este sentido, la separación por edad es pertinente para visibilizar las condiciones e implicaciones diferenciales, siendo más frecuente la división entre menores de 15 años y de esta edad en adelante (Gómez *et al*, 2011), toda vez que, las implicaciones de una vida sexual activa y el embarazo en niñas de entre 10 y 14 años, son claramente diferenciales en términos biológicos, psicológicos y sociales, que cuando el evento reproductivo ocurre entre los 15 y 19 años. En el caso del primer grupo, el riesgo biológico, asociado a la falta de madurez del sistema reproductivo y endócrino es significativo, aunado a otros determinantes y factores de

riesgo social, mientras que, cuando el acceso a servicios de salud está garantizado o ha mejorado sustancialmente, los resultados obstétricos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad son satisfactorios y no difieren de los del resto de las mujeres, de manera que las consecuencias adversas no se deben a la edad cronológica por sí misma, sino que se asocian a factores concomitantes y aspectos socioeconómicos, culturales y estructurales que obstaculizan la atención oportuna, de calidad y el acceso a medidas profilácticas y a la falta de redes de apoyo social (Kramer y Lancaster, 2010; Ganchimeg *et al*, 2014; Kirchengast, 2016).

De manera que, es esta definición de adolescencia la que sitúa un abordaje diferencial del proceso reproductivo, pero en tanto fenómeno de interés antropológico, requiere de una conceptualización más amplia que profundice en la dimensión sociocultural y problematice la mirada biomédica, a la luz de los diversos paradigmas y enfoques teóricos.

1.2 Proceso reproductivo y adolescencia: estado de la cuestión

Así como las estrategias específicas en materia de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes son relativamente recientes en México, también lo es su presencia como problema prioritario en el ámbito académico y la producción científica. En la década de los noventa, se observa una importante presencia de este tema en la investigación, logrando caracterizar a este grupo de edad, diferenciándolo del resto de las mujeres, así como identificar aspectos psicosociales (Lartigue y Vives, 1990), determinantes socioculturales y costo en salud (Tiburcio *et al*, 1995; Buvinic, 1988), y la visibilización de los hombres adolescentes en este fenómeno (Lerner, 1998, Figueroa, 1998). En este mismo contexto, 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 *et al*, 1988, 1989, Atkin y Alatorre, 1993; Alatorre, 1996; Stern, 1995; Bobadilla *et al*, 1990).

En la última década, nuevamente se observa un importante énfasis en esta problemática, resaltando los estudios desde una perspectiva epidemiológica o sociodemográfica, los cuales

se enfocan en 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; Echarri, 2014). Sin embargo, pocos 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 (Gaviria y Chaskel, 2013). Los trabajos inscritos en el campo de las ciencias sociales en salud han planteado la necesidad de un enfoque en la construcción sociocultural del ‘embarazo adolescente’ que enfatice la heterogeneidad del grupo, las desigualdades desde una perspectiva relacional, así como el análisis de las normatividades sociales en torno al ejercicio de la sexualidad y las implicaciones de la reproducción en la adolescencia.

Este tipo de estudios problematizan las relaciones causales y multidireccionales entre los determinantes sociales y el embarazo en adolescentes. Como resultado, señalan que el embarazo en esta etapa muchas veces constituye una solución, más que un problema, ante las pocas alternativas que hay para la construcción de un proyecto de vida o como medio para afirmar la identidad, acceder a un estatus diferente en la estructura familiar, o pasar a la adultez en donde las expresiones de afecto son permitidas (Stern, 2012). A la par de estos aspectos, estos estudios cuestionan en qué medida el embarazo en esta etapa, sobre todo en la adolescencia tardía, constituye un riesgo obstétrico anclado en lo biológico o se vincula más bien a las vulnerabilidades sociales, planteamiento que da lugar a establecer una asociación entre pobreza y el embarazo en la adolescencia (Stern, 1997). Stern sostiene que “más que considerar el embarazo adolescente como un mecanismo de transmisión de la pobreza, habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de la población como una de las causas principales del embarazo adolescente” (2012:45).

Siguiendo este planteamiento, el estudio de la interrelación entre pobreza y embarazo en niñas y adolescentes se ha ampliado en México y Latinoamérica hasta la actualidad, permitiendo plantear hipótesis de las que se han derivado estrategias de intervención. Destaca el 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). No obstante, cuando se hace alusión a la pobreza, no puede limitarse a señalar la condición de falta de medios suficientes para satisfacer las necesidades básicas, sino que requiere profundizar en otras categorías sociales vinculadas, como la marginación, la exclusión y la vulnerabilidad social, además de analizar el rol y significados de la sexualidad, el embarazo y la maternidad a la luz de otros fenómenos como los riesgos ambientales, las condiciones de salud y alimentación, la delincuencia y otras formas de violencia a las que se encuentran expuestas las personas adolescentes (García Hernández, 2014; 2016).

Existe una creciente preocupación por las investigaciones que consideren la perspectiva de los actores sociales clave, particularmente la de las y los adolescentes, lo cual conlleva ciertas dificultades teórico-metodológicas y éticas, sin embargo, cada vez se da cuenta de las experiencias en torno a la sexualidad, la reproducción, la maternidad y la paternidad en esta etapa. Asimismo, se ha considerado importante analizar la perspectiva de actores al interior de las instituciones; desde una perspectiva de gobernanza con enfoque de redes sociales, Estrada (2013) propone un estudio de la relación entre los actores involucrados y las interacciones que establecen políticas, para identificar los resultados de su implementación. Esta teoría de la gobernanza en salud, enfatiza aquellos procesos de acción colectivos que median la interacción entre la sociedad y el Estado, entre los que se encuentran dinámicas específicas, formas de interacción, y reglas (formales e informales) vinculadas a los procesos de gestión pública y cambio político. Es de suma relevancia que la población adolescente sea involucrada en este proceso de ciudadanía, independientemente del estatus legal, participando tanto de los servicios, como de los procesos de investigación en torno a las problemáticas que les afectan.

El enfoque de juventudes y la noción de autonomía progresiva, han dado lugar a un creciente desarrollo de investigaciones colaborativas con niños, niñas, adolescentes y jóvenes en México, principalmente abocadas a ciertas temáticas como la educación, el trabajo, el

cuidado, o la violencia, los cuales se vinculan directamente con la posibilidad de visibilizar o revertir estos fenómenos sociales y salvaguardar sus derechos humanos (Rico-Montoya, 2013; Quecha, 2015; Huerta-Cordova, Clemente y Córdova-Hernández, 2019). Además, el interés en estas etnografías radica en que ponen a prueba las estrategias para recabar e interpretar los datos, pues frecuentemente se requiere de herramientas multimodales, pedagógicas, artísticas, lúdicas o narrativas polifónicas, a partir de las cuales se establece la dinámica de interacción, considerando la edad y contexto social de las y los colaboradores (Podestá, 2007; Clemente, Dantas y Higgins, 2011). Si bien, de manera reciente también se han incorporado estudios que abordan algunos aspectos de la sexualidad desde la perspectiva de las y los adolescentes, es todavía poco frecuente en México el abordaje de la reproducción y la maternidad, que no se limite a una mirada retrospectiva, a diferencia de estudios realizados a nivel internacional, como se desarrollará más adelante.

Una de las publicaciones más recientes en México está basada en el proyecto de investigación denominado “Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA). Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención”, que dio inicio en 2017. Este proyecto resalta por la incorporación de una metodología mixta, cuyos instrumentos fueron desarrollados y analizados de manera colegiada por un grupo académico multidisciplinario, en el que participaron investigadoras e investigadores cuyos estudios forman parte de la producción académica en la materia, realizada en México desde la década de los noventa y hasta la actualidad. Este trabajo colaborativo derivó en una encuesta a nivel nacional en la que se exploraron determinantes sociales y su asociación con la fecundidad y embarazo en la adolescencia, como el nivel de ingreso familiar, la escolaridad, la trayectoria sexual y reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos, servicios de aborto seguro y de salud en general, así como diversos factores que dan cuenta de los contextos familiares y sociales (Pérez Baleón y Lugo, 2020). De este estudio también resultó una serie de análisis cualitativos, a partir de los datos obtenidos en la encuesta y de entrevistas semi-estructuradas, a través de los cuales se profundiza en aspectos como la desigualdad, violencia, la dimensión afectiva y las relaciones sociales en torno al embarazo y la maternidad en la adolescencia. Todo ello con la finalidad de proponer modelos de intervención y estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia (Pérez Baleón y Sánchez Bringas, 2020).

A nivel internacional, la producción académica que aborda el embarazo en la adolescencia proviene principalmente de países desarrollados que, a pesar de mantener una economía estable con indicadores de desarrollo humano favorables, han mostrado un incremento en las tasas de fecundidad y natalidad en adolescentes o mujeres jóvenes, o bien, éstas no han disminuido en comparación con países de características similares, por ejemplo, Reino Unido en Europa y Estados Unidos en el continente americano. El énfasis del estudio del embarazo y la maternidad en la adolescencia en estos contextos, o similares, es que se trata de segmentos de la población marginalizados o desfavorecidos, en donde la raza y la clase social juegan un papel preponderante desde una perspectiva histórica, y de manera emergente, los flujos migratorios. En estas investigaciones cualitativas convergen disciplinas como la antropología, sociología, psicología, pedagogía y trabajo social, que habilitan una aproximación a diferentes campos etnográficos, como escuelas, refugios o programas de intervención social. Este último destaca por la posibilidad de dar lugar a las voces de las adolescentes que experimentan un embarazo o el inicio de la maternidad, en donde la investigación aplicada constituye también una forma de intervención educativa y terapéutica que recurre a estrategias metodológicas diversas, como la elaboración de relatos, diarios, dibujos o grupos focales (Luttrell, 2003; 2011; Barcelos y Gubrium, 2014; Erdmans y Black, 2015).

Asimismo, resalta una perspectiva desde la teoría social crítica y el feminismo que se posiciona frente a la producción de narrativas imperantes en torno al embarazo en la adolescencia, que reproduce y perpetúa la desigualdad y vulnerabilidad que rodea a la mayoría de las adolescentes y jóvenes que viven un embarazo o son madres, dando lugar a un proceso de estigmatización presente tanto en el discurso biomédico, como de las ciencias sociales y el ámbito de las políticas públicas o de intervención social (Bereheny y Stephens, 2007; 2010; Yardley, 2008; Barcelos, 2014; Mantovani, 2014; Mollborn, 2017). Así, el estigma asociado a las adolescentes, sus pares, sus familias, comunidades o localización geográfica se convierte en una nueva barrera en el acceso a la educación, la inserción laboral o los servicios de salud, conduciendo a la exclusión social.

Por otra parte, la literatura que contempla el estudio en espacios clínicos o instituciones de salud también es un campo cada vez más abierto para la antropología que responde al interés

de las ciencias sociales o de los mismos profesionales de salud, por describir y analizar a los procesos, experiencias, prácticas, formas de comunicación e interacciones que configuran el entorno clínico, o de indagar acerca de problemas de salud específicos y la manera en que son tratados por la biomedicina en su espacio de concreción más representativo, las clínicas y hospitales. En el ámbito específico de la atención obstétrica, las prácticas en torno a la atención del embarazo y parto, adquieren particular relevancia ante su relación con indicadores de desarrollo humano y de inequidades en el acceso a la salud, así como por las manifestaciones y consecuencias de la medicalización excesiva de un proceso que necesariamente parte de una definición fisiológica.

Al respecto, destaca en un primer momento el estudio de los determinantes y condiciones estructurales o institucionales vinculados con la atención y, paulatinamente, estas investigaciones fueron acercándose a experiencias concretas y situadas en relación a la atención. Así, el análisis de las causas evitables de la mortalidad materna y su vinculación a las formas de desigualdad (Freyermuth 2003; Jaffré 2012; Hamal *et al* 2020), el estudio de la morbilidad y discapacidad asociada a intervenciones injustificadas o iatrógenas (Khaskheli *et al* 2014; Miller *et al* 2016; Muñoz 2020), así como la sistematización de las experiencias de falta de respeto, abuso y violencia obstétrica, como resultado de las relaciones de poder-saber que se establecen en el ámbito biomédico (Castro & Erviti 2003; Bellón 2014; Bohren 2015; Quattrochi & Magnone 2020), plantean problemáticas cada vez más puntuales, por ejemplo, al enfatizar ciertas determinantes o comparar un grupo en relación otro, como los estudios de poblaciones indígenas, afromexicanas y migrantes. Con ello, también surgen nuevas interrogantes respecto al paradigma imperante de la atención obstétrica y sus posibilidades de transformación.

Si bien, la literatura acerca de la experiencia de las mujeres en torno a la atención obstétrica en el ámbito hospitalario es numerosa, en México no identifico, hasta el momento de esta revisión, un trabajo que aborde de manera específica la atención de las adolescentes en el contexto clínico, aunque algunos trabajos a nivel nacional (Amuchásteguí *et al*, 2009) e internacional (Elfers *et al*, 2014; Everson, 2015) han puesto énfasis en las competencias, características, procesos de adaptación y evaluación de servicios de salud pertinentes o amigables, dirigidos específicamente para la atención de la salud sexual y reproductiva de

las adolescentes, reforzado por lineamientos y recomendaciones de los organismos internacionales. Sin embargo, estos trabajos se encuentran más enfocados en los aspectos institucionales, protocolos y adecuaciones, más no en el análisis relacional, los procesos y las interacciones entre los profesionales de salud y las adolescentes.

1.3 Marco teórico y categorías analíticas

Este breve recorrido por las implicaciones que hacen del proceso reproductivo en la adolescencia un problema de interés para las ciencias sociales y de la salud, ha permitido identificar algunos ejes clave que conducen esta investigación. Por una parte, se consideran aquellos conceptos generales para el abordaje del proceso reproductivo en sus dimensiones biológica, psicosocial, cultural y simbólica, desde los cuales es posible indagar en la singularidad de las trayectorias y experiencias. Por otra, se encuentra el estudio de las categorías relativas a la biomedicina y sus instituciones desde una perspectiva socio-antropológica, así como de las características de la atención obstétrica en concreto. No obstante, el enfocar este estudio en la etapa de la adolescencia, requiere de un marco teórico que permita identificar las expresiones, interacciones e implicaciones particulares de estos conceptos y categorías, así como de los significados diferenciales que pueden adquirir cuando se indaga desde la perspectiva de las adolescentes.

Cabe señalar que, en mis primeros acercamientos a la unidad hospitalaria en que se sitúa esta investigación, los profesionales de salud y directivos del hospital, identificaron como una problemática relevante la atención de las usuarias adolescentes. El interés se debía principalmente a la visibilidad que el tema había adquirido en la política pública nacional, frente a la cual se anticipaban implicaciones legales, quejas médicas y la necesidad de implementar protocolos específicos. Esta puntualización señaló un proceso de diferenciación, opuesto a la homogeneidad que supone la mirada clínica, sobre todo, al tratarse de servicios de salud públicos. Por lo tanto, parte del supuesto de que la atención del proceso reproductivo en la adolescencia está influida por construcciones socioculturales diferenciales en torno a la sexualidad y la reproducción, que tienen implicaciones en la interacción entre el personal de salud y las adolescentes. Además, el análisis minucioso de

categorías como el riesgo, la autonomía, la responsabilidad y el ejercicio de los derechos, son esenciales para identificar las brechas evidentes, pero también los conflictos más sutiles que sostiene la biomedicina frente a la creciente demanda de un uso racional de sus recursos –en tanto capital social y profesional– y un cambio de paradigma orientado al reconocimiento de la subjetividad.

Derivado de ello, la propuesta teórica en que se fundamenta esta investigación, considera tres ejes principales. En primer lugar, abordaré el proceso reproductivo y sus diferentes dimensiones desde una perspectiva antropológica y social. En segundo lugar, profundizaré en las diferentes perspectivas que dan cuenta de la etapa de la adolescencia, como una construcción histórica y como un periodo de transición sujeto múltiples definiciones desde el ámbito biológico, psicológico, social y también, político. Finalmente, propongo delimitar las categorías específicas que emergen de un modo particular para dar cuenta de las interacciones en torno a la atención del proceso reproductivo en esta etapa.

1.3.1 El proceso reproductivo desde una perspectiva antropológica

El proceso reproductivo, como categoría de análisis integra saberes –representaciones y prácticas– relacionados con el ejercicio de la sexualidad, la unión, la familia, la maternidad y paternidad, el valor de los hijos e hijas, así como la experiencia de la reproducción, todas ellas construidas de manera diferencial, con base en vivencias previas, expectativas, deseos, condiciones materiales de existencia y posibilidades de decisión en los distintos aspectos de la vida cotidiana, entre estos, la reproducción (Mendoza, 2009).

La reproducción humana es una actividad individual, pero también social, donde además de la importancia de aumentar el número de individuos de una sociedad, se propician las condiciones que garantizan el buen desarrollo del proceso reproductivo con el fin de asegurar la fuerza de trabajo y la inclusión a la dinámica social. Asimismo, ocurre un cambio en la estructura familiar, se reconstituyen los vínculos y el estatus de los progenitores a madre y padre. Por lo tanto, podemos observar que la reproducción ocupa un papel central para la perpetuación social (Blazquez, 2015). Así, la reproducción involucra una serie de procesos que trascienden el ámbito biológico, toda vez que se construyen e insertan en una dimensión

sociocultural. Estos procesos reproductivos, materializados principalmente en el embarazo, parto y puerperio, pero también en la etapa pre-gestacional, la planificación familiar, así como la crianza son etapas del ciclo vital de las personas que ocurren de forma diferencial (Berrio, 2013). Retomando a Ginsburg y Rapp (1995), Berrio señala también que:

“este proceso reproductivo no se refiere a hombres o mujeres de manera individual, sino también a relaciones establecidas entre diversos grupos de parentesco, las instituciones involucradas en dichos procesos -particularmente las de salud- así como los diferentes niveles y fuerzas envueltas en el debate al respecto, las cuales van desde lo local hasta lo global e implican miradas, políticas, acciones y lineamientos desde los Estados, organismos multilaterales, y una gran variedad de fuerzas económicas y políticas interesadas en promover su propia versión de la reproducción y la continuidad cultural” (2013:17).

Para dar cuenta de ello, el concepto de reproducción estratificada o estratificación de la reproducción, que alude tanto a la política de la sexualidad como a la política económica de la reproducción, brinda un marco de referencia ampliamente desarrollado por diversas antropólogas y sociólogas feministas, 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. La teoría de la estratificación social fue descrita por M. Weber (1969) para resaltar que la diferenciación social no se ancla solamente a la división de clases, sino que la distribución diferencial del poder contempla las esferas económica, social y política como dimensiones autónomas (Dueck e Inda, 2006).

Sin embargo, una de las primeras autoras en acuñar esta teoría para el campo de estudio de la reproducción fue S. Colen (1986), al describir las inequidades de raza, clase, género, etnicidad, cultura y estatus legal que operaban en la crianza y el cuidado. 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 actualmente no se describen como categorías aisladas, sino como una intersección entre estas categorías y sus posicionalidades en la economía global (Colen, 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), lo cual se traduce en normativas y formas de control de la población, o más bien, dirigidas a ciertos sectores de población, dando lugar a un control diferencial. Finalmente, las diversas formas de inequidad –agregando a las ya descritas, la edad, orientación sexual, nacionalidad, estatus migratorio, estado de salud, condición de discapacidad– se traducen en un acceso diferencial al cuidado, la atención, la anticoncepción debidamente consentida, el uso de tecnologías para la reproducción, la interrupción legal del embarazo, la consejería genética, entre otras (Ginsburg y Rapp, 1995; Agigian, 2007).

En función de este marco de referencia, para Berrio (2013), hay dos formas principales de acercarse empíricamente al proceso reproductivo: 1) a través del análisis de la normatividad reproductiva tanto comunitaria como institucional; y 2) a partir del acercamiento a las trayectorias reproductivas. Las trayectorias reproductivas permiten observar la manera en que ocurren las transiciones en la vida asociadas a la reproducción, las cuales abarcan desde el ámbito de la sexualidad, la vida en pareja, la vivencia del embarazo, parto y nacimiento, la maternidad y paternidad, el trabajo de crianza, las formas de cuidado y las prácticas de atención que desencadenan algunas etapas –más que otras– en el proceso reproductivo y los mecanismos de planificación familiar y control de la reproducción.

A través de la trayectoria, que se conforma de una serie de transiciones que definen cambios de un estado a otro, o bien, una serie de sucesos acotados temporal y espacialmente, son también construcciones socioculturales moldeadas por las experiencias, condiciones de vida y expectativas de los individuos (Muñiz, 1996, en Muñoz, 2014). A partir de estas, se busca dar secuencia y temporalidad a la serie de eventos y sucesos vinculados al proceso reproductivo, señalando puntos de transición clave (Muñoz, 2012; 2014), los cuales pueden circunscribirse a un proceso individual, pero también de elementos socialmente compartidos. La trayectoria reproductiva, entonces, se describe como un acercamiento teórico-metodológico que permite diferentes niveles de aproximación y análisis: 1) dar cuenta de la secuencia de eventos reproductivos y de atención en la vida de las mujeres; 2) analizar y contrastar el proceso reproductivo, su atención y cuidado, como experiencias diferenciadas y estratificadas; 3) explorar aspectos normativos inscritos en diferentes aspectos del orden

social y la manera en que estos se relacionan con los eventos y con las experiencias (Sánchez Bringas, 2015).

Más allá de este acercamiento, que es necesariamente retrospectivo y apela a un relato que integre una visión de conjunto, en donde los eventos son ordenados de manera cronológica y analizados en función de las estructuras sociales en que se insertan, el planteamiento de esta investigación demanda también una aproximación a la experiencia del proceso reproductivo y de cada una de sus fases, ya que plantea la observación e interacción en el momento que estos eventos están sucediendo. Si bien, están inmersos en la trayectoria de los sujetos, es de suma relevancia una perspectiva que pueda dar cuenta de la vivencia misma en su complejidad. De manera particular, interesa en este proceso la aproximación fenomenológica y narrativa al embarazo, el parto, el nacimiento y la maternidad, no como una sucesión de eventos, sino como un acontecimiento, en tanto que transforma el cauce de la vida de las personas y su modo de estar en el mundo. El acontecimiento no es lo que podemos decir o saber acerca de lo que sucede, sino aquello en lo que deviene.

Estas experiencias liminales en la vida de las personas, particularmente de las mujeres y adolescentes, se proyectan en cada dimensión de la subjetividad, por ello es imposible asignarles una temporalidad, es decir, no es posible definir *a priori*, si la primera inscripción sucede en el cuerpo, en el imaginario o incluso en lo social, como huella de una colectividad que piensa a la mujer en tanto mujer-madre. Desde un abordaje histórico, Brown (2004) problematiza la contribución de las mujeres a la sociedad centrada en la reproducción con la consecuente carga social de sobrevivir, ambos, al trauma de nacimiento. Al respecto, plantea las experiencias de la maternidad embebidas en su contexto, desde la época clásica, hasta el siglo XX, en donde los cambios sociales y tecnológicos suponen un mayor poder sobre el cuerpo y las decisiones en torno a la reproducción, así como recursos médicos para el diagnóstico, la atención, el manejo del dolor y la solución de situaciones que en otro momento hubieran implicado la muerte. Con ello, hoy en día no solo se espera que las mujeres sobrevivan al embarazo y parto, sino que sea una experiencia disfrutable, pese a que, argumenta Brown, la pregunta subyacente en la experiencia de la maternidad es la supervivencia, “claramente, la pregunta primordial que atraviesa la mente de las mujeres cuando inicia el dolor de parto es: «¿Sobreviviré?»” (2004:12).

En este recorrido epocal, el último siglo se caracteriza por llevar la experiencia de la maternidad al plano político, e implica dar cuenta de más de un siglo de debate en torno a la carga moral y simbólica que representa la maternidad, su relación con la diferencia jerarquizada y los roles de género, así como de las formas de control del cuerpo de las mujeres a través de los discursos respecto del dolor, el sacrificio, el cuidado y la crianza, y los prototipos de las ‘buenas madres’ y ‘malas madres’. Desde la primera ola del feminismo, previo a la primera guerra mundial, Nelly Rousell (1878-1922), precursora del derecho de las mujeres al control de la natalidad, pensaba que su experiencia contradictoria sobre la maternidad no radicaba en el miedo al dolor o la muerte, sino en la “indecible y amarga revuelta que proclamaba su instinto de justicia en contra del destino de la Mujer y en contra de los dolores que configuran su existencia, pero por encima de todo, en contra de la indiferencia” y las formas en que la sociedad agrava esa ‘carga natural’ de sufrimiento (Accampo, 2006:30).

En los años posteriores, los feminismos profundizan en el cuestionamiento del supuesto natural del ‘deseo innato’ y la ‘biología de la maternidad’ que mantienen como incuestionable el rol y la responsabilidad de las mujeres en la reproducción biológica y social, traducéndose desigualdades en el acceso a la vida pública, el trabajo remunerado, y a ciertas formas de sociabilidad que, en síntesis, planteaban la imposibilidad de un proyecto de vida distinto a la maternidad y la crianza. No obstante, se reconoce que el cuidado y la crianza son histórica y culturalmente variables, por lo que la maternidad ocurre en contextos específicos con diversos recursos y restricciones, y es construida de manera relacional (Nakano, 1994). Otra discusión central, es la problematización de la relación entre sexualidad y maternidad, históricamente refrendada por los mitos de origen; en el mundo occidental por María, que concibe de manera inmaculada, manteniéndose virgen y madre, y en otras culturas por las diversas imágenes de la mujer receptáculo, la asociación de la sangre menstrual a la fertilidad y la leche materna como elemento nutricional sin el cual no es posible el sostén de la vida (Rich, 1996; Accampo, 2006). La ruptura de este supuesto ideal, es fundamental para el reconocimiento de la sexualidad no vinculada a la reproducción, pero también para visibilizar el embarazo y parto en su carácter privado, íntimo, singular y diverso, como es la sexualidad.

Al mismo tiempo que la teoría social funge como el anclaje de una profunda crítica a la diferencia biológica vinculada principalmente a la maternidad como soporte de una jerarquización entre los géneros (Lamas, 1996; Burin y Meler, 2001), explorar la dimensión individual también adquiere relevancia en el abordaje de las experiencias en torno a la maternidad. Uno de los enfoques en la década de los noventa, fue su estudio como forma de identidad, desarrollado en el campo de la psiquiatría y la psicología, en la que no se aborda una condición innata sino la emergencia de una ‘psique materna’, a través del nacimiento físico del bebé que produce “el nacimiento de la madre” (Stern, 1995). Al definirlo como identidad, se hace referencia a una vivencia interna, supuestamente universal, pero incomprendible para quienes no han sido madres y es en función de los procesos corporales, los cambios físicos y los discursos sociales, que esta identidad se va construyendo (Paricio y Polo, 2020). También desde estas disciplinas surge el interés por ahondar en las emociones y sentimientos que atraviesan el embarazo, la maternidad y la crianza, con la mirada puesta en la comprensión de su impacto en la infancia y el desarrollo bio-psico-social. Posteriormente, las ciencias sociales y la antropología incursionarían en el ámbito de las emociones, desde su intersección con la dimensión simbólica, pero también como elemento crucial en las relaciones humanas, los vínculos y la subjetividad, lo cual también emerge de la problematización de la dicotomía naturaleza-cultura.

La necesidad de evitar cualquier reduccionismo biológico, había conducido el estudio de las relaciones sexo-género al ámbito de las estructuras sociales dejando de lado la subjetividad y también la corporalidad. Al respecto, Grosz plantea pensar el cuerpo como la cara interna de una banda de Möbius y la cultura como la cara exterior, sin que exista solución de continuidad para pasar entre una y otra, como una propuesta para ir más allá de los dualismos. Así, diversos aspectos, como la sexualidad y la reproducción pueden abordarse desde la superficie exterior del cuerpo, hasta indagar en las conductas, motivaciones y emociones, es decir, el cuerpo puede explorarse desde las sensaciones, y la mente o la psique, también remiten a lo profundo del cuerpo (Grosz, 1996; Fausto-Sterling, 2006), al mismo tiempo que se inscribe en la dimensión sociocultural. Cuando referimos al cuerpo, insiste Jean-Luc Nancy, no puede imaginarse “algo que no sea un «cuerpo significativo», es decir, el cuerpo sometido al orden del sentido” (Alvaro, 2010:53).

En las últimas dos décadas, la aproximación a la experiencia de la reproducción y la maternidad ha traspasado las dicotomías y las fronteras disciplinarias, abocándose tanto a las condiciones estructurales, las construcciones socioculturales, como a los procesos relacionales y subjetivos, a través de una multiplicidad de sentidos y significados. En este campo de estudio tienen lugar las emociones y sentimientos, así como los aspectos espirituales y rituales, tejiendo un puente entre lo arcaico y lo contemporáneo. De estas perspectivas deriva un abordaje cada vez más singular y situado, o bien comparativo, que da cuenta de la diversidad de experiencias atravesadas por su carácter singular: los lugares, las épocas, las religiones y creencias, la pertenencia a un grupo étnico, las diferencias de edad y generación, la diversidad sexo-genérica, la migración o las crisis humanitarias, e incluso la etapa del proceso reproductivo, por describir solamente algunas. Jeremiah (2006) señala que, si bien el giro del esencialismo al posestructuralismo en el estudio de la reproducción abarca múltiples líneas de debate en la teoría feminista, esta transición se expresa en un cambio en la terminología, de la ‘maternidad’ (*motherhood*) al ‘maternar’ (*mothering*), implicando este último una práctica activa, un acto performativo y un ámbito de subversión.

Esta perspectiva, da lugar a otras posiciones, desde donde se expresan las vivencias en torno la maternidad, ahora desde los espacios públicos, en su compatibilidad con otros proyectos de vida a través de la pugna por cambios en la normatividad jurídica y social que lo hagan posible, en la consolidación de un marco de derechos humanos dado de manera particular por los derechos sexuales y reproductivos, así como en un nuevo campo discursivo en torno al cuerpo gestante y su capacidad reproductiva, las cuales, no están exentas de tensiones y nuevos debates. Por citar un ejemplo, la alusión a la sabiduría del cuerpo y el poder de parir, que parece traer a cuenta una condición innata, una forma de apropiación y la re-significación del dolor como la posibilidad de apertura a este poder-saber del cuerpo, frente a la mirada médica que representa el dispositivo de control de los cuerpos en la modernidad (Foucault, 1966/2004). Al respecto, otras perspectivas suponen este retorno a lo ‘natural’ como una nueva forma discursiva de control de los cuerpos de las mujeres que reproduce el estereotipo de la ‘buena y la mala madre’, a la vez que patentada las desigualdades en el acceso a la garantía de los derechos y las alternativas de atención, así como la mercantilización de recursos tradicionales que son adaptados como un bien de consumo (Vega, 2016b).

Siguiendo esta línea de debate, un aspecto más que se vincula a esta dimensión experiencial es la relación de la sexualidad y la reproducción con la medicina, la ciencia y la tecnología, como elementos que intervienen no solamente en la atención, sino en las nociones e imaginarios sobre el cuerpo y sus procesos, en la auto-percepción, así como en el carácter normal o patológico que se le asigna a los mismos, traducéndose en mediaciones técnicas y simbólicas entre lo biológico y lo social, pero también entre lo individual y lo colectivo (Canguilhem, 1971; Lazzaro, 2017). Podría decirse que, en la actualidad la mayoría de las experiencias están atravesadas por esta mirada biomédica, incluso cuando se recurran a otros recursos de atención. Dado que esta investigación tiene lugar en un contexto hospitalario, este aspecto será explorado con mayor profundidad a lo largo de la investigación.

Por ello, ha sido fundamental contar con múltiples perspectivas y debates que van reconfigurando la experiencia de la maternidad y son al mismo tiempo, puestos a prueba por las vivencias y los contextos. En síntesis, este recorrido teórico apunta a identificar categorías, como la desigualdad, la estratificación, el trabajo, la oposición naturaleza-cultura, la corporalidad, identidad, las emociones, los saberes y las formas de subversión que integran horizontes de comprensión y permitirán aproximarse a las experiencias en torno al proceso reproductivo.

1.3.2 La adolescencia: construcción y transición

Desde la biomedicina, la adolescencia se ha definido como un periodo de crecimiento y desarrollo que sucede en el periodo intermedio entre la niñez y la edad adulta. Esta etapa supone, de manera consensuada, el rango entre los 10 y 19 años de edad, y puede ser clasificada para ciertos fines en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). De acuerdo con esta conceptualización, el inicio de esta fase está condicionado por procesos biológicos, no ocurriendo así para poder determinar su duración y sus características, las cuales dependen del contexto histórico y sociocultural.

De manera que, definir la adolescencia se trata de una construcción sociocultural y situada que dista de ser universal. Su conceptualización en cada contexto temporal y espacial se vincula con la manera en que las sociedades establecen su organización y jerarquía. Así, más

que una edad biológica, depende de ciertos rasgos, valores y roles que se la atribuyen a cada etapa del ciclo vital. En este sentido, la antropología y la sociología se han interesado principalmente por la reflexión en torno a esta construcción, considerando cómo se ha sido construida históricamente y la manera en que se redefine y reconfigura constantemente en función de diversos agentes, motivos y valores (Téllez Infantes, 2013), imperantes en un grupo social en una dimensión espacial, temporal, social, económica y política determinada.

Históricamente, la noción de adolescencia empieza a construirse en el siglo XIX con el auge de la era industrial, pero fue democratizada alrededor de 1900, a través de reformas en los sistemas penal, laboral, escolar e incluso familiar, permitiendo el surgimiento de una generación diferente a la de los adultos. Esta conceptualización dejaba atrás los ritos de pasaje o de iniciación, vinculados a las sociedades “primitivas”, cuya función se describe como una forma de contención y formalización de un cambio radical: la pérdida de lo infantil de la familia protectora y nutricia, la endogamia, la cercanía a la madre y su anclaje al pasado, para llegar a la adultez caracterizada por los vínculos formales, la exogamia, el ejercicio de la maternidad / paternidad y la apertura hacia el futuro (Quiroga, 2005). Con base en estas referencias, la autora propone leer este cambio como el paso de lo biológico a lo cultural, en donde se develan aspectos del saber que para el mundo infantil son desconocidos, por ejemplo, el trabajo y la sexualidad. El tránsito a la modernidad, la automatización de los procesos productivos y la mayor esperanza de vida, insta a retardar la incorporación de las personas jóvenes a la vida laboral y productiva, dando lugar a la etapa de la adolescencia.

La obra del psicólogo estadounidense, Stanley Hall titulada *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (1904) fue el parteaguas en la definición de esta etapa como una transición, acompañada y producida por múltiples transformaciones en la esfera física, psicológica, emocional y social, a decir de Hall, “la adolescencia es un nuevo nacimiento que da a luz a los rasgos más complejos de los seres humanos; las cualidades del cuerpo y el alma que emergen en esta etapa, son completamente nuevas” (1904:xiii). El recorrido de Hall por la fisiología, la psicología y la antropología, es tan extenso como su indagación de la figura de la adolescencia en la literatura, la poesía y el relato biográfico, a través de los cuales, muestra diversas maneras de describir y aproximarse a las transformaciones que suceden en la

adolescencia, desde los griegos en la época clásica. Este punto de partida no es casual, sino que funda la crítica que subyace a su obra, pues Hall sostiene que los filósofos griegos se ocupaban más y mejor de la adolescencia y la juventud, que las disciplinas de su época. Con ello, posicionaba la adolescencia como una fase diferenciada que requería especial cuidado y atención.

Savage (2007/2018), inspirado en parte por la obra de Hall, hace un recuento por la configuración de la adolescencia entre los años de 1875 a 1945, proponiendo que la idea de la adolescencia como una etapa diferenciada, no habría de consolidarse sino hasta la segunda mitad del siglo, por lo que se enfoca de manera particular, en indagar sobre su configuración en las primeras décadas del siglo XX. El ánimo de la civilización, prolongó la etapa de educación formal y, con ello, la adolescencia, planteamientos que no quedan exentos de ambigüedades, señala Savage: “la juventud se consideraba un precursor poderoso del futuro, una fuerza de la naturaleza que podía tanto revivificar como destruir las viejas tradiciones, si era este el caso, se necesitaban mayores esfuerzos para domesticar a esta bestia salvaje e impredecible” (2018:189). Estos esfuerzos estaban dados por la escuela, pero también por movimientos dirigidos hacia los jóvenes como el escultismo (movimiento Scout), la incursión en deportes y aprendizaje de oficios, que los ‘prepararía para la vida’, al tiempo que dominaba el carácter impulsivo que comenzaba a mostrarse frente a esta sociedad occidental en transición. A la llegada de la primera guerra mundial, la juventud estaba preparada y estuvo inmersa en el campo de batalla, aunque con los debates previos que habían fijado un corte de edad para ello. En los años posteriores, la adolescencia era una forma de esperanza, pues tenía la vitalidad para afrontar y superar la experiencia de la crisis, pero también era una adolescencia que emergía de las privaciones y duelos.

En la segunda mitad del siglo XX, tras la segunda guerra mundial, nuevas propuestas de ciertos grupos de filósofos y educadores, plantean el surgimiento de esta generación como una nueva cultura en sí misma, que se posiciona como actor central de los movimientos sociales y las demandas de reconocimiento. En este contexto, las perspectivas psicológicas o psicoanalíticas confluyen con las socio-antropológicas, dada la importancia de los aspectos psicosociales que ofrece cada sociedad a los adolescentes para ingresar al mundo adulto;

derivado de ello, en el estudio del desarrollo durante la adolescencia, adquieren relevancia las categorías de cultura e identidad, como propone el trabajo del psicoanalista Erik Erikson:

“La prioridad atribuida a las influencias que un contexto familiar y social dados tienen sobre la adolescencia, enmarcando a esta en un lugar y un momento histórico determinados, permitió a Erikson plantear que durante la “confusión de identidad” o “crisis de identidad”, a veces es asumida la oposición y el desafío a los roles e ideales de la sociedad, es decir, una identidad negativa, mientras que en otros casos es asumida una identidad psicosocial positiva, que acoge los ideales de los padres y la sociedad, favoreciendo la adaptación social. En este sentido, él piensa la adolescencia como un ensayo temporal de una o múltiples identidades parciales, que luego pueden incorporarse a la estructura del Yo o pueden ser abandonadas en favor de nuevas identidades” (Fernández Arcila *et al*, 2015:367).

Sin embargo, antes de los estudios de Erikson, la antropología en el estudio de la adolescencia cobraría relevancia, al comparar la visión occidental con otras culturas, tanto en los estudios de parentesco y de la vida ritual como elemento estructural en las formas de organización social, destacando el icónico trabajo etnográfico de Margaret Mead, que detalla en su obra titulada *Adolescencia, Sexo y Cultura en Samoa*, publicada en 1939. El trabajo de Mead con adolescentes de la isla polinesia, no solamente incursiona en una edad específica, sino que se centra en las mujeres, un grupo poco estudiado por la etnología y antropología que ponía particular interés en los rituales de pasaje de los hombres, toda vez que, estos se relacionaban con la incursión en la vida pública, frecuentemente relegada al rol masculino en los grupos sociales. Mead, tampoco retoma este concepto, sino que aborda la transición entre la infancia y la adultez a través de la educación, como el proceso mediante el cual se adquiere significación en el grupo social y se accede a la cultura.

En este proceso intervienen las situaciones familiares, los vínculos entre pares, las relaciones sexuales, los tabúes e interdictos, los tipos de lealtad y de responsabilidad que dan cuenta de su lugar en la comunidad. Estos, a decir de Mead, son ejes cruciales en la adolescencia, por lo que es a través de estos elementos que propone el análisis comparativo entre la adolescencia samoana y la estadounidense, en donde concluye que la sociedad samoana educa a sus infantes y adolescentes para el único modo de vida que conocen, mientras que las sociedades occidentales tienen una multiplicidad de opciones y se privilegia la libertad

individual de elegir. Para la época y aun en la actualidad, la capacidad de elección es un valor social al que los adolescentes no tienen acceso y en ello, radica una parte de sus dificultades, por lo tanto, cuestionará si es la educación el medio para brindar a los adolescentes la posibilidad de elección.

Para la época de los cincuenta y sesenta, la libertad de elección y la autonomía se erigían como principios éticos y políticos, acompañados de importantes preguntas, ¿quiénes pueden elegir?, ¿tienen todas las personas la misma capacidad para hacerlo?, o ¿hay alguna edad o condición para hacerlo valer? Ante ello, las teorías del desarrollo cognitivo, tienen un papel preponderante; Erikson ya había posicionado el desarrollo de la identidad como una función central de la adolescencia, Piaget abordaba la etapa infantil y Kohlberg propone la teoría sobre el desarrollo moral a partir de sus investigaciones con adolescentes (Dubas *et al*, 2003). Kohlberg plantea seis estadios de desarrollo que dan cuenta de orientaciones del juicio moral que se van complejizando, a saber: 1) orientación al castigo y obediencia; 2) orientación al intercambio y reciprocidad; 3) orientación a ayudar y agradar; 4) orientación al cumplimiento del deber y mantener el orden social; 5) orientación legalista contractual, es decir, evitar la violación de derechos buscando el bienestar de la mayoría; y 6) orientación de consciencia o principio como procesos de elección y búsqueda del respeto mutuo (Kohlberg, 1992). Con ello, busca dar cuenta de que la moralidad no es solo el resultado de procesos inconscientes o de aprendizajes tempranos –dados por el condicionamiento, el refuerzo o el castigo–, que caracterizan a la primera infancia, sino que hay etapas que requieren de mayor madurez para elaborar un juicio racional (Barra, 1987). En este sentido, resalta que estos seis estadios pueden alcanzarse en la etapa de la adolescencia, pero también pueden no alcanzarse nunca, o bien, tener regresiones a un estadio anterior, toda vez que ellos dependen tanto del desarrollo y funciones cognitivas, como del entorno social y ambiental. Con ello, Kohlberg estaría planteando una visión no lineal y no acabada, que modifica la concepción de la infancia y de la adolescencia, al cuestionar la adultez como sinónimo de desarrollo psíquico, moral y, por ende, social.

Así, en Europa y Estados Unidos, diversas corrientes se desarrollaron a favor de la diferenciación de la adolescencia, mientras que en América Latina y en otras regiones en vías de desarrollo, no lograba consolidarse, debido a que en la mayoría de los sectores prevalecía

un ingreso temprano a la vida adulta (Feixa, 2006), permaneciendo como una transición, marcada por inflexiones que asemejan a aquellos rituales de pasaje. De manera que, la década de los noventa, pone particular énfasis en la identificación de trayectorias diversas en la adolescencia, influidas por factores y procesos, como la clase social, el género, la escolaridad, entre otros, que posteriormente se complejizarían y darían lugar a una concepción de factores de riesgo o factores protectores en el desarrollo durante esta etapa. Con ello, el estudio de la adolescencia pasa de una visión conceptual y descriptiva basada en la observación empírica, hacía un modelo de explicaciones causales y un campo de estudio interdisciplinario (Dubas *et al*, 2003; Shanahan *et al*, 2005).

En la actualidad, se ha dado peso a la visión de la adolescencia y juventud como sujetos de derecho y como portadores de importantes movimientos y revoluciones culturales, pero prevalece la mirada opuesta de los adolescentes como incapaces de abstracción y de consciencia, por lo que son fácilmente susceptibles de caer en conductas ‘desviadas’, ‘anormales’ o ‘patológicas’. Aunque desde Hall se advertía la adolescencia como una etapa crítica, que requería que la fuerza del instinto en los jóvenes fuera dominada por los adultos, pues ellos mismos eran incapaces de hacerlo, esta visión se fue acentuando en la década de los noventa. De manera que, esta mirada impera en el abordaje de la salud de las y los adolescentes, en donde son catalogados como un grupo generalmente sano, pero que debe ser abordado con un enfoque de riesgo, con la particularidad de que los riesgos a la salud en la adolescencia se consideran de índole conductual o mental, más que física, cuyas consecuencias se harán patentes en el curso de vida, impactando en el mediano y largo plazo (Korbin & Anderson-Fye 2011), perspectiva en la que resalta el componente vinculado al abordaje de su salud sexual y reproductiva.

La psicoanalista Françoise Dolto (1990), ya sostenía que las conductas de riesgo son la manera en que los adolescentes consiguen, por sí mismos, su derecho de paso a la vida adulta, al no tener los ritos de iniciación que marcaban la ruptura con la infancia. Independientemente de que el desarrollo o la madurez entre cada persona fuera diferente, o si los consideraban preparados o no, los adultos concedían el derecho a ese pasaje, conduciéndolos de manera solidaria en ese paso. Para ilustrar este argumento, tomo como ejemplo el hito de la primera relación sexual:

“¿Lo problemático es la primera experiencia sexual, que es una cresta culminante en la vida del adolescente, o cierta necesidad de experimentar la muerte? Es decir: ¿se trata de la confrontación con el riesgo y el peligro o del no-deseo de vivir? Opino que es indisociable. Porque precisamente el riesgo del primer amor es experimentado como la muerte de la infancia. La muerte de una época. Y este final que os arrastra y aniquila como cuando os dais en el amor, constituye el verdadero peligro, punto de paso obligado para inaugurar su dimensión de ciudadano responsable, y acto irreversible” (Dolto, 1990: 16-17).

En oposición, persiste la pregunta sobre la posibilidad de transitar a la adolescencia sin dolor, sin sufrimiento. Frecuentemente, el término adolescencia evoca al vocablo *adolecer*, asociándolo al padecer o al sufrir, sin embargo, su raíz etimológica deriva del latín *adulescens* que da lugar al verbo *adolescere*, que significa “crecer” y alude al desarrollo subjetivo. Así, la adolescencia no constituye una etapa definida cronológicamente, sino que ser adolescente es un proceso que ocurre en tiempo y espacio y puede definirse a partir de su núcleo: lo específico de la experiencia adolescente, lo adolescente. Este proceso da apertura a la elaboración del pasado, a la contemporización que le ancla de manera productiva en el presente y a la posibilidad de proyectarse en el futuro (Duek, 2017). Esta conceptualización coincide con la propuesta de mantener una definición funcional de la adolescencia, que pueda dar cuenta de la variabilidad cultural, pero mantenga un rasgo común y diferencial, y este es la salida de la infancia, marcada por la pubertad –como criterio biológico objetivo– sin alcanzar aún la etapa de adultez. Esta definición funcional, además de una salida práctica, es una manera de vincular a las diferentes adolescencias y analizar los valores culturales que se asocian a la noción de adolescencia que, si bien no son neutros, tampoco son arbitrarios o inconmensurables (Lozano, 2014). El esfuerzo por definirla, es justamente una necesidad y una apuesta por no dejar a la adolescencia en la *indefinición*, como una categoría oscilante o en el extremo de la patologización, que conduce a la exclusión y estigmatización (Sánchez-Jiménez, 2021). Al respecto, el filósofo Alain Badiou insiste: “se teme a la juventud precisamente porque no se sabe qué es, qué puede ser, porque es algo interno al propio mundo adulto y, simultáneamente, no es para nada algo interno; es otro sin ser otro” (2017:18).

En tanto experiencia subjetiva, la aproximación a la adolescencia requiere partir de una categoría heterogénea y no universal, reconociendo que, es vivida e internalizada de manera

diferencial, en función de las condiciones sociales, económicas e históricas, y de los significados construidos localmente en el marco de lo global. Así, la adolescencia vista como una etapa crucial en la conformación de aspectos identitarios, demanda un abordaje complejo, resaltando la diversidad, las necesidades bio-psico-sociales, la intimidad, la autonomía, así como sus propios valores y expectativas. Esta conformación de la identidad, entendida como “una articulación compleja y multidimensional de elementos psicológicos, sociales, culturales e íntimo-afectivos, que se sintetizan de manera específica en cada adolescente” (Díaz-Sánchez, 2006: 433), se encuentra mediada por la experiencia y las formas de subjetivación al interior de la sociedad, y ésta a su vez, guarda estrecha relación con múltiples aspectos de la vida cotidiana y la realidad social.

Cuando Le Breton (2012) plantea que “la juventud no existe, sólo existen jóvenes a través de la singularidad de sus historias, dentro de una condición social y cultural, de un sexo, pero también, y sobre todo, de una condición afectiva” (2012:16), invita a no limitar el debate de la adolescencia a una construcción sociocultural, en tanto afirma que la relación que las personas adolescentes establecen con el mundo, y que ya no están mediadas por su núcleo familiar, implican un proceso de diferenciación y apertura, que está más arraigado al vínculo afectivo que a la condición social y cultural. A decir del poeta Hölderlin “la adolescencia es la gran transición de la infancia a la edad adulta, de la vida afectiva a la razón, del reino de la imaginación al de la verdad y la libertad” (Lacadée, 2018:29). Para Lacadée, en este pasaje se hace patente la dificultad de separarse del discurso que, hasta este momento, le había dado una idea de sí mismo, dejando al descubierto un vacío que le conduce a momentos de fuga y errancia, o lo que ha sido nombrado de otro modo, como conductas de riesgo, pero que resulta fundamental en la constitución de la subjetividad, en tanto la posibilidad de reconocerse a sí mismo y a la otredad.

Concluyo este apartado con la apuesta por el reconocimiento, en oposición a las visiones adultocéntricas de la adolescencia que propone Badiou. La juventud, señala, tiene dos enemigos internos; el primero consiste en la pasión por la vida inmediata, en donde predomina el placer y el instante, en donde el futuro es invisible, pero también porque es oscuro, porque carece de sentido. La segunda amenaza es aparentemente lo contrario; en lugar de la inmediatez aparece el régimen del proyecto de vida, es la pasión por hallar un

lugar en el orden social existente, pero este último no está menos expuesto a un culto del poder imperante (2017). Esta paradoja es más una fuerza productiva que una catástrofe o clausura sobre sí mismo, y se erige como un modo de transitar por esta etapa no exenta de tensiones, en busca de la «verdadera vida», del devenir.

Al igual que en el apartado anterior que refiere al proceso reproductivo, la aproximación a la adolescencia requiere de un marco de referencia amplio, cuyas particularidades se delimitarán a partir de la experiencia y las narrativas singulares que propone esta investigación. Para ello, el recorrido teórico aborda diversos enfoques y campos del conocimiento, que plantea una secuencia histórica, a partir de la cual emergen conceptos y categorías, que definen y sitúan a la adolescencia como un proceso, una etapa y también como una categoría en sí misma, vinculada a las dimensiones biológica, social y cultural, así como a los afectos, la identidad y la experiencia subjetiva de ser adolescente. El abordaje teórico de la adolescencia en el último siglo, no se caracteriza por la superposición de unas categorías sobre otras que quedan en desuso, sino que la mayoría de los enfoques prevalecen como parte de los debates y estudios relacionados con la adolescencia. Cabe señalar que, la definición, conceptualización y construcción de la adolescencia, desde las disciplinas que he considerado como marco de referencia, surge a través de dos caminos principales de investigación teórica y empírica, uno que toma como punto de partida los estudios realizados con personas adolescentes para indagar aspectos desde una perspectiva evolutiva, como el desarrollo cognitivo y, aquel en que se describe la adolescencia a partir de la singularidad respecto de la infancia y la adultez, para dar cuenta de las características de esta etapa de transición, o bien de la posicionalidad diferencial de las personas adolescentes en el grupo social, tomando como referencia la edad, los hitos sociales o puntos de inflexión que, de acuerdo con cada sociedad, caracterizan el inicio de la vida adulta.

Las diversas aproximaciones a la adolescencia son un punto nodal para el desarrollo metodológico y la delimitación de herramientas de investigación, ya que constituyen un bagaje conceptual y práctico desde el cual se plantea la interacción con este grupo específico. Así como la antropología privilegia el conocimiento del idioma de sus colaboradores etnográficos pertenecientes a otros países o grupos étnicos, y consulta las etnografías de la región de interés, considero que el acercamiento con las personas adolescentes requiere de

un lenguaje diferente y una perspectiva capaz de romper con el adultocentrismo, dando lugar a la emergencia de la voz y la sensibilidad de una generación.

Para ello, he recurrido a definiciones, estadios del desarrollo físico, social y cognitivo, así como a las dimensiones de vulnerabilidad que se advierten respecto de la experiencia de ser adolescente y, a continuación, profundizaré teóricamente en las intersecciones entre el proceso reproductivo y la adolescencia, así como en la dimensión experiencial a través de las narrativas de adolescentes con relación a la sexualidad, la reproducción y la maternidad, que han resultado de estudios previos afines al objeto de esta investigación, con lo cual delimitaré las categorías centrales que conducen a las preguntas y objetivos específicos.

1.3.3 Intersecciones entre proceso reproductivo y adolescencia

Desde una perspectiva socio-antropológica, ambas categorías son terreno de debates teóricos vigentes y numerosos objetos de investigación. Sin embargo, interesa de manera particular el abordaje de su interacción e intersección como marco de referencia para el presente estudio. En la Figura 1, se retoman de manera esquemática los elementos clave desarrollados previamente dando lugar a tres dimensiones analíticas a explorar en este apartado: a) el cuerpo-sujeto como espacio de concreción y sentido de la experiencia de la reproducción y la maternidad, capaz de resaltar su singularidad y dotarla de historicidad y significados sociales; b) la vulnerabilidad en sus diversas formas de expresión y manifestaciones, como eje que articula las condiciones estructurales y los contextos particulares en torno a la vivencia del embarazo en la adolescencia; y c) el riesgo como categoría vinculante entre la teoría social y la biomedicina, desde donde se problematizan las características o atributos del fenómeno, sus modos de institucionalización y la generación de políticas en torno a éste.

Estas dimensiones parten de tres categorías complejas, en tanto nociones polisémicas que originan múltiples líneas teóricas y se relacionan con diversos fenómenos sociales, por lo que el objetivo es explorar sus fundamentos generales y situarlos en el campo específico de la investigación, dando lugar al marco interpretativo y explicativo del estudio antropológico de la biomedicina y la atención del proceso reproductivo en la adolescencia como problemática central.

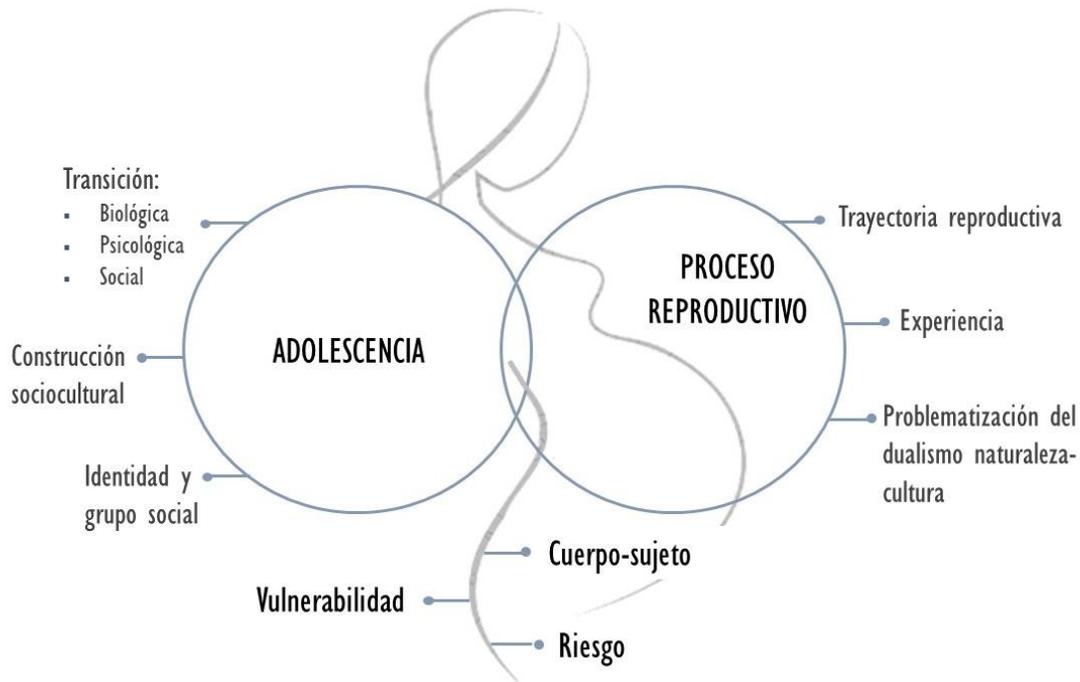


Figura 1. Síntesis de conceptos clave y categorías analíticas. Elaboración propia.

Cuerpo-sujeto: el lugar de la experiencia

“Después de haber sido abusivamente tratados durante mucho tiempo como máquinas de la encarnación, los cuerpos salen a la luz y buscan poner fin a su mutilación, a su ostracismo y a su olvido cultural; pretenden así hacer uso de las descargas, derechos e instrumentos simbólicos modernos para procurarse un nuevo tipo de intervención «desde abajo», una nueva presencia «desde la base»” (Sloterdijk, 2000:173)

Estos sitios desde donde interpelar al cuerpo aluden necesariamente a la subjetividad (del latín *subjectus*: “colocado debajo”) frente a la objetivación del cuerpo que caracterizó al proyecto cientificista de la modernidad. Esta crítica ha dado lugar a una dimensión epistemológica que hace referencia al cuerpo a partir de la condensación de sus atributos biológico, psicológico, social, histórico, cultural y simbólico, por lo que demanda una aproximación transdisciplinaria. No obstante, la integración de estas dimensiones, o al menos de algunos de ellos, tanto en el campo de las humanidades, como de las ciencias sociales e incluso de la salud, representa uno de los debates contemporáneos más profundos, del cual

abordaré dos perspectivas en concreto para situar esta categoría frente al proceso de investigación. En primer lugar, la crítica a la dicotomía mente-cuerpo como herencia del pensamiento cartesiano, y en un segundo momento, el debate de la filosofía que pugna por una visión no reduccionista del sujeto cartesiano, atravesado por un enfoque fenomenológico y experiencial.

La teoría post-estructuralista problematiza el dualismo soma-psique en el que se fundamenta la visión mecanicista del cuerpo en la biomedicina, situándola como objeto y lugar en que se origina, distribuye y aloja la enfermedad, lo patológico, o lo anormal, y desde el cual es estudiado e intervenido. Aunado a ello, el uso de la tecnología contribuye a la legibilidad de este sitio de inscripción, siendo más accesible a la mirada el otro capaz de traducir la mediación en lenguaje, es decir, a la mirada médica. Desde la perspectiva foucaultiana, esta construcción configura una ‘anatomía política’ en donde el cuerpo ocupa un lugar central en que se ancla el ejercicio del poder, a través de diversos mecanismos de disciplinamiento, regulación, clasificación y vigilancia (Foucault, 1966; Armstrong, 1983). La manifestación en contra del legado cartesiano de dicotomías y oposiciones (mente/cuerpo, natural/cultural, real/irreal) y del reduccionismo biológico, aterriza en un cuerpo como elemento simultáneamente físico y simbólico, producido natural y culturalmente por igual y anclado en un momento histórico específico.

En este sentido, Scheper-Hughes y Lock (1987) plantean una categoría analítica basada en la co-existencia de ‘tres cuerpos’: el *cuerpo individual* como una experiencia vivida e incorporada en un sentido fenomenológico, caracterizado por sensaciones y percepciones, incluida la imagen corporal que permite tanto la diferenciación, como la integración social a partir de los significados compartidos; el *cuerpo social* en el que inscribe la relación entre naturaleza y cultura, a través de la dimensión simbólica y de las construcciones socioculturales del cuerpo y en torno a éste, que producen y mantienen valores vinculados a cierto orden social –como la diferencia jerarquizada entre los sexos–, así como sus transformaciones, por ejemplo, aquellas derivadas de la industrialización o la medicalización; y el *cuerpo político*, que se asocia a los mecanismos de control y gestión del cuerpo, los cuales tienden a intensificarse cuando el orden social imperante se ve amenazado, desdibujando los límites con el cuerpo individual, toda vez que el la regulación y el control

no se ejercen solo sobre los individuos, sino sobre las poblaciones, al que Foucault (1977) se refiere como biopoder. Esta distinción es un primer acercamiento para comprender cómo el ser humano, a medida que crece y se desarrolla, de manera literal y también discursiva, es decir, a través del lenguaje y las prácticas culturales, va construyendo el propio cuerpo incorporando la experiencia en la propia carne (Fausto-Sterling, 2006), es decir, en lo simbólico y lo material.

La crítica sobre la conceptualización del cuerpo por la ciencia y la biomedicina, ha sido de suma relevancia para la antropología médica o de la salud, y de manera particular, en el campo de la salud sexual y reproductiva, en donde se advierte la estrecha relación de esta visión dicotómica con la consolidación del paradigma medicalizado y tecnocrático de la atención del embarazo, parto y nacimiento. La medicalización se refiere al proceso por el cual “problemas no médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos” (Conrad, 2007), en donde el uso sistemático de técnicas y procedimientos puede llegar a producir daños, además de enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, con una tendencia a expropiar el poder del individuo para recuperar su salud y modelar su ambiente en función de su bienestar (Illich, 1975). Guardando cierta relación, el modelo tecnocrático de la medicina se ha definido en función de la separación mente-cuerpo y la metáfora del cuerpo como una máquina que puede ser estudiada y reparada, a partir de un diagnóstico y tratamiento que proviene desde el exterior, manejado por un profesional y estrechamente vinculado al uso de diversas tecnologías. Estas expresiones en conjunto implican la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología, asociada al supuesto ideológico que vincula el mayor uso de recurso con el desarrollo y la evolución, aspectos que son incorporados en la vida de las personas y en la sociedad a través del poder simbólico que representan (Davis-Floyd, 2001).

Además del cuestionamiento teórico, diversos estudios empíricos han permitido localizar y dimensionar las consecuencias no deseadas de estos procesos. Se ha evidenciado que la sobre-medicalización del proceso reproductivo se relaciona con una ausencia de intimidad y privacidad, menor cuidado físico y emocional, y menoscabo a la dignidad y los derechos humanos durante la atención (Behruzi, 2011). Empero, las consecuencias no se hacen visibles sólo en la valoración cualitativa de la atención, sino que se expresan también en las cifras y

a situación epidemiológica. Los estudios de gran escala, muestran la manera en que la creciente institucionalización de la atención obstétrica ha contribuido de manera significativa en la disminución de la razón de muerte materna, sin embargo, cuando se llega a un valor por debajo de 50 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, que indica un acceso suficiente a los servicios de salud, las complicaciones se deben principalmente a causas indirectas o a la presencia de factores de riesgo no obstétricos, como las enfermedades crónicas o degenerativas, pero también aquellas derivadas del uso rutinario o indiscriminado de recursos (Chaves *et al*, 2015; Miller *et al*, 2016). Por ello, representa un punto crítico en donde la excesiva medicalización se convierte en una amenaza para la integridad del cuerpo, la salud, el bienestar y la experiencia de atención en este ámbito de la salud.

Así, la antropología médica ha posicionado nuevos enfoques teóricos para aproximarse al cuerpo, principalmente a través de la deconstrucción de las categorías biomédicas en torno al mismo, a decir de Ayús y Eroza:

“las experiencias de sufrimiento y/o enfermedad han brindado a la antropología médica la posibilidad de documentar cómo el cuerpo, al ser el medio más inmediato y a la vez más complejo de la experiencia humana, constituye un receptáculo ilimitado de conocimiento, y también un campo de comunicación y de agencia que recurrentemente desafía los esfuerzos de la ciencia, en particular de la biomedicina, por constreñirlo” (2007:40).

Del enfoque fenomenológico se retoma el concepto de *embodiment* (en ocasiones traducido al español como corporización o corporeidad) para describir la forma esencial de la experiencia humana que tiene lugar en el cuerpo a través de las sensaciones, la percepción y la interacción, presuponiendo una consciencia encarnada a través de la cual se establece relación con el mundo (Frank, 1986). Es entonces un intento de superar este dualismo, asumiendo un principio metodológico de aproximarse al cuerpo, no como objeto de estudio en relación a la cultura, sino como el sujeto de la cultura, es decir, el anclaje existencial de la cultura (Csordas, 1990). La propuesta de Csordas, retoma la categoría de lo pre-objetivo (el ser-del-mundo) en el análisis de la percepción de Merleau-Ponty y el concepto de *habitus* de Bourdieu como la mediación entre las prácticas y las condiciones de vida del cual emergen,

señalando que, tanto la percepción como la práctica se encuentran arraigados al cuerpo, colapsando la distinción entre sujeto y objeto.

Al respecto, Ots (1994) señala que el término *embodiment* no resuelve la dicotomía sujeto-objeto, al describir aquello que toma posesión del cuerpo, es decir, al poner el cuerpo en relación a la cultura, se objetiviza y cosifica la experiencia vivida del cuerpo, asumiendo representaciones que niegan el lugar a la experiencia en sí, a la experiencia viva. Como propuesta, el autor profundiza en otros idiomas y modelos culturales, reflexionando que esta manera de perpetuar el dualismo, se debe en parte, a los procesos de traducción. En este sentido, señala la distinción que elabora Husserl (1950) a partir de dos conceptos para referir al cuerpo en idioma alemán. El primero, *körper*, deriva del latín *corpus* y refiere a los aspectos estructurales del cuerpo: el cuerpo ‘de otro’, como objeto, como contenedor de otras estructuras, como cuerpo inerte. En contraste, *leib* describe el cuerpo vivo, viviente, ‘mi cuerpo’, con sentimientos, sensaciones, emociones y percepciones, y es el término que, a decir de Ots, mantiene Merleau-Ponty, hasta su traducción al inglés en donde no hay vocablos para mantener esta distinción.

En párrafos anteriores se esboza la referencia a la extensa disertación en torno al cuerpo que hace Merleau-Ponty en su obra *Fenomenología de la percepción*, un punto de partida nodal en la problematización de las dicotomías cuerpo-mente y sujeto-objeto. Para el filósofo, el cuerpo objetivo es “un momento en la constitución del objeto, el cuerpo, al retirarse del mundo objetivo, arrastra a los hilos intencionales que lo vinculan a su contexto inmediato y nos revelará, finalmente, tanto al sujeto perceptor como al mundo percibido” (1945: 91). El cuerpo supone, entonces, una unidad distinta a la del objeto, posee una intencionalidad y un poder de significación, de manera que, el cuerpo simboliza la existencia en tanto que la realiza, revelándose en un modo de existencia más ambiguo, ya que al no ser el cuerpo un objeto, la consciencia del mismo no es un pensamiento. Así, conduce a la tesis central respecto de este debate: para conocer el cuerpo humano, no se dispone de otro medio más que el mismo cuerpo y el hecho de vivirlo: “la experiencia del propio cuerpo se opone al movimiento reflexivo que separa al objeto del sujeto y al sujeto del objeto, y que solamente nos da el pensamiento del cuerpo o el cuerpo en realidad” (1945; 215).

Sin embargo, es también la exposición de Merleau-Ponty, que habilita una relectura del supuesto dualismo que fue emergiendo de la distinción entre *res extensa* y *res cogitans*, pues en su obra señala que en el pensamiento de Descartes existe un reconocimiento de la experiencia del propio cuerpo y del vivir cotidiano, es decir, provee una noción del cuerpo en tanto que sujeto. Al respecto, la filosofía contemporánea ha abierto el debate de sostener la fenomenología merleau-pontiana como una crítica al pensamiento cartesiano o hasta qué punto sostiene una continuidad con las *Meditaciones Metafísicas* (Menacho, 2008). Siguiendo esta última apuesta, Jean-Luc Nancy (2006) enfatiza que Descartes no distingue entre la *res extensa* y la *res cogitans*, sino solo para mostrar sus realidades, respectivas una de la otra en una unión sustancial: “la cosa extensa no es simplemente exterior ni extraña a la cosa pensante. Es su lugar de ejercicio, o mejor aún, su ejercicio mismo (...) Es a través de lo cual ejercita su propiedad de sentido (...) Ego [yo soy] es el *un* de «un cuerpo» y *cuerpo* constituye el sentido de este *un*” (2006: 10-12).

Hasta el día de hoy, la tentación de los dualismos persiste, no solamente a partir del discurso científicista o biomédico. Marzano critica que la filosofía ha preferido “meditar sobre el alma y sus pasiones, que inclinarse sobre la realidad del cuerpo y sobre la finitud de la condición humana. Lo que hace que el cuerpo con frecuencia haya sido tratado como un cuerpo/caja, un cuerpo/máquina, un cuerpo/materia...” (2007; 3), por lo que plantea una crítica coincidente con la de la antropología, en lo que denomina ‘filosofía del cuerpo’ –sin distinguirla de la filosofía que tiene como punto de partida el cuerpo mismo–, en la que recorre desde el pensamiento cartesiano hasta la posmodernidad, y problematiza el cuerpo como ficción: el *cyborg* o lo post-humano, no es sino la persistencia de la fascinación por el cuerpo como máquina y también, su crítica radical. La autora resalta en esta senda iterativa, el cuerpo como consciencia de finitud y vulnerabilidad, pero también da cuenta de su potencia generadora y pulsional; “el cuerpo es uno de los datos constitutivos y evidentes de la existencia humana: es en y con su cuerpo que cada uno de nosotros nace, vive, muere; es en y por su cuerpo que nos inscribimos en el mundo y nos encontramos con el otro” (2007; 3).

El cuerpo-sujeto, es entonces una condición de posibilidad para el conocimiento que permite establecer relaciones, generar consciencia e intencionalidad, lo que implica el ser-en-el-

mundo, a través del cuerpo (Costa, 2006). Así, el cuerpo supone un mundo de sentido que es habitado por un sujeto encarnado, de manera que lo real o los objetos no aparecen en sí mismos para el individuo, sino como una experiencia acerca de ellos que surge en el encuentro del cuerpo con el mundo (López Medina, 2014). Es en el cuerpo y a través de él que se experimenta el sí mismo en el mundo; constituye el umbral entre el individuo y los otros, a decir de Le Breton: “vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través de lo simbólico que éste encarna” (2002:7). Así, entre lo cultural y lo material, el sujeto y el objeto, el cuerpo se erige como eje de inserción en la trama del mundo: “es posible advertir que nuestro cuerpo, en nuestra sensibilidad y percepción somáticas, se esconden, en cierto modo, los rastros de una plétora de cuerpos que se proyectan en nuestro presente desde un pasado remoto” (Sierra, 2006: 113). Pensando con Sierra, el cuerpo, en su finitud, modula una existencia orientada temporalmente y, al mismo tiempo, evoca una trama histórica de sentido, un pensamiento colectivo que se deja decir en metáforas, mitos, representaciones y narrativas.

Una de las esferas en donde se proyectan las relaciones más complejas que cada ser humano mantiene con su cuerpo y con el cuerpo de otros es la sexualidad, “porque el deseo erótico es siempre una apertura al otro a la vez en su corporeidad y en su subjetividad” (Marzano, 2007; 107), de manera que no hay un recorrido epistemológico en torno al cuerpo que no atraviese por la sexualidad y la reproducción, así como no es posible dar cuenta del proceso reproductivo sino como experiencia vivida en y a través del cuerpo. La definición misma de la adolescencia en su dimensión cultural o como problematización desde la identidad o desde la configuración de alteridad, está necesariamente arraigada al cuerpo-sujeto. Ello, hace recordar que esta forma de concreción no está dada, sino que refleja un proceso de transición, es decir, está respondiendo a una inquietud, así “el cuerpo es el lugar en donde se actualizan el problema de la identidad y el de un cierto goce inefable otorgándole una cierta idea sobre él” (Lacadée, 2018:52). Es decir, eso que ha perdido y que está en proceso de refigurar, requiere de la experiencia cuerpo a cuerpo, en tanto falta la dimensión del deseo, se encuentra en su lugar una necesidad de experimentación. Este proceso de reconocimiento del y mediante el cuerpo está entonces, íntimamente ligado con el despertar de la sexualidad, como un momento esencial en la adolescencia, porque más allá del placer, contribuye al sentimiento de sí, íntimamente anclada al proceso de diferenciación (Le Breton, 2012).

No obstante, en la incursión de las ciencias sociales en la investigación o intervención en torno a la sexualidad, la vida reproductiva o la maternidad en la adolescencia, la dimensión del cuerpo es secundarizada frente a los hitos del desarrollo psicosocial. Por otra parte, desde la conceptualización biomédica, la pubertad y la adolescencia son etapas de máximo crecimiento y desarrollo en lo que concierne al cuerpo, que se asocia de manera característica a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la posibilidad de reproducción, aunque ésta representa un riesgo debido a la inmadurez anatómica y fisiológica del sistema reproductivo, por lo que el inicio de las relaciones sexuales es considerado un peligro. Ambas perspectivas mantienen una brecha en el estudio de estos fenómenos en que la corporalidad es frecuentemente ignorada, así como la sexualidad queda desvinculada del deseo, el afecto o el placer, lo que perpetua la noción del cuerpo como máquina y la reproducción como una de sus funciones clave. En la aproximación a la experiencia de la sexualidad y la reproducción en la adolescencia, la corporalidad habilita una dimensión subjetiva, pero también material, en tanto reconocimiento del cuerpo vivo, deseante y sintiente.

Desde esta reflexión, Allen (2005) argumenta la relevancia del concepto de *embodiment* como una posición política, en donde no solamente es relevante la manera en que el cuerpo se vive, sino que las estas experiencias corporizadas impactan la vida de las personas adolescentes y son afectadas de manera diferencial, aspectos que pueden ser explorados en sus narrativas. En la investigación aplicada en el campo de la educación sexual para adolescentes que realiza la autora, se identifica la importancia del vínculo experiencia-cuerpo-lenguaje como una aproximación analítica a través de la cual propone cuatro estados corporales identificados en las narrativas en torno a la sexualidad en adolescentes. Los primeros dos dan cuenta de situaciones que califica como positivas, el primero describe a las adolescentes que han experimentado placer o sensaciones corporales agradables, aunque les resulte difícil o prefieran no nombrarlas, y se diferencia de otras que se pronuncian de manera positiva respecto de la ‘experiencia’ sexual sin haberla vivido, a partir de sus referentes sociales (grupos de pares, medios de comunicación, entre otros). En estos dos tipos resalta, por una parte, que pese a que las mujeres identifican el estereotipo de que las “niñas buenas” no sienten o hablan del placer y que para los hombres el placer sexual es percibido como una condición normal de la corporalidad masculina, ambos reconocen en sus narrativas las sensaciones corporales placenteras y las asocian a emociones como la intimidad, la cercanía,

el amor o la confianza. Los otros dos estados corporales que describe, se relacionan con un impacto negativo cuya diferencia también está en la manera en que son o no articulados en el lenguaje. Por una parte, recurre a la noción opuesta de *disembodiment* definida como desapego o alienación del cuerpo, expresado por la falta de conocimiento, de reconocimiento, o la ausencia total en el discurso de referencias al cuerpo o a las sensaciones que pueden ser experimentadas a través del mismo. Finalmente, refiere a aquellas narrativas en donde hay una marcada consciencia del cuerpo y la sexualidad, pero producida a través de la percepción de sus deficiencias, de sensaciones displacenteras o de una imagen corporal inadecuada frente a los estereotipos sociales.

La exploración minuciosa de Allen con respecto a la experiencia corporizada de la sexualidad en la adolescencia es relevante en tanto aproximación fenomenológica y como posicionamiento político, partiendo de la postura crítica del cuerpo como una tema de discusión presente, pero ausente como un foco de investigación, pues su concepción como objeto de análisis real y material tiende a ser relegado de la discusión por otras categorías, manteniéndose como la presencia ausente de la teoría social (Shilling, 1993). En los estudios sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia, predomina el abordaje sobre las condiciones de vulnerabilidad, el estigma y las construcciones sociales, considerada *a priori* como una problemática a erradicar, mientras que la dimensión del cuerpo-sujeto permanece invisibilizada. Esto no ocurre de manera homogénea en la vasta producción académica en torno al proceso reproductivo en mujeres adultas, en donde el cuerpo en su dimensión biológica, social y experiencial es también un espacio de poder y resistencia, de acción y de agencia, que algunas autoras refieren como autonomía corporal (Felitti, 2011; Lázaro 2017).

En estas investigaciones, independientemente del campo disciplinario, rara vez se hace referencia a las experiencias –y a los cuerpos– de las adolescentes. De acuerdo con Witz (2000), el ‘giro corporal’ de la teoría social es un enfoque constantemente negociado desde la teoría feminista, no solamente en la pugna por evitar una reducción al paradigma estético y funcional del cuerpo sexuado, sexual y fértil de las mujeres, sino porque cuestiona qué cuerpo-sujeto está siendo reivindicado en la sociología o antropología del cuerpo, a través de qué medios y con qué fines. Desde su punto de vista, el entramado conceptual en torno al cuerpo debe “recuperar los cuerpos ausentes y abyectos, considerando las formas en la

exclusión y la abyección fueron producidas” (Witz, 2000:20). En la postura radical de Butler (2002), los cuerpos que importan son aquellos investidos de discurso y de poder –argumento que alude al vocablo en inglés *to matter* (importar), que se traduce simultáneamente como materializar y significar–, pero esta materialización no es siempre la respuesta, pues no puede obviar su anclaje histórico. Por el contrario, mantenerse fuera del discurso, en el exterior, implica un “horizonte en el cual siempre se está superando la violencia de la exclusión” (Butler, 2002:91), en donde el sujeto se constituye a través de la fuerza de la exclusión y la abyección.

En un primer esbozo, ser adolescente y estar embarazada supone un cuerpo-sujeto todavía inacabado en su configuración biológica y psicosocial, que pone constantemente a prueba la (im)posibilidad de narrarse y ser narrado. En este espacio de exclusión las adolescentes son situadas como sujeto de la palabra de otro, pero también es el lugar en el que emerge la palabra del sujeto, como acto performativo y otras formas de resistencia. Un sujeto emergente desde el cuerpo es «un cuerpo que dice yo», “soy un cuerpo-sujeto, pero no solo sujeto personal, sino colectivo (...) un cuerpo que dice «yo» y «tu»” (Masiá-Clavel, 2015:114-115).

Vulnerabilidad: una dimensión ontológica y social

La vulnerabilidad remite a una condición de fragilidad, a una situación de amenaza o a la posibilidad de sufrir algún daño, poniendo de manifiesto la relación del individuo con el ambiente y con la sociedad, misma que no es posible sino en y a través del cuerpo, como límite de lo interior y lo exterior, de la alteridad y la mismidad. En palabras de Marzano:

“El cuerpo es nuestro destino. No porque el ser humano no sea libre de escoger la vida que mejor le conviene y porque esté genéticamente determinado a efectuar ciertas tareas más bien que otras (a causa de su naturaleza corporal), sino porque – independientemente de toda escogencia y de toda decisión– el cuerpo está siempre ahí, insuperable, para lo mejor y para lo peor. Cada uno es su cuerpo, al mismo tiempo que se lo tiene. Cada uno tiene su cuerpo al mismo momento que se lo es. Es el cuerpo el que nos recuerda constantemente nuestra finitud y nuestra fragilidad, y que nos “clava” a lo real sometiéndonos a los constreñimientos del cuadro espacio-temporal y existencial” (2007:122).

Entonces, es en principio la dimensión corporal, como materialidad de la existencia que hace la vulnerabilidad una condición inherente a la vida humana, dotada de una particularidad que la diferencia de otros organismos vivos, “el ser humano no sólo muere, sabe que muere” (Feito, 2007:9) y concibe la muerte como el límite absoluto de las posibilidades, por lo que representa una amenaza latente, y al mismo tiempo, es una certeza, porque tiene consciencia de finitud, advierte la posibilidad de su extinción biológica o biográfica y ello le hace doblemente vulnerable (Feito, 2007).

Este argumento muestra que la categoría de vulnerabilidad como segundo eje de la propuesta teórica, no es un siguiente apartado, sino una progresión que necesariamente toma como punto de partida las reflexiones en torno a la noción de cuerpo-sujeto, y profundiza con la disertación spinoziana acerca el cuerpo y sus modos de afección, que desarrolla en su obra *Ética demostrada según el orden geométrico* (1677). Para Spinoza, el cuerpo existe tal como lo sentimos, lo que percibimos o de lo que tenemos consciencia es del cuerpo a través de las diversas maneras en que es afectado por otro cuerpo¹, entendiendo por *afecto* a “las afecciones del cuerpo por las cuales aumenta o disminuye, es favorecida o perjudicada, la potencia de obrar de ese mismo cuerpo, y, al mismo tiempo, las ideas de esas afecciones” (Spinoza, 2007: 200). Con ello, pone de manifiesto que el ser humano –en tanto conjunción de cuerpo y alma– no tiene una potestad absoluta sobre sus acciones y no es determinado por sí mismo, sino que es afectado y aquello que afecta es siempre exterior. Ante ello, se esfuerza, con cuanto esté a su alcance por preservar su ser. Así, la filosofía spinoziana revela tres aspectos fundamentales para definir a la vulnerabilidad: 1) que ésta proviene de la condición humana de exposición, de estar expuesto a algo, en apertura a otro; 2) que está vinculada a una forma de resistencia, produciendo una tensión entre la amenaza y la posibilidad; y 3) que no es relevante distinguir si lo que se expresa es la afección en sí o la idea de esa afección, por lo que trasciende los dualismos mente-cuerpo, biológico-cultural e individual-social.

¹ Cabe señalar que, en las definiciones y axiomas propuestos por Spinoza, un cuerpo no es una totalidad acabada o cerrada en sí misma, sino que un cuerpo puede estar conformado por varios cuerpos, conformando una “forma de formas”, una “estructura de estructuras”; sentando un enfoque organicista que se opone al ‘mecanicismo’ cartesiano. Para decirlo con Nancy: “Un cuerpo no está vacío. Está lleno de otros cuerpos, pedazos, órganos, piezas, tejidos, rótulas, anillos, tubos, palancas y fuelles. También está lleno de sí mismo: es todo lo que es” (2007:13).

Podría decirse que la vulnerabilidad es origen e hilo conductor para la antropología, en tanto estudio del ser humano, con sus múltiples orientaciones que ponen de manifiesto la relación a sus formas de organización, de pensamiento, de comunicación, en las cuales se expresa la tensión entre su aspiración y su realización. Ricoeur (2004) propone la falibilidad como un lugar, un origen o una posición que constituye a todo ser humano desde donde se puede reconocer la propia fragilidad, es “la inadecuación, sentida por cada uno, entre su deseo de ser y toda efectucción” (Ricoeur, 1986:74). Esta falibilidad se acompaña de ambigüedad, da lugar a posibilidades y riesgos, es peligro y promesa a la vez. Así, la falibilidad de la ciencia y de la técnica, de la comunicación y del diálogo son también prueba de esta vulnerabilidad (Masiá-Clavel 2015), en tanto productos a través de los cuales el ser humano busca su realización y basa sus interacciones con otros.

Es entonces la vulnerabilidad una condición existencial, “la vulnerabilidad de nuestros cuerpos singulares, expuestos el uno al otro, constituye la condición humana que nos pone en común, pero dejándonos distintos” (Cavarero, 2009:14). Siguiendo a Cavarero, hablar de vulnerabilidad implica necesariamente mantener visibles las tensiones, hacer patente la ambigüedad:

“no solo nos inscribe como seres dañables y dañinos, sino también como seres que requieren de cuidados y que cuidan. La apertura al otro, propia de la vulnerabilidad, nos proyecta como seres dañables (*vulnus*, heribles), pero también que requieren de un sustento o de cura para pervivir. La vulnerabilidad es insuperable y se caracteriza por la corporalidad, singularidad, interdependencia, apertura y exposición. Como seres vulnerables desde el nacimiento hasta la muerte, somos seres vinculados y dependientes de los otros” (Sales, 2021:4)

Butler (2016) coincide en este carácter universal, pero no como una disposición subjetiva, sino como la relación con los objetos, las fuerzas y las pasiones que imprimen su fuerza de una manera o de otra. Asimismo, sugiere que esta relación es ambigua, en tanto que la receptividad y la respuesta a estas fuerzas, no se distinguen claramente ni suceden en una secuencia temporal, “la vulnerabilidad no es ni totalmente activa, ni totalmente pasiva, sino que opera en una región intermedia, como un rasgo constitutivo del ser humano en tanto sujeto de acción y de afección” (Butler, 2016:25-26). En este sentido, enfatiza la relevancia

oponer la vulnerabilidad a la resistencia, sino que ambas se expresan y producen en esta región intermedia.

Hasta ahora, este recorrido teórico ha abordado la vulnerabilidad en su dimensión existencial que apela a una susceptibilidad común al sufrimiento, sin embargo, también es definida desde una perspectiva social y relacional, la cual plantea la vulnerabilidad no en su sentido ontológico, sino contingente y diferencial (Mackenzie, Roger y Dodds, 2013). Esta perspectiva busca visibilizar la manera en que algunas personas o grupos se encuentran ‘más expuestos’, más susceptibles o tienen menor posibilidad de mantener, a decir de Spinoza, su potencia de ser. En una vía similar, Butler distingue vulnerabilidad o precariedad de la «precaridad»; la primera refiere a que, en cierto sentido, nuestra vida está siempre en manos de otro, en una relación de dependencia, mientras que el segundo concepto busca dar cuenta de 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). En esta segunda vía, la vulnerabilidad se erige como una categoría para aproximarse a las condiciones estructurales y la manera en que inciden en los fenómenos específicos y objetos de estudio de las ciencias sociales.

Para dar cuenta de la vulnerabilidad en su carácter de contingente y diferencial, la antropología recurre a diversos conceptos como la estratificación social, la interseccionalidad o la posicionalidad, que describen la situación, la condición o el lugar que se ocupa al interior de una estructura o grupo social, en función de ciertas características o aspectos que hacen diferir, de manera jerarquizada, a un sujeto de otros. Entre estas características se encuentra el género, la edad, nivel educativo, clase social, adscripción étnica, nacionalidad, nivel educativo, los sistemas de valores, entre otros (Vega, 2016a). Así, esta acepción de vulnerabilidad desde las ciencias sociales y la antropología se disemina ampliamente vinculado al auge de los estudios de desigualdades sociales y desarrollo humano en la década de los ochenta.

En este contexto, la academia –principalmente anglosajona– posicionaba los análisis sobre la pobreza y la violencia como productos de la desigualdad y con ello, la necesidad de paliarla o evitarla. Para estos fines, la noción de vulnerabilidad resultaría crucial al ser un concepto *ex ante*, como propone Valdés Gázquez (2021), la pobreza constituye una medida de un

estado actual, mientras que la vulnerabilidad tiene una cualidad predictiva, ya que da cuenta de la susceptibilidad o disminución del bienestar antes de que se produzca un estado señalado como inadmisibles o extremo. En este sentido, el concepto es adoptado para orientar las políticas públicas en materia de desarrollo y las intervenciones en acción humanitaria, convirtiéndolo en una herramienta analítica más operacionalizable que la noción abstracta de desigualdad. De ahí, que el desarrollo e implementación de políticas y programas acuñe la variable de ‘condiciones de vulnerabilidad’ para referir a aquellos determinantes sobre los cuales es necesario incidir o aquellos que permiten caracterizar de manera diferencial a ciertos grupos, a los que también se les denomina ‘poblaciones vulnerables’ o, recientemente, ‘en situación de vulnerabilidad’, lo cual mantiene visible el carácter externo de las amenazas o los factores que le alejan del umbral del bienestar.

En el campo de la antropología médica, el acercamiento a los fenómenos y procesos, como el nacimiento, la muerte, la enfermedad, el padecer, el dolor, la sexualidad y la reproducción, el cuerpo, expresa su inherente preocupación por la vida y aquello que la pone en predicamento, es decir, estas manifestaciones permiten aproximarse a la vulnerabilidad en su sentido existencial y experiencial. A través de las narrativas, como vehículo social de la experiencia, es posible dar cuenta de cambios corporales y las marcas como evidencia de que el cuerpo es puesto a prueba, la irrupción de la enfermedad, la curación o el deterioro, los múltiples agravantes y atenuantes, las sensaciones (dolor, miedo, angustia, etcétera), los sentimientos (tristeza, culpa, vergüenza, entre otros), y las expectativas como horizonte de futuro (Hamui, 2016; 2019). Por otra parte, la incursión en categorías como el malestar o el sufrimiento social, dan cuenta de la manera en que las determinantes como el género, la edad, la raza o etnicidad, el nivel educativo o el ingreso económico, asociadas a las macroestructuras –la economía, la política, las instituciones y la cultura– limitan la capacidad de respuesta e incrementan la exposición de las personas a las enfermedades, o incluso, resultan causantes de las mismas. Así, en tanto formas de poder, se traducen en desigualdades sociales y formas de violencia, que pueden ser perpetradas por las instituciones y sus agentes, incluso en aras de la salud y el bienestar (Kleinman, Das y Lock, 1997; Hanna y Kleinman, 2013; Farmer, 2013).

Estas determinantes y estructuras sociales, han sido particularmente relevantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ya que, en principio, este concepto refiere a procesos fisiológicos que forman parte del ciclo vital, pero que pueden ser afectados de manera importante por factores ambientales, sociales y de salud. En el ámbito de la reproducción, la probabilidad de una defunción derivada de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio es una amenaza latente. Por ello, a nivel global, existe cierto consenso de que la mortalidad materna guarda una estrecha relación con determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, por lo que es considerado un indicador de desarrollo altamente sensible de las inequidades sociales (Sesia, 2009). En la última década, se enfatizó, además, que la mayoría de las muertes maternas son evitables, cuando se tiene información adecuada y acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud (Elu y Santos, 2004; CNEGSR, 2009) y, actualmente se ha hecho énfasis en la relevancia de la atención por personal de salud calificado, la existencia de un entorno seguro y propicio, así como el empoderamiento de las mujeres niñas y adolescentes, las redes de apoyo social y la solidez normativa y financiera como aspectos que habilitan la condición de evitable (OMS/WHO, 2015; Stanton *et al*, 2018).

Desde otra perspectiva, en contextos precarizados, los eventos cotidianos o singulares, como el embarazo o la maternidad –que además son portadores un alto valor social–, pueden potenciar las condiciones de vulnerabilidad social y la fragilidad percibida por las mujeres, y al mismo tiempo, convertirse en factores de riesgo (Carmona y Marques, 2016). Frente a la maternidad concebida como una experiencia única, esperanzadora y de promesa de futuro, en estos contextos emergen narrativas contradictorias u opuestas, en donde el embarazo o la maternidad se asocian a la impotencia, el error, la resignación, la carga simbólica y social, la desolación, el miedo a las complicaciones o a los desenlaces negativos (Muñoz *et al*, 2013). A partir de su investigación con mujeres en situación de pobreza extrema, Carmona y Marques señalan:

“la maternidad parece contribuir a la desorganización de una vida apenas soportable en la incertidumbre de sus entornos. Una de las participantes comentó que cuando se tiene una estabilidad marital, financiera o familiar, se mitiga el sufrimiento, aun cuando estás preocupada constantemente por tener algo que comer, o algún lugar donde dormir, o de tener que ser padre y madre al mismo tiempo” (2016:19).

En esta aproximación narrativa, la vulnerabilidad encuentra sus modos de expresión y da cuenta de la manera en que ésta es percibida, a través de las emociones y sensaciones como formas de concreción. En el caso de las adolescentes, es frecuente suponer las características de sus entornos, pero incluso se duda de la capacidad de nombrar, analizar o reflexionar sobre el contexto y su trayectoria de vida. Por ello, las adolescentes embarazadas o que son madres, suelen ser uno de los grupos considerados en mayor desventaja, por lo tanto, susceptibles de intervención, a la vez que sus voces continúan ausentes y permanecen invisibles en las esferas políticas, sociales y morales (Barcelos, 2014).

Para las adolescentes, la falta de un estatus legal de ciudadanía y de reconocimiento como sujetos de derechos, constituye una forma más de exclusión que se expresa en los espacios sociales en que se desenvuelven. A ello, se suman estereotipos y estigmas que aluden tanto a su persona, como a su núcleo familiar, las valoraciones culturales de los roles de género, los significados atribuidos a la sexualidad y al cuerpo, la relación mediada con las tecnologías de la información y comunicación, la falta de vinculación con el sistema de salud, la ausencia a debilidad de redes de apoyo social y la limitada posibilidad de toma de decisiones (Campero et al, 2013; Mantovani y Thomas, 2014), que les colocan en una situación de vulnerabilidad social diferencial, frente a la vivencia del embarazo y la maternidad. Luttrell (2011) enfatiza que las adolescentes enfrentan la carga corporal de un embarazo en un “diálogo” constante con diversos “conjuntos de voces”, frecuentemente contradictorios en las expectativas y perspectivas que se les imponen, generando ambigüedad en sus emociones, referentes morales y relaciones interpersonales. En estos silencios, o diálogos internos, la vulnerabilidad imprime una huella en el cuerpo-sujeto, pero también da lugar a la posibilidad de aprender y refigurar la experiencia vivida.

Merece la pena insistir en que antes de la conformación de una categoría analítica, la vulnerabilidad en su estatuto ontológico es el objeto en sí de la antropología, y el momento del nacimiento su condición de posibilidad: “las madres lo saben bien; la aparición de la vida siempre viene acompañada por fantasmas de muerte; la generación alberga dentro de sí el peligro, siempre amenazante de la destrucción... ¿Prevalecerá la vida sobre la muerte?” (Recalcatti, 2018:66).

La mirada puesta en el riesgo

Del mismo modo que la reflexión en torno a la vulnerabilidad toma como punto de partida la noción de cuerpo-sujeto, el riesgo como una categoría social, biomédica y de salud pública, se encuentra estrechamente vinculada a estos dos conceptos y los debates antes expuestos. Ulrich Beck y Mary Douglas inscriben su teorización sobre el riesgo en el marco del estudio de la modernidad, es decir, en la manera en que el riesgo configura al sujeto de la sociedad moderna, transformando la relación entre lo individual y lo social, así como la percepción del cuerpo y del ambiente, en función de su condición de fragilidad frente a las amenazas reales o potenciales del entorno.

Para Beck (1992) el desarrollo tecnológico e industrial genera nuevas amenazas y eventualidades de los cuales las personas son cada vez más conscientes en un contexto en que el incremento de la movilidad y del flujo de información comienzan a hacerse patentes a nivel global. De manera que, el peligro antes invisible se hace perceptible a los sentidos y sus huellas en los cuerpos, cada vez más patentes, generando también una percepción social. Desde el abordaje culturalista, argumenta Douglas (1996), el riesgo se incorpora en el habla popular vinculada a la experiencia cotidiana, dando cuenta de la manera en que los individuos piensan y actúan en respuesta a las amenazas percibidas, refiriendo a una aceptabilidad del riesgo que es culturalmente diferenciada. Así, la apropiación de conocimientos y discursos por parte de la población, relacionados con los peligros ambientales, sociales y en el ámbito de la salud dan lugar a nuevas reflexiones acerca de la propia vulnerabilidad (Hersch, 2013).

En la actualidad, el concepto de riesgo no solamente está anclado en el argot de diversas disciplinas, como las ciencias sociales, la biomedicina o la ecología, sino que los encuentros con el riesgo tienen lugar en cada aspecto de la vida cotidiana, tanto en el ámbito público, como privado, por lo que la advertencia del riesgo comienza a formar parte del sentido común y se convierte en un principio ordenador de la sociedad y de la cultura (Petersen y Wilkinson, 2008). Así, el riesgo no se trata sólo de una representación, sino que obedece a un contexto temporal y espacial al interior del cual sus significados se transforman; la noción de riesgo alude tanto a la percepción de amenazas o peligros, como a la dimensión experiencial que permite percibirlos y afrontarlos (Lupton, 1999a; Sánchez Jiménez, 2014). Por ello, como objeto de estudio o categoría analítica, este término polisémico permite caracterizar ciertos

fenómenos, a partir de su relación con el ámbito de la experiencia y la subjetividad, pero también de su dimensión ética y política.

En el contexto de la denominada sociedad del riesgo, un elemento central es la definición de aquellos sujetos *de riesgo* o *en riesgo*, diferencia que habilita la posibilidad de intervención y la orientación de dichas intervenciones. Desde una mirada crítica, más que un sentido de justicia, esta mirada constituye una economía moral y una forma de orden social. Por ejemplo, es imposible pasar por alto que es el riesgo, una de las categorías más empleadas para caracterizar a la adolescencia, partiendo del supuesto de que la falta de reflexividad y consciencia acerca de la propia vulnerabilidad, los pone *en riesgo* de tomar malas decisiones o exponerse con mayor facilidad a conductas *de riesgo* (Blum, McNeely y Nonnemaker, 2001).

Nightingale y Fischhoff (2001) contribuyen a problematizar este argumento profundizando en la multiplicidad de sentidos que la vulnerabilidad y el riesgo pueden adquirir en la adolescencia. Señalan que la evidencia científica y los diálogos directos con adolescentes muestran sus preocupaciones no necesariamente difieren de las dificultades que puede experimentar una persona adulta, por ejemplo, padecer alguna enfermedad puede ser un gran reto o temor; la amenaza que representa la violencia, algún incidente repentino o encontrarse en el lugar o momento incorrecto; la preocupación por tener un trabajo y una profesión que les permita un sostén, presente en sectores económicos de clase media y alta, mientras que las relaciones interraciales y la pobreza afectan cotidianamente a la población adolescente en los sectores marginados. Estas experiencias forman parte de la carga de vulnerabilidad que es percibida por las y los adolescentes, ante la cual posiblemente tienen menor capacidad de respuesta o contención, lo que puede llevarles a adoptar comportamientos de riesgo, como prácticas sexuales inseguras, consumo de alcohol y drogas, manejar a alta velocidad, entre otras. En síntesis, proponen que los factores de riesgo no emergen de la ausencia de percepción de la vulnerabilidad, sino de una sensación exacerbada de fragilidad que se acerca a la desesperanza.

Otro de los fenómenos constitutivos y, al mismo tiempo constituidos, por la denominada sociedad del riesgo es la salud y la enfermedad, atravesada por la medicalización y la mirada médica. Diversas aproximaciones como la medicina preventiva, el énfasis en el estilo de vida

o la patologización de los procesos fisiológicos, patentan la existencia de factores que amenazan la salud aun cuando no puedan ser percibidos, situando a los sujetos en un intersticio entre lo saludable y lo patológico. En este contexto, una característica del riesgo es que no puede ser identificado de manera directa a través de la experiencia vivida, sino solamente a través de la mediación de la tecnología, que permite hacer mediciones a partir de las cuales, el riesgo es calculado. Como consecuencia, “las personas no pueden confiar en sus propios cuerpos y se tornan dependientes de la biomedicina para confirmar su estado de salud” (Skolbekken, 2008:19). Esto implica que, el discurso del riesgo acentúa nuestra consciencia de vulnerabilidad, desde una perspectiva paradójica: mientras que la racionalidad de la vigilancia médica es protegernos de nuestra inevitable fragilidad humana, se convierte en un recordatorio constante de ésta, produciendo un estado de angustia. Esta angustia no es resultado de la identificación de un riesgo, sino del estado de vigilancia (Scott *et al*, 2005; Skolbekken, 2008:19).

El riesgo, como un atributo medible, se configura como un discurso de racionalidad que desencadena una serie de prácticas, estrategias y producción de conocimientos que reflejan y habilitan una aproximación diferente a la subjetividad y a la sociedad, para lo cual se establece una distinción conceptual, en donde, desde el conocimiento subjetivo o el sentido común, una situación amenazante puede calificarse como peligrosa, el riesgo es calculado a través de correlaciones estadísticas o probabilidades basadas en un corte poblacional, más que en la observación de los individuos. Así, un riesgo designa un factor o serie de factores que en su dimensión potencial se encuentran más cerca de la verse concretados, no en un individuo sino en una población que comparte ciertas características. De ahí que el riesgo constituya un nuevo modelo de vigilancia y control, que no requiere de la presencia del individuo, sino que se basa en el monitoreo de registros y la predicción sistemática, generando un bagaje de datos empleados para la producción de discursos dirigidos a la regulación del cuerpo, la conducta y las interacciones (Castel, 1991; Lupton, 1999b).

Desde esta perspectiva, el riesgo puede ser comprendido como una estrategia de gobernabilidad basado en el poder regulatorio sus dispositivos de control y disciplinamiento, sustentados en el discurso tecnocientífico autorizado y las figuras que ostentan o representan dicho poder, a la que Foucault denomina *gubernamentalidad*. Como punto de partida, define

qué y quién constituye un riesgo, y qué y quién está en riesgo, desencadenando la posibilidad de intervención. Esta intervención se basa en la información y la anticipación que permita evitar su concreción, por lo que poseer esta información se vuelve una obligación moral, impuesta a través de leyes y normas sociales, pero también es internalizada como un valor o una responsabilidad, o bien mediante la culpa o la estigmatización (Van Loon, 2008). Tanto Lupton como Van Loon, proponen ejemplificar el riesgo como tecnología moral, a partir de fenómenos vinculados a la salud sexual y reproductiva que resultan de interés para este problema de investigación: la sexualidad en la adolescencia y la vigilancia en el embarazo.

El estudio del comportamiento sexual de las personas adolescentes como una conducta de riesgo implica una conceptualización inicial de las y los adolescentes como un grupo social vulnerable, cuya salud e integridad solamente puede preservarse a través de un control estrecho, toda vez que se asume son ignorantes o irresponsables frente a los riesgos a la salud o a la posibilidad de quedar embarazadas. Basada en estos supuestos, la lógica de las intervenciones preventivas en la adolescencia consiste en: a) la visibilidad de los riesgos asociados a la sexualidad en la adolescencia patentados por la evidencia científica; b) un énfasis en la institucionalización de la educación sexual que se anclaje a los significados de estos riesgos, la cual suple a la familia como núcleo de socialización primaria; y c) la traducción del riesgo en costos y beneficios que traducen la salud en un valor económico (Van Loon, 2008).

Por otra parte, los discursos del riesgo alrededor del embarazo posicionan la necesidad de vigilancia, monitoreo, mediciones y de la consejería experta frente a los saberes familiares o comunitarios, como recursos indispensables para mantener la salud de la mujer embarazada en las mejores condiciones posibles. Como tecnología moral, supone la responsabilidad de la mujer de asegurar el bienestar del feto, para lo cual requiere de múltiples acciones, que han adquirido un mayor nivel de complejidad y especialización, desde solicitar atención médica y obtener información adecuada, cambiar sus hábitos de alimentación y actividad física, conocer las señales que alertan una posible complicación hasta tomar cursos de preparación para el parto y la crianza, impartidos por profesionales en la materia. Al posicionar el embarazo como un evento altamente susceptible de complicaciones, cuyo objetivo es dar a luz a un recién nacido sano, sin complicaciones, la mujer es involucrada en

estas estrategias de prevención de riesgos, que suelen minimizar la importancia de su propio cuidado y promover la demanda mayor de tecnologías y vigilancia médica, en un intento de minimizar la ansiedad y preocupación que le genera esta responsabilidad. Por el contrario, si una mujer decide no asumir este enfoque de riesgo, es catalogada como irresponsable, irracional o incapaz de cuidarse y ejercer el cuidado que le demandará ser madre (Lupton, 1999b).

En la última década, la relación entre el riesgo y la reproducción se ha explorado con mayor profusión y en diversos contextos, a través de investigaciones etnográficas y narrativas. Estas dan cuenta de la manera en que la categoría de riesgo ha permeado las ciencias sociales y la antropología, pero también encuentra sus formas de expresión en las experiencias de las mujeres sobre el embarazo, el parto y la búsqueda de atención en diferentes contextos. A partir de un trabajo con mujeres inmigrantes mexicanas en Nueva York, Gálvez (2012) refiere que las mujeres reconocen la importancia de acceder a una atención calificada y con apoyo de la tecnología, como uno de los beneficios que les aporta la migración y el trabajo remunerado, en donde no pueden ignorar las formulaciones del riesgo que el personal de salud les informa durante la atención. Al mismo tiempo, es relevante la posibilidad de llevar un embarazo a término en buenas condiciones sin la mediación de la ciencia y la tecnología, como lo hicieron sus madres y abuelas o como lo hacen en sus comunidades. En función de ello, aceptan la mayoría de las intervenciones que caracterizan a la atención hospitalaria, como los estudios de laboratorio o el ultrasonido, pero rechazan otras, como la ingesta de medicamentos durante el embarazo, aun cuando estén prescritos, la analgesia epidural o los exámenes genéticos. En respuesta, el personal de salud señala la falta de percepción del riesgo, pero también caracterizan a las mujeres mexicanas migrantes como ‘valientes’ o ‘aguantadoras’, debido a la manera en que significan el dolor en el trabajo de parto, no como una amenaza, sino como la posibilidad de sentir y tener consciencia del nacimiento de sus hijas(os), generando una interacción basada en una negociación constante entre ambas partes.

De manera similar, Smith-Oka (2012), coincide en que los profesionales de salud y las usuarias tienen interpretaciones divergentes de lo que constituye un riesgo, lo que afecta la comunicación, el proceso de consentimiento informado y la toma de decisiones de las mujeres sobre su salud. En este sentido, profundiza en la relación entre el riesgo y la

construcción del discurso médico autoritario, a partir de su estudio con mujeres mexicanas en contextos rurales y urbanos de bajo ingreso económico. Sus hallazgos sostienen que el parto y nacimiento son percibidos por el personal de salud como un estado liminal que conlleva múltiples peligros potenciales, por lo que el riesgo de que ocurren debe ser controlado tanto como sea posible. Para ello, el entorno hospitalario es el espacio ideal, ya que supone garantizar condiciones de higiene, tecnología y equipamiento y el control del proceso. Sin embargo, no está exento de lidiar con esta amenaza potencial, y ante la percepción de un riesgo mayor, se justifica el uso de la autoridad médica, concebido como una medida atenuante del riesgo, como ejemplifica la autora con uno de sus testimonios:

“La Doctora Felipa reconoce ser comprensiva y brindar apoyo a las mujeres cuando ella considera que se trata de un parto «normal», pero cuando hay una situación «de riesgo», tiene que ser demandante y les dice a las mujeres que tienen que pujar más fuerte o matarán a su bebé, justificando que no se puede ser «suave» cuando la vida de la mujer o del bebé está en riesgo” (Smith-Oka, 2012:111).

Cabe señalar que el discurso biomédico del riesgo en torno al embarazo, parto o puerperio, no requiere estar inscrito en el espacio biomédico para su concreción, sino que acorde a la definición foucaultiana del biopoder y la *gubernamentalidad*, su consolidación radica en que son los mismos sujetos los que garantizan regulación a través de dispositivos de control social, como la responsabilidad o la culpa. En contextos rurales en donde el acceso a servicios de salud es más limitado, los agentes de salud comunitaria instruyen a las mujeres embarazadas sobre las prácticas preventivas de autocuidado que deben llevar a cabo y la importancia de acudir a los servicios de salud cuando se presentan otras que requieren de la intervención médica. Esta aproximación se vale no solo del conocimiento médico, sino de discursos sobre el amor, la seguridad, la responsabilidad y el cuidado que caracterizan al ejercicio de la maternidad, a la ‘buena madre’, buscando una apropiación del valor añadido que representa el conocimiento médico cuando es incorporado a los saberes locales a través de la participación de actores que comparten las claves culturales (Howes-Mischel, 2012).

A manera de síntesis, en la concreción de la práctica biomédica, la categoría de riesgo constituye un entramado compuesto por el conocimiento de las probabilidades de que algo ocurra, la cual puede estimarse en términos estadísticos (riesgo epidemiológico), en función

de la información disponible de una paciente en particular (riesgo clínico), o bien, considerando el conjunto de experiencias individuales o colectivas en la unidad de atención a la salud, así como de los saberes transmitidos (Lupton, 1999b; Dean, 1999). Sin embargo, estos elementos no siempre integran una comprensión armónica de un fenómeno, sino que arrastran contradicciones. Por una parte, la epidemiología ha contribuido a la producción de un cálculo más elaborado y preciso del riesgo a través de la construcción de indicadores, mientras que, en la práctica clínica, los profesionales de salud actúan conforme a una estimación de riesgos que toma en cuenta dichos indicadores, pero con una aplicación flexible, en función de la interpretación singular de un supuesto estado de salud, los hábitos y conductas, así como los antecedentes clínicos de cada persona (Gálvez, 2012).

También en este contexto, otro factor es puesto en juego, y es la relación entre el riesgo y la responsabilidad o la culpabilización, que, si bien se ha enfatizado anteriormente como parte del disciplinamiento, también aparece descrito como el riesgo profesional al descrédito, castigo o criminalización ante un evento negativo (Castro y López Gómez, 2010; Weir, 2006). Esta posibilidad parte de la aplicación de los criterios clínicos o epidemiológicos para establecer una clasificación, ante la cual, también se tiene la obligación de responder y en caso de no hacerlo de manera óptima, el profesional de salud puede ser llamado a cuenta. Cosminsky (2012) describe este fenómeno a través de la narrativa del personal médico que ha permeado en otros actores que participan en la atención como las parteras tradicionales, a quienes capacitan como parte de las estrategias de prevención de la mortalidad materna. En los procesos de capacitación, refiere, las parteras aprenden a identificar algunos factores que caracterizan un embarazo como de 'alto riesgo', mismos que no pueden ser atendidos por ellas en el domicilio y deberán ser enviados a las unidades médicas. Ellas identifican una prohibición que puede implicar perder su registro, sus apoyos o el derecho de ejercer su práctica, aun cuando éstas condiciones no sean explícitas. También advierten un riesgo con relación a su práctica, pues si una mujer con factores de riesgo se niega a ir al hospital, ellas tienen que elegir entre desacatar la instrucción o dejar sola a la mujer y su familia, ambas con el riesgo de una complicación fatal que ponga en riesgo su vida, pero también su responsabilidad comunitaria.

En los ejemplos anteriores, puede constatarse la manera en que el proceso de medicalización tiene un rol crucial en el control de los cuerpos, las poblaciones y los entornos a partir de los límites que establece la noción de riesgo:

“Aunque los parámetros alrededor del cuerpo y sus procesos nunca son absolutos, del proceso de medicalización naturaliza la construcción del cuerpo anormal o patológico (...) Etiquetar a una persona como potencialmente enferma o en riesgo, ayuda a los gobiernos, a las agencias de salud y a otras instituciones a establecer las restricciones y acciones que contribuyen a la construcción de sujetos sociales responsables y capaces de regularse a sí mismos” (Butt, 2013:60-61).

Sin embargo, Butt (2013) también reflexiona en torno a la falencia de las estrategias de intervención ampliamente diseminadas a nivel global que se basan en la toma de decisiones racionales en torno a la sexualidad, contrastándoles con aquellos definidos como comportamientos de riesgo, es decir, aquellos que se desvían de la norma establecida. El supuesto de una práctica sexual razonada se sostiene en la idea de que las personas evalúan constantemente los riesgos desde una lógica racional para guiar sus decisiones individuales y actuar acorde a éstas o modificar sus comportamientos. Sin embargo, tan pronto este modelo es implementado, es inmediatamente puesto a prueba frente a la diversidad de perspectivas y narrativas sobre el cuerpo, sus procesos, la sexualidad o la reproducción, generando nuevas prácticas y discursos alternativos. Éstos serán otra vez etiquetados, contenidos y finalmente regulados, estableciendo un ciclo en el que reside la falibilidad, pero también el poder de este modelo.

2. Aspectos metodológicos y consideraciones éticas

El interés por explorar la salud sexual y reproductiva en el contexto de la atención hospitalaria surge de mi trayectoria formativa como médica y posterior incursión en la antropología, en donde realicé mi primera investigación en torno al tema de la mortalidad materna desde el espacio comunitario, aunque con cierta interacción con las instituciones de salud. Asimismo, mi experiencia en salud comunitaria se enriqueció a través de la colaboración con Mujeres Aliadas, A.C. una organización civil que otorga atención a la salud sexual y reproductiva desde el modelo de partería, se dedica a la formación de parteras profesionales e impulsa estrategias comunitarias de información, prevención, y atención de la salud de las mujeres, niñas y adolescentes, en comunidades indígenas, rurales y urbanas del estado de Michoacán.

A partir de estas experiencias profundicé en diversas problemáticas de salud sexual y reproductiva, tanto desde el conocimiento biomédico, como desde la perspectiva sociocultural y la manera en que se expresan y significan en los entornos comunitarios y por las personas que lo viven. Derivado de ello, al plantear los ejes de mi investigación doctoral me pareció relevante explorar la posibilidad de un diálogo entre disciplinas desde donde habilitar otra forma de observación y participación en el ámbito de la atención médica, de análisis de los problemas de salud y de intervenciones orientadas a la prevención. Este nuevo acercamiento con la disciplina en la que me había formado inicialmente y que no ejercí propiamente, representaba muchas interrogantes y retos en términos metodológicos y operativos, pero tenía clara la intención de realizar una investigación que partiera de una vinculación colaborativa, comenzando por delimitar en conjunto un problema específico que fuera reconocido también por el personal de salud, y así, condujera paulatinamente a la interacción con los diversos actores sociales articulados en el fenómeno de la atención obstétrica hospitalaria.

Así, el protocolo de investigación que desarrollé entre 2016 y 2017, delimitaba una propuesta teórico metodológica amplia que involucraba la etnografía hospitalaria, la construcción sociocultural del proceso reproductivo y las dinámicas en torno a la atención biomédica. La propuesta inicial fue adquiriendo especificidad, una vez elegido el sitio de trabajo de campo, un hospital materno-infantil público de la Ciudad de México, en donde en un primer momento dialogamos en torno a las problemáticas identificadas, siendo la más recurrente el

embarazo en la adolescencia. De igual manera, las estrategias metodológicas que había desarrollado a partir de la revisión bibliográfica y mi paso como estudiante por diversos hospitales de la ciudad, se retroalimentaron de las necesidades y posibilidades que identifiqué en una primera aproximación etnográfica. Finalmente, ésta se tradujo en una estancia prolongada de 16 meses de trabajo de campo entre septiembre de 2017 y febrero de 2019.

En este capítulo desarrollaré los supuestos epistemológicos, el planteamiento del problema, la delimitación de objetivos y el diseño metodológico, así como las consideraciones éticas que guiaron este proceso de investigación, resaltando su enfoque reflexivo y de apertura a ser construido desde terreno y no como una constatación del marco teórico antes expuesto. Por último, haber transitado por esta ruta metodológica me lleva concluir este capítulo con algunas reflexiones y aportes en torno a la etnografía hospitalaria como propuesta metodológica nodal en el ámbito de la antropología médica y de la salud.

2.1 Ejes teórico-metodológicos: antropología de la salud y etnografía hospitalaria

Cada vez con mayor frecuencia, la antropología médica 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 las múltiples condiciones 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, resultan impensables (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 local-globales (Jacorzynski y Sánchez Jiménez, 2013). La antropología en el ámbito de la salud resalta la interacción entre lo biológico, las prácticas sociales y la construcción de significados para estudiar tanto un sistema en su totalidad, como un problema en particular, el cual se considera tanto un objeto social, como una experiencia vivida (Good, 1994).

La antropología de la salud propone extender los límites de la antropología médica, más allá de las relaciones hegemonía-subalternidad, la crítica del sistema biomédico o la reproducción

de la idea dominante de la biomedicina y del personal médico como principales responsables de la salud (Baer *et al*, 2016). A través de categorías propias de la ciencia social, busca ampliar el marco analítico e interpretativo en torno a la relación entre la salud y los individuos o grupos, comprendiendo, en palabras de D. Fassin (2004:287), “las lógicas sociales que ponen a las formas de vida y a la vida en sí misma, a prueba de lo político”. 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).

Por otra parte, la antropología de la salud aborda el estudio de la biomedicina, no sólo como un recurso de atención, o como una disciplina que produce un tipo de conocimiento o un discurso objetivo y neutral (Lupton, 2003), sino como una cultura. Desde esta aproximación, la biomedicina asume y proyecta múltiples dimensiones: un supuesto cosmológico, entendido como forma de ordenar el mundo; un supuesto ontológico (una perspectiva de ser y estar en la realidad); y un supuesto epistemológico, desde donde se genera el conocimiento que ha de tomarse como verdadero. De esta manera, la biomedicina constituye y, al mismo tiempo, es constituida por la sociedad, estableciendo una interdependencia que se contrapone a la idea de neutralidad y universalidad (Gordon, 1988).

Siguiendo estas premisas, la antropología ha buscado acercarse al entorno clínico, considerando que el hospital es la institución más representativa de la biomedicina de manera transversal en diferentes culturas, aunque sus características varían en función de las especificidades del contexto. Por ende, 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 modelo para la construcción sociocultural. De acuerdo con sus principales exponentes, Berger y Luckman (1968) la premisa central del construccionismo social es que la realidad se construye 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. De manera que, algunas interrogantes de fondo que emergen de este enfoque son: ¿cómo las personas en un

entorno particular construyen su realidad?, ¿qué es percibido como real? y ¿cuáles son las consecuencias de aquello que se percibe de esta manera? (Patton, 2015).

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, estas formas se legitiman e institucionalizan y por ello, tienen un impacto profundo en las diferencias que existen entre los grupos sociales. Es decir, en el mundo de la medicina, las definiciones, clasificaciones y establecimiento de buenas prácticas señalan la manera en que se debe proveer la atención, enfatizando ciertas formas de atención en lugar o por encima de otras. 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 qué identifican como ‘problema’ y cómo lo describen (Hanna, B. y Kleinman, A. 2013; Kleinman, 2016).

La etnografía hospitalaria ha respondido al interés de las ciencias sociales o de los mismos profesionales de salud, por describir y analizar a los procesos, experiencias, prácticas, formas de comunicación e interacciones que configuran el entorno clínico, o de indagar acerca de problemas de salud específicos y la manera en que son tratados por la biomedicina. Así, el espacio clínico constituye un dominio en donde se expresan los valores centrales y normas de la medicina, como un entorno cultural diferente de la realidad social que existe fuera de él, pero también integra una comunidad en la que intervienen actores, relaciones y procesos, como reflejo del contexto geográfico y sociocultural en que se encuentra (Van der Geest & Finkler, 2004).

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. Sin embargo, otros autores representan al hospital como una comunidad contenida en sí mismo, 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, y otras prácticas. En este umbral puede adquirirse una nueva forma de identidad, haciendo una analogía con los ritos de paso, ampliamente descritos por la antropología. Por otra parte, el hospital 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 como suceden en lo cotidiano (Long *et al*, 2008).

En tanto propuesta metodológica, la etnografía hospitalaria no sólo pone a prueba la técnica o práctica de la etnografía, sino las dimensiones ontológica, epistemológica y ética. En lo ontológico, las reflexiones acerca del objeto de estudio y la naturaleza del mismo 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 puestas a prueba, cuando las posibilidades de participación son acotadas, o bien, 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 reconocer que las interacciones, verbales y no verbales, ocurren en un sentido bidireccional, es decir, que 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.

Esta orientación puede encontrar mayor sustento teórico en la antropología dialógica que resalta una mayor complejidad en las relaciones de poder, lo que implica reconocer diferentes formas y sustratos de desigualdad social, que imperan tanto en contextos rurales como urbanos o institucionales, en los que se ha interesado de manera creciente la disciplina. Así, enfatiza la posibilidad de reflexionar, en conjunto con otras y otros actores sociales, acerca

de las problemáticas identificadas en una realidad social compartida (Tedlock, 1991; Hernández Castillo, 2015). En este sentido, la etnografía hospitalaria como una estrategia para el estudio sistémico y crítico de la biomedicina, plantea la posibilidad que pueda ser relevante a diferentes actores (pacientes, familias, médicos, directivos, personal administrativo) y no de ‘abogar por un grupo de interés en oposición a otro’ (Long et al, 2008). Asimismo, este enfoque relacional en la antropología en salud implica problematizar las estructuras sociales a partir de las perspectivas de los diferentes actores sociales 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 los actos que tienen lugar en el entorno, como un complejo entramado de relaciones que pueden tipificarse conforme a sus características en tanto simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad, de cooperación o de competencia, entre otras (Menéndez, 2009; de Moura, 2012). En el ámbito de atención hospitalaria, como una de las aristas de la antropología en salud, 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.

2.2 Planteamiento del problema y objetivos

En los primeros acercamientos al campo, los profesionales de salud y directivos del hospital, identificaron como una problemática relevante la atención del embarazo en adolescentes. El interés se debía principalmente a la visibilidad que el tema había adquirido en la política pública nacional, frente a la cual se anticipaban implicaciones legales, quejas médicas y la necesidad de implementar protocolos específicos. Todo ello ponía sobre la mesa nuevos debates que apuntaban hacia un proceso de diferenciación, opuesto a la homogeneidad que supone la mirada clínica, y que caracteriza a la atención biomédica, sobre todo, al tratarse de servicios de salud públicos.

Estas reflexiones me condujeron a suponer que la atención del proceso reproductivo en la adolescencia está influida por construcciones socioculturales diferenciales en torno a la sexualidad y la reproducción, que tienen implicaciones en la interacción entre el personal de

salud y las adolescentes. Además, de poner un énfasis minucioso en algunas categorías como el riesgo, la autonomía, la responsabilidad y el ejercicio de los derechos, las cuales son esenciales para identificar las brechas evidentes, pero también los conflictos más sutiles que sostiene la biomedicina frente a la creciente demanda de un uso racional de sus recursos –en tanto capital social y profesional– y un cambio de paradigma orientado al reconocimiento de la subjetividad.

Para dilucidar algunos de los procesos y relaciones que operan en el abordaje del proceso reproductivo en la adolescencia y su atención al interior de una institución hospitalaria, propongo resaltar las perspectivas de dos grupos de actores sociales, claramente diferenciados en cuanto a la posición que ocupan en el contexto de estudio, pero buscando mantener una interrelación que permita aportar a la comprensión del fenómeno, de acuerdo con el siguiente planteamiento del problema:

¿Cuáles son las construcciones socioculturales de los profesionales de salud y las mujeres acerca del proceso reproductivo en la adolescencia y qué implicaciones tienen en la atención de este grupo de edad al interior de un contexto clínico hospitalario?

Partiendo de esta interrogante, el objetivo general de la investigación consistió en explorar las construcciones socioculturales acerca del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria, a partir de las experiencias, perspectivas e interacciones entre profesionales de salud y mujeres adolescentes atendidas en un Hospital Materno-Infantil público de la Ciudad de México, que permitan plantear estrategias de prevención y atención pertinentes para este grupo específico. Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Describir, desde una aproximación etnográfica, el contexto y las condiciones socio-históricas de posibilidad en que se configura el proceso reproductivo en adolescentes como problema social y de salud.
2. Describir el entorno clínico hospitalario, considerando la distribución espacial, normatividad, estrategias, recursos e interacciones vinculadas con la atención del proceso reproductivo en adolescentes.

3. Identificar el perfil epidemiológico y sociodemográfico de la institución a partir de un análisis descriptivo de su registro de información.
4. Identificar los conocimientos, prácticas y valores que intervienen en la atención hospitalaria y en la relación entre los profesionales de salud y las mujeres adolescentes.
5. Conocer las perspectivas de los profesionales de salud acerca del proceso reproductivo en la adolescencia.
6. Conocer las experiencias de los profesionales de salud con respecto a la atención de mujeres en este grupo de edad.
7. Conocer las experiencias de las mujeres en torno al proceso reproductivo y su atención al interior de la institución.
8. Analizar las trayectorias reproductivas de las mujeres adolescentes seleccionadas como casos específicos.
9. Explorar las nociones de los profesionales de salud y las mujeres adolescentes en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

Tanto la pregunta inicial, como los objetivos de la investigación se mantuvieron conforme a estos planteamientos a lo largo de la investigación, permitiendo explorar paso a paso la problemática de interés, comenzando por el trabajo de gabinete y una aproximación al contexto que se desarrolló de manera simultánea a la gestión y autorización para ingresar al sitio de investigación. No obstante, merece la pena reflexionar que, al momento de plantear estos objetivos, me limité a explorar el problema desde un enfoque construccionista, sin embargo, el diálogo y las negociaciones en campo, resultaron en una aproximación fenomenológica y un proceso de acompañamiento desde los cuales, las experiencias de los profesionales de salud y de las adolescentes no fueron indagadas en retrospectiva, sino desde la interacción cotidiana y la experiencia compartida en el curso de proceso de atención, como se detallará más adelante en el diseño metodológico y las reflexiones sobre el trabajo de campo.

Finalmente, a partir del proceso de investigación basado en la aproximación empírica a la atención y todos los aspectos implicados en ella, como singularidades de las que dan cuenta cada uno de los casos estudiados, o bien, como un estudio de caso representado por este

entorno clínico y el conjunto de interacciones y narrativas que lo configuran, emergen un nuevo planteamiento analítico, a través del cual, se pone a prueba el sistema de conceptos y categorías que fue propuesto para acercarse a la realidad social y al problema específico:

A partir de las formas en que se articulan las categorías de cuerpo-sujeto, vulnerabilidad y riesgo en torno a las experiencias del proceso reproductivo en la adolescencia ¿es posible transitar de un paradigma de atención, a un posicionamiento ético y político del cuidado de sí, que de sostén a las niñas y adolescentes antes, durante y después de un embarazo, considerando este evento como punto de inflexión en su historia de vida?

2.3 Consideraciones éticas

En ausencia de un código aceptado a nivel nacional para la investigación antropológica, suelen tomarse como referencia los de asociaciones de otros países y dada la intersección con el ámbito de la salud, se consideran como marco de referencia las normativas y regulaciones de este sector.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, define la categoría de investigación social o biopsicosocial como aquellas acciones que contribuyan al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. En concordancia, la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, establece como criterios esenciales el respeto por la dignidad y la integridad humana, la protección de los derechos y el bienestar (Secretaría de Salud, 1987; 2012). En este sentido, fue importante resaltar que no involucra la aplicación de pruebas psicológicas ni implica la intervención sobre dichas variables, pero si está basada en la observación y la comunicación como formas de acercamiento a la comprensión de los procesos sociales en una dimensión espacial y temporal específica. Esta interacción que responde a los mismos principios éticos esenciales: la evitabilidad del daño, la beneficencia, la autonomía y la dignidad humana (Iphofen, 2015).

Al tratarse de una investigación a implementarse en una institución del sector público de salud y corresponde a las autoridades estatales de salud su aprobación y autorización, el protocolo se sometió al dictamen de las instancias correspondientes a través de la Dirección de Educación e Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Éste fue catalogado como de riesgo mínimo, por lo que no requirió ser sometido a comités especializados, siendo aprobado por la Subcomisión de Investigación y Bioética de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, quedando registrado con el número de folio 404-110-02-17, como se muestra en el Anexo I.

De forma concomitante a la revisión de los comités institucionales, sigue siendo pertinente para la disciplina, ahondar en aquellos fundamentos que están guiando el trabajo antropológico en un contexto cada vez más complejo y en constante transformación. Los códigos éticos de la Asociación Americana de Antropología (AAA), la Asociación Brasileña de Antropología (ABA) y la Asociación de Antropólogos Sociales del Reino Unido (ASA), coinciden en que los principales deberes y responsabilidades de las personas investigadoras consisten en consultar activamente a las personas que participarán en la investigación con la finalidad de conducir un trabajo que pueda beneficiar a ambas partes. Asimismo, debe garantizar la seguridad, dignidad y privacidad de quienes participan, resaltando su derecho a ser debidamente informados, a rehusarse a participar o retirarse en el momento que así lo deseen, a preservar su intimidad, a conocer los resultados o a que sea reconocida su autoría y propiedad intelectual (ASA, 1999; Seda, 2007).

De los métodos empleados en investigación cualitativa, la etnografía es aquella que parece mostrar más dilemas éticos que suceden durante el proceso de investigación y, por ende, son resueltos con igual cotidianidad. Estas soluciones, al igual que la investigación, son situadas en un contexto y establecidas de manera relacional, recurriendo a la consulta experiencias similares en publicaciones, discusión en espacios académicos y tutorías (Goodwin *et al*, 2003). Por lo tanto, este abordaje de los dilemas éticos y sus consecuencias en el proceso metodológico, requiere hacerse explícito en la investigación y sus productos.

En un acercamiento más preciso a la metodología propuesta, es relevante enfatizar que, en el estado del arte e investigaciones relacionadas con la etnografía hospitalaria se discute como dilema ético la forma de participación y sus características. Inicialmente, se consideró que

las formas potenciales de llevar a cabo una observación participante al interior de los servicios de salud, era a partir de introducirse como ‘paciente’, como ‘personal de hospital’ o como ‘visitante’. 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: como colaborador de un equipo clínico o como un observador situado que asemeja más a las formas tradicionales de la etnografía.

En el caso de esta investigación, busqué integrar estas dos variantes en una propuesta dialógica y colaborativa, ya que no estoy adscrita al personal del hospital, pero mi formación como médica no me colocaba como una observadora neutral, e incluso me permitía una mayor participación en ciertos espacios reservados para personal médico, como el área de salas de labor y parto. Para ello, mantuve un posicionamiento constante de negociación y apertura al diálogo, buscando no sólo una autorización institucional, sino el conocimiento y consentimiento de los profesionales con quienes interactuaba. A partir de esta observación interactiva negociada, siguiendo a Wind (2008), paulatinamente me integré en actividades puntuales de acompañamiento, sin participación en decisiones o procedimientos médicos.

Por último, resalté en todo momento el anonimato y protección de datos personales como respeto y salvaguarda de la identidad de las y los participantes, señalando para ello el uso de pseudónimos, así como la relevancia del consentimiento informado como un proceso y no sólo como un documento. La importancia de señalar estos aspectos radica en que la investigación antropológica no puede dejar de lado el estatus diferencial que ocupan los participantes en el entorno. Como ejemplo de ello, en un contexto clínico institucional participan diversos actores sociales cuya relación tiende a la jerarquización, no sólo en la dimensión médico-paciente, sino también entre diversas posiciones laborales. Por ello, el consentimiento no es solamente una relación contractual que supone una igualdad de condiciones, sino que busca avanzar hacia un proceso de negociación y colaboración en todo el proceso de investigación (Jacorzynski y Sánchez Jiménez, 2013).

Las interacciones cotidianas se basaron principalmente en un consentimiento verbal, además del respaldo institucional que me admitía como observadora en todos los procesos de atención que se llevan a cabo en el hospital, aunque para las entrevistas en profundidad y el

seguimiento de casos fuera de la institución se empleó –adaptándolo a las premisas básicas de la antropología, pues se trata de un modelo biomédico de consentimiento– el formato que indica la Dirección de Educación e Investigación de la Secretaría de Salud, en donde fue inscrito el protocolo, el cual se incluye en el Anexo II del presente documento.

2.4 Diseño metodológico

Esta investigación parte de un diseño metodológico cualitativo, que, por definición, involucra diversas disciplinas, paradigmas teóricos y fuentes de datos. Denzin y Lincoln (2011) definen los métodos cualitativos a partir de tres premisas desde donde se genera cierto tipo de conocimiento acerca de un fenómeno: a) la investigación cualitativa es una actividad situada, que precisa conocer el lugar en que se ubica el observador; b) desde esta perspectiva situada, habilita un conjunto prácticas interpretativas que hacen visible un fragmento determinado de la realidad social; c) a través de estas prácticas, es posible transformar la realidad. Así, la investigación cualitativa indaga acerca de sus objetos de interés directamente en contexto, para dotarles de sentido a partir de los significados que le otorgan las personas que lo viven.

Con base en estos supuestos, los métodos cualitativos producen una forma particular de conocimiento que contribuye a la comprensión detallada de su objeto de estudio, en tanto capaz de ilustrar la diversidad de significados en torno a un fenómeno, profundizar en las historias para dar cuenta de las experiencias de los sujetos, elucidar la manera en que se articulan los sistemas sociales y sus consecuencias en la vida de las personas, comprender los contextos y por qué dicho entendimiento es importante, identificar consecuencias no anticipadas derivadas de los movimientos, cambios o acciones sociales, así como explorar patrones de similitud y diferencia a partir del análisis comparativo de casos, en tanto manifestaciones singulares de un fenómeno (Patton, 2015).

De acuerdo con Patton, en este proceso de generación de conocimiento, los datos empíricos emergen, a grandes rasgos, de tres fuentes principales: observación, entrevistas y documentos, que pueden tener diversas características y atributos. Sin embargo, otros autores prefieren desagregarlos una amplia variedad de materiales de diversa índole, por ejemplo: los estudios de caso, los relatos etnográficos, las experiencias personales, las historias de

vida, las entrevistas, los objetos, los textos históricos o literarios, los materiales visuales, los diarios, los sueños, los mapas, los dibujos, las narrativas, entre un sinnúmero de manifestaciones de la cultura y formas de expresión o registro de los eventos o sucesos significativos en la vida de las personas y de las comunidades.

Como es característico de la antropología, esta investigación se basa en un enfoque etnográfico, específicamente en la etnografía hospitalaria a la que se ha hecho referencia previamente. En términos generales, plantea un acercamiento empírico a algún aspecto de la realidad social, el cual será descrito, interpretado y problematizado (Guber, 2001). Esta aproximación requiere integrar el saber teórico del investigador con el sentido común o los saberes propios de las personas en el campo, para comprender desde subjetividad, los fenómenos sociales y la manera en que las estructuras e instituciones impactan en la vida cotidiana. La mirada etnográfica constituye un acercamiento experiencial a los diferentes espacios sociales, a las personas que lo habitan, a sus discursos y formas de expresión, así como a las interacciones y relaciones de contigüidad o discontinuidad en un espacio físico determinado. Así, el método propuesto se caracteriza por un proceso de investigación iterativo y dinámico, que insta al investigador a interpretar esa realidad desde su particularidad, haciendo explícitas sus prenociones, anclajes teóricos y elementos de la propia cultura, en tanto aspectos que intervienen en la generación del conocimiento, esto es, una reflexividad epistemológica que busca hacer posible una relación dialógica y colaborativa (Montes de Oca, 2016).

En estrecha vinculación con los objetivos planteados, este diseño metodológico se fue articulando en diferentes fases, cuyas precisiones se fueron definiendo conforme se profundizaba en el desarrollo teórico y, sobre todo, respondiendo a las necesidades, retos y oportunidades que la paulatina incursión en el campo demandaba y permitía. El diseño cualitativo, es necesariamente flexible, y sus diferentes etapas no siguen necesariamente una secuencia lineal, ya que cada una se retroalimenta de otras, así, los conceptos identificados en una etapa inicial pueden redefinirse cuando se generan y analizan los datos, e incluso en el siguiente momento analítico que implica la escritura (Green y Thorogood, 2004). En lo que corresponde a la etapa de la generación de datos, propongo distinguir cuatro fases, con

una duración y características variables, y que, en algunos casos, fueron sobreponiéndose más que cerrándose como periodos sucesivos.

La primera fase consistió en la aproximación al problema de investigación fuera de la unidad hospitalaria como sitio principal de trabajo de campo, la cual me permitió avanzar en la construcción del objeto de investigación mientras se concretaba el proceso de gestión y autorización del protocolo para ingresar a la unidad, lo cual tomó alrededor de ocho meses. Las siguientes dos fases, corresponden al trabajo de campo realizado en la unidad hospitalaria, la primera de estas fue la interacción con el personal directivo de la institución y el trabajo en archivo para conocer el perfil epidemiológico y sociodemográfico de la población atendida, y la segunda, es la observación e interacción en los diferentes espacios que conforman la unidad y alrededor de los diferentes procesos de atención. La última fase puede considerarse emergente, toda vez que, la interacción con las colaboradoras etnográficas se convirtió en un acompañamiento que se extendió más allá del entorno hospitalario, en algunos casos hasta un año después de haber dado a luz.

A continuación, se presentan de manera general las técnicas, herramientas y materiales de investigación a las que recurrí en diversos momentos de la investigación, la mayoría como parte de la etnografía hospitalaria. En el siguiente apartado, profundizo de manera detallada en la estrategia de trabajo de campo, resaltando la manera en que esta fue producida y matizada como un proceso de toma de decisiones en la cotidianidad de la observación, de las situaciones imprevistas y la singularidad de cada caso. Por último, abordaré los aspectos metodológicos relacionados con la etapa de sistematización y análisis de la información que conduce a los resultados a exponer en los capítulos posteriores.

2.4.1 Técnicas y herramientas de investigación

Este apartado sintetiza de manera esquemática, las técnicas y herramientas clave que fueron empleadas como parte del marco metodológico para el trabajo etnográfico y la generación empírica de datos durante la estancia prolongada. Si bien, puede observarse una secuencia temporal, algunas de las técnicas son transversales en todo el proceso de investigación, como se detallará posteriormente.

a) Aproximación etnográfica y documental al contexto de estudio.

Tomando como punto de partida la revisión documental y del estado del arte sobre el problema de interés, identifiqué a los actores sociales e instancias clave a nivel nacional enfocadas en el proceso reproductivo en la adolescencia. Estas incluyen el ámbito gubernamental y de política pública, los servicios de salud, la academia y la sociedad civil, principalmente. Con base en este mapeo inicial, integré la observación y participación en diferentes espacios de diálogo e incidencia, así como entrevistas semiestructuradas que recuperan la experiencia profesional y personal de dichos actores.

Este conjunto de datos constituye parte de aquello que denominamos ‘contexto’, al cual solemos aproximarnos a través de documentos y registros de diversa índole, sin embargo, estos recursos resultan tan importantes como buscar un acercamiento sin mediaciones que permita no sólo conocer el contexto, sino analizarlo de manera conjunta y generar un diálogo en conjunto con quienes participamos en su producción, ya sea como investigadores, prestadores de servicios de salud, tomadores de decisión o implementadores de la política pública en diversos niveles. Aunque inicialmente lo contemplé como un primer acercamiento, el contacto con estos espacios de debate o intervención alrededor del embarazo en la adolescencia continuó, confirmando un referente del que yo participaba con y desde la investigación que estaba realizando. Por ello, estos encuentros también fueron registrados en el diario de campo, de manera concomitante a las siguientes fases de la investigación.

b) Aproximación cuantitativa descriptiva para la integración del perfil epidemiológico y sociodemográfico

Es frecuente que en los diseños cualitativos aplicados a la salud se recurra a técnicas cuantitativas como punto de partida para definir la magnitud o impacto potencial del problema. Si bien puede tomarse como referencia los resultados de investigaciones estadísticas y epidemiológicas, éstas suelen tener un límite en la desagregación de los datos que pueda dar cuenta del panorama específico de una unidad médica. Como una aproximación al contexto clínico de estudio, conocer el perfil epidemiológico y

sociodemográfico permite una comparación entre las cifras nacionales o subnacionales y la carga específica que el problema representa para este sitio en particular.

Para ello, realicé una revisión de expedientes clínicos de adolescentes que fueron atendidas por causa obstétrica en este hospital, en el periodo de 2015 a 2017, con base en un muestreo simple aleatorizado calculado a partir del número total de procedimientos – identificado en la base de datos proporcionada por el hospital– y considerando la prevalencia nacional (20%), obteniendo una muestra de 160 casos. Los expedientes se analizaron con base en criterios seleccionados que se muestran en fichas de variables incluidas el Anexo III-a del presente documento. Estos instrumentos fueron complementados con notas en el diario de campo acerca del proceso de revisión de los expedientes y datos de interés, por ejemplo, el lenguaje empleado en las notas de seguimiento clínico o la falta de documentos relevantes como el consentimiento informado.

c) Estancia prolongada en campo.

Como enfoque central de la investigación, la etnografía hospitalaria se basó en un periodo de trabajo de aproximadamente 16 meses continuos (de septiembre de 2017 a febrero de 2019), comenzando con tres meses dedicados al trabajo en archivo para la revisión de expedientes antes descrita y, posteriormente, integrando la observación e interacción en todas las áreas del establecimiento involucradas en el proceso de atención: sala de espera, tres consultorios del área de consulta externa, área de atención de urgencias, unidad tocoquirúrgica (sala de labor y sala de expulsión), área de hospitalización, incluso oficinas administrativas, aula de enseñanza y espacios circundantes. Al contemplar la totalidad de actores en interacción durante el trabajo de campo, esta metodología corresponde a una muestra de tiempo-espacio específico o bien de una población blanco acotada (Patton, 2015). Como instrumento, se empleó la guía de observación con elementos clave (Anexo III-b), cuyos resultados fueron registrados en el diario de campo, al igual que las actividades cotidianas y de seguimiento a los casos seleccionados.

En la investigación cualitativa, la selección de casos o colaboradores etnográficos suele iniciar con un muestreo por conveniencia o muestra de voluntarios, que avanzará a una estrategia de muestreo teórico, que propone un proceso de selección guiado por la teoría y por la generación de datos, basado en los criterios de propósito y relevancia de los informantes para llegar a la saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967; Martín-Crespo y Salamanca, 2007). En este caso, el criterio inicial para la selección, fue poder cubrir todos los rangos de edad que abarcan este grupo etario: menores de 14 años, de 15 a 17 años y 18 y 19 años, estableciendo un comparativo entre la adolescencia temprana, media y tardía, en lugar de considerar a la población adolescente como un grupo homogéneo. Además, consideré otros rasgos que podían integrar diversas tipologías como el número de embarazos, la presencia de complicaciones y algunas variables sociodemográficas, pero, no se encontraron grandes variaciones en este grupo de población.

A diferencia de los criterios establecidos para una selección inicial, identifiqué la posibilidad de realizar un acompañamiento durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y puerperio, hasta concluir el proceso de atención. De manera que, además de mantener el criterio de edad, se tornó relevante, invitar a las adolescentes a participar lo antes posible en el embarazo, para un mayor tiempo de interacción, por lo que el seguimiento de casos fue un proceso constante durante toda la estancia de campo, realizando la misma secuencia de acompañamiento a diez adolescentes, con una duración de cuatro hasta 12 meses, según cada caso. Así, la interacción con las adolescentes como colaboradoras etnográficas centrales, fue el eje articulador de la observación interactiva en el resto de las áreas del hospital, estrategia que expondré con mayor detalle en el siguiente apartado.

d) Entrevistas semiestructuradas y en profundidad.

Aunque el trabajo de campo ponderó una observación dialógica en donde la interacción con los profesionales de salud, con el personal del hospital y con las adolescentes fue cotidiana, el momento de la entrevista es fundamental, pues pone en juego una intencionalidad en ambas partes para reflexionar en torno a un tema en común. Como investigadora, me permitió explorar directamente los objetivos e indagar por aquellas situaciones que no pude observar o que no sucedieron alrededor de los casos

seleccionados. Por parte de las y los interlocutores, implica un esfuerzo de memoria, selección, ordenamiento, síntesis e integración de lo que desean comunicar, así como un ejercicio reflexivo frente a sus experiencias, creencias, opiniones y valores. Más que un modo de triangulación o verificación, se trata de un proceso de integración y comprensión a partir de habilitar un horizonte común.

Teóricamente, la finalidad de la entrevista es acercarse a la experiencia, la comprensión propia y los modelos que operan en el mundo, ponderando la narrativa de las personas (Josselson, 2013). Las entrevistas en profundidad constituyen un esfuerzo por recordar, ordenar en una trama significativa y dotar de sentido la narración sobre la experiencia vivida o en relación a una serie de eventos o un acontecimiento específico. Para realizar las entrevistas diseñé una guía de tópicos generales o preguntas clave, en función de los objetivos y categorías planteadas, pero privilegiando el relato de las personas y la escucha activa por parte de la investigadora. Las guías de tópicos a explorar con personal de salud y con las adolescentes puede consultarse en el Anexo III-c.

e) Cuestionario

Durante el trabajo de campo, identifiqué la presencia de estudiantes de pregrado en medicina, quienes participaban activamente en la dinámica de atención en los diferentes espacios, sin embargo, su estancia en la institución era corta y sus tiempos limitados debido al conjunto de actividades que tienen que hacer en el hospital, como para poder hacer una selección para entrevistas o un grupo focal.

Por ello, a partir de las primeras observaciones, desarrollé un cuestionario abierto para explorar sus conocimientos, nociones y valorizaciones en torno al proceso reproductivo en la adolescencia, los derechos sexuales y reproductivos y otros ejes relacionados con la atención específica de este grupo de edad. En un periodo de casi un año, un total de 37 estudiantes participaron dando respuesta al cuestionario, cuyo formato puede consultarse en el Anexo III-d.

2.4.2 Estrategia metodológica de trabajo de campo

Como se esboza en las técnicas de investigación, la estrategia que implementé para la observación, selección de casos y entrevistas a lo largo de la estancia en campo, no fue diseñada *a priori*, sino que respondió a los imperativos y facilidades del contexto. Después de dos meses de observación en la consulta diaria, analizando las características de la población atendida, y particularmente de las adolescentes, identifiqué que los criterios que había contemplado para hacer una selección transversal de casos no se presentaban de manera frecuente. Por ejemplo, la gran mayoría de las adolescentes acudía con un primer embarazo y ninguna tenía de condiciones de salud específicas o factores de riesgo relevantes, que fueran detectados en las primeras etapas del embarazo, o que implicaran una clasificación diferencial del riesgo.

Sin embargo, mi integración como observadora con el personal de salud funcionó bien y no detectaba obstáculos relevantes para el trabajo de campo, así que, aunque no había establecido un periodo específico para esta estancia, confirmé la posibilidad de prolongarlo tanto como fuera necesario para hacer un seguimiento longitudinal, adquiriendo un enfoque fenomenológico, vinculado a la experiencia, el diálogo y la interacción cotidiana, más que uno centrado en el construccionismo social, a partir de categorías y variables aisladas, como se había planteado inicialmente. Adicionalmente, establecer una colaboración etnográfica con adolescentes, conlleva estrategias particulares que requieren de un acercamiento paulatino, y en ocasiones también con sus familiares –aun cuando su participación en el proceso de atención al interior del hospital es muy limitada–, por lo que el seguimiento sólo sería posible una vez establecida la relación de mayor confianza y cercanía, que respetara sus tiempos y procesos de toma de decisión.

La estrategia desarrollada desde terreno tuvo como planteamiento medular el acompañamiento a las adolescentes que aceptaron participar en la investigación, privilegiando los diálogos, los espacios de observación y la experiencia compartida en cada contacto que ellas tenían con la institución, con el personal, y el contacto con sus familiares u otros actores sociales que forman parte de este complejo entorno. Siguiendo esta premisa, la estrategia metodológica se basa en una secuencia temporal que articula cuatro ejes, que defino a continuación y se sintetizan en la Figura 2:

- 1) **Proceso de atención:** corresponde a las intervenciones clínicas durante el embarazo, parto, puerperio que tienen lugar en el hospital en donde realicé el trabajo de campo. Hay otras formas de atención o intervenciones que no suceden en este espacio, los cuales contemplé de manera indirecta en las entrevistas. Por ejemplo, el diagnóstico del embarazo, el inicio de la atención prenatal en centros de salud, el uso de recursos alternativos de atención, la solicitud de una segunda opinión, o la referencia para atención de complicaciones. Estos pueden tener lugar en el entorno domiciliario, comunitario, o en servicios de salud públicos o privados.

- 2) **Espacio físico:** Los procesos de atención al interior de la unidad hospitalaria tienen lugar en diferentes espacios, por los que las usuarias transcurren, casi siempre de manera lineal, aunque no necesariamente. El área de urgencias es la vía de entrada cuando comienza la fase activa del trabajo de parto, pero también pueden acudir en cualquier momento del embarazo o del puerperio ante algún malestar o señal de alarma, o bien, volver al área de la consulta externa para la aplicación de vacunas a sus hijos(as), o para seguimiento de métodos anticonceptivos.

- 3) **Temporalidad:** Cada proceso fisiológico vinculado a la atención, conlleva un tiempo promedio de estancia en cada uno de los espacios hospitalarios, el cual tiene correlación con los tiempos disponibles para la observación e interacción en cada etapa.

- 4) **Herramientas de investigación:** Las técnicas y herramientas de investigación se fueron ajustando a lo que estos procesos, tiempos y espacios permitían, centrándose en el registro etnográfico de las observaciones e interacciones, y algunas entrevistas iniciales que también fueron registradas en diario de campo. Las entrevistas en profundidad fueron acordadas para un momento posterior a la resolución del evento obstétrico, aunque en algunos casos ocurrieron dentro del hospital, cuando la estancia en hospitalización se prolongó o en las consultas de seguimiento en el puerperio.

Las otras técnicas antes mencionadas, como el cuestionario y las entrevistas semi-estructuradas con el personal de salud fueron realizadas en diferentes momentos durante el periodo de trabajo de campo. Si bien, estas se mantuvieron acorde al enfoque teórico-metodológico inicial y contemplaron las categorías centrales relacionadas con cada uno de los objetivos, el giro hacia una aproximación fenomenológica, permitió profundizar en ellos a través de una aproximación experiencial al espacio, los procesos, las interacciones y la vivencia de las adolescentes en el embarazo, parto, puerperio y el devenir a la maternidad. En última instancia, condujo a delimitar las categorías de análisis: el cuerpo-sujeto, la vulnerabilidad y el riesgo, inscritas en un espacio físico, pero también social, que es habitado y significado de manera diferencial por los sujetos que participan en torno a la atención hospitalaria del proceso reproductivo en la adolescencia.

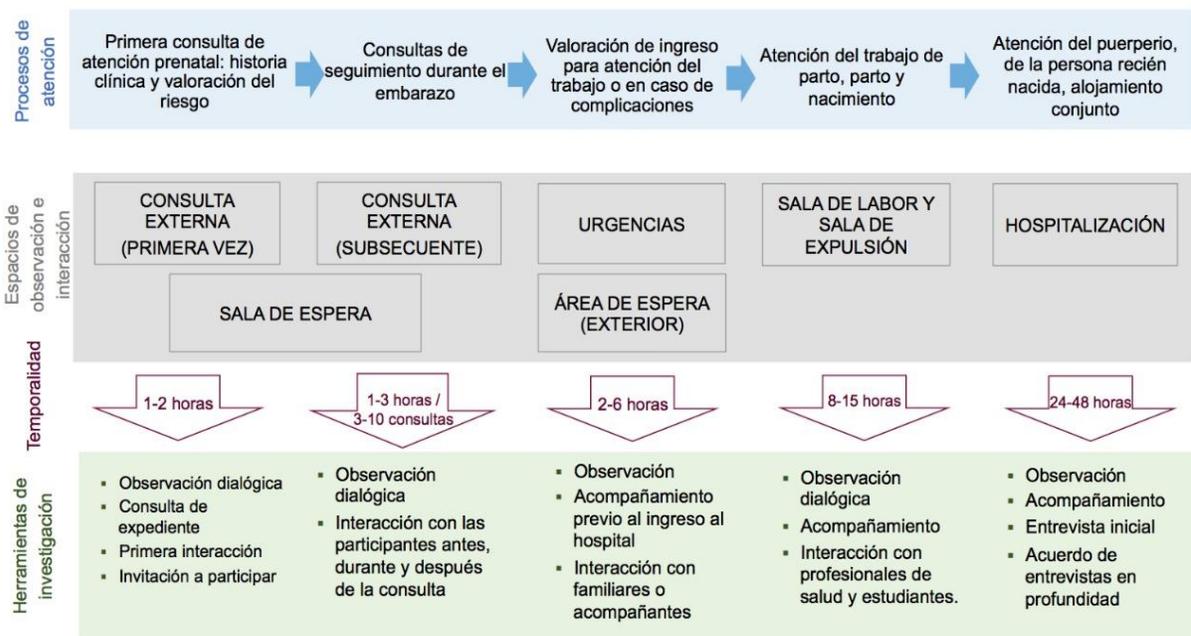


Figura 2. Estrategia metodológica y técnicas de investigación. Elaboración propia.

Para la fenomenología, la investigación parte de una experiencia que es cuidadosamente descrita, para ser posteriormente analizada en busca de sus significados individuales y colectivos, refiriendo con el plural a un proceso abierto, en constante transformación. Es a través de los significados y lo que producen, que se revelan los aspectos del fenómeno de interés (Giorgi y Giorgi, 2003). La manera en que damos cuenta de la experiencia acerca de

un fenómeno específico, tiene que ver directamente con la forma de percibir el mundo, es decir, nuestra visión del mundo. En este sentido, no hay una realidad objetiva o una realidad distinta, sino múltiples maneras de experimentarla. Así, la fenomenología parte del supuesto filosófico de que lo que conocemos es a través de la experiencia, al cual se accede mediante la percepción y los significados que despiertan nuestra consciencia. Para dar cuenta de ello, postula también un supuesto epistemológico:

“En principio, nuestro entendimiento proviene de la experiencia sensorial de los fenómenos, pero esta experiencia tiene que ser descrita, explicada, e interpretada. De hecho, las descripciones de la experiencia y sus interpretaciones están interconectadas al grado de convertirse en la misma cosa. La interpretación es esencial para comprender la experiencia y la experiencia es también una práctica interpretativa. (...) La experiencia subjetiva incorpora el pensamiento objetivo y se convierte en la realidad de un sujeto, por ello, enfatiza la generación de significado como la esencia de la experiencia humana” (Patton, 2015: 191).

Derivado de ello, un tercer supuesto, el metodológico, es que el enfoque fenomenológico está necesariamente centrado en la subjetividad y resalta que la única manera de aproximarnos a la experiencia de los sujetos y a los modos de significación, es experimentando el fenómeno tan directo o cercano como sea posible, por ello, la observación participante resulta un método privilegiado. Good (1994) propone que la vía fenomenológica permite establecer un puente entre las perspectivas interpretativa y crítica de la antropología médica, toda vez que la etnografía que se centra solamente en estructuras semióticas, o bien, en la descripción de los procesos sociales desprovistos de subjetividad, pierde de vista la esencia del objeto con el que trata: la vida y sus predicamentos, su misterio y su potencialidad.

De la estrategia a la experiencia

Una vez definidos los elementos que sustentan la estrategia metodológica propuesta, ahondaré en una aproximación a mi experiencia de investigación, a través de cinco momentos clave de interacción y observación. El primer momento, es decir, la primera interacción con las adolescentes y el personal de salud fue en el área de consultorios, que se denomina consulta externa, el servicio ambulatorio en donde se otorga la atención prenatal. Desde la consulta, me presentaba brevemente, pues para evitar cualquier confusión, acordé que no

usaría bata o distintivos que pudieran confundirme con personal de atención médica en el hospital, de manera que, en todo momento mi posición como investigadora externa fue explícita. De hecho, el médico de primer contacto, solía presentar al equipo que se encontraba presente, estudiantes o pasantes de medicina o enfermería, acto en el que me incluía. Cuando se trataba de la consulta de primera vez, el tiempo en la sala de espera y la permanencia de las usuarias en el hospital, mientras se concluyen los procesos administrativos y el estudio sociodemográfico del área de trabajo social, me permitía comentar con las adolescentes más detalles sobre la investigación, invitarlas a participar, y acordar con ellas un siguiente encuentro en la fecha de su siguiente consulta, para poder explicarles con detenimiento o aclarar sus dudas.

A partir de su primera consulta, reciben aproximadamente entre tres y diez consultas subsecuentes, dependiendo la semana de embarazo a la que son enviadas del centro de salud o cuando inician la búsqueda de atención. Una vez que aceptaban participar, era fundamental registrar la fecha y hora de su siguiente cita, así como el consultorio que les correspondería, de lo contrario, había riesgo de perder la continuidad, ya que iba sumando participantes que se encontraban en diferente semana de embarazo, en donde la frecuencia de las consultas difiere según la semana de gestación, la disponibilidad de fechas y horarios, así como las dinámicas institucionales que puedan afectar los horarios de consulta. En este periodo, sucedieron los primeros diálogos y entrevistas iniciales, indagando sobre sus datos personales y su contexto familiar, escolar, social, así como temas relacionados con el embarazo y la atención, dando relevancia a sus inquietudes y vivencias, de manera que este intercambio mutuo también fue un acompañamiento en el que yo ofrecía información sobre el proceso reproductivo, los cambios que sucedían y lo que podían esperar en la siguiente etapa.

Durante las consultas de seguimiento, las interacciones eran más frecuentes, aunque la profundidad de las conversaciones era variable, con algunas ya existía una relación de confianza y diálogo, mientras que otras permanecían reservadas y con dificultad para hablar sobre los temas propuestos. Sin embargo, las barreras comenzaban a disminuir conforme se acercaba la última etapa del embarazo, cuando sus interrogantes y temores se intensificaban. Cuando establecíamos una relación más cercana, les apoyaba en anticipar algunas de las cuestiones técnicas o administrativas que tendrían que ir preparando para el momento del

parto y el protocolo que empleaba el hospital para su atención, pues, aunque se les informaba, les seguía generando dudas. Esta información respondía a la angustia que se hacía más evidente conforme se acercaba su fecha probable de parto; aumentaban los cambios corporales y sus manifestaciones como malestar, incomodidad o dolor, surgían innumerables preguntas y la información socializada en sus diversos núcleos solía confundirlas más. Sin embargo, estas dudas e inquietudes no suelen expresarse en la consulta, aunque el médico intente mostrar apertura y disposición de tiempo, ellas no consideraban que conocer estos detalles sea una labor o competencia del médico, por lo que sólo se habilitan en otro tipo de interacción.

Según experimentara la relación con cada una de ellas fui eligiendo el momento oportuno de pedirles autorización para acompañarlas durante el trabajo de parto y parto. Hubo quienes, antes de que yo lo mencionara, ya me habían preguntado si podría estar con ellas, otras se asombraron de que yo pidiera autorización y en un rápido giro de intencionalidad agradecían la posibilidad de estar acompañadas y les extrañaba que yo solicitara su permiso. Para este momento, tenían mis datos de contacto y algunas comentaban sus dudas por mensajes de What'sApp®, a los que siempre respondí con cautela, atenta de que no se tratara de algún signo de alarma, y fueran solo molestias comunes en el embarazo o sobre los requerimientos administrativos del hospital o los artículos personales que deben tener preparados para el momento de dar a luz. Establecer este contacto fue importante para los siguientes pasos pues a partir de ello, sin importar el día o la hora, me avisaron cuando ya comenzaban con los primeros síntomas de inicio de trabajo de parto, o cuando iban camino al hospital.

Inicialmente, no había contemplado este segundo momento, que ocurría justo antes de ingresar al hospital para la atención del parto, en donde la continuidad dependía prácticamente de su decisión o posibilidad de establecer contacto conmigo, con excepción de que en alguna de sus últimas consultas hubiera indicios de un trabajo de parto incipiente o alguna situación que ameritara que permaneciera en el hospital. Entra la amplia gama de posibilidades, también podía ocurrir que acudieran a urgencias ante las primeras contracciones, evidentemente desconocidas, y tuvieran que regresar a su casa pues aún no comenzaba siquiera el trabajo de parto, propiamente dicho, o no estaba lo suficiente avanzado para ser admitida. Con casi todas las colaboradoras, mantuve una comunicación vía

telefónica a través de mensajes de texto en este periodo, y seguí con ellas el intrigante descubrimiento del inicio de un trabajo de parto. Por más detalle que tuvieran las explicaciones de los médicos sobre la frecuencia de las contracciones, la regularidad de las mismas o vigilar la salida de líquido, o incluso saber de la experiencia de sus familiares, no había manera de hacer corresponder las desconocidas y alarmantes sensaciones con los cuatro a cinco centímetros de dilatación, lo que se denomina ‘un trabajo de parto en fase activa’.

A veces por varios días, recibía mensajes de texto comentando las molestias, las preguntas, los cambios percibidos, las contracciones o los avisos de que ya iban nuevamente en camino al hospital. Cuando esto sucedía, yo las alcanzaba ahí, entrábamos a urgencias en donde eran revisadas y de no presentar complicaciones, pero tampoco el avance necesario, debían regresar. En varios de los casos también yo regresaba a casa permaneciendo atenta al nuevo llamado, acompañé la espera afuera del hospital e incluso los trayectos de madrugada, observando las dificultades que enfrentan las mujeres, parejas y familias, sobre todo cuando no cuentan con medios propios para estos traslados, cuando la distancia es considerable o cuando implica un gasto mayor a lo que se tenía contemplado.

Una vez atravesado el umbral, el tercer momento se situaba en la sala de labor de parto, a la que ingresaban sin ninguna persona acompañante de su elección. Yo insistía en el rol que tendría en este espacio como observadora y devolviendo a ellas la decisión de que yo estuviera cerca, de responder a sus inquietudes o de tomar distancia. En este espacio, la dinámica cambia de manera importante, pues más que una interacción, se trataba de una labor de acompañamiento que elegí y acordé realizar. Apoyaba explicando las sensaciones desconocidas y cambios que están sucediendo y cómo estos provocan el parto y posibilitan el nacimiento, les recomendaba técnicas de relajación como la respiración, movimientos (sólo acostadas pues no se permite la libre elección de la posición, ni caminar durante el trabajo de parto), les abanicaba cuando el calor era sumamente intenso, o escuchaba sus inquietudes y temores.

La observación durante el trabajo de parto, parto y nacimiento, condensa una importante densidad etnográfica, debido a la complejidad de interacciones y eventos que tienen lugar en este espacio de atención, pero también, a las múltiples, expresiones, sensaciones y expresiones que le acompañan y dan cuenta de su anclaje bio-psico-social, cultural y

simbólico, sobre todo, de su singularidad como acontecimiento. Por ello, en el estado del arte, resalta el interés por dar cuenta de la manera en que la biomedicina y sus paradigmas – el biologicismo, la medicalización, la patologización, la objetivación– inciden en la atención y el cuidado, acentuando la dimensión o condición de vulnerabilidad, o manifestándose como diversas formas de violencia, con mayor frecuencia en este momento de mayor susceptibilidad.

El cuarto momento corresponde a la última etapa del proceso que tiene lugar en el contexto clínico y sucede en el área de hospitalización, en donde las adolescentes permanecen entre 24 y 48 horas, dependiendo si hubo alguna complicación, de su estado de salud, o la de sus recién nacidos. En este caso, no permanecía todo el tiempo, sino de manera intermitente, permitiendo su descanso y privacidad. Después de la experiencia de acompañamiento, el diálogo surge de manera más espontánea, con mayor intimidad y confianza, pero también con la extrañeza de este momento de transición, la incipiente adaptación a la maternidad y la incomodidad que genera la saturación del espacio y múltiples visitas.

Aun así, este espacio resultó indispensable para recordar cómo había sido la atención, qué aspectos habían sido significativos y cómo iban configurando la experiencia al tiempo que la dotaban de sentido. Además, platicábamos de los cambios y sensaciones corporales en el posparto, cómo se estaban sintiendo al ejercer el cuidado de sus hijos, las expectativas que tenían sobre su vida familiar y cotidianidad al salir del hospital e incluso, hacer un recuento del embarazo desde la sospecha, el diagnóstico, la comunicación con la familia y la vivencia del proceso vinculado con las diferentes esferas de socialización y las reflexiones que permite la mirada retrospectiva y la narración. En algunos casos, la estancia se prolongó un par de días y pude concluir la entrevista en profundidad, mientras que, con otras colaboradoras, acordamos encontrar nos en las consultas de seguimiento y definir el momento que consideraran más adecuado para una entrevista adicional.

El último momento de la investigación, corresponde a la fase emergente de la investigación, cuando el trabajo etnográfico fue extendido más allá de los límites institucionales situándolo en sus coordenadas espacio-temporales y sociales. Buscar un sitio para concluir la entrevista en un lugar que les fuera cómodo y no representara una dificultad adicional, me acercó a sus entornos de residencia que, aunque se encuentran en la ciudad en donde he vivido siempre,

los desconocía por completo. Acordamos encontrarnos en el centro de salud cercano, o bien en la plaza pública, generalmente aprovechando sus salidas a para atender a las consultas o aplicación de vacunas a sus bebés. Con algunas colaboradoras mantuve contacto incluso después de haber concluido con la entrevista programada, participando un año después de la celebración del bautizo; en otros casos, cerramos la interacción ante las dificultades de la crianza o los cambios en la dinámica familiar o de pareja, quedando abierta la posibilidad de contactarnos.

Durante este prolongado tiempo de interacción, tuve la oportunidad de dialogar con muchas adolescentes en la consulta y en las actividades cotidianas. El principal impedimento para su participación es que llegaran por primera vez al hospital en las últimas semanas de embarazo, lo cual dejaba muy poco tiempo para establecer una relación de confianza con ellas. Por lo general, las mujeres son referidas a esta unidad alrededor de las 30 semanas y previamente son atendidas en los centros de salud, sin embargo, en el caso de las adolescentes, la referencia puede ser antes por considerarse de alto riesgo. Por ello, con las más jóvenes, fue posible un seguimiento desde el primer trimestre, lo cual no sucedió con las de 18 y 19 años. En otros casos, las mujeres no continuaron su atención en el hospital por decisión propia o por necesidad de ser referidas ante alguna complicación a otros hospitales con mayor capacidad de resolución. Un aspecto más que alteró el curso del trabajo de campo, fue que el hospital cerró la sala de labor de parto y los quirófanos por remodelación durante unas semanas, por lo que se indicaba a las mujeres desde el embarazo, el hospital más cercano al que debían acudir para la atención del parto. En este periodo de unas seis semanas, me enfoqué principalmente en dialogar y realizar entrevistas con el personal de salud, aprovechando que la carga de trabajo también había disminuido por la misma razón.

En síntesis, esta primera narrativa responde a la necesidad de hacer explícitas las condiciones en que se ha producido el acercamiento al fenómeno de estudio, como propone el giro reflexivo. En este proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad, es que el conocimiento se revela *en el* investigador y no *al* investigador, lo cual implica re-aprenderse y re-aprender el mundo (Guber, 2001), devolviendo a la relación intersubjetiva que caracteriza a la etnografía, su carácter experiencial.

2.4.3 Sistematización y análisis de la información

Aunque la sistematización y el análisis en la investigación cualitativa forman parte inherente de la generación de los datos como un proceso iterativo en la producción del relato etnográfico, propongo distinguir dos estrategias de análisis que dieron lugar a los resultados a desarrollar en los capítulos subsecuentes. En la primera, la información obtenida mediante las diferentes técnicas y herramientas de investigación, que inicialmente había seguido una secuencia temporal, fue clasificada en tres grandes rubros: 1) aquella que ocurrió fuera del entorno clínico y que se relaciona con el contexto más amplio del problema de investigación; 2) la que explora concretamente el hospital como contexto etnográfico, incluyendo las perspectivas de los profesionales de salud y las interacciones que sucedieron en él de manera cotidiana; y 3) la sistematización de la información en torno a los casos seleccionados, como eje articulador de la observación y la interacción.

En esta primera etapa recurrí a un análisis discursivo que permitía identificar la manera en que las categorías que estructuraban los objetivos e instrumentos de investigación operaban en el contexto y en el campo, además de apuntar a las categorías emergentes derivadas de las entrevistas y la observación. Cabe señalar que, la aproximación cuantitativa descriptiva, a través de la cual se integró el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la unidad hospitalaria, implicó una metodología complementaria que se detalla en el tercer capítulo, pues su finalidad era informar sobre el contexto particular de estudio desde un análisis retrospectivo, que no está relacionado directamente con las adolescentes participantes.

Para la segunda etapa, realizada una vez concluido el trabajo de campo, propongo un análisis narrativo a partir del cual se despliega la interrelación de los diversos actores, las experiencias y sus múltiples significados, así como los ejercicios interpretativos y reflexivos subyacentes al relato que sucede en el presente de la interacción. De modo que, la narrativa pone en juego la acción individual y social, al mismo tiempo que apela a una perspectiva relacional y un enfoque dialógico para dar cuenta de los fenómenos que tienen lugar en un contexto determinado. En este sentido, diversos planteamientos subyacen a esta propuesta teórico-metodológica y su relación con la etnografía y la antropología. Garro y Mattingly (2000) describen el giro narrativo de la antropología como una crítica a la tendencia por describir sistemas desencarnados y estructuras de pensamiento, separando el conocimiento del sujeto

cognoscente, por lo que devuelve el énfasis a de las historias específicas de las personas, a partir de las cuales participan de la construcción de significados al interior del grupo social, pero también manifiestan intereses particulares, formas de relación y estrategias de acción. En este sentido, no sólo apela al uso del lenguaje, sino a la continuidad del relato en donde tienen lugar las formas de interacción, la historicidad y la singularidad del acontecimiento embebidos en una narración, que da cuenta de la manera en que las estructuras o los fenómenos sociales son aprehendidos y de las experiencias particulares de los sujetos.

Las narrativas no emergen directamente del trabajo de campo, sino de las condiciones estructurales y sociales que subyacen y se producen. Es decir, la etnografía parece describir lo que ocurre en el presente, pero la única manera de analizarlo es comprenderlo en una secuencia temporal en donde la narrativa permite reconstruir el pasado, a través del lenguaje y una apertura al futuro, toda vez que el significado es siempre incompleto e inacabado. Así, el pasado el presente y el futuro se articulan en una secuencia definida por relaciones sistémicas, más que causales (Bruner, 1986). En este sentido, los textos que se producen a partir de la observación e interacción de larga duración –etnografía– pueden ser ordenados en una narrativa que induce pensar más allá de la superficie del texto o del discurso, centrando la atención en cada caso en profundidad, en los detalles que lo dotan de singularidad, e interrogando por las condiciones en que tiene lugar, y finalmente, preguntándose por aquello que lo hace susceptible de ser estudiado o problematizado (Riessman, 2008).

El relato que ocurre en un presente dado por el encuentro acontecimental entre el habla y la escucha, advierte que la posibilidad de narrar halla su principal sustento en la continuidad de la experiencia, no sólo porque da cuenta de una sucesión de eventos, sino por la manifestación de su ‘veracidad’. Con ello, no refiere a un carácter de verdadero o comprobable, sino a una verdad de vida o para la vida, que no se basa en criterios objetivos, sino que resulta en algo de nosotros mismos o de la condición humana que necesitamos saber (Carso, 1997). No contaríamos historias si no supiéramos que la vida es susceptible de ser comprendida y proyectada en el porvenir. Para la antropología en el ámbito de la salud, la narrativa es relevante pues permite el desarrollo de una trama ordenada que conlleva un proceso de simbolización, traducido en la posibilidad de nombrar –de diversas maneras–, aquello que produce afectación, respecto de lo cual se producen significados y, al mismo tiempo, habilita

un encuentro que hace posible contrarrestar la ruptura, imaginar una solución o restituir el cauce de la vida (Good, 1994).

La narrativa como un modo de conocer o comprender privilegia la experiencia y el esfuerzo por habilitar un horizonte de comprensión que emerge de la vida cotidiana más que constatar un conocimiento prefigurado. Sin embargo, el significado no es inherente a la experiencia, sino que se construye a partir de la interacción y en el marco de un contexto social, del cual participa el investigador. En conjunto, tanto el investigador como los participantes, colaboran en la configuración del fenómeno y dan sentido a partir de sus interacciones y diálogos (Bruner, 1986; Josselson, 1995). La producción de la narrativa conlleva un primer proceso analítico, del cual se dependen múltiples procesos interpretativos, en primera instancia, y luego explicativos, los cuales están mediados la escritura, la transcripción, la traducción, la delimitación, la comparación, entre otros que “permiten aprehender, comprender y dar cuenta de cierto fenómeno, narrado en una multiplicidad de voces, siendo una de ellas, la del investigador” (Vargas *et al.*, 2018).

En un siguiente nivel, para el análisis narrativo, Riessman (2008) propone profundizar en tres niveles: temático, estructural y dialógico/performativo. El análisis temático está enfocado en el contenido y en lo dicho por los actores sociales, más que en las formas de expresión por lo que asume que todos los actores sociales quieren decir lo mismo, sobre un fenómeno determinado. Con ello, busca resaltar los elementos comunes o transversales en diferentes casos o materiales narrativos. Por otra parte, el análisis estructural se basa en que la forma, y no sólo el contenido, aporta al significado de lo que se dice, por lo que resalta la importancia de los usos del lenguaje y sus implicaciones, así como de la estructura narrativa, considerando cuatro elementos centrales: el establecimiento del contacto entre el narrador y el escucha; la situación del tiempo, espacio y los actores involucrados; el desencadenamiento de las acciones; y la coda que enfatiza los aspectos más importantes a partir de los cuales, la narrativa es destinada para un propósito y para una audiencia (Labov, 1972). Por último, el análisis dialógico/performativo permite ampliar el marco interpretativo, considerando la el entorno dialógico, y no sólo la narración en particular. Para ello, contempla el contexto histórico y cultural, las múltiples voces y audiencias que intervienen, los cambios en el posicionamiento del investigador –siempre presente– a lo largo del tiempo, enfatizando la

relevancia de la interacción en la construcción de significados y producción de saberes, ya que estos se generan y se reproducen en contextos históricos, institucionales y discursivos específicos. La dimensión performativa, además, sugiere que la narrativa es una práctica comunicativa corporizada, situada, material, discursiva y crítica, desde donde se transforma en un posicionamiento ético y político y constituye en sí misma, un modo de transformar la realidad social en acto.

De tal manera que, las narrativas pueden decir tanto de la sociedad y la cultura, como de las personas y grupos específicos, esta propuesta de análisis se guía preguntando a los datos: “¿cómo se produce conjuntamente una historia, en un espacio específico, a partir de las complejas interacciones entre el narrador y el escucha, el narrador y el contexto, el texto y el lector, la historia y la cultura?” (Riessman, 2008; 105).

2.5 Reflexiones acerca de la etnografía hospitalaria

La etnografía hospitalaria, constituye un aporte metodológico relevante, en tanto comienzan a hacerse explícitas otras motivaciones y justificaciones para realizar este tipo de estudios, entre ellas: que estas instituciones despeñan un rol indispensable en el abordaje de problemas de salud en la agenda internacional y para los sistemas nacionales de salud; 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; y por constituir el espacio concreto en que se puede describir y analizar la implementación de las políticas públicas, visibilizando las limitantes, tensiones y contradicciones que se enfrentan de manera cotidiana (Sesia *et al*, 2014).

Sin embargo, más allá de analizar las dinámicas organizacionales, normatividades e interacciones que caracterizan a las instituciones de salud, la etnografía hospitalaria, desde un enfoque fenomenológico conduce a insistir en la dimensión experiencial inherente a un trabajo antropológico que busca relevar desde terreno, la multiplicidad de historias, problemáticas cotidianas y significados alrededor de una serie de eventos o un fenómeno determinado. Para ello, es pertinente insistir en que “los hospitales no son clones idénticos de un modelo biomédico global”, es decir, no son lugares estáticos en donde los principios

de la biomedicina son implementados de manera uniforme. Por el contrario, 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 (Van der Geest y Finkler, 2004).

Otro de los hallazgos principales en este proceso de investigación es que la etnografía hospitalaria implica una dimensión práctica o de intervención, ¿cómo contribuye la antropología a resolver el problema?, ¿cómo facilitar procesos o mejorar las relaciones?, o ¿qué puede mejorar y cómo es posible encontrar una vía de gestión para lograrlo? Estas y otras interrogantes fueron apareciendo durante mi estancia e implicaron avanzar en recomendaciones y propuestas de intervención *in situ* como parte de este diálogo. Este tipo de interacción, evidentemente, modifica el campo y puede constituir un dilema ético, pero el hecho de no responder tendría implicaciones adversas. Estos cuestionamientos no necesariamente surgen ante situaciones límite, sino también como imperativo ético y de la reflexividad en el trabajo de campo.

A diferencia de la etnografía clásica, que ponderaba la manera en que el investigador se acercaba al campo hasta formar parte de la cultura, participando de las actividades cotidianas, para dejar poco a poco el lugar distante de la observación, Hammersley y Atkinson (2007) señalan que, en la actualidad, la investigación etnográfica puede tener lugar en diferentes contextos y espacios sociales por lo que los tipos de relación que se establecen, las personas con las que se dialoga o interactúa, así como las formas de participación que acompañan a la observación, no son generalizables. En este sentido, y considerando mi formación como médica, un elemento compartido con uno de los grupos de actores sociales involucrados en el campo, la manera en que mi participación podría transformar o incidir en la atención que recibían las adolescentes, así como en la relación entre los profesionales de salud y las usuarias era un cuestionamiento constante.

Al igual que con las colaboradoras etnográficas principales, la interacción con algunos médicos fue más cercana, estableciendo cierta familiaridad, pues el interés por ciertos casos en particular, la mayor visibilidad de las historias de vida, los aspectos sociales, y las formas de vulnerabilidad que se expresaban durante la atención, nos vinculaban de cierta manera. En ocasiones, parecía obvio que la investigación ejercía alguna influencia en la dinámica

hospitalaria, ante ciertos eventos me preguntaban mi opinión o me consultaban si desde las ciencias sociales –tema que yo había comenzado a posicionar en el discurso cotidiano– se habían estudiado ciertos temas, aun cuando no estuvieran relacionados con el objeto de la investigación. Sin embargo, también sucedía lo opuesto conforme se normalizaba mi presencia en los diferentes espacios, independientemente de si permanecía solo observando, establecía algún diálogo o participaba en el acompañamiento.

En estos contextos complejos, abrir la mirada y la escucha a la multiplicidad de actores, me permitió dilucidar cómo es que influía mi participación, incluso haciendo algunas preguntas directas y comparando con experiencias previas acerca de los procedimientos de atención –sobre todo de la atención de las adolescentes, como problema de investigación–, las relaciones entre profesionales, o los temas que iban adquiriendo un lugar en el discurso, por ejemplo, la interrupción legal del embarazo, los derechos sexuales y reproductivos: *¿Antes se hablaba de estos temas? ¿Estos casos necesitan la opinión del médico sub-especialista? ¿Siempre se pide una segunda opinión? ¿Qué ha ido cambiando en estos meses de su perspectiva acerca de las adolescentes?* Estas interacciones constituyen un modo de romper el monologismo y hacer de la reflexividad un encuentro con la otredad, más que un componente del de análisis o de la escritura. Estos diálogos en el trabajo de campo cotidiano hacían la función de espejos de alteridad en un proceso de reflexión colectiva:

“Al examinar nuestras experiencias emocionales de empatía, culpa o responsabilidad, buscamos poner más atención a lo interhumano: a la emergencia del *self* del etnógrafo, en el sentido lacaniano de lo especular y la responsabilidad concomitante por el Otro, que emerge en este encuentro. La posibilidad de un mundo moral compartido en el trabajo de campo nace precisamente de la responsabilidad del reconocimiento, una responsabilidad templada por el respeto y el reconocimiento de la diferencia y la mismidad como base de lo interhumano” (Smith y Kleinman, 2010:173).

Recurriendo nuevamente a la comparación con la etnografía clásica, el trabajo de campo en un entorno urbano, institucional y con quien se comparte, hasta cierto punto, un marco de sentido, parece limitar de manera importante la profusión de la experiencia antropológica. Sin embargo, puede enriquecerse a través de conceptualizar este entorno en tres dimensiones.

Primero, 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 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 que, en este caso se asocia también al umbral del nacimiento, de la maternidad, del devenir, y del final de la vida, eventos del ciclo vital que cada vez suceden más en un entorno hospitalario que en el hogar.

En segunda instancia, 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. Los espacios se delimitan y de este modo contribuyen al establecimiento de un orden social, en este caso, del establecido por la biomedicina, pero también albergan las formas en que este orden se transgrede o se transforma. Finalmente, este espacio es percibido por los sentidos y es significado por quienes lo habitan, dando cuenta de su carácter experiencial.

En tercer lugar, 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. Un ejemplo de ello, es la manera en que 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 o les resulta familiar.

Finalmente, el supuesto de una investigación que pondera la observación como interacción, el dialogismo y la experiencia narrada en tanto apertura al otro y a la constante búsqueda de sentido, adquiere una relevancia particular en el acercamiento a la enfermedad, el padecer o los eventos significativos en el ciclo de vida. Si es posible presenciar un momento como el nacimiento, en el que un ser humano deviene algo que no era antes y que dispondrá un nuevo curso o una inflexión, y éste queda acotada a una práctica, un protocolo o un número de registro, entonces ambas disciplinas, la medicina y la antropología, habremos desconocido

su peso ontológico. El acto clínico, la relación médico-paciente y la atención del embarazo, parto y nacimiento demandan una competencia técnica y una racionalidad clínica, pero también el tacto, la sensibilidad y el sostenimiento de la vida y su devenir.

3. Contexto y configuración del problema de investigación

Este capítulo integra un marco de referencia y también un proceso analítico que explora las metas, indicadores y estrategias en torno al proceso reproductivo en la adolescencia desde una perspectiva global y local, las dinámicas socio-espaciales en que se inscribe el contexto clínico, y los datos epidemiológicos y sociodemográficos, se traducen en condiciones socio-históricas de posibilidad para la configuración y abordaje del problema de investigación. Con esto, se precisa que el fenómeno de la atención del proceso reproductivo en la adolescencia adquiere características particulares por situarse en un momento, en un país y en una región específica. También, que se vincula a una serie de procesos sociales, económicos y políticos, y a una serie de condiciones como el acceso a la salud y la educación, la exposición a diferentes formas de violencia y situaciones de exclusión, a partir de las cuales, adquiere su singularidad.

3.1 Dimensión global-local: metas, indicadores y estrategias.

Este panorama general presenta los resultados de la revisión de documentos e informes a nivel internacional, regional y nacional. Al tratarse de un tema relevante y visible en la agenda pública, la información disponible es vasta y en constante actualización. Esta primera aproximación documental sitúa el proceso reproductivo en la adolescencia como una problemática sustentada en cifras e indicadores que distan de cumplir lo establecido en las metas internacionales vinculadas a la salud y el desarrollo humano de las diferentes regiones. Posteriormente, abordaré las directrices y políticas públicas que buscan responder a este panorama epidemiológico y sus implicaciones, a través de intervenciones y estrategias que son aterrizadas desde el contexto internacional a las diversas realidades locales. El último apartado, explora la manera en que las instancias académicas, gobiernos locales y organizaciones de la sociedad civil tienen un rol importante en esta adaptación de las estrategias internacionales y en generar otras propuestas innovadoras desde terreno, fomentando la participación social. No obstante, en ocasiones también pueden reproducir expresiones de exclusión y precariedad, desde las cuales un problema es advertido cómo tal y un grupo se torna susceptible de intervención.

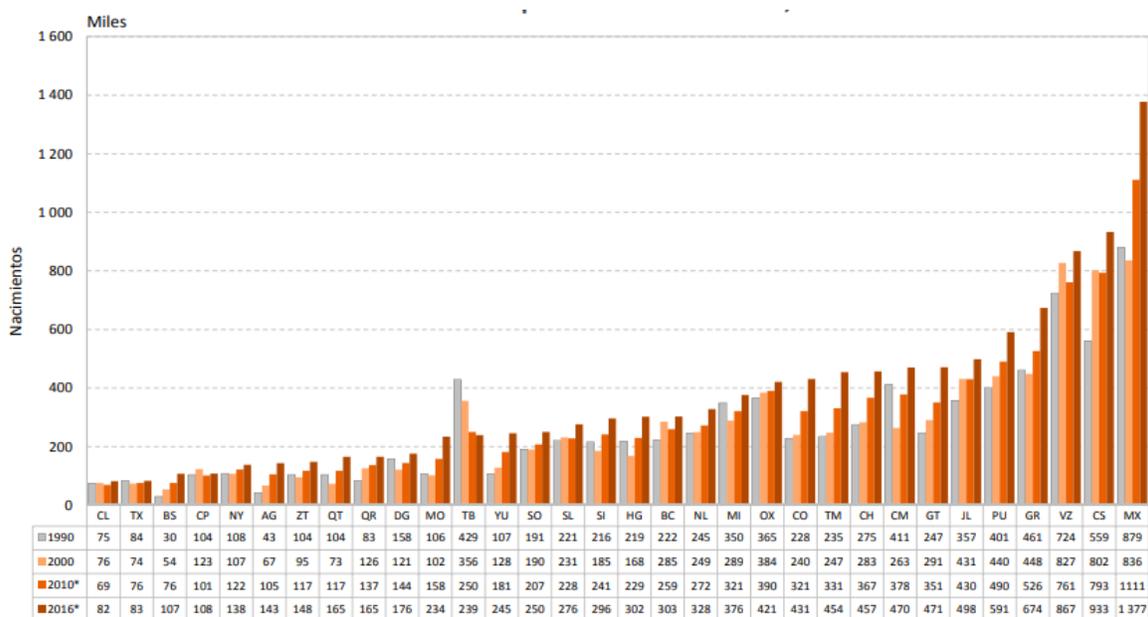
3.1.1 Cifras e indicadores en salud sexual y reproductiva en la adolescencia

A nivel mundial, se estima que cada año 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años dan a luz, 2.5 millones de menores de 16 años y alrededor de un millón de niñas menores de 14 años. La tasa de fecundidad específica en adolescentes de 15 a 19 años es de 49 nacimientos por cada mil mujeres, lo que equivale a la décima parte del total de nacimientos anual en todo el mundo. En las mujeres de este grupo de edad, las dos principales causas de defunción son las complicaciones durante el embarazo o el parto y el suicidio, además de unos 3 millones se someten a abortos no seguros cada año (OMS, 2015; 2018). El 95% de los nacimientos de madres adolescentes en el mundo, ocurren en países en desarrollo, alrededor del 19% de las jóvenes en países en desarrollo se han embarazado antes de los 18 años de edad, así, de los 7.3 millones de partos de adolescentes menores de 18 años que ocurren cada año en los países en desarrollo, 2 millones son partos de niñas menores de 15 años (UNFPA, 2013).

En México, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), se estima que 22.4 millones de hombres y mujeres se encuentran en el grupo de edad entre los 10 y 19 años de edad. En el caso de las mujeres, el grupo quinquenal de 15 a 19 años corresponde al de mayor tamaño y el que presenta una menor disminución de la fecundidad, así como las tasas más bajas de uso de métodos anticonceptivos (37.6% de empleo en la primera relación sexual y 45% usó algún método en la última). En relación al inicio de vida sexual activa, la proporción de la población total que la ha iniciado pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012, siendo el promedio de edad a los 15.9 años para las mujeres (CONAPO, 2016).

Uno de los informes más recientes del Consejo Nacional de Población (CONAPO) aborda de manera específica la fecundidad en niñas y adolescentes menores de 15 años, como una cuestión necesaria y alarmante. Según el informe ejecutivo, en 1991 se estimaron 6,086 nacimientos en el grupo de 10 a 14 años de edad; para el año 2000 la cifra aumentó a 8,591 y entre 2003 y 2009, se estimó que hubo un incremento de 7,277 a 9,442 –equivalente al 29.7%–. Para el periodo 2010-2016, se advierte nuevamente un incremento que se traduce en más de 11,800 eventos. Haciendo una distribución porcentual más detallada, este estudio

identificó una disminución en el grupo de 10 a 12 años (3.5% del total), mientras que el 13.5% se presentó a la edad de 13 años y el 83.3% restante en las de 14 años, como se muestra por entidad federativa en la Figura 3 (CONAPO, 2017). De acuerdo con las últimas cifras publicadas, en el 2017 se registraron en México 171,010 nacimientos de adolescentes entre 15 y 17 años y 11,756 en menores de 15 años (Gobierno de México 2020), cifras que presentaron una disminución promedio de 10% en 2018 y 2019, por lo que se ha mantenido como una de las problemáticas prioritarias de salud sexual y reproductiva en el país.



* A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos con una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Figura 3. Número de nacimientos estimados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años por entidad federativa (1990-2016). Fuente: CONAPO, 2017.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009), en las mujeres adolescentes se concentra el mayor porcentaje de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (24.8%), resaltando el menor acceso de ciertos grupos como las mujeres hablantes de lengua indígena, las residentes en zonas rurales, así como las mujeres solteras o no unidas. En cuanto al lugar de obtención del método, lo más frecuente son las farmacias privadas (46.1%), seguido de la Secretaría de Salud (29.6%) (CONAPO, 2014). Dicha encuesta, también mostró que mientras un porcentaje elevado de la población reportaba conocer algún método anticonceptivo, persiste falta de información sobre su uso adecuado o frecuente, teniendo un bajo porcentaje de uso en la primera relación sexual, que

frecuentemente fue catalogada como inesperada o no planeada (alrededor del 33%). Por otra parte, un 18.3% argumentaron que querían embarazarse y un 17.8% pensaban que no podían embarazarse en una primera relación sexual (Secretaría de Salud, 2014). De las mujeres en el grupo de edad que habían tenido un embarazo, el 40.6% señaló que no había sido planeado y un 13% no deseado. Finalmente, con relación a la fecundidad adolescente, se evidencia un menor descenso que, en otros grupos de edad, disminuyendo un 7.6% entre el 2000 y 2013 (de 71.4 a 66 por cada 1000 nacimientos).

Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos. Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable, mientras que, entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años (CONAPO, 2016). Para el 2014, el 10.4% de las 872 muertes maternas registradas (RMM=38.9), a las que se agrega un 5.7% de las 140 muertes maternas tardías. De estas, 56 muertes ocurrieron en la Ciudad de México, de las cuales un 7.1% correspondió a menores de 19 años (Freyermuth *et al*, 2016). Finalmente, entre 2017 y 2019, la disminución de la mortalidad materna en México, muestra una reducción progresiva que también se hace valer para este grupo de edad, aunque al estimar la razón de muerte materna (RMM) por grupo de edad, su comportamiento es heterogéneo, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Comparativo de nacimientos, defunciones y RMM por grupo de edad quinquenal de 10 a 19 años (2017-2019)

AÑO	Defunciones 10-14 años	Nacimientos 10 a 14 años	RMM	Defunciones 15-19 años	Nacimientos 15-19 años	RMM	RMM nacional
2017	4	ND	-	114	ND	-	35.0
2018	2	10,415	19.0	105	349,398	30	34.6
2019	6	9,887	60.6	83	323,601	25.6	34.1

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC) Cubos dinámicos. Fecha de consulta: 25/06/2022.

Para este grupo de edad también se ha registrado un importante riesgo relacionado con el aborto; para el periodo 2000-2013, se estima que un 22% de las hospitalizaciones por aborto fueron en menores de 20 años, predominando el rango de 15 a 19 años, aunque para el grupo de 10 a 14 años de incrementó en un 7% entre el 2000 y 2012. En el análisis de cifras entre 1990 y 2012, se estima que un 14% de las muertes por aborto ocurrieron en menores de 20 años (Schiavon, 2014). No obstante, es pertinente señalar que las cifras no muestran información detallada que permita distinguir entre abortos inducidos y pérdidas gestacionales, siendo ésta última poco registrada en cualquier rango de edad.

Como un panorama general que ponen énfasis en la atención de adolescentes, el análisis de diversas fuentes de información, entre ellas el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), ha permitido conocer un porcentaje estimado de los procedimientos de atención obstétrica, como se muestra en la Figura 4. Cabe señalar que cuando se habla de estos indicadores, no puede establecerse con precisión una tasa, pues sobre todo en las menores de 14 años no todas han llegado al desarrollo biológico que les permita embarazarse, por lo que no hay un denominador común (Ipas, 2018).

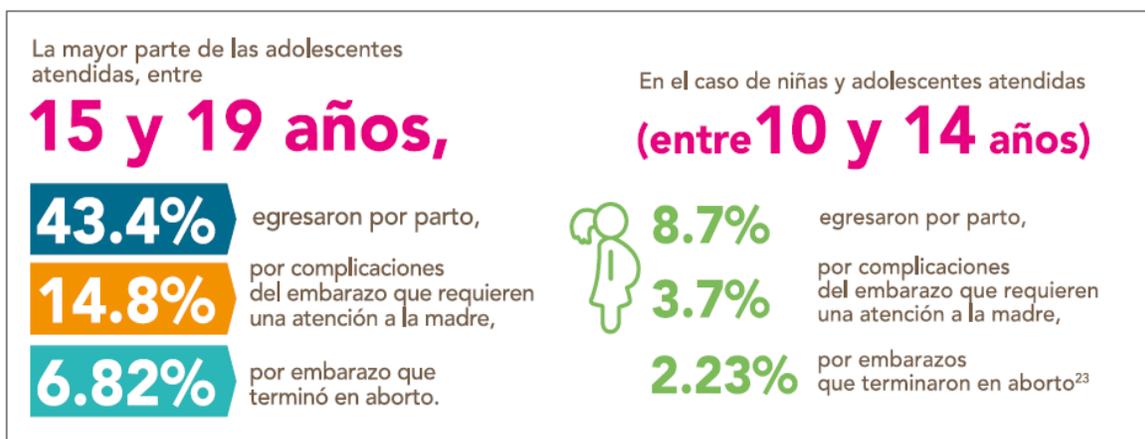


Figura 4. Diagnóstico de egreso en niñas y adolescentes, por grupo de edad. Fuente: Ipas (2018).

Una de las fuentes más recientes de información estadística respecto al embarazo en la adolescencia es el proyecto coordinado por la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM), titulado “Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA). Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención”. La

encuesta, representativa a nivel nacional, tanto para localidades rurales como urbanas, fue aplicada a una muestra de 3,380 mujeres entre 20 y 24 años, indagó acerca de los factores sociales, familiares y personales que se relacionan tanto con la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia, como con la no ocurrencia del evento. En un análisis preliminar de los resultados. Se identificó que el 38.1% de las mujeres entrevistadas habían tenido una experiencia de embarazo antes de los 20 años, teniendo el desglose por edad en la Figura 5.



Figura 5. Embarazos por grupo de edad (EnFaDEA, 2019).

Uno de los principales aportes de este proyecto es la obtención de cifras con respecto a la relación entre embarazo en la adolescencia y educación escolar. Al respecto, se identificó que el 75.3% de las mujeres no estudiaban cuando se embarazaron en la adolescencia, por lo que las causas de abandono escolar no estaban relacionadas con el embarazo en la mayoría de los casos: la primera causa fue no poder pagar o costear los gastos para los estudios (23.7%); la segunda respondió que “no quiso continuar o “no le gustó la escuela” (19.5%); y sólo el 16.6% señala como causa de abandono el embarazo (EnFaDEA, 2019). Este dato es relevante, pues como se observará en el siguiente apartado, el embarazo suele plantearse como causa de abandono escolar y, también porque las estrategias de prevención basadas en la educación sexual se desarrollan, en su mayoría, dentro de las instituciones educativas.

En un comparativo entre mujeres con y sin experiencia de embarazo, se señala que para las primeras la edad promedio de abandono escolar fue de 15.2 años, mientras que para quienes no se embarazaron fue de 18.5 años, por lo que alrededor del 50% alcanzaron una educación

superior y en su caso, cuando hubo deserción, la causa principal fue haber alcanzado el grado de estudios que deseaba (34.4%), aunque un 22.7%, cifra similar al de las mujeres con experiencia de embarazo, también abandonó la escuela por cuestiones económicas (EnFaDEA, 2019).

En el caso específico de la Ciudad de México, la tasa de maternidad en la adolescencia en 2012 fue de 1.1 por cada 1000 para el rango de 10 a 14 años (inferior a la tasa nacional de 2.0) y de 44.2 por cada 1000, en las mujeres de 15 a 17 años, muy por debajo de la tasa nacional que corresponde a 54.4. De las niñas y mujeres entre los 0 y 17 años, se estima que 21% no cuentan con derechohabiencia, 7.3% de las adolescentes entre 12 y 17 años no trabajaba ni estudiaba; poco más del 20% de la población de 16 años en adelante no había concluido la secundaria y el 20.9% trabajaba sin remuneración, de las cuales 9.7% tenía una jornada laboral de más de 48 horas (Cardona, 2015). Adicionalmente, si se observa con mayor detalle la Figura 3, se puede identificar que el número de embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en la Ciudad de México fue de 411 en 1990, descendiendo a 203 en el año 2000 e incrementando nuevamente en 2010, con 378 y, recientemente, en 2016, se estiman 470 nacimientos (CONAPO, 2017).

Para concluir con esta aproximación estadística, es importante resaltar el vínculo del embarazo en mujeres adolescentes con las distintas formas de violencia de género contra la mujer. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, en el país se estima que de cada diez mujeres cinco han enfrentado violencia emocional; cuatro, violencia sexual; y tres, violencia física. Además, de las mujeres mayores a 15 años unidas, 7% manifestó que su pareja toma las decisiones de cuándo tener relaciones sexuales, 3.5% decide si se usan métodos anticonceptivos y 4% elige cuándo y cuántos hijos tener (INEGI, 2017a; Ipas, 2018).

3.1.2 Declaraciones internacionales y avances en política pública

A partir de la segunda mitad del siglo XX, comenzando con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se enfatiza la necesidad de abordar de manera particular los derechos de las mujeres y las niñas, reconociendo las desigualdades estructurales y las condiciones

diferenciales que las mujeres enfrentaban de manera cotidiana, traduciéndose en obstáculos para el ejercicio y reconocimiento de sus derechos. Entre ellas se encuentran la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995). En esta última se señaló la importancia del reconocimiento a nivel internacional de las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho, resaltando que la condición de infancia en las mujeres incrementa la posición de vulnerabilidad, a la que se suman otras determinantes sociales (Cardona, 2015). Así, en estas declaraciones se ha incrementado la visibilidad de este grupo de edad y se han convertido en plataformas de acción y pautas para estrategias internacionales de las que México forma parte, al ratificar dichos convenios y declaraciones.

Estas estrategias se concentraron inicialmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en donde el Objetivo 5 referente a mejorar la salud materna, incluía como uno de los indicadores del logro del acceso universal a la salud reproductiva (Meta 5.B) la tasa de fecundidad adolescente, considerando el rango de edad de 15 a 19 años. (Naciones Unidas, 2015a). Sin los resultados esperados, el énfasis en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes se retomaron en los Objetivos de Desarrollo Sustentable para el periodo 2016-2030. El Objetivo 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y el Objetivo 5 señala lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (Naciones Unidas, 2015b).

En función de estos objetivos, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) señala la importancia de la educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes, sin embargo, como sucede en muchas estrategias, el acceso de las adolescentes embarazadas a los servicios que se señalan como prioritarios el embarazo, parto y puerperio queda poco confirmado. De acuerdo con esta estrategia, dichas acciones contemplan la atención prenatal y durante el parto, el aborto seguro y la atención posaborto, la prevención de la transmisión vertical del VIH, la atención durante complicaciones, la atención posnatal de la madre y el recién nacido y los cuidados adicionales de las personas recién nacidas (OMS, 2015), sin embargo, se han documentado las brechas que persisten para el acceso efectivo y oportuno de la población adolescente.

En el caso de México, estas declaraciones se han ratificado con la reforma al artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reforzando el marco regulatorio con algunas reformas en el Reglamento de la Ley General de Población, la Ley general de Salud, la Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, que enfatizan de manera explícita a este grupo de edad. Asimismo, las iniciativas enfocadas directamente en la promoción de la salud sexual y reproductiva y el fortalecimiento del acceso a métodos anticonceptivos iniciaron en la década de los ochenta, pero con mayor énfasis en la Declaración de Monterrey (1994), de donde se deriva el primer Plan Nacional de Salud del Adolescente.

Así, podría decirse que las acciones en México dirigidas específicamente a este grupo son recientes, reconociendo que hasta 2007 surgiría el primer programa específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, vinculado al Plan Nacional de Desarrollo, que contemplaba solo al grupo de 15 a 19 años. Éste reconoce que los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, entre ellos el acceso a la atención, encuentra uno de sus principales obstáculos en el desconocimiento del marco jurídico y de derechos humanos en el que los adolescentes son reconocidos como personas sujetas de derechos, en conjunto con los prejuicios en torno a su desarrollo y su capacidad para tomar decisiones. Este escenario es compatible con un diagnóstico de salud sexual y reproductiva que muestra pocos cambios desde 1990 para este grupo de edad.

Otro énfasis importante de este primer programa es el análisis de las principales brechas que enfrentan los y las adolescentes para acceder a los servicios de atención, de acuerdo con la encuesta Gente Joven (2002), destacan los aspectos institucionales a través de excesivos trámites administrativos, el desconocimiento de los fundamentos legales para otorgar atención en salud sexual a los adolescentes, los horarios incompatibles a sus necesidades, una infraestructura inadecuada para proporcionar estos servicios con privacidad, confidencialidad y calidez, la desconfianza en los servicios institucionales, por parte de los adolescentes al sentirse juzgados y el desconocimiento (Secretaría de Salud, 2008)

Hasta 2015 es aprobada la *Norma Oficial Mexicana NOM 047, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad*, que reconoce el marco del respeto a los derechos humanos de las personas incluidas en este grupo, con perspectiva de género y enfatiza que

sus servicios deben salvaguardar la intimidad, la confidencialidad, la inclusión y no discriminación, el respeto y el consentimiento libre e informado, de conformidad con las disposiciones aplicables, apartado en el que refiere a un documento para recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva sin acompañamiento (Secretaría de Salud, 2015). Posteriormente, en 2016 se publicó la ENAPEA, en el que participaron de manera conjunta 13 dependencias gubernamentales, además de algunas instancias de la sociedad civil y académicas. En esta se proponen como principales estrategias el fortalecimiento de la educación en sexualidad en el sistema educativo, los servicios y clínicas amigables, los insumos adecuados y eficaces para anticoncepción, las intervenciones en medios de comunicación y las políticas para la permanencia escolar e inserción laboral, a través de las cuales se busca el logro de dos metas centrales para el año 2030: 1) Disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años, considerándolo de especial interés por su vínculo con abuso o violencia sexual y por el riesgo de mortalidad materno-infantil que se incrementa en este grupo; y 2) Reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, logrando alcanzar una tasa de 32.9 nacimientos por cada 1000 mujeres (CONAPO, 2016).

Desde la política de población de los años setenta, se observó una importante disminución de la fecundidad, sin embargo, el impacto era menor en este grupo de edad. Diversas investigaciones señalan este hecho como una de las principales causas para la definición del embarazo adolescente como problema público: el crecimiento del grupo de edad de 15 a 19 años, una menor disminución de la fecundidad en este grupo de edad en comparación con el resto y el mayor acceso a los servicios de salud y la medicalización del embarazo que puso de manifiesto estos embarazos y los problemas de salud asociados, vistos desde la perspectiva de la biomedicina (Stern, 1997; 2012).

Estas cifras ya orientan a una situación alarmante para un país como México que había mostrado avances en las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva para el periodo 1990-2015, pero no fue el caso cuando se aborda de manera específica para este grupo de edad. Aunado, a otros problemas de salud concomitantes y de su relación con desigualdad, violencia y otros indicadores de desarrollo humano, se ha derivado una creciente

visibilización en la política pública y en las diversas modalidades de intervención, destacando el ámbito comunitario, educativo y de salud.

3.1.3 ¿Quiénes participamos en la configuración de un problema?

Como he advertido desde un inicio, el que un problema social y de salud devenga como tal, no es un hecho neutro, sino que deriva de múltiples procesos y con la participación de diferentes disciplinas y colectivos. Las estadísticas suelen ser el primer marcador o el punto de partida para convenir que una situación representa un problema y permite establecer una escala de gravedad, conocer su distribución espacial y su comportamiento en un periodo de tiempo determinado. Con ello, se tiene un panorama general que lo orienta como una prioridad a estudiar que permita establecer metas e indicadores, así como posibles estrategias de abordaje.

Dada la complejidad de estos problemas, se requiere conjuntar enfoques teóricos y metodológicos, así como herramientas prácticas y experiencias con la finalidad de reflexionar en torno a sus múltiples dimensiones. Esta multiplicidad de aproximaciones contribuye con la definición o incluso re-definen el problema y lo clasifican, también en función de parámetros variables. También participan de las estrategias de intervención y de su incorporación en las políticas públicas nacionales, lo cual implica su reconocimiento, pero sobre todo asegura la participación intersectorial e interinstitucional, la asignación de presupuesto y la evaluación. Todo ello sigue la premisa de que, al no intervenir, las consecuencias para las personas, pero también en los indicadores nacionales resultan adversas. Estas acciones, que no necesariamente ocurren de manera lineal ni ordenada, van configurando un panorama global-local en el que se condensan diversos intereses y perspectivas.

Al plantear esta investigación, integré un primer mapa de actores resultante de la revisión del estado de la cuestión, el cual tuvo algunas variaciones después del acercamiento al campo, eliminando algunas que no habían resultado pertinentes y agregando otras perspectivas que fui conociendo. En la Figura 6, se sintetizan las instancias consideradas, así como sus representantes específicos. En la mayoría de los casos tuve acceso a una entrevista con alguna

persona representante de estas entidades o personas expertas, vinculados de manera estrecha, no obstante, en algunos casos opté por el acceso a los sitios de internet, documentos específicos o información indirecta, como fue el caso de las instancias gubernamentales.

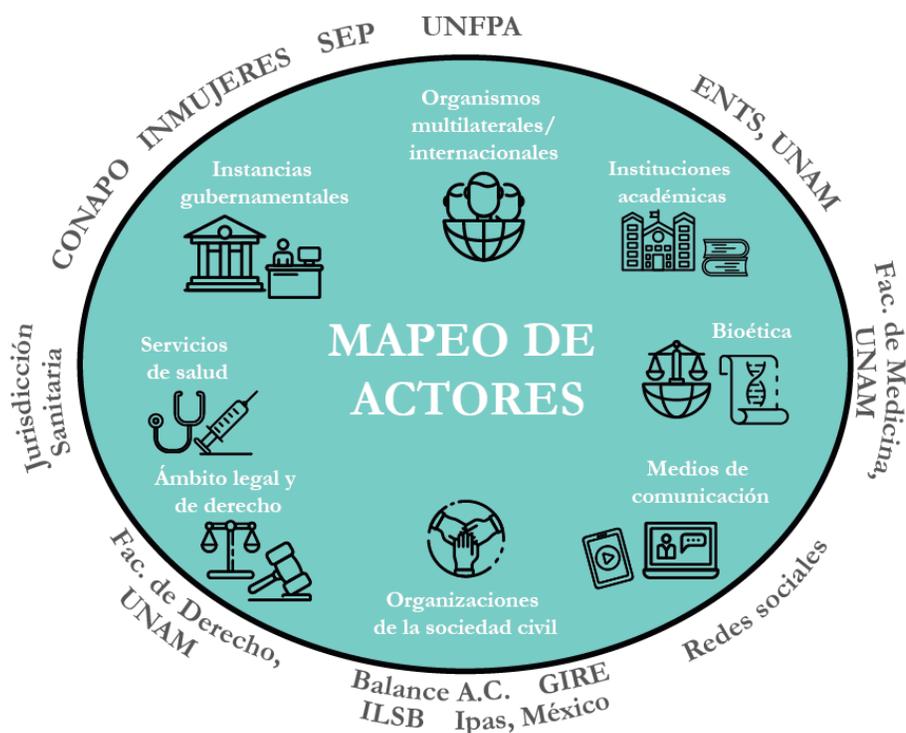


Figura 6. Mapa de actores sociales relevantes en el abordaje del problema. Elaboración propia

Con base en esta aproximación etnográfica pretendo avanzar en una mirada crítica a partir de los discursos, acciones e intervenciones que se generan en torno a la problemática, que incluso en el planteamiento de esta investigación he re-definido como proceso reproductivo en la adolescencia. En este sentido, la visión analítica que propongo no tiene que ver con la eficiencia o eficacia de estos, sino con lo que producen en diferentes contextos sociales, por ejemplo, hay discursos que problematizan las condiciones estructurales y pueden resultar en una forma de empoderamiento e inclusión social, mientras que otros se limitan a la responsabilidad individual y reproducen estigmas, estereotipos o expresiones discriminatorias.

Comienzo por plantear el rol de los organismos multilaterales o internacionales dada su implicación como nexo entre las globales y las posibilidades de intervención a nivel nacional.

La revisión de los documentos e informes a nivel mundial o regional publicados por Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud se discuten en los primeros apartados referentes a las metas, indicadores y cifras. Por su aproximación regional y más enfocada en la intervención, me acerqué a la oficialía del programa en Salud Sexual y Reproductiva, Adolescentes y Poblaciones Vulnerables del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA):

“El UNFPA siempre ha trabajado con adolescentes, es la agencia líder en Naciones Unidas para trabajar con jóvenes y adolescentes. En México ha trabajado mucho de la mano de salud, por ejemplo, desde 2009 se impulsó un modelo de atención que después de convirtió en el MAISRA [Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes]. La Secretaría de Salud lo ha enriquecido y adoptado, antes era «el modelo del UNFPA», ahora es el «modelo de Salud» y es el que utilizan los servicios amigables. Así que ya se trabajaba desde antes de la Estrategia Nacional en estas cuestiones...” (Entrevista C1-30/01/19).

Como una breve descripción, el UNFPA se enfoca en proveer apoyo técnico a nivel federal y en el trabajo con entidades federativas, enfocándose en el fortalecimiento de capacidades, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas, pues enfatiza que: *“la gestión basada en resultados es algo que como país nos hace mucha falta fortalecer”*. En este sentido, ha impulsado mejores estrategias de coordinación para evitar repetir proyectos que no han dado resultado o doblar esfuerzos en proyectos que ya han sido probados o tienen un avance. Así, a manera de síntesis, este organismo busca diseñar o adaptar programas o estrategias que son probadas en algunos grupos a nivel nacional y posteriormente presentadas ante las instancias gubernamentales pertinentes, con la finalidad de que las conozcan, las identifiquen como procesos ya validados y los incorporen en sus estrategias a largo plazo, haciendo adaptaciones si fuera necesario. Tal es el caso del MAISRA, de la capacitación en planificación familiar para proveedores de salud, los manuales de educación sexual integral promovidos en la Secretaría de Educación Pública (SEP) o de un proyecto denominado “Unidas Crecemos” que busca el trabajo con grupos de niñas y adolescentes en comunidades, lideradas por ‘mentoras’ (mujeres jóvenes capacitadas), la cual fue apoyada por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos

Indígenas (CDI). A partir de su experiencia de trabajo y la visión institucional, la oficial del programa resalta que:

“el abordaje del embarazo en las adolescentes es que no sea sólo un problema de salud, sino con esta mirada multifactorial, para UNFPA es el modelo ecológico en donde nos interesa resaltar que no es el problema de la niña o la adolescente que se embaraza sino lo que hay detrás de ese embarazo, por lo que se requieren estrategias más fuertes de combate a la pobreza, entre otras cosas. [...] No es un problema de la persona, es de las familias, comunidades, gobiernos locales y federales...” También señala: *“queremos trabajar para fortalecer no solo la oferta de servicios, sino también la demanda calificada en adolescentes, por eso nos interesan mucho también los mecanismos de participación de las y los adolescentes en la ENAPEA”* (Entrevista C1-30/01/19).

Como se observa, este organismo tiene una estrecha vinculación con instancias gubernamentales, por lo que la entrevista también aportó información indirecta en este sentido. Cabe mencionar que, la participación gubernamental en esta problemática, se concentra en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). Junto con organizaciones de la sociedad civil, se ha integrado un Grupo Interinstitucional de Prevención del Embarazo Adolescente (GIPEA) y sus correspondientes grupos estatales, vinculados con los gobiernos de las entidades. Resulta de interés que la ENAPEA, como estrategia nacional no cuenta con un presupuesto asignado de manera específica, sino que de cada una de las dependencias que participan destinan una cantidad de recursos para esta, que pueden ser adecuados o inferiores a las necesidades. En este dominio, organismos como el UNFPA tienen una participación aportando recursos financieros para las reuniones periódicas, para la producción de insumos y para programas de capacitación, entre otros.

En esta interrelación, es también relevante la participación de organizaciones de la sociedad civil, quienes promueven la apertura a otros paradigmas y la lectura crítica de las problemáticas, en lugar de mantener un enfoque causal o unidireccional en el abordaje de un problema. Así, al mismo tiempo que realizan un trabajo directo con las personas o en las comunidades, buscan incidir en la política pública, a partir de enfoques teóricos y perspectivas como género, feminismo, derechos humanos. Un primer acercamiento fue con

el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), por su amplia trayectoria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, a través del análisis de indicadores relacionados con las adolescentes que se incorporan de manera transversal en la investigación e informes que promueve la organización, para incidir activamente en los ausentes que hay en el ejercicio integral de los derechos sexuales y reproductivos. En una breve entrevista, la directora ejecutiva de la organización comentó que el trabajo con adolescentes estaba centrado en el matrimonio infantil (Diario de campo C5-04/05/17), sin embargo, no cuentan con un abordaje diferencial de este grupo de edad en otros temas o problemáticas de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, el trabajo de Balance, A.C., desde una perspectiva feminista y de interseccionalidad, forma parte del grupo intersectorial vinculado a la ENAPEA. Su participación está relacionada con el diseño y evaluación de programas, a partir de su experiencia de más de diez años trabajando con escuelas en varias delegaciones de la Ciudad de México, para llevar información a las y los adolescentes a través de obras de teatro y otras estrategias de educación integral. Esta organización también ha participado en la evaluación de clínicas con Servicios Amigables para Adolescentes, a partir de seis instrumentos: 1) revisión de insumos, materiales y medicamentos necesarios; 2) entrevista al personal directivo de la unidad; 3) entrevista al personal de salud que provee la atención; 4) lineamientos de atención; 5) entrevista a las usuarias; y 6) observación directa de la consulta. Cabe señalar que no cuenta con presupuesto público, sino que sus actividades comunitarias y su participación en la ENAPEA se realiza con los recursos gestionados por la organización. En este sentido, agrega de manera crítica que una de las principales limitantes para avanzar en la ENAPEA es el presupuesto. Por otra parte, aunque insiste en la necesidad de continuar con estrategias que mejoren las condiciones de salud y educación de las y los adolescentes, señala que:

“desde Balance, el embarazo adolescente no es considerado un problema como tal, es un marcador de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en diversas expresiones, desde la información, el acceso a métodos anticonceptivos, el acceso a interrupción legal, al proceso de toma de decisiones y una vez que está el embarazo a poder seguir teniendo información y educación necesaria para su desarrollo personal, por lo que el problema no es un embarazo como tal sino las condiciones

estructurales en que sucede. Incluso el embarazo puede ser resultado de un proceso de toma de decisiones...” (Entrevista C2-19/02/19).

Decir que se trata de una decisión es controversial y se reconoce que puede ser un proceso inacabado de toma de decisiones, ante lo cual, el enfoque de la organización es se basa en los procesos facultativos o la evolución facultativa de la toma de decisiones. Es decir, entre más información tenga y más continuo sea el acercamiento con esta información, ésta va a tener mayor impacto, para cualquier persona, pues contar con herramientas necesarias para la toma de decisiones no tiene que ver con la edad o con el desarrollo, sino con el contacto con la información. En este sentido, señala que: “*en Balance se promueve una perspectiva de género, derechos y juventudes, frente a una política proteccionista y vertical*” (Entrevista C2-19/02/19).

Con respecto a la participación académica, cabe señalar que en el periodo previo y durante esta investigación, se ha observado una creciente producción respecto al tema, sin embargo, he considerado en este apartado el acercamiento a algunos proyectos que se promueven a nivel institucional y no como intereses individuales de investigación al interior de las diferentes instituciones. Uno de ellos, es el Programa de Prevención de Embarazo en Adolescentes inscrito en la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM, como un proyecto AFINES que integra la participación de docentes, estudiantes y pasantes de servicio social. El proyecto programado para 2016-2018 se enfocó en un diagnóstico cuantitativo de la situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de primer año que ingresan a la Facultad de Medicina. A partir de ello, se diseñó un curso presencial y en línea dirigido a estos estudiantes, quienes deberían realizar un examen inicial y otro al concluir el curso para evaluar la efectividad (Diario de campo-11/06/18). Llama la atención que siendo una de las disciplinas más involucradas en el abordaje de dicha problemática, este proyecto permanezca como algo interno y acotado al estudiantado de la misma facultad. Durante la entrevista registrada en diario de campo, el médico pasante de servicio social que estaba a cargo en ese momento, comentó que algunas partes del taller se han replicado en preparatorias públicas y privadas, pero no ha sido sustancial. En un momento posterior, discutiré acerca de la participación de esta entidad formadora en la problemática, pues los cuestionarios aplicados a los estudiantes que

realizaban prácticas en el hospital, dan cuenta de importantes faltantes en cuanto a conocimientos y herramientas para abordar cuestiones de atención y prevención en la práctica clínica.

Por otra parte, la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, coordinó el proyecto de la ENFaDEA durante el periodo 2017-2019, cuyos resultados han sido mostrados anteriormente. No obstante, su contribución va más allá de las cifras, pues además de contemplar variables cuantitativas, también contempló un abordaje cualitativo, con representatividad a nivel nacional. Asimismo, como parte del diseño metodológico y desarrollo de instrumentos, mostró una importante apertura al diálogo interdisciplinario e interinstitucional, por lo que fue sumamente enriquecedor concentrar las perspectivas de diferentes generaciones que han trabajado con esta problemática. Aunque resulta imposible contener en una investigación todas las aristas posibles, resalta la articulación entre las historias de vida y las condiciones estructurales de las mujeres que experimentaron un embarazo en la adolescencia, y también de las que no, pues esta perspectiva no sólo enfatiza los contrastes, las similitudes que dan cuenta de las adversidades que enfrentan las y los adolescentes (Diario de campo-20/06/17).

En una intersección entre lo académico y el acercamiento al marco legal, el Seminario titulado “Embarazo de Adolescentes desde la Perspectiva del Derecho y Trabajo Social”, me permitió conocer diferentes perspectivas respecto al ámbito jurídico y de derecho. Por una parte, está la revisión a cabalidad de las leyes, normas y códigos que contemplan a la población adolescente, entre ellas la Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, la Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes de la Ciudad de México y la Ley de Cuidados Alternativos para Niñas, Niños y Adolescentes en el Distrito Federal, así como las regulaciones establecidas en los códigos penales. En esta perspectiva, el paradigma imperante es aquel que hace énfasis en la protección de las y los adolescentes mediante estas leyes, las cuales determinan, entre otras cosas, la edad a la que pueden tomar ciertas decisiones (con validez legal) y en quiénes se finca esta responsabilidad cuando no han alcanzado la edad señalada. En este sentido, harán notar que si una adolescente está embarazada hay posibilidad de fincar una responsabilidad; si la pareja es mayor que ella o mayor que edad se puede hablar de estupro, violación

equiparada o violación, pero también se habla de la responsabilidad de la familia, ya que tanto la omisión como la violencia, más allá de ser factores sociales o condiciones estructurales, constituyen delitos tipificados en el código penal (Diario de campo-14/02/19).

Frente a esta perspectiva que orienta hacia la criminalización de los actos y la sanción, hay otras perspectivas del derecho que se inclinan por la singularidad de los casos y las determinantes asociadas al contexto. Desde este punto de vista, el marco jurídico no está desvinculado de las declaraciones y tratados internacionales que han adquirido el mismo peso legal, de acuerdo con el artículo primero constitucional. Así, se explora un marco de Derechos Humanos, prefiriendo el enfoque de Derechos, Deberes y Libertades Fundamentales, dentro de las cuales se encuentran los Derechos Sexuales y Reproductivos, los Derechos de la Niñez y Adolescencia, entre otros.

Una propuesta que da cuenta de este enfoque de justicia cotidiana (distinto de la judicialización de la vida), señala como punto de partida una tipología de problemas vinculados al embarazo en adolescentes que abarca la dimensión epistemológica, la legal, la institucional y la sistémica. En esta se reconocen desde los estereotipos, resistencias, emocionalidad, de los diversos grupos; la falta de capacitación de las instituciones (poder judicial y otras vinculadas), dispraxis y su falta de vinculación con la política pública, hasta las prácticas sociales de violencia naturalizada y las condiciones estructurales. Esta diversidad de aspectos “*se traduce en indicadores a los cuales hay que ajustar los derechos*” (Vega, 2019; en Diario de campo-06/02/19).

Como se ha observado, el marco jurídico y de derechos orienta en el proceso de toma de decisiones y en las formas en que se asume la responsabilidad de las mismas al interior de un contexto situado. Sin embargo, no ha resultado ser la vía, más que para el abordaje de algunos casos en particular. Otros de ellos, se han erigido más bien como problemas éticos, por ejemplo, aquellos que tienen que ver con la posibilidad de interrupción del embarazo frente a la objeción de conciencia, los cuales se han hecho cada vez más visibles en toda América Latina. Más allá de los casos particulares, una discusión bioética de fondo que permite situar que el problema del embarazo en la adolescencia, tiene que ver directamente con su conceptualización como problema de salud y con la toma de decisiones.

En el Seminario Permanente de Bioética de la Facultad de Medicina, Santillán (2018) plantea que, en la ética médica actual, los principios de autonomía y beneficencia están vinculados con los deberes que hay que desempeñar para cumplir con los objetivos de la medicina: atención médica, educación, servicios a la comunidad, salud global. Además, debe contemplar aquellos factores reales que influyen en el cuidado médico: los deseos y preferencias de las personas usuarias que habilitan un sistema deliberativo-participativo, las evidencias y el conocimiento, la normatividad vigente y un sistema económico que orienta a la distribución justa o equitativa de recursos finitos, entre otros (Diario de campo-17/05/18).

Enfatizando en la reflexión sobre la autonomía, de manera particular en la etapa de la adolescencia, Álvarez Díaz (2019) plantea que este principio se privilegia en la bioética contemporánea, pero en el ámbito de los servicios de salud, ha quedado únicamente en discurso. Esto sucede prácticamente de manera homogénea, pero sobre todo en el caso de este grupo de edad comenta que:

“se ha judicializado tanto, que se ha establecido que los adolescentes sólo pueden, si acaso, asentir y entonces se solicita a los padres, mayores de edad el consentimiento informado [...] Tenemos esta figura jurídica de la capacidad y la competencia: la capacidad como el conjunto de habilidades cognitivas y psico-afectivas para poder tomar una decisión decidir, y la competencia como las posibilidades legales dada por la mayoría de edad. Frente a la responsabilidad económica o social que implicaría una decisión, agrega: “La capacidad económica o los lazos sociales son cuestiones paralelas, no secundarias, porque son igualmente importantes, pero probablemente sea mucho más relevante, y eso está menos estudiado, las experiencias relevantes en la vida. Si han tenido, por ejemplo, un familiar con una condición crónica, que hayan visto morir a un familiar en casa, o si ellos mismos, como niños, han tenido alguna condición crónica. Eso hace que tengan otras posibilidades psico-afectivas y cognitivas para decidir, pues han atravesado por ciertas experiencias de manera directa” (Entrevista C3-21/02/19).

Desde la perspectiva bioética y también en la discusión de los límites del ámbito jurídico, la referencia a casos particulares es crucial, entendiendo la ética como la posibilidad de generar un espacio deliberativo y no sólo como una serie de normas y principios. Por ello, estas

cuestiones serán retomadas en el posterior análisis, no obstante, han resultado un aporte sumamente necesario a la emergencia y abordaje crítico de la problemática.

El último sector de interés, corresponde al abordaje en medios de comunicación de la sexualidad y la reproducción en la adolescencia. Sin pretender hacer un estudio de medios, el encuentro con noticias, difusión en redes sociales, e incluso radio y televisión resultó algo cotidiano en la investigación, relevante por la influencia en los discursos y perspectivas de otros actores sociales. Por ejemplo, el encabezado en periódicos que ha aparecido con mínimas variaciones desde el 2017: “OCDE: México, primer lugar de embarazo en adolescentes”, es la primera referencia de muchos de los médicos en el diálogo cotidiano al respecto. Además de confundir estas cifras válidas para una comparación de 34 países que integran este grupo, con una posición a nivel mundial, los medios informativos agregan a estas noticias frases como “alerta roja” o lo nombran como una “epidemia”. De manera concomitante a la información disponible basada en una perspectiva de derechos y un lenguaje apropiado que busca evitar la moralización o la estigmatización de los y las adolescentes, también continúan reproduciendo estereotipos de género y expresiones discriminatorias, como se observa en los siguientes ejemplos obtenidos de materiales de difusión en internet y redes sociales que se exponen en la Figura 7.



Figura 7. Proceso reproductivo en la adolescencia y medios de comunicación

Esta primera exposición permite dar cuenta de las perspectivas que orientan el estudio y la incidencia en torno a una problemática compleja como lo es la experiencia de la sexualidad y la reproducción en la adolescencia. En este panorama general, se puede constatar que algunos planteamientos o enfoques buscan favorecer procesos de agencia o indican una atribución de responsabilidad al individuo, quedando solamente en el análisis de las particularidades, mientras que otros se limitan a explicar un hecho social con otro hecho social quedando en el plano estructural que imposibilita la transformación social (Archer, 1995).

3.2 Dinámica socio-espacial en torno a la unidad hospitalaria.

El sitio principal de trabajo de campo fue un hospital público de la Ciudad de México, ubicado al sur-poniente, en la alcaldía Magdalena Contreras (Figura 8). Se trata de un Hospital Materno-Infantil perteneciente a la red de servicios públicos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

La prestación de servicios públicos de salud en la Ciudad de México está a cargo de dos organismos reguladores, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) y la Dirección General de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Su objetivo es garantizar, a través de diversas instituciones hospitalarias, centros de salud y servicios complementarios, la atención de las personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social o laboral, es decir, la atención a población abierta o sin derechohabiencia.

Dentro de su compleja estructura orgánica, es relevante para la investigación distinguir algunos aspectos clave. De la Dirección General de los Servicios de Salud Pública, dependen las Jurisdicciones Sanitarias de las 16 alcaldías y los Centros de Salud que se ubican en cada uno de ellas y que corresponden al primer nivel de atención. Cabe señalar que esta dirección es la encargada de operar el Programa de Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes, siendo la estrategia clave los Servicios Amigables. Hasta el momento, hay registrados 72 módulos que brindan este tipo de servicios en la Ciudad de México, tres de ellos en la alcaldía Magdalena Contreras (SSPDF, 2019).

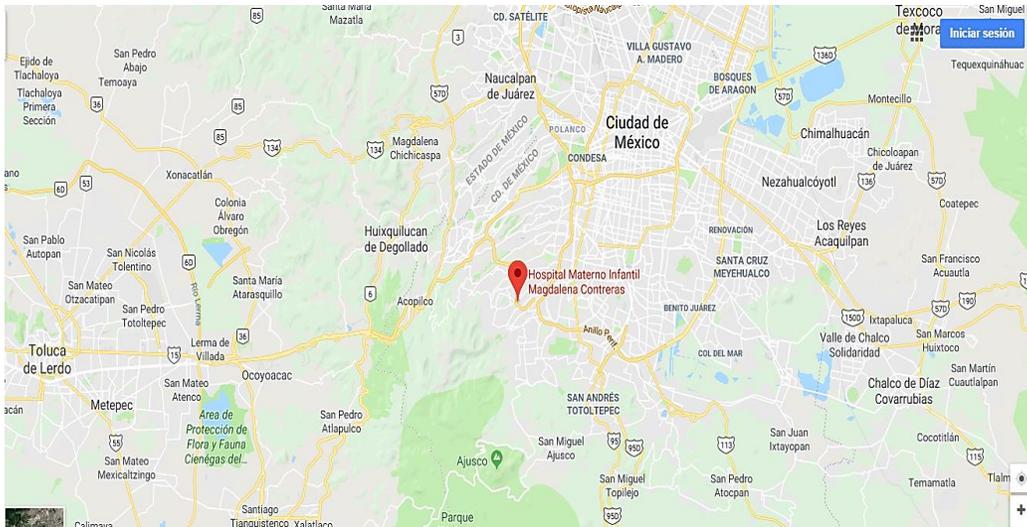


Figura 8. Ubicación espacial de la unidad hospitalaria. Fuente: GoogleMaps®, 2019.

Por otra parte, de la Secretaría de Salud, dependen los hospitales que corresponden a un segundo nivel de atención con media o alta capacidad resolutive, los cuales se clasifican en: hospitales generales, hospitales de especialidad, hospitales materno-infantiles y hospitales pediátricos. Estos constituyen la primera red de referencia para los centros de salud. En el caso de la atención obstétrica, las mujeres que no presenten factores de riesgo acuden a consultas de control prenatal los primeros meses al centro de salud más cercano, de donde serán referidas a un hospital materno-infantil, como primera elección, para la última etapa del embarazo y para la atención del parto. Si se detecta un riesgo mayor, se recurre a hospitales de especialidad o generales, por tener ciertos insumos como unidades de cuidados maternos y neonatales, banco de sangre, entre otros. Sólo en casos de muy alto riesgo o complicaciones graves, se recurre a los hospitales de alta especialidad o institutos.

Existen ocho unidades materno-infantiles en diferentes alcaldías, que contemplan los servicios de ginecobstetricia, anestesiología, urgencias pediátricas, laboratorio, radiología, ultrasonografía, tamiz metabólico y auditivo neonatal y atención de emergencias obstétricas. El servicio de interrupción legal del embarazo está disponible únicamente en tres de las ocho unidades. Asimismo, en algunas están disponibles los servicios complementarios de nutrición, odontología, psicología, colposcopia, mastografía, estimulación temprana del recién nacido y neonatología. En dos casos se incorporan servicios de cirugía general y medicina interna, mientras que solo uno cuenta con neonatología y terapia intensiva neonatal.

En una sede se ha integrado una clínica del adolescente y otra cuenta con atención a la violencia de género (SEDESA, 2017).

El Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras cuenta con las especialidades y servicios de: ginecobstetricia, anestesiología, odontología, urgencias obstétricas, urgencias pediátricas, laboratorio, rayos X, ultrasonido y tamiz auditivo y metabólico. Aunque no tiene una alta capacidad resolutive y cuenta con un número limitado de camas y áreas reducidas, la población que atiende es numerosa y se extiende más allá de la jurisdicción y alcaldía en que se circunscribe. A partir de la revisión de expedientes también fue posible identificar la procedencia de las mujeres que solicitan atención en la unidad para dar cuenta del área de cobertura geográfica que se muestra de manera esquemática en la Figura 9.

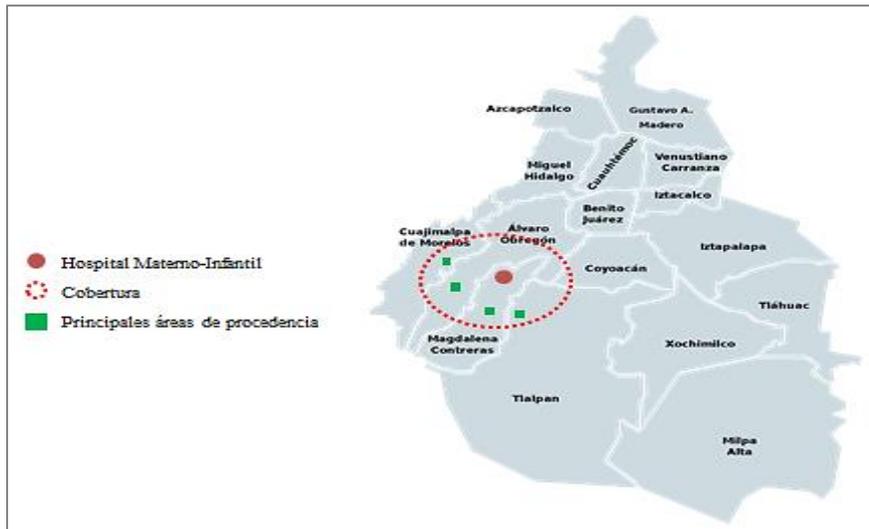


Figura 9. Esquema de cobertura geográfica de la unidad. Adaptación propia.

En las Figuras 10 y 11 se muestra esta misma zona de cobertura geográfica, pero a través del mapa de localización y división política y la vista satelital del mismo territorio. Con ello, se puede observar que se trata de una región periférica de la ciudad, colindante con áreas de conservación ecológica que demarcan los límites con el Estado de México. Aunque la región abarca los márgenes cuatro alcaldías, las colindantes Álvaro Obregón y Tlalpan y hasta Cuajimalpa, al poniente de la ciudad, me enfocaré en las particularidades de Magdalena Contreras, por ser la principal área de procedencia y porque su dinámica socio-espacial permite dar cuenta de esta área periférica, que es equivalente sólo a un porcentaje menor de

la extensión de las otras alcaldías, cuyos territorios se extienden hacia la parte de mayor concentración urbana al centro de la ciudad.

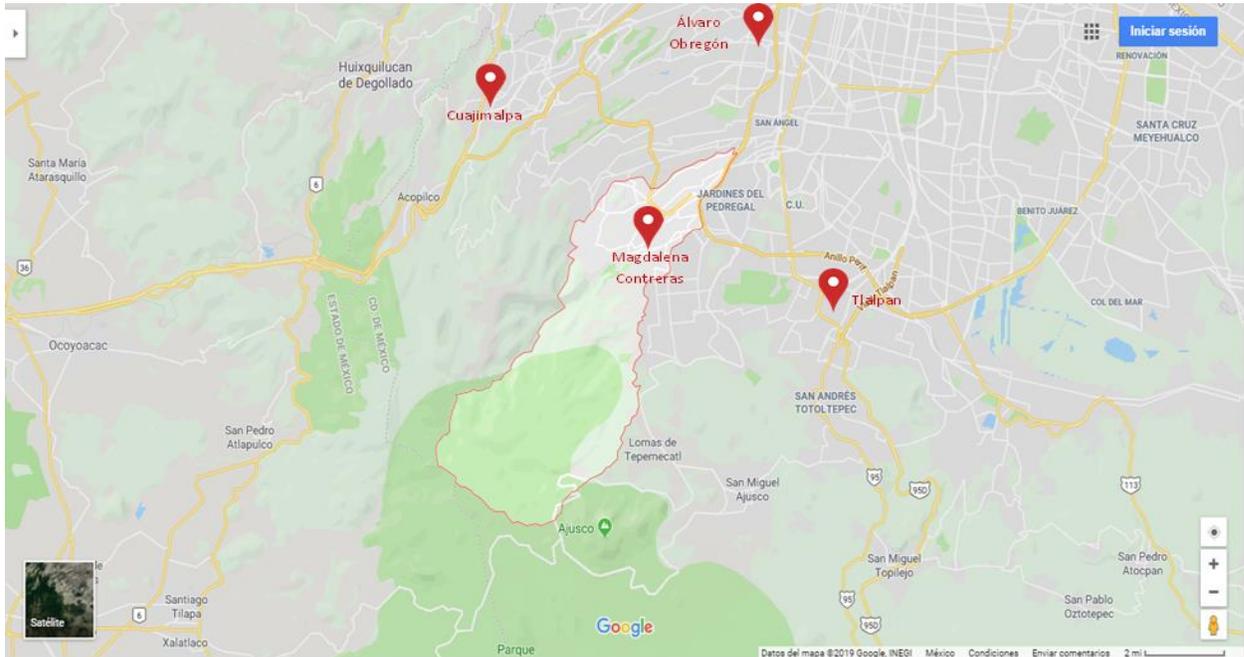


Figura 10. Mapa de cobertura y distribución por alcaldías. Magdalena Contreras delimitada en rojo.
Fuente: Adaptación a partir de GoogleMaps®, 2019.



Figura 11. Vista satelital del área geográfica. Magdalena Contreras en rojo. Fuente: GoogleMaps®, 2019.

Este territorio es singular, pues corresponde a un área marginal cuyos límites están dados por un área ecológica que ha impedido –hasta ahora– una continuidad de la zona metropolitana más allá de sus fronteras establecidas, como ha ocurrido en la parte norte y oriente de la ciudad. No obstante, habitar en este límite, hace del margen un espacio borroso al que cada tanto se le toma un poco de sí al bosque y se le vuelve asfalto; en estas colonias relativamente nuevas, la orografía se impone en las calles que no forman cuadrantes, sino que discurren en largas escalinatas y callejones que intentan establecer cierta comunicación entre los desorganizados asentamientos (Figura 12).



Figura 12. Fotografía panorámica y acercamiento. San Bartolo Ameyalco, Magdalena Contreras (Vargas, 2019)

Alcaldía Magdalena Contreras

Magdalena Contreras ocupa el noveno lugar en extensión, con una superficie territorial de 7,458.43 hectáreas, lo que representa el 5.1% del total territorial de la Ciudad de México. De esta superficie, sólo el 17.95% corresponde al área urbana y el 82.05% (6,119.46 has.) es área de conservación ecológica, como puede observarse en la Figura 13.

En concordancia, es una de las alcaldías con menor población total, ocupando el tercer lugar, sólo por encima de Milpa Alta y Cuajimalpa, con un estimado de 243,886 habitantes, 117,009 hombres y 126,787 mujeres (INEGI, 2017b). De acuerdo con el Censo de Población y

Vivienda 2010, se contabilizaron 62,703 hogares censables, de los cuales, 45,224 tienen jefatura masculina y 17,479 jefatura femenina; con respecto al tipo de hogar se distribuyen de la siguiente manera: nuclear (38,685), ampliado (15,434), compuesto (2,016), unipersonal (5,779), y corresidentes (352).

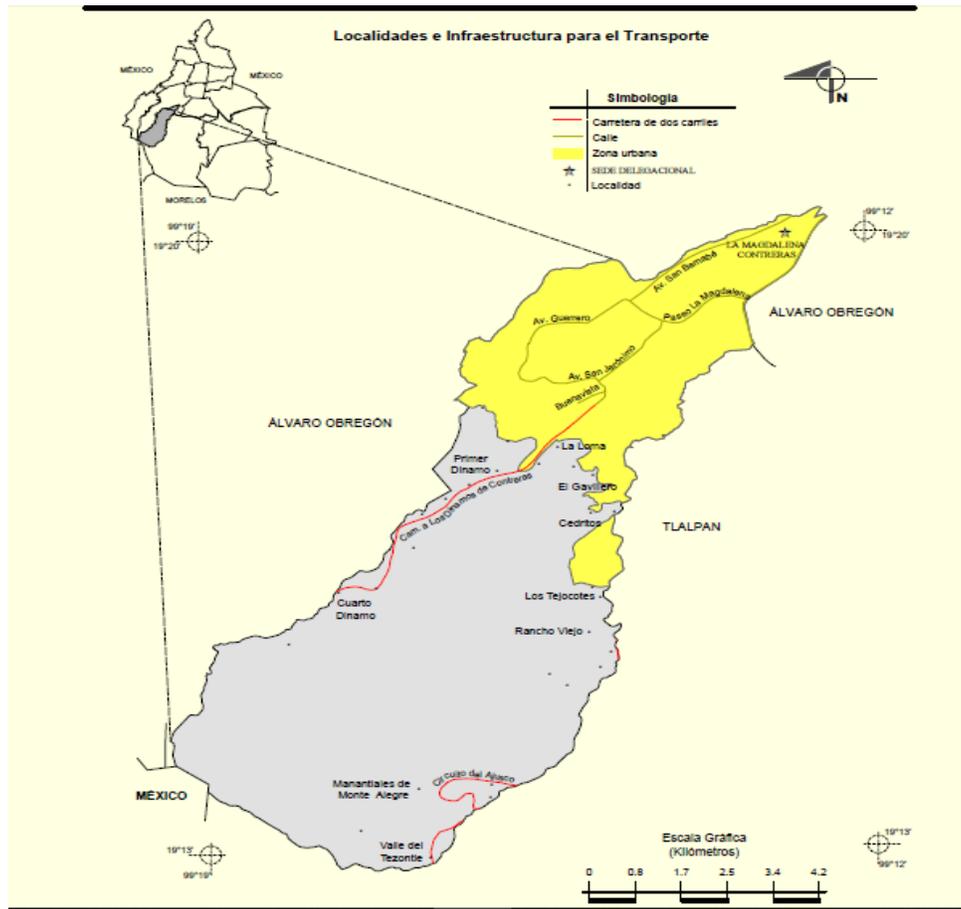


Figura 13. Distribución urbana y rural, Magdalena Conteras. Fuente; INEGI, s/f.

Del total de población mayor a 12 años, el 56.5% son económicamente activos, de los cuales la población ocupada se encuentra principalmente en los sectores profesional/técnico/administrativo (40.77%) y comercio/servicios (41.02%). Como indicadores generales de escolaridad, un estimado de 36.6% cuenta con educación media superior o superior, 24.2% completó hasta el nivel medio, 12.2% cuenta con escolaridad primaria y 5.7% sin escolaridad. De la población de tres años y más, uno 8.76% se autoadscribe como indígena y un 1.82% entiende alguna lengua indígena, cifra que lo pone en primer lugar en la Ciudad de México

(no así en la autoadscripción). Uno de los indicadores demográficos que más interesa es la fecundidad específica, por lo que se presenta desglosada en la Tabla 2, extraída de la fuente original. Como datos relevantes para el problema de investigación, diez niñas entre 12-14 tenían al menos un hijo y para el grupo etario de 15 a 19 años: 921 tenían uno; 184, dos; 11 tenían tres, en dos casos se reportan cinco hijos y en uno, seis.

Tabla 2. Población femenina de 12 años y más por delegación y grupos quinquenales de edad de la mujer, según el número de hijos nacidos vivos

Delegación y grupos quinquenales de edad de la mujer	Población femenina de 12 años y más	Número de hijos nacidos vivos							
		0	1	2	3	4	5	6	7
008 La Magdalena Contreras	100 994	32 176	13 972	22 204	15 092	6 523	3 245	2 046	1 311
12-14 años	5 744	5 486	8	1	1	0	0	0	0
15-19 años	10 392	8 974	921	184	11	0	2	1	0
20-24 años	10 480	6 204	2 465	1 235	321	47	10	1	0
25-29 años	9 829	3 903	2 343	2 269	910	182	49	11	2
30-34 años	9 965	2 330	2 065	3 204	1 687	390	103	24	5
35-39 años	10 863	1 608	1 812	4 057	2 339	632	172	48	18
40-44 años	9 374	995	1 285	3 480	2 350	784	229	74	27
45-49 años	7 871	751	939	2 498	2 160	850	340	129	56
50-54 años	7 090	572	719	2 038	1 941	934	420	194	77
55-59 años	5 518	382	487	1 331	1 369	870	451	285	138
60-64 años	4 217	294	327	839	825	614	431	329	221
65-69 años	3 194	219	194	438	468	487	333	312	228
70-74 años	2 339	144	150	218	312	274	282	235	196
75-79 años	1 783	116	106	164	174	214	191	173	162
80-84 años	1 270	100	74	130	119	131	133	133	94
85 años y más	1 065	98	77	118	105	114	99	97	87

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2011)

<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09#>

Con respecto a la utilización de los servicios de salud, del 97.62% de población usuaria, el 32.44% corresponde a los servicios de IMSS e IMSS prospera; 28.65% acuden a servicios privados; 23.94% son usuarios de la Secretaría de Salud, el 12.06% conjuntan servicios de ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa y la Marina; el 2.91% restante mencionó otros lugares públicos o privados (INEGI, 2010). Al analizar la distribución de servicios de salud en esta región de la ciudad, en contraste con los niveles de marginación estimados por localidad, se observa que es una de las demarcaciones territoriales con menos unidades

hospitalarias y con una distribución de su población en niveles de media a muy alta marginación, como se muestra en la Figura 14.

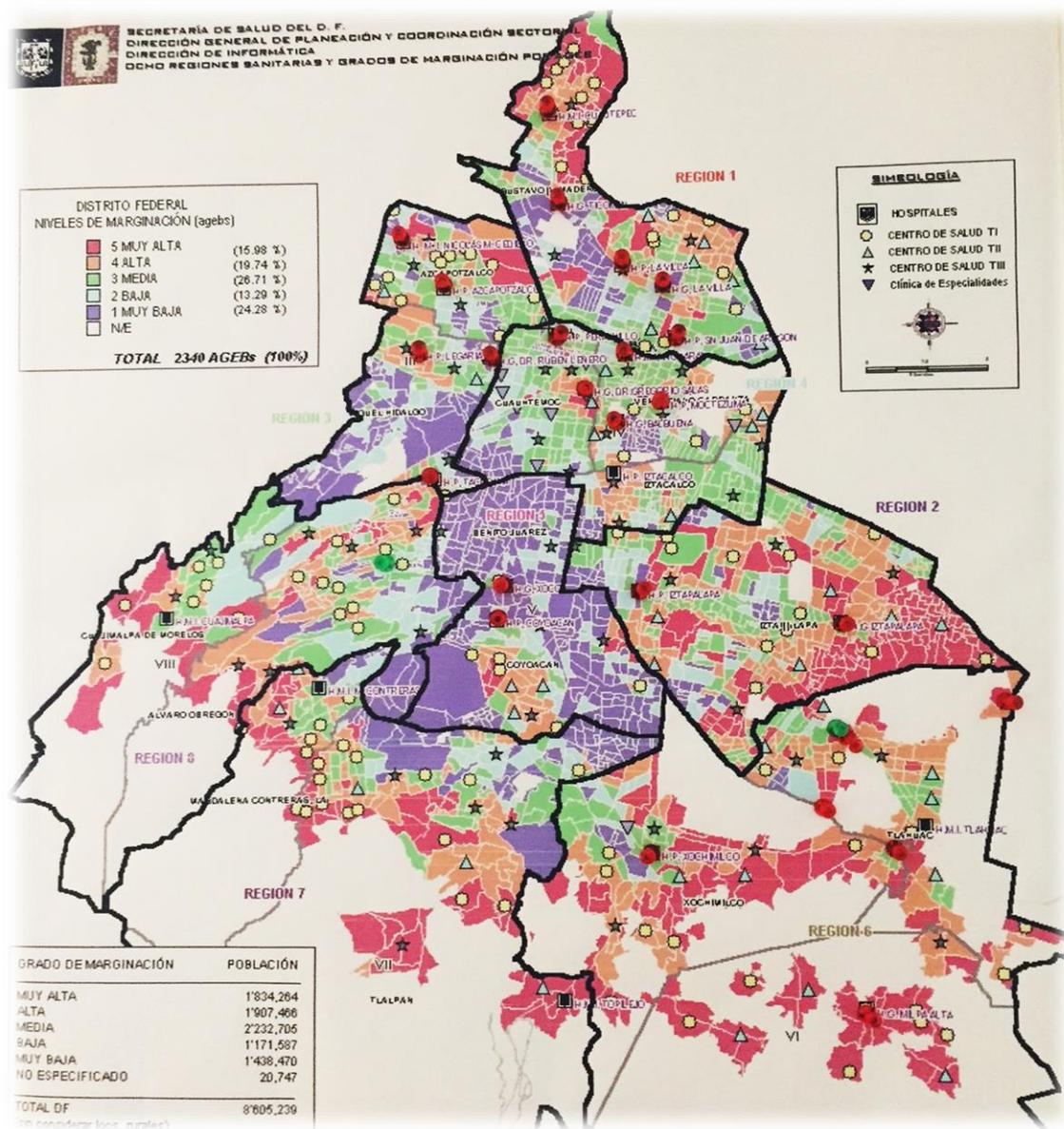


Figura 14. Regiones sanitarias y niveles de marginación de la Ciudad de México. Fuente: Fotografía de mapa colocado en las instalaciones de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Los datos enunciados de manera sintética, han permitido acotar un panorama para situar el análisis descriptivo sociodemográfico y epidemiológico de la unidad hospitalaria en que se desarrolló el estudio, habilitando más referentes para su posterior análisis. A continuación,

se presentan los resultados de esta aproximación cuantitativa descriptiva y se puntualiza la metodología empleada para ello.

3.3 Perfil epidemiológico y sociodemográfico de la institución

Esta aproximación retrospectiva, descriptiva y analítica, surge de la revisión de la base de datos de egresos hospitalarios que integra un registro diario de la productividad y los expedientes clínicos de las adolescentes que fueron atendidas en el periodo 2015-2017. El periodo de recolección de los datos fue de septiembre a diciembre de 2017. El objetivo de esta primera etapa consistió en identificar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de las adolescentes atendidas, a partir de variables previamente definidas, para el análisis de expedientes clínicos.

Por medio de un muestreo simple aleatorizado basado en el total de egresos hospitalarios y en la prevalencia nacional (20%), se obtuvo una muestra de 160 casos, de los cuales se excluyeron ocho, por no encontrarse en el archivo o por error en el registro. Para la recolección y la sistematización de la información se elaboró una base de datos en Excel, para su posterior análisis descriptivo. Adicionalmente, desde la antropología médica aplicada, los datos cuantitativos proveen una base fundamental en la definición del problema en un contexto espacial y temporal específico, y pueden ser sujetos a un análisis cualitativo en un nivel explicativo que oriente a los posibles significados de los resultados del procesamiento de datos (Graylee, 2011). De manera que, las variables seleccionadas permitieron una aproximación a los aspectos sociales y de salud que caracterizan a este grupo, para dar cuenta de las implicaciones en la atención, de los resultados maternos y perinatales, así como de la posibilidad de incidir en la prevención de un siguiente evento obstétrico.

Para situar la problemática de atención de mujeres adolescentes, esta base de datos muestra que 27.5% del total de procedimientos realizados corresponden a mujeres entre 12 y 19 años, no habiendo una menor de este rango para el periodo seleccionado. Este porcentaje se mantiene muy similar por año, como se muestra en la Tabla 3. De este número total de procedimientos se han eliminado aquellos que consistieron en atención ginecológica o de otras patologías, para continuar únicamente con el análisis de las cifras de atención obstétrica

para el grupo de interés (10-19 años). En la Tabla 4 puede se muestra el desglose del total de procedimientos obstétricos por edad, para el periodo correspondiente.

Tabla 3. Total de procedimientos y desglose para el grupo de interés (2015-2017)

AÑO	Total de procedimientos	Rango de edad 12-19 años	Porcentaje de atención de adolescentes
2015	3697	1010	27.3%
2016	3341	904	27%
2017 (parcial)	887	265	29.8%
Total	7923	2179	27.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la institución.

Tabla 4. Procedimientos por edad, por año (2015-2017)

EDAD	2015	2016	2017 (parcial)
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	1	0
13	4	1	1
14	25	24	5
15	53	51	18
16	123	137	30
17	196	184	79
18	263	233	56
19	310	251	70
Total	974	882	259

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la institución.

Con respecto a las causas de demanda de atención obstétrica (diagnóstico de ingreso), alrededor del 95% del total de procedimientos se distribuyen en los siguientes diagnósticos, siguiendo el respectivo orden de frecuencia: 1) Parto único espontáneo; 2) Parto por cesárea; 3) Trabajo de parto prematuro, sin parto; 4) Aborto no especificado completo, sin complicación; y 5) Aborto espontáneo incompleto, sin complicación.

En este primer acercamiento se evaluaron dos posibles indicadores que orientan acerca del riesgo de complicaciones de las mujeres adolescentes respecto de las mayores de 20 años, siendo estos el porcentaje comparativo de cesáreas y de días de estancia intrahospitalaria,

bajo el supuesto de que un mayor número de cesáreas indicadas o necesarias y un mayor promedio de días de estancia implican la presencia de alguna complicación durante la atención. Con respecto a este último indicador, no hubo diferencia significativa entre ambos grupos de edad ni por año, siendo esta un promedio de 1.8 días de estancia intrahospitalaria.

El porcentaje de cesáreas con base en el número total de nacimientos que se ha mantenido más o menos sin variación en este periodo es de alrededor de 35%. Para los años 2015 y 2016, el total de cesáreas fue de 1089 y 890, respectivamente, de las cuales, sólo 301 y 249 ocurrieron en mujeres de 19 años o menores, cuya distribución porcentual se observa en las Figuras 15 y 16. Por lo tanto ninguno de los dos indicadores muestra una mayor presencia de complicaciones en el grupo de interés.

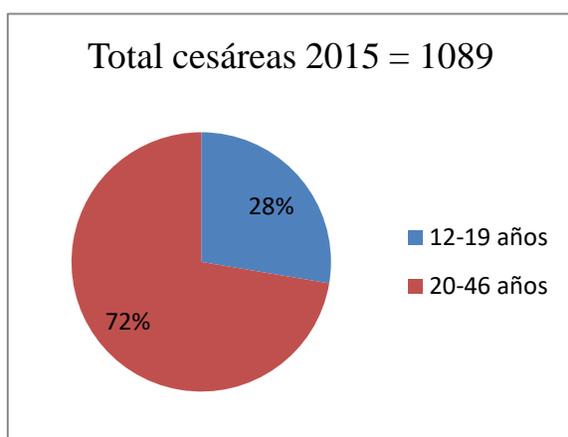


Figura 15. Cesáreas por edad (2015).

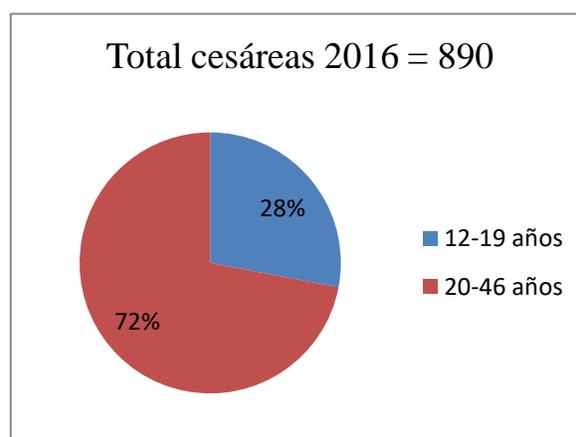


Figura 16. Cesáreas por edad (2016).

La descripción del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la institución hospitalaria, está basada en la revisión de expedientes a partir de criterios seleccionados previamente para ambos perfiles. Para el perfil sociodemográfico se incluye: edad, estado civil, familiar responsable o acompañante, lugar de origen, lugar de residencia, religión, unidad médica de donde fue referida, ocupación, escolaridad, ingreso familiar (incluyendo la clasificación socioeconómica de trabajo social) y edad de la pareja. El perfil epidemiológico, contempla: los antecedentes reproductivos de acuerdo con la clasificación biomédica (número de embarazos, partos, abortos y cesáreas); el número de consultas de control prenatal; el diagnóstico principal de ingreso; los días de estancia hospitalaria; la presencia de afecciones o complicaciones previas al embarazo, durante el embarazo, durante el trabajo de parto o

parto y en el puerperio; las características del recién nacido (único o múltiple, calificación de APGAR, peso y presencia de complicaciones); el método de planificación familiar post evento obstétrico; y la presencia en el expediente de las hojas de consentimiento informado.

Como complemento a estos instrumentos, se realizaron notas en el diario de campo durante la revisión de expedientes, que pudieran aportar a la descripción cualitativa de estos perfiles, así como de la normatividad y procedimientos, las limitantes estructurales o institucionales y otros datos que orientan a una mejor comprensión del contexto o a formular preguntas para profundizar en el abordaje cualitativo. Por ejemplo, un dato derivado de esta observación y del diálogo directo con la institución, fue que las variables de adscripción a grupo étnico y hablante de lengua indígena no se consideran en la base de datos, pues no se preguntan en el interrogatorio o en el estudio de trabajo social. Varios interlocutores coincidieron en que: *“las pacientes se ofenden y hasta han querido poner quejas en Derechos Humanos”* o bien, que no tiene caso preguntarlo porque *“se nota”* o *“no parecen indígenas”*. Otros aspectos de interés son los registros que ya no se hacen a partir del cambio a expediente electrónico, en donde se pierden campos que solían registrarse de manera rutinaria como la edad de la pareja y que ya no cuentan con un apartado específico en el cambio de formato.

De acuerdo con lo anterior, se presenta a continuación el análisis de las variables sociodemográficas, el perfil epidemiológico y, a manera de conclusión, se sintetizan diez casos relevantes, a partir de los cuáles es posible pensar lo heterogéneo de este grupo, de las necesidades de atención y las realidades que se enfrentan en la atención cotidiana, pero sobre todo han permitido plantear preguntas o formular algunas hipótesis para la siguiente fase de trabajo de campo.

3.3.1 Variables sociodemográficas

En el grupo de interés se incluyen las mujeres adolescentes en el grupo de edad de 10 a 19 años, en la muestra analizada, el promedio de edad es de 17.3 años, siendo la edad mínima de 14 y la máxima de 19, y la edad modal los 18 años, como se desglosa en la Tabla 5. Con respecto al estado civil, 98 mujeres reportaron vivir en unión libre, 50 son solteras, tres casadas y una había enviudado (muerte por violencia), como se muestra en la distribución

porcentual de la Figura 17. En la mayoría de los casos, la nota de trabajo social registra la edad de la pareja, siendo lo más frecuente que ellos tengan la mayoría de edad, con excepción de nueve casos, en donde el varón es menor de 18 años. De los mayores de edad, no se puede conocer con precisión el dato, pues muchos de los registros sólo especifican que es ‘mayor de edad’, sin un valor numérico, pero de los registrados, el mayor fue de 42 años.

Tabla 5. Desglose de la muestra por edad.

EDAD	FRECUENCIA
14	3
15	9
16	26
17	38
18	43
19	33
TOTAL	152

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.

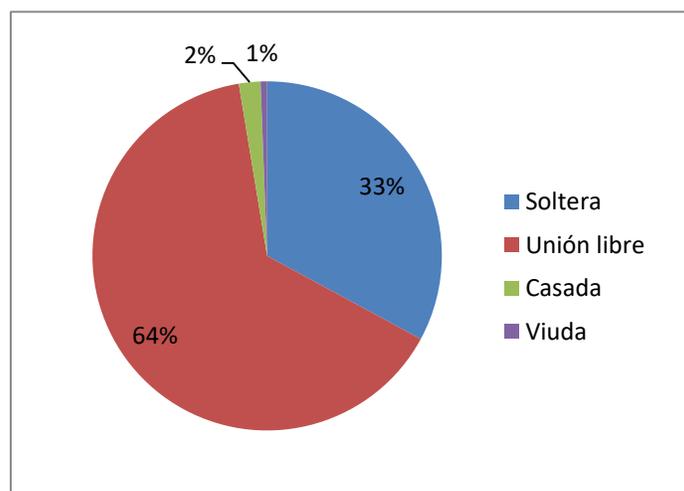


Figura 17. Estado civil

Independientemente del estado civil, la persona que firma como responsable o acompañante, de acuerdo con la nota de trabajo social, suele ser la pareja (en 63 casos) o la madre (60), y con menor frecuencia, la suegra (en 11 casos). El 11% restante son acompañadas por otros familiares y sólo en un caso llama la atención el acompañamiento de una tutora que, al revisar las notas, se trataba de un albergue para mujeres en situación de calle o violencia (Figura 18).

Como un aspecto más a incluir en los datos generales, se tomó en cuenta en la religión, por su posible relación con la aceptación de métodos anticonceptivos u otras decisiones médicas. La religión predominante es la católica y aparecen también la religión cristiana y mormona. Un total de 20 respondieron no profesar ninguna o ser ateas y en siete casos no hubo respuesta. Estos datos se presentan detalladamente en la Figura 19.

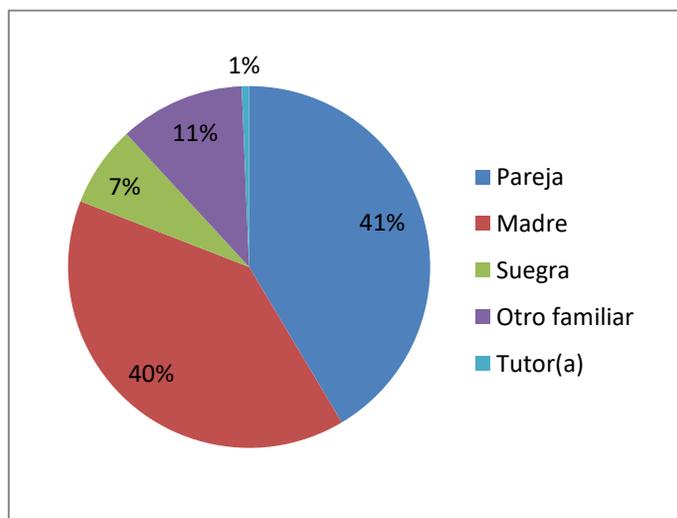


Figura 18. Persona que firma como responsable

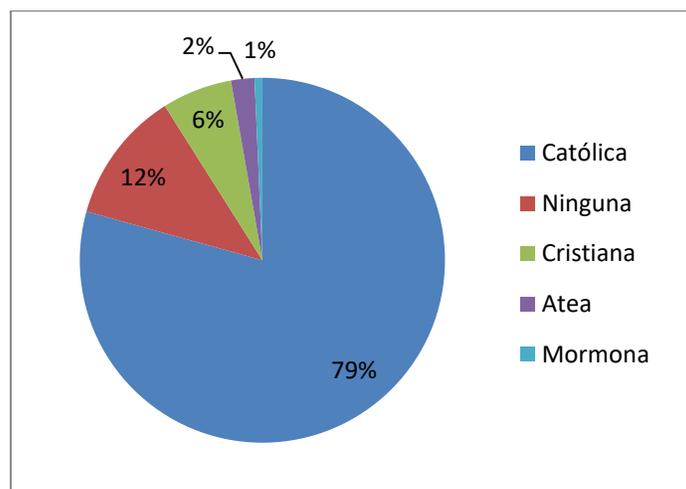


Figura 19. Religión

En cuanto a los indicadores del nivel de socioeconómico y de desarrollo, como el nivel de escolaridad, la ocupación y el ingreso promedio mensual, las cifras son relativamente homogéneas, lo que hace que, de acuerdo con la evaluación realizada por el servicio de

trabajo social, sean clasificadas en un nivel de media marginación que incluye principalmente los niveles socioeconómicos I y II, resultantes de un balance entre el ingreso y egreso mensual de la unidad doméstica.

Los datos referentes a la escolaridad se presentan en la Tabla 6, desde dos perspectivas de análisis. Por una parte se muestra el nivel máximo de estudios completados, en donde el 62% cuenta con un nivel medio, el 29% con un nivel básico y sólo un 6.5% con un nivel medio superior. Visto de otro modo, contemplar aquellas que tienen un nivel incompleto orienta a pensar en el momento del abandono escolar –sin poder identificar todavía si éste se dio antes o como consecuencia del embarazo– y la frecuencia del mismo. Se observa, por ejemplo que casi el 20% del total no concluyeron la secundaria, mientras que el 18% habían iniciado la preparatoria o bachillerato.

Tabla 6. Escolaridad y nivel máximo completado

ESCOLARIDAD	TOTAL	NIVEL MÁXIMO	TOTAL
Ninguno (analfabeta)	1	Ninguno	3
Primaria incompleta	2		
Primaria	14	Básico	44
Secundaria incompleta	30		
Secundaria	67	Medio	94
Preparatoria / bachillerato incompleto	27		
Preparatoria / bachillerato	9	Medio superior	10
Técnico profesional	1		
Sin información	1	Sin información	1
Total		152	

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.

Independientemente del nivel educativo, la mayor parte de las mujeres al momento de la entrevista se dedican al hogar, pero esta fuente de información no provee datos sobre si antes contaban con un empleo o en qué momento lo abandonan. Así, 131 casos reportan como ocupación el hogar y en un segundo lugar están las que continúan estudiando (12 casos). Una variante más, aunque poco común, corresponde a aquellas que se dedican al hogar y continúan estudiando en línea o en modalidad abierta, una de ellas estudia la prepa y la otra recurre al Instituto Nacional de Educación de los Adultos (INEA). Como casos excepcionales, dos dijeron ser empleadas domésticas, una empleada sin especificación, una comerciante y

una trabajadora sexual. En la Figura 20, se han agrupado de manera general, las dedicadas al hogar, las que continúan estudiando y aquellas que realizan alguna actividad que les permita percibir ingresos.

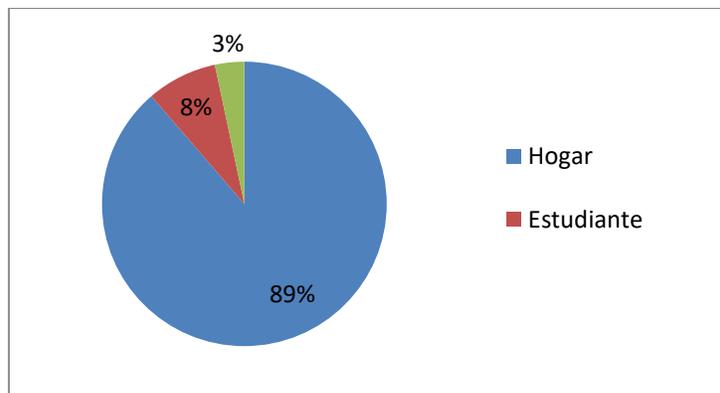


Figura 20. Ocupación

El ingreso obtenido por la unidad doméstica, presenta cierta variabilidad, como se muestra en la Tabla 7, sin embargo, no conlleva un nivel socioeconómico familiar mayor al compararse con el egreso familiar. El principal proveedor es la pareja en el caso de familias neolocales, y en el caso de las mujeres solteras o que permanecen en la familia de origen, suele ser la madre el sostén de la familia. Por otra parte, las parejas que forman familias extensas, el ingreso se distribuye entre la pareja y otros miembros de la familia, como padres y hermanos mayores, para el sostén de las mujeres, sus hijos y los hermanos(as) menores. El ingreso mínimo reportado es de \$800 y el máximo de \$16,000 pesos mensuales por unidad doméstica.

El último aspecto a evaluar está relacionado con la distribución geográfica, para lo cual se analizaron tres aspectos: el lugar de origen, el lugar de residencia y la ubicación de los centros de salud que las refirieron. El 100% de las mujeres ubican su residencia actual en la Ciudad de México y de ellas el 79.6% son también originarias de esta entidad, mientras que el 20% restante presenta cierta heterogeneidad, siendo los estados de procedencia en orden de mayor a menor frecuencia: Puebla (11), Estado de México (6), Veracruz (6), Querétaro (2), Oaxaca (2), y uno en Coahuila, Guerrero, Morelos y Tamaulipas (Figura 21). En la Tabla 8 se muestran de manera detallada las alcaldías que conforman estas áreas de procedencia o referencia, siendo la mayoría de Magdalena Contreras (30.9%); en segundo lugar, con el mismo porcentaje Álvaro Obregón y Tlalpan (17.8%); Coyoacán con 5.3% y Cuajimalpa con

4.6%. En este caso, el 23% que se presenta sin referencia es relevante pues no sólo implica la falta de información, sino que se trata de mujeres que solicitan atención directamente en el hospital o que llegan a urgencias, sin que este dato aparezca desglosado explícitamente.

Tabla 7. Rangos de ingreso promedio mensual por unidad doméstica.

RANGO DE INGRESO MENSUAL	NÚMERO DE CASOS
<\$1,000	3
\$1,000- \$3,000	13
\$3,001- \$5,000	48
\$5,001- \$7,000	38
\$7,001- \$9,000	17
\$9,001- \$11,000	14
\$11,001- \$13,000	8
\$13,001- \$15,000	5
>\$15,000	3
Sin información	3
Total	152

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.



Figura 21. Mapa de la República Mexicana que muestra los lugares de origen / procedencia. Adaptación propia.

Tabla 8. Unidades de referencia por alcaldía y número de referencias

ALCALDÍA	CATEGORÍA	CENTRO DE SALUD	TOTAL
Magdalena Contreras	TIII	Ángel de la Garza Brito	18
		Oasis	13
	TII	San Bartolo Ameyalco	12
	TI	Héroes de Padierna	1
		Lomas de San Bernabé	1
		San Nicolás Totolapan	1
		Ex Hacienda de Eslava	1
		<i>Subtotal</i>	47
Álvaro Obregón	TIII	Lomas de la Era	13
		Dr. Ignacio Morones Prieto	3
		Manuel Escontria	3
		Dr. Manuel B. Márquez Escobedo	2
		Ampliación presidentes	1
	TII	Santa Rosa Xochiac	4
	TI	Tetelpan	1
		<i>Subtotal</i>	27
Tlalpan	TIII	Dr. José Castro Villagrana	1
	TII	Cultura Maya	2
		Ajusco	2
	TI	Hortensia	8
		Tierra y Libertad	7
		Bosques del Pedregal	3
		Lomas de Padierna	2
		Pedregal de San Nicolás Sur	1
	H.G.	Ajusco Medio (ILE)	1
		<i>Subtotal</i>	27
Coyoacán	TIII	Margarita Chorne y Salazar	3
		Dr. Gustavo A. Roviroso	1
	TII	Nayaritas	2
	TI	Santo Domingo Poniente	1
		La Ciénega	1
		<i>Subtotal</i>	8
Cuajimalpa	TIII	Navidad	3
	TI	Memetla	2
		San Mateo	1
		Jardines de la Palma	1
		<i>Subtotal</i>	7
Miguel Hidalgo	TIII	Ángel Brioso Vasconcelos	1
Sin referencia / sin dato			35
TOTAL			152

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes y el directorio de Hospitales y Centros de Salud, disponible en: http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f04/Salud.pdf

Como puede observarse, los centros de salud están agrupados en tres tipos que responden a una clasificación de la Secretaría de Salud y el Departamento de Servicios de Salud de la Ciudad de México. De acuerdo con información de la Jurisdicción Sanitaria, los Centros de Salud se dividen en TI, TII, o TIII, según los servicios e insumos que tienen. Los TI están en las zonas más alejadas y con mayor marginación y solo constan de un consultorio con un(a) médico(a) general y una enfermera; los TII tienen varios consultorios con personal médico y de enfermería, lo que le da mayor grado de especialización y los TIII cuentan con laboratorio, rayos X y algunos con mastógrafo u otros servicios, como clínica de interrupción legal del embarazo (Diario de campo, 2018).

La especialización de los Centros de Salud (CS) de donde son referidas las mujeres es un punto de partida para preguntarse por la calidad de atención obstétrica a la que están accediendo las mujeres en la primera etapa del embarazo, pues es en estas unidades que llevan las primeras consultas de control prenatal. Dependiendo de los insumos con que cuenten y del riesgo identificado, las mujeres serán referidas para continuar su control prenatal en las unidades hospitalarias en donde se atenderá el parto y nacimiento. Si no hay complicaciones o riesgo considerable, las mujeres pueden ser atendidas en los centros de Salud hasta alrededor de las 30 semanas de gestación, pero en el caso de las adolescentes suele ser antes por considerarse de alto riesgo. Las cifras anteriores muestran que, de los casos referidos, 62 eran atendidas en un CS-TIII, mientras que en los CS-TII se atendieron 26 y en los CS-TI, un total de 29 (Figura 22), aunque llama la atención que en la única alcaldía en donde predominan estos últimos es en Tlalpan. De las cifras restantes, se puede concluir que la atención obstétrica se lleva a cabo principalmente en centros de salud con mayores recursos para cubrir las necesidades de cuidados básicos en el embarazo.

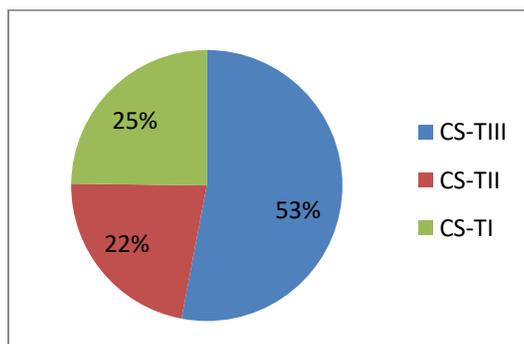


Figura 22. Centros de salud de referencia

A manera de conclusión, la tabla anterior muestra que se trata de un hospital cuyos servicios son demandados por una población numerosa, procedente de varias alcaldías que integran un área geográfica amplia. En un momento posterior, estos datos podrán contrastarse con las características y capacidad resolutoria que tiene esta unidad, así como con otras precisiones del área geográfica, pues estos datos se limitan a la información obtenida en la revisión de expedientes.

3.3.2 Perfil epidemiológico

Los datos que se presentan a continuación constituyen un punto de partida para describir las características de la atención obstétrica que solicitan y reciben las mujeres adolescentes en este hospital, como una primera aproximación que oriente el trabajo de campo en profundidad. Uno de los primeros aspectos que interesa cuando se aborda el proceso reproductivo en la adolescencia como problema de salud pública, sobre todo, como problemática en la atención hospitalaria, es el número de embarazos, pues en este nivel de intervención, las estrategias corresponden a una prevención secundaria, es decir, el evitar un segundo embarazo. De acuerdo con el presente análisis, de los 152 expedientes revisados, 112 casos se trataron de un primer embarazo, mientras que 36 mujeres cursaban el segundo y sólo cuatro acudían por un tercer embarazo (Figura 23).

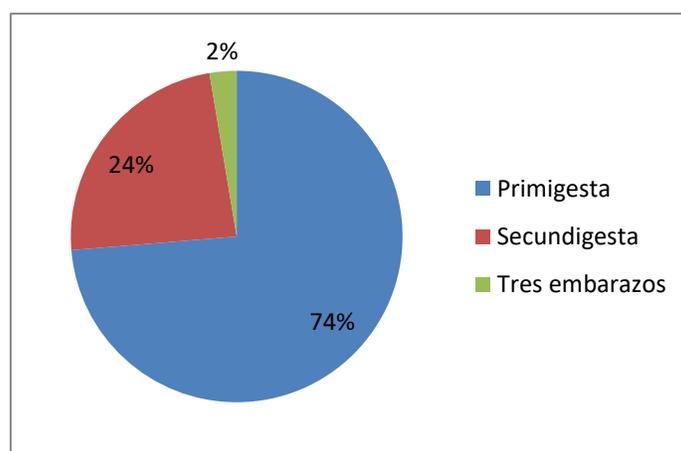


Figura 23. Paridad de las mujeres adolescentes atendidas

Con respecto al control prenatal, las cifras se han agrupado en diferentes categorías con base en la información disponible. Por una parte, las que no recibieron control prenatal a lo largo del embarazo (2 casos) y quienes tuvieron un aborto espontáneo antes de haber iniciado el control prenatal o que desconocían que estaban embarazadas (8 casos). Por otra parte, están aquellas que tuvieron un número de consultas entre menor al mínimo de cinco consultas señaladas en normas y protocolos de atención (35 casos) y las que refirieron haber acudido a estas consultas, pero no tienen un número aproximado (13 casos). Finalmente, están los casos que pueden considerarse con un control adecuado, las que tuvieron entre cinco y ocho consultas (67 casos) y las que tuvieron más de ocho (25 casos), lo cual no significa que tuvieran un riesgo mayor o que fuera por indicación médica. En dos casos restantes, no se encuentra información disponible. De ello, se puede afirmar que un 60% están recibiendo un adecuado control prenatal, mientras que alrededor de un 30% tiene un acceso limitado o insuficiente.

Del total de eventos obstétricos que integraron la muestra, otro dato relevante es el motivo de atención o causa de demanda, de los cuales la revisión de expedientes permite analizar ciertas particularidades. En 75 casos se trató de la atención del parto, de los cuales, en 67 se documenta explícitamente la realización de episiotomía y 11 señalan en el diagnóstico de ingreso que llegaron en periodo expulsivo, enfatizando que estos dos factores no guardan relación entre ellos. Otros 56 eventos obstétricos fueron resueltos por cesárea, de las cuales sólo 6 decían estar programadas en función de los siguientes diagnósticos concomitantes o factores de riesgo: a) obesidad y probable producto macrosómico; b) condilomatosis vulvar o perianal, en 2 casos; y c) cesárea previa con periodo intergenésico corto, en 3 casos. De los 50 procedimientos restantes, aparecen indicados en todo caso y sólo una señalada explícitamente como urgente.

De los embarazos que no llegaron a término, que se catalogarán en lo subsecuente como pérdidas gestacionales, para diferenciarlas de la interrupción legal del embarazo, se registró un total de 11, de los cuales ocho fueron tratados con legrado uterino instrumentado (LUI), dos con aspiración manual endouterina (AMEU) y uno con tratamiento farmacológico y vigilancia. El único caso en que se registra una interrupción legal del embarazo, fue una

referencia de una clínica especializada por aumento de la hemorragia, el cual ameritó la exploración, tratamiento médico y vigilancia.

Otros procedimientos incluyen el tratamiento médico por amenaza de aborto o de parto pretérmino que sucedió en siete casos, los cuales no continuaron la atención en este hospital y dos más que fueron trasladadas a otras unidades. A manera de síntesis, en la Figura 24 se presentan los procedimientos realizados que responden a las causas de demanda descritas anteriormente.

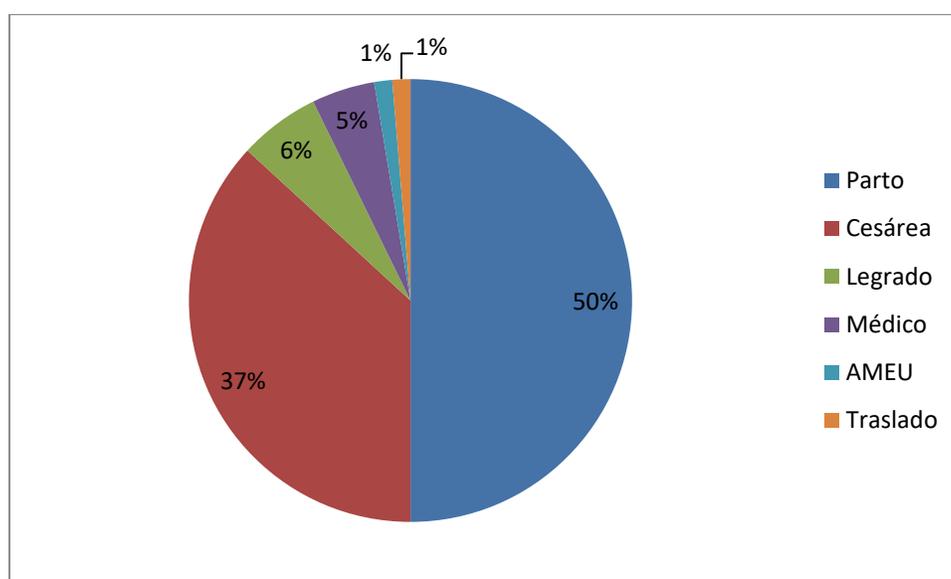


Figura 24. Causa de demanda / procedimiento de atención realizado

Volviendo a las estrategias de prevención de un segundo embarazo en la adolescencia que pueden realizarse en un segundo nivel de atención (hospitalaria), el indicador principal al respecto es la anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), que consiste en la elección y aplicación de un método anticonceptivo temporal o permanente (esterilización quirúrgica, EQ) antes del egreso de la unidad hospitalaria. Aunque los protocolos incluyen todos los métodos, en el caso de los temporales se prefieren los de larga duración, como el implante subdérmico y el dispositivo intrauterino (DIU) como estrategias exitosas de planificación familiar. En este caso, de los 142 embarazos que se atendieron en el hospital, resueltos por parto, cesárea o aborto, el porcentaje aceptación de métodos de larga duración fue de 63%. Un 18.3% aceptaron preservativos y en un caso se solicitaron hormonales orales, sin

embargo, algunas notas señalan de manera explícita que se entregan preservativos o preservativos y píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) ante la negativa de otro método, lo cual orienta a que en muchos casos no se trata de una elección que conduzca a una planificación familiar eficaz. En un 3.5% de los casos no se da ningún método o explícitamente señala que “la mujer no acepta”. Es relevante señalar que en 9.8% de los casos no hay información en el expediente sobre planificación familiar, y en un 4.9% egresaron sólo con cita pues no estaba disponible el método que eligieron (cinco habían elegido implante, una DIU y una esterilización quirúrgica). Finalmente, un caso clave muestra una nota que especifica: “no acepta de larga duración y NO HAY preservativos”. Los números totales para cada método se muestran desglosados en la Figura 25.

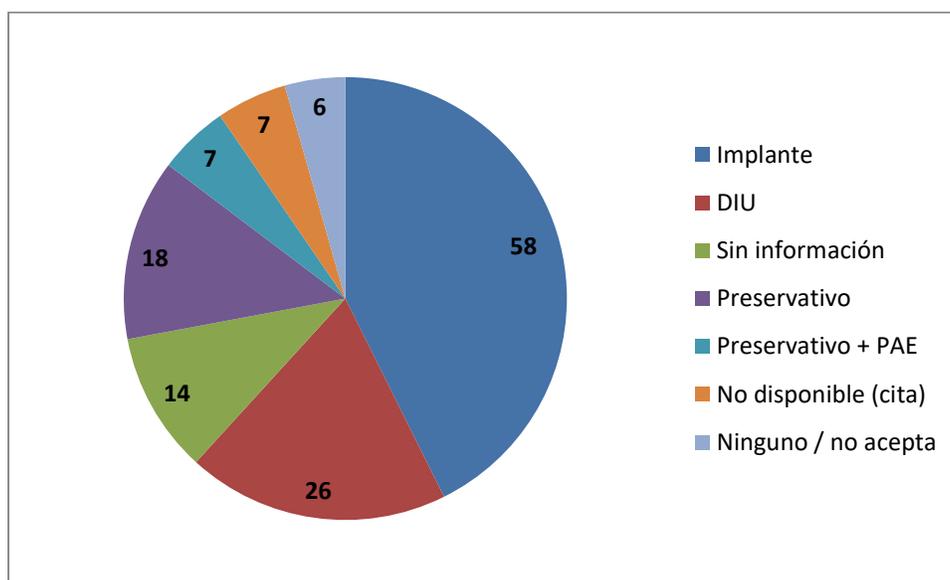


Figura 25. Métodos anticonceptivos elegidos y disponibles

Como parte de esta revisión, se contemplaron las complicaciones más frecuentes tanto para la mujer como para el recién nacido, como una primera aproximación a las condiciones en que se desarrolla el embarazo y parto, así como el desenlace de estos eventos. Con respecto a la mujer, se buscaron aquellas afecciones o complicaciones previas al embarazo (factores de riesgo), las que se identificaron en el embarazo o durante el control prenatal, aquellas que tuvieron lugar o fueron registradas por primera vez en el trabajo de parto o parto (ya habiendo ingresado al hospital) y las que ocurrieron en el puerperio.

Con respecto a los antecedentes, no se identificaron patologías crónicas, degenerativas o hereditarias, por lo que se enfocaron en ciertos aspectos biológicos y psicosociales que se configuran como factores de riesgo, los cuales se exponen en la Tabla 9. Cabe señalar que, dentro de estos factores, la edad no está considerada, debido a que, por definición los embarazos en la adolescencia se consideran de alto riesgo, sin embargo, no todos los expedientes señalan de manera explícita esta condición. De hecho, se observa en el proceso de revisión que esta denotación aparece con mayor frecuencia a partir de 2016.

Tabla 9. Afecciones o condiciones previas al embarazo (factores de riesgo)

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA
Cesárea previa	10
Antecedente de pérdida gestacional	10
Obesidad	8
Antecedente de interrupción legal o voluntaria del embarazo	3
Violencia (interrogatorio o tamizaje positivo)	5
Alcoholismo y drogadicción	1 (asociados al mismo caso)
Riesgo de enfermedades de transmisión sexual + trabajo sexual	1 (asociados al mismo caso)

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.

De las afecciones o complicaciones que sucedieron durante el embarazo, las más frecuentes fueron la infección de vías urinarias (37 casos), las infecciones vaginales o cervicovaginitis (16) y la amenaza de aborto o parto pretérmino (16), resaltando la asociación entre estas tres afecciones en varios casos. El resto de las patologías fueron poco frecuentes y se detallan en la Tabla 10, en donde también se incluye el compromiso del bienestar fetal como una alteración relevante en esta etapa.

Durante el trabajo de parto y parto, las condiciones más frecuentes son aquellas que conducen a indicar una cesárea para evitar complicaciones en el recién nacido, como son la falta de progresión del trabajo de parto y la desproporción cefalopélvica (DCP), siendo esta última una de las causas, aunque no solamente de la falta de progresión. A este grupo se suman las alteraciones de indicadores del bienestar fetal, que no necesariamente conllevan a una cesárea, pero son reportados como el hallazgo más frecuente. Otra condición concomitante es la ruptura de membranas, pues, aunque no condiciona una urgencia, si ésta ocurre de manera prolongada constituye un factor de riesgo para infecciones, por lo que amerita cierta

vigilancia. Dentro de las complicaciones relacionadas con hemorragia o sangrado excesivo durante el parto y alumbramiento, llama la atención que, aunque desglosadas por su variación y condición de gravedad, no parecen tan frecuentes, pero en suma ocuparían el segundo lugar en complicaciones (15 casos). Estas, junto con las enfermedades hipertensivas que fueron poco frecuente (4 casos en total) son aquellas que pueden derivar en mortalidad materna o morbilidad extrema, lo cual no sucedió en ninguno de estos casos. Las cifras desglosadas se encuentran en la Tabla 11.

Tabla 10. Afecciones o complicaciones identificadas en el embarazo

PATOLOGÍA / COMPLICACIÓN	FRECUENCIA
Infección de vías urinarias	37
Cervicovaginitis / infección vaginal	16
Amenaza de aborto o de parto pretérmino	16
Condilomatosis	5
Enfermedad hipertensiva	4
Compromiso del bienestar fetal	4
Ruptura prematura de membranas	2
Hiperemesis gravídica	2
Afecciones de salud mental (depresión / ansiedad)	2
Diabetes gestacional	1

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.

Tabla 11. Condiciones o complicaciones en el trabajo de parto y parto

PATOLOGÍA / COMPLICACIÓN	FRECUENCIA
Compromiso del bienestar fetal	20
Ruptura prematura de membranas	13
Falta de progresión del trabajo de parto	11
Desproporción cefalopélvica	8
Hemorragia obstétrica	5
Hipotonía uterina	5
Desgarros primero y segundo grado	3
Desgarro arteria uterina	1
Desgarro parauretral bilateral	1
Preeclampsia severa	2
Preeclampsia leve	1
Eclampsia	1

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.

Por último, en el puerperio inmediato o mediato, sólo se presentaron diez casos de complicaciones en total, cuyos diagnósticos se enlistan en la Tabla 12, siendo las más frecuentes aquellas relacionadas con sangrado anormal o hemorragia y las de tipo infeccioso. De estas, tres requirieron reingreso y en ningún caso se realizó traslado o referencia.

Tabla 12. Complicaciones en el puerperio

COMPLICACIÓN	
Infeción / dehiscencia de herida quirúrgica (4 casos)	Infecciosa
Leucocitosis sin datos clínicos	
Anemia leve a moderada (2 casos)	Hemorragia o secuelas
Hemorragia obstétrica + hipotonía uterina	
Hemorragia uterina normal + Pólipo endometrial	
Elevación de tensión arterial + anemia + trombocitopenia	Hipertensiva

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de expedientes.

En el caso de los embarazos a temprana edad, uno de los aspectos que resulta preocupante en términos epidemiológicos es la condición del recién nacido. De acuerdo con la muestra analizada, se registraron 131 nacimientos –por parto o cesárea– y ninguna muerte perinatal. De estos, se atendió sólo un embarazo pretérmino, con un recién nacido vivo de menos de 2,000 gramos, el resto fueron de término todos con peso adecuado para la edad gestacional (entre 2,500 y 3,800 gramos). Vinculado al caso ya mencionado, se presenta la valoración en la escala de APGAR más baja y el traslado urgente de un recién nacido, caso que además es aporta información cualitativa relevante en la revisión del expediente, pues se detalla puntualmente la dificultad que representó lograr este traslado:

- *HG Tláhuac: no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).*
- *HG Ajusco Medio: no hay espacio.*
- *H de Especialidades Belisario Domínguez: sin espacio en UCIN*
- *HG Ticomán: no cuenta con UCIN*
- *HG la Villa: Hablar en 10 minutos*
- *HG Enrique Cabrera: no reciben porque están atendiendo a los del materno-infantil de Cuajimalpa.*
- *HG la Villa: Hablar en 10 minutos*
- *HG Iztapalapa: No contestan*
- *HPI Xochimilco: No hay UCIN*
- *HG la Villa: Sin espacio en UCIN*

- *INPer: Solicita hablar con médico tratante y llamar en 10 min*
- *HG de México: Solicita resumen por fax*
- *INPer: Acepta referencia*

El proceso toma de las 10:20 a las 12:20 horas. Posteriormente se tramita vehículo y a las 12:50 sale la ambulancia. Estos datos se registran en la nota de trabajo social, quien apoya al personal médico en lograr este tipo de referencias (Diario de campo, 2017).

El resto de las personas recién nacidas tuvieron una valoración adecuada, requiriéndose traslado sólo en dos casos adicionales. En cuanto a complicaciones identificadas posteriormente, se encontraron dos pruebas de tamiz metabólico y dos de tamiz auditivo con resultados alterados o sospechosos que fueron referidos, así como cuatro casos de malformaciones congénitas que no ponen en peligro la vida, pero requirieron referencia a servicios de pediatría para su manejo especializado. En concordancia con los datos encontrados en el análisis inicial de la base de datos, el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 1.7 días, siendo el mínimo de un día y el máximo de 4, es decir, el 85% de las mujeres atendidas –de acuerdo con los expedientes revisados– permanecieron hospitalizadas en 24 y 48 horas posterior al procedimiento realizado.

Finalmente, un aspecto de índole cualitativo tomado en cuenta por su relevancia en la atención de mujeres adolescentes es la firma del consentimiento informado. Todos los expedientes revisados contaban con este documento, sin embargo, el interés radica en la posibilidad de que éste sea firmado o no por las mujeres menores de edad. En la mayoría de las ocasiones los consentimientos que se entregan en el área de admisión incluyen la firma de la mujer, del familiar responsable (mayor de edad) y se pide poner la información de dos familiares como testigos. Hay otros casos en donde las adolescentes firman para ciertos procedimientos como los relacionados con planificación familiar, psicología, odontología o las consultas de urgencias, pero se requiere la firma de familiar. Si no es un procedimiento de urgencia, se evidencia en las notas la participación de trabajo social en localizar a un familiar directo para que acuda a la unidad, pero si no es posible contar con ello, como cuando acude la pareja que también es menor de edad y refieren que no es posible contactar a un familiar, ellos firman, aunque en los ejemplos encontrados de esta situación fueron tratamientos médicos. Finalmente, en algunos de los expedientes más recientes, se incluía un

formato de consentimiento, que de manera explícita indicaba: “*para recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva en el grupo etario de 10 a 19 años sin acompañamiento, de acuerdo con la NOM-047*” (Diario de campo, 2017).

Para concluir esta aproximación descriptiva, expongo a manera de ejemplo, algunos casos de expedientes revisados, para observar la interrelación de las variables sociodemográficas, con las características principales de atención, las cuales dan cuenta de situaciones limítrofes y heterogéneas, que no se observan de manera cotidiana. Es particularmente importante considerarlas situaciones excepcionales y que no conduzcan a la normalización o estigmatización de los embarazos en adolescentes. Estos casos son aquellos de mujeres en el grupo de edad que han tenido tres embarazos y las que han tenido dos embarazos en un periodo corto de tiempo y que ambos fueron atendidos en la misma institución.

Caso 1. Mujer de 18 años, originaria y residente de la Ciudad de México, que vive en unión libre con su pareja desde hace cuatro años, se dedica al hogar, terminó la secundaria y el salario percibido por unidad doméstica es de \$4,000 mensuales. Llegó al hospital por el servicio de urgencias, acompañada por su madre, ya en la fase expulsiva de trabajo de parto. Es su tercer embarazo con antecedente de una pérdida gestacional tardía y una muerte perinatal en los dos embarazos previos. Había tenido un control prenatal deficiente, con solo cuatro consultas, por lo que es hasta su llegada ya en expulsivo que el feto estaba en presentación pélvica (lo cual es una indicación de cesárea), sin embargo, es posible el nacimiento por que presentaba restricción del crecimiento. El recién nacido pesó 2600gr. Y requirió maniobras de reanimación y vigilancia estrecha por síndrome de dificultad respiratoria. Egresó del hospital dos días después, sin otras complicaciones, con implante subdérmico como método anticonceptivo.

Caso 2. Mujer de 18 años, originaria y residente de la Ciudad de México, católica, viviendo en unión libre con su pareja de 21 años, con secundaria terminada, se dedica al hogar y su ingreso mensual es de \$4,400. Es atendida en el hospital, referida del centro de Salud TI Lomas de San Bernabé, después de solo tres consultas de control prenatal y llega a urgencias en periodo expulsivo de trabajo de parto. Tiene como antecedentes un primer embarazo que culminó

como una pérdida gestacional del primer trimestre y el segundo embarazo resuelto por parto normal. No se identifican complicaciones en ella ni en el recién nacido por lo que egresa un día después, siendo el dato más importante que la nota de planificación familiar indica que a pesar de la consejería no acepta métodos de larga duración y no hay preservativos.

Caso 3. Mujer de 19 años de edad, originaria de Tecoaapa, Guerrero, en la región de la Costa Chica, viviendo actualmente en la Ciudad de México en unión libre. Profesa la religión cristiana, terminó la secundaria y se dedica al hogar, percibiendo un ingreso mensual de \$3,000. Acude referida del Centro de Salud TI Tierra y Libertad, con un control prenatal estrecho de doce consultas, pues es su tercer embarazo, con antecedente de pérdida gestacional recurrente. Sin otro antecedente, ingresa a este hospital con un tercer embarazo de término que requiere de la utilización de fórceps por periodo expulsivo prolongado. Tras la maniobra, no se presentan complicaciones ni en ella ni en el recién nacido. Egresos dos días después eligiendo como método de planificación familiar el implante subdérmico.

Caso 4. Mujer de 19 años, originaria y residente de la Ciudad de México, profesa religión católica, actualmente soltera y habitando en la casa de su madre, quien acude como familiar responsable, después de separarse del progenitor por infidelidad y violencia. El ingreso en el lugar actual asciende a \$12,000 mensuales, entre varios proveedores; ella tiene la secundaria trunca y se ha dedicado al comercio y ha sido trabajadora sexual. Por esta condición se considera de alto riesgo como portadora de enfermedades de transmisión sexual, además de haber llevado un control prenatal irregular (desconoce número de consultas) y llegar directamente al servicio de urgencias en periodo expulsivo de trabajo de parto. Se trata de su tercer embarazo; el primero fue un parto normal y el segundo una interrupción del embarazo realizada con automedicación, sin ningún tipo de atención médica. En este embarazo, refirió haber tenido una amenaza de aborto en el primer trimestre que se resolvió, y posterior a ello, no

hubo complicaciones para ella ni para el recién nacido. Elige un método definitivo (oclusión tubárica bilateral) que se realiza antes de su egreso.

Caso 5. Mujer de 16 años, originaria de Pantepec, al norte del estado de Puebla y residente de la Ciudad de México. Es católica, soltera, actualmente dedicada al hogar, con estudios incompletos de secundaria. El ingreso total en su hogar es de \$6,800, con lo que cubren las necesidades de su familia, de ella y de su primer hijo, reportando situaciones de violencia intrafamiliar en el tamizaje. Fue atendida en 2015 por un embarazo de 37 semanas complicado con infección vaginal sin tratamiento, oligohidramnios y ruptura prematura de membranas, por lo que se indica la resolución por cesárea. El recién nacido no presenta complicaciones y egresa tres días después, con implante subdérmico como método de anticoncepción. Sin embargo, acude nuevamente en 2016, referida del Centro de Salud TIII Ángel de la Garza Brito, por sangrado vaginal. Desconocía estar embarazada, se detecta por ultrasonido un embarazo de siete semanas y se diagnostica aborto incompleto. Se indica un legrado uterino como tratamiento, pero no se realiza inmediatamente pues acude sola, por lo que deben esperar a localizar a su madre para realizarlo. Egresa un día después sin complicaciones y en el expediente no se encuentra información de planificación familiar.

Caso 6. Mujer de 18 años, originaria y residente de la Ciudad de México, profesora de religión católica, vive en unión libre con su pareja quien es menor de edad, por lo que es su madre quien acude como familiar responsable. Terminó educación media y se dedica al hogar, su pareja trabaja, percibiendo un ingreso mensual de \$5,000. En octubre de 2015 fue atendida en este hospital, por su primer embarazo, del cual tuvo un adecuado control prenatal y fue ingresada para inducción al cumplir 41 semanas de gestación. A pesar del tratamiento se detectó falta de progresión del trabajo de parto y taquicardia fetal, por lo que se decide realizar cesárea, sin complicaciones. Egresa tres días después sin información sobre planificación familiar. Un año ocho meses después, regresa nuevamente, referida del Centro de Salud TIII Oasis, para la atención de su segundo

embarazo, con adecuado control prenatal. Al término del embarazo ingresa con diagnóstico de 41.5 semanas de gestación y paridad satisfecha, sumado a sus antecedentes, se realiza cesárea y esterilización quirúrgica, sin complicaciones.

Caso 7. Mujer de 19 años, originaria y residente de la Ciudad de México, soltera, con escolaridad secundaria terminada, dedicada al hogar. Habita en la casa familiar, de quienes recibe apoyo y sostén, percibiendo un ingreso por unidad doméstica de \$10,500 mensuales. Acude por primera vez a este hospital en marzo de 2015, con un embarazo de 39 semanas, sin haber llevado control prenatal. Al momento del parto presenta hemorragia obstétrica que requirió de transfusión, sin complicaciones para el recién nacido. A su egreso no acepta un método de larga duración, únicamente preservativos. Un años después, en junio de 2016, llega a urgencias referida del Centro de Salud TII Ajusco, en donde llevó control prenatal irregular (desconoce número de consultas), con un embarazo de 40 semanas ya en periodo expulsivo de trabajo de parto. Nuevamente, presenta hemorragia obstétrica e hipotonía uterina, por lo que requiere una revisión de cavidad y legrado instrumentado en el puerperio. Antes de su egreso se coloca dispositivo intrauterino previa consejería.

Caso 8. Mujer de 18 años, originaria y residente de la Ciudad de México, profesora de religión católica, vive en unión libre con su pareja de 24 años, quien es el sostén de la familia con un ingreso de \$1,000 pesos mensuales, ella se dedica al hogar y cuenta con estudios incompletos de secundaria. En mayo de 2015 es atendida por su primer embarazo, el cual se resuelve por parto sin complicaciones para ella ni para el recién nacido. Egresó sin aceptar métodos de planificación familiar. En 2016, es referida por el Centro de Salud TIII Ángel de la Garza Brito, para control prenatal pues tuvo una amenaza de aborto a las nueve semanas. Catorce meses después del primer parto, es atendido su segundo parto, sin complicaciones. En el puerperio tardío continúa con hemorragia por lo que acude nuevamente y se identifica un pólipo endometrial tratándolo con aspiración manual (AMEU) y posteriormente se coloca dispositivo intrauterino como método de planificación familiar. En el caso del recién nacido, el tamiz

metabólico es sospechoso de galactosemia, por lo que es referido al Instituto Nacional de Pediatría.

Caso 9. Mujer de 18 años, originaria y residente de la Ciudad de México, profesora de religión mormona. Estudió la secundaria completa y se dedica principalmente al hogar o se emplea como trabajadora doméstica, vive en unión libre con su pareja de 24 años y suman un ingreso variable de \$4,000 mensuales. En su primer embarazo presenta una amenaza de aborto en el primer trimestre y posteriormente es atendida en enero de 2015 por trabajo de parto, que culmina con una cesárea indicada por desproporción céfalo-pélvica, sin otras complicaciones. A su egreso elige el dispositivo intrauterino como método de planificación, pero le dan cita un mes después para su colocación. En octubre de 2016 acude nuevamente para una segunda cesárea, programada por cesárea previa y periodo intergenésico corto. En este embarazo había tenido salida de tapón mucoso a los siete meses y amenaza de parto pretérmino, por lo que recibe esquema de maduración pulmonar para el feto, sin haber complicaciones posteriores en el recién nacido. Esta vez egresa con dispositivo intrauterino, dos días después.

Caso 10. Mujer de 18 años, originaria y residente de la Ciudad de México, profesora de religión católica, vive en unión libre desde hace dos años con su pareja de 23 años. Ella tiene estudios de preparatoria trunca y se dedica al hogar, siendo él el principal sostén económico con un ingreso mensual de \$4,800. Es atendida en el hospital por primera vez en agosto de 2015, con un embarazo de término resuelto por parto normal sin ninguna complicación. En la consejería de planificación familiar señala que “aún no sabe qué método elegir”, por lo que egresa sin ninguno. Es atendida por segunda vez en noviembre de 2016, nuevamente con un embarazo de término y teniendo un segundo parto sin complicaciones. Esta vez acepta el implante subdérmico como método anticonceptivo.

Los cuatro primeros casos que corresponden a las mujeres que han tenido tres embarazos, llama la atención de que, con excepción de uno, se trata de mujeres que viven en unión libre

y que han tenido antecedente de pérdidas gestacionales, lo que permite plantear la hipótesis de un embarazo que es planeado e intencionado. El cuarto caso de este grupo apunta a una situación excepcional en el que se articulan diferentes formas de violencia en una historia de vida que no puede quedar agotada en la presente revisión, sin que ello amerite su invisibilización.

Los siguientes seis casos, aunque no son los únicos que han tenido dos embarazos, son aquellos que han sido atendidos por el mismo hospital en el periodo que abarcó esta muestra (2015-2017), y que constituye, en términos médicos, un factor de riesgo por periodo intergenésico corto. En estos, el factor que llama más la atención es el proceso de consejería en planificación familiar, pues por diversas razones no hubo APEO efectiva después del primer embarazo; un caso orientaría a una cuestión religiosa, pero el resto únicamente señalan que “no acepta” o “no está segura de cuál elegir”. Aunque este punto constituye un área de oportunidad, es importante no fomentar una elección de método anticonceptivo bajo coerción, sino profundizar en la singularidad de cada caso para una consejería más dirigida.

Para concluir este apartado, cabe señalar que, estos casos se retoman de la revisión de expedientes, porque la presencia de adolescentes que acudieran por un segundo o tercer embarazo no era lo más frecuente. Durante la estancia de campo, la mayoría en este grupo de edad eran primigestas, a diferencia de las creencias y discursos que señalan que, tras un primer embarazo, las adolescentes tendrán muchos y más seguidos. Como se observará en los hallazgos posteriores, los perfiles epidemiológico y sociodemográfico se asemejan a lo encontrado en la revisión documental, con excepción de que todas las colaboradas etnográficas cursaban su primer embarazo.

3.3.3 Discusión de los datos y consideraciones preliminares

A nivel nacional se observó un aumento de la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años entre 2012 y 2018, pasando de 1.9 nacimientos por cada mil, a 2.3. En adolescentes de 15 a 19 años, en 2012 se registró un máximo de 76.3 nacimientos por cada mil adolescentes y para 2019 disminuyó a 69.5 (Gobierno de México, 2020). Prácticamente sin modificaciones en la última década, los nacimientos registrados en mujeres menores de 19 años corresponden a

un 19% del total a nivel nacional (Sánchez Díaz y Montoya, 2019). La Ciudad de México fue 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 maternidad suceden a edades más tempranas, y las necesidades económicas impulsan a los adultos jóvenes a iniciar actividades productivas (Stern, 2004). No obstante, en la adolescencia temprana, 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).

Las encuestas nacionales han evidenciado la asociación temporal entre la primera relación sexual, la primera unión y el evento reproductivo en la adolescencia, incluso en el grupo de edad de 10 a 14 años, alrededor del 60% que tuvieron un embarazo, se encontraban en unión libre (Campero *et al*, 2013; CONAPO, 2018). Otro hallazgo coincidente con los datos nacionales es que el progenitor suele ser mayor de edad y en la mitad de los casos, se estima que pertenece al grupo de edad entre los 20 y 45 años de edad (Pérez Baleón y Lugo, 2019a). Durante la revisión de expedientes, se identificó que, debido a un cambio de formato se eliminó el registro numérico de la edad del progenitor, dato que refleja la asimetría y la asociación con diversas formas de violencia, sobre todo en el caso de las niñas menores de 15 años, por lo que su inclusión en registros administrativos es fundamental para la explicación de este fenómeno y el desarrollo de intervenciones apropiadas desde una perspectiva sistémica.

Por otra parte, diversos estudios han enfatizado que la relación entre el abandono escolar y el proceso reproductivo en la adolescencia, no es unidireccional y concentra un entramado de factores sociales y estructurales. El rezago educativo muestra asociación con la ocurrencia

del embarazo en la adolescencia, contribuyendo la unión temprana y el nivel socioeconómico bajo, mientras que la permanencia escolar se considera un factor protector (Villalobos *et al*, 2015). La Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA) refiere que el 71% de las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia ya no estudiaban, siendo las causas principales de abandono, la imposibilidad de cubrir los gastos, que no querían seguir estudiando o no les gustaba la escuela, resaltando la presencia de trayectorias escolares adversas, con entornos poco propicios para sostener el proyecto educativo. En concordancia con los hallazgos de estudio, la media de edad para el abandono escolar que reporta dicha encuesta es de 16 años, al concluir la secundaria o al inicio del bachillerato (Pérez Baleón y Lugo, 2019b).

En el análisis del perfil epidemiológico, no se identificaron resultados que orienten a la presencia de complicaciones con mayor frecuencia o gravedad en las adolescentes que en el resto de las mujeres, con excepción de la tasa de cesáreas (43%) que es superior a la media nacional en unidades de la Secretaría de Salud, estimada en 35% para 2017 (DGIS, s/f). Con relación a los resultados perinatales, un estudio identificó resultados adversos en el 8% de los recién nacidos vivos de madres adolescentes, potencialmente asociados con la inmadurez del sistema reproductivo (Sánchez Díaz y Montoya, 2019), coincidente con los hallazgos descritos. El acceso a la atención prenatal en el grupo de adolescentes no muestra diferencias en el número de consultas, sin embargo, tienen menor probabilidad de acudir oportunamente desde el primer trimestre (Suárez-López *et al*, 2019), debido a múltiples factores como las irregularidades del ciclo menstrual, la falta de información o el temor a la estigmatización, incluso, suelen acudir a los servicios de salud por otros malestares y no por la sospecha de embarazo.

Finalmente, en concordancia con lo reportado en la literatura, en una cuarta parte de los casos se reportaba un embarazo previo, coincidiendo con el número de madres adolescentes que no utilizan un método anticonceptivo (INMUJERES, 2019). La anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes no rebasa el 60%, orientando a la necesidad de fortalecer la consejería y garantizar la disponibilidad y acceso de métodos anticonceptivos en las unidades médicas, toda vez que una de las causas para no optar por un método de larga duración fue la falta de alternativas o que no se contaba con el método elegido.

Los hallazgos obtenidos en esta primera parte del estudio son consistentes con las estadísticas a nivel nacional y reflejan la situación local de una zona prioritaria de la Ciudad de México. A través del análisis que incorpora detalladamente los aspectos sociodemográficos y epidemiológicos que han conceptualizado a este fenómeno como una problemática social y de salud, se identifican los determinantes estructurales y contextos de vulnerabilidad que atraviesan las trayectorias reproductivas de las mujeres desde antes del embarazo y durante el proceso de atención. En la población de mujeres entre 10 y 19 años de edad, la principal causa de egreso hospitalario es la atención obstétrica, y la presencia de un embarazo subsecuente hace evidente otra oportunidad perdida en la prevención, que radica en la anticoncepción post evento obstétrico. Sin embargo, esta forma de prevención secundaria que ha de consolidarse durante la atención hospitalaria, depende de un proceso de consejería adecuada, disponibilidad de insumos y seguimiento de calidad.

Además, este análisis da cuenta de otros momentos cruciales en la atención de las adolescentes, como la identificación del embarazo y la atención en el primer trimestre, que permite orientar en alternativas respecto a la continuidad del embarazo, indagar la presencia de violencia sexual y otros riesgos sociales o de salud, así como la valoración integral de la adolescente y del producto. En este sentido, los servicios de salud a nivel hospitalario tienen un rol importante en la atención respetuosa y calificada del embarazo, parto y puerperio, pero también en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, así como el bienestar y el interés superior de las niñas, para lo cual es necesario que las estrategias de intervención estén basadas en el acompañamiento, la orientación para la toma de decisiones y la atención integral y diferencial para este heterogéneo grupo de edad.

4. El hospital como lugar de la experiencia

Mi llegada a campo tenía objetivos claros y una guía de observación, además me acompañaba un conjunto de teorías y algunos años de abogacía desde la sociedad civil, en torno al reconocimiento de la partería profesional como modelo alternativo de atención de la salud sexual y reproductiva, y de la violencia obstétrica como conjunto de manifestaciones de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente, durante la atención del parto y nacimiento. Esto último, me había distanciado de mi formación profesional en el modelo biomédico, y también, parecía tener un peso importante en la dirección e intencionalidad de realizar una investigación en un contexto hospitalario, por lo que me condujo a diversas interrogantes: ¿Cómo estaba posicionándome desde todos estos lugares ante los distintos actores sociales y qué impacto tendría? ¿El *habitus médico* será tan constitutivo que los imperativos de la formación se sobrepondrán a los de la etnografía? O, más aún ¿habría algo que descubrir sobre la atención obstétrica y el paradigma biomédico, que no estuviera visto o dicho ya? ¿Sería posible estar en un entorno conocido y delimitado, y, aun así, apelar al sentido de la experiencia antropológica?

Al mismo tiempo, reconocí que estar en el hospital me generaba más extrañeza que familiaridad y manteniendo en mente la última pregunta, me propuse un reconocimiento paulatino del entorno y sus actores, pero también de mi propia formación y experiencia. Mantuve a un lado –junto– la teoría y las críticas a la biomedicina que ya había encarnado, ponderando un compromiso con la descripción minuciosa de lo observado, para registrar cotidianamente en el diario de campo, aun cuando las actividades diarias, las normatividades o los procedimientos de atención comenzaran a parecerme obvios o rutinarios. Además, centrar la estrategia metodológica en la interacción con las adolescentes fue el umbral entre lo que me resultaba conocido y el desafío que me representaba llevar a cabo esta investigación.

Conforme se prolongaba la estancia, los objetivos y categorías propuestas en las guías se fueron agotando, con excepción de aquello que había planteado como ‘aproximación a la experiencia’. Con la estrategia que había desarrollado desde terreno, enfocada en el seguimiento y acompañamiento de las adolescentes, los aspectos a registrar en el diario de campo se transformaron, pasando de la descripción de las estructuras a narrar una

observación que se vale de los sentidos y de una interacción dialógica en donde se expresan emociones, creencias, valores, acuerdos y disensos, sentimientos y sensaciones. En este giro metodológico, abordar la dimensión sociocultural del proceso reproductivo y de la biomedicina desde la fenomenología, fue una posibilidad, una decisión y una necesidad.

Fenomenología significa en sentido etimológico *lo que se muestra*. Como movimiento filosófico, da lugar a un método basado en describir lo inmediatamente dado a la consciencia, entendiendo a partir de Husserl que, la consciencia presupone la existencia de una realidad y es a través de la consciencia que puede ser aprehendida, pero no de manera discontinua, sino como una estructura extensa en la que el presente, conserva un eco del pasado y tiende hacia el provenir. Es en el presente –y en la consciencia– que se manifiesta el recuerdo o la retención de la memoria, al mismo tiempo que se proyecta el futuro. Entonces, de la consciencia se desprende la dimensión fundamental de la temporalidad y, por tanto, de la intencionalidad (Colomer, 2022). Así, para conocer un fenómeno, no parte de un hecho objetivo como lo plantearía el positivismo, tampoco de un sentido oculto que ha de ser develado, sino de la experiencia y sus significados, en tanto que son lo ‘inmediatamente’ dado:

“La fenomenología quiere dejar la palabra a las cosas mismas. Su única norma consiste en dejar que las cosas mismas se hagan patentes a la mirada intuitiva y relevadora. De ahí que el *ethos* del fenomenólogo se caracterice por una renuncia apasionada a toda violencia de interpretación y a todo presupuesto previo. Su ideal no es construir un sistema, sino acercarse a las cosas con una confianza profunda, para escuchar la palabra que le revela lo que las cosas son en sí mismas” (Colomer, 2002:356)

La perspectiva es ambiciosa, pero su valor radica en la reflexión sobre la importancia de acercarse al fenómeno de estudio, desde una posición de apertura para la generación de nuevo conocimiento y no desde la búsqueda de una constatación de lo que se sabe o supone. En este acercamiento que propongo al hospital como lugar de la experiencia, ¿qué es lo que habla y qué es lo que puede ser revelado? En un sentido amplio, lo que habla es el contexto, el espacio, los procesos, las interacciones y los sujetos, es decir, lo social, en tanto condición de posibilidad para el estudio antropológico. Cuando la antropología hace referencia a lo

sociocultural, de cierta manera está dando cuenta de sí misma, al ser su objeto de estudio el ser humano en las múltiples dimensiones de su entorno. Dado que, el punto de partida de esta investigación se fundó en la manera en que ciertas construcciones socioculturales operan en un espacio concreto (el hospital) y frente a un fenómeno particular (la atención del proceso reproductivo en la adolescencia), comenzaré por acotar brevemente este marco de referencia, a partir de una síntesis de la revisión de Haines (2017) respecto de la antropología sociocultural.

En un panorama general, lo sociocultural da cuenta de la intersección entre la biología, la cultura y el ambiente, a través de su curso histórico, adaptativo y evolutivo, en donde se hace visible desde el proceso de hominización, hasta los complejos núcleos de organización social y modos de producción, cuyo sentido esencial es el sostenimiento de la vida en sus formas más elementales: asegurar la reproducción de la especie, alimentarse, protegerse del ambiente y curarse. Dado que la totalidad resulta inaprehensible y sus concreciones son infinitas, lo sociocultural convoca a las grandes estructuras como ordenadores del mundo, tal cual lo conocemos: el parentesco, la economía, la política y la religión. Evidentemente, estas son dinámicas y diferenciales, toda vez que tienen lugar en el marco de la historicidad y la ubicación geográfica, desagregándose en estructuras intermedias o formas de organización específicas.

Asimismo, lo sociocultural alude al significado que todo lo anterior tiene para los seres humanos como sujetos individuales y sociales, por lo que involucra una diversidad de elementos concatenados que pueden agruparse en cuatro grandes esferas: la cognición, el lenguaje, la expresión y la acción. La cognición parte de la anatomía y fisiología del cerebro humano y las funciones mentales, de donde derivan los procesos fundamentales para la generación de significado, como son, la percepción (reconocimiento del exterior), la concepción (modo de organización de la percepción), el pensamiento y la emoción, los símbolos y las rutinas. Dentro del lenguaje, existen tipos, características, idiomas, estructuras, usos y funciones, por mencionar algunas maneras de aproximarse a su estudio, aunque en lo fundamental, el lenguaje es la condición que habilita el pensamiento, la comunicación y la humanización. La expresión da cuenta de las manifestaciones humanas en el exterior, que involucra, en sentido amplio, la interacción entre cuerpos, lugares, objetos y

eventos. Finalmente, la acción refiere a la manera en que lo anterior se pone en juego y permite, dentro de un marco de agencias y restricciones, transformar las estructuras y, en sentido último, cambiar el cauce de la vida.

Si lo sociocultural responde al *qué*, Fabian (1983/2019) sostiene que el tiempo da cuenta de *cómo* la antropología construye su objeto. El tiempo es también un portador de significado y una forma a partir de la cual se definen la relación entre sí mismo y la otredad, en tanto se consideran las siguientes premisas:

“a) el tiempo es inmanente y, por tanto, coextensivo con el mundo (o la naturaleza, o el universo, dependiendo del argumento); y b) las relaciones entre las partes del mundo (en el sentido más amplio de entidades tanto naturales como socioculturales) pueden entenderse como relaciones temporales. La dispersión en el espacio refleja directamente, lo que no quiere decir simplemente o de manera obvia, una secuencia en el tiempo” (Fabian, 2019:30)

Es la temporalidad lo que le da sentido a la distribución de los seres humanos en el espacio, pero el tiempo es difícil de aprehender, por lo que es naturalizado y espacializado, es decir, se concibe como inherente al espacio, pues en una dimensión empírica, del tiempo se tiene la experiencia, pero no la representación (Fabian, 1983; Agamben, 1993), es decir, “no es posible formular una imagen del tiempo que transcurre, sino que en el espacio quedan indicios, como inscripción o huella de su paso” (Vargas, 2019:57). Aunque frecuentemente empleamos las coordenadas espacio-tiempo para definir la generación de conocimiento antropológico, Fabian hace explícito que este sistema está más bien conformado por el tiempo, el espacio, los cuerpos y el movimiento, y constituye un parámetro para describir procesos socioculturales.

Una vez situado el *qué* y el *cómo*, se ha de precisar también el *dónde*, que antes de ser un sitio definido, es también un concepto, el espacio vivido y habitado: “vivimos siempre «en» espacios, esferas, atmósferas; la experiencia del espacio es la experiencia primaria del existir” (Rüdiger, 2003:13-14). A decir de Tuan (1977), todo ser humano tiene una noción elemental de espacio y lugar y es a partir de la experiencia que, el espacio como una noción abstracta o una sensación indeterminada de territorio, emerge como lugar, adquiriendo cualidades o valores que lo diferencian. Así, los lugares se convierten en “objetos materiales para las

relaciones humanas cuando se ha establecido un vínculo emocional entre ellos y la presencia humana, provocando cierta comunicación permanente y sentimientos particulares que se derivan de esta relación” (Urroz, R. 2018:2) y es en tanto objetos que adquieren un nominativo, como en este caso, sería el «hospital».

Este recorrido enmarca los conceptos y objetos que irán confirmando la descripción y análisis resultante de esta aproximación etnográfica al entorno hospitalario, teniendo como punto de partida la observación, el diálogo, pero también, la experiencia compartida con las adolescentes y los profesionales de salud. En el primer apartado de este capítulo detallaré las características del hospital en tanto espacio físico y espacio social, para analizar la manera en que los espacios delimitan las formas de interacción, al mismo tiempo que las relaciones y procesos sociales, van configurando el sentido de lugar. Un segundo nivel de análisis parte del supuesto de que, en el caso de los hospitales, el lugar está fuertemente anclado a la conveniencia funcional y el establecimiento de un determinado orden social, lo que origina formas singulares de habitarlo. Finalmente, el tercer apartado busca profundizar en la dimensión experiencial del espacio, en donde éste es atravesado por la vivencia de lo cotidiano y de lo extraordinario, en el que las interacciones no son neutras ni superficiales, sino expresiones de modos de afectación, es decir, la experiencia abarca desde las sensaciones inespecíficas y rudimentarias, hasta las complejas concepciones del mundo a las cuales se accede a través de los sentidos como mediadores de lo social.

4.1 El «hospital»: espacio físico, espacio social.

La palabra espacio proviene del latín *spatium* que designa “un terreno abierto, un campo hábil, de ahí que se entiende como exterior y público, por ello es considerado como *dato inicial*, como *mera naturaleza*” (Lanceros, 2006:202). Esta cualidad infinita se acota al establecer límites o discontinuidades, es decir, se experimenta a partir de locaciones relativas de objetos o lugares, distancias, uniones, separaciones o relaciones de contigüidad. A su vez, estas son percibidas a través de los sentidos y del movimiento, que permite dar cuenta de la dirección, la orientación, las distancias, la organización de los objetos al interior del mismo, y con ello, evocar una impresión o representación del espacio, en tanto espacio físico.

Asimismo, los espacios reflejan las cualidades de los sentidos humanos a través del pensamiento y la emoción, no como opuestos, sino como un continuo de la experiencia a partir de los cuales es posible conocer y construir la realidad. De manera que, el espacio es social, en la medida en que es dotado de significado y sentido, y es extrapolado más allá de la información provista por los sentidos (Tuan, 1977).

¿El espacio físico delimita las formas de interacción que en él suceden, o son las relaciones y procesos sociales los que van moldeando el espacio físico en un hospital? En este planteamiento, entiendo por espacio físico, el diseño arquitectónico, la delimitación o distribución de las áreas y su denominación, las formas de conectividad o separación que se establece entre éstas, la distribución de los objetos y el tipo de objetos, así como la relación física con los cuerpos que lo ocupan, toda vez que “las preposiciones espaciales son necesariamente antropocéntricas; el cuerpo es la medida de la ubicación, dirección y distancia” (Tuan, 1977:44). En estrecha concordancia, el espacio social está reflejado en la descripción que propondré, por la normatividad, jerarquización, comunicación, acciones y tipos de interacción, que tienen lugar y dan lugar a la configuración de este espacio físico. Al referirse al espacio (social), Lefebvre (1991) utiliza el paréntesis asumiendo éste carácter por definición:

“el espacio es aquello que subsume todo objeto, toda producción de significado, capaz de englobar toda interrelación en coexistencia y simultaneidad; es el orden (relativo) y/o el desorden (relativo). Es el resultado de una secuencia y un conjunto de operaciones, por lo que no puede ser reducido a una cosa o un objeto (...) El espacio social es lo que permite que ocurra la acción, y determinado tipo de acción, por lo que el espacio social, implica una gran diversidad de conocimiento” (Lefebvre, 1991:73).

Estas perspectivas apuntan a que la mutua correlación entre ambas parece necesaria en la ruta para analizar y comprender el entorno hospitalario, por lo que no pueden describirse de manera desarticulada, toda vez que el estudio del espacio y sus formas de organización –a través de las cuales es posible experimentarlo–, demuestra que no solamente está mediado por nociones abstractas como las leyes o normas, sino también existen mediaciones prácticas concretas, que transforman el espacio y que pueden ser historizadas, en tanto formas de

relación y modos de producción de lo social (Lefebvre, 1980), por lo que este entramado complejo da cuenta de las mediadores y mediaciones entre el espacio y los sujetos que lo habitan; en palabras de Schlögel: “solo podemos hacernos de una imagen adecuada del mundo si empezamos a pensar otra vez conjuntamente espacio, tiempo y acción” (2007:30).

Para comenzar con esta descripción, partiré de mi punto de vista como observadora en movimiento, a partir de dos orientaciones con respecto al espacio. La primera apela al sentido común, a la manera que cualquier persona se aproximaría a este lugar, a partir de la cual haré una primera descripción general del entorno. La segunda, está estrechamente relacionada con la estrategia metodológica antes descrita, en donde se privilegia la observación e interacción en aquellos espacios directamente relacionados con el proceso de atención. Cabe señalar que, estas dos visiones coinciden también con el modo en que me fui acercando al campo, de afuera hacia adentro, como metáfora de los espacios que permanecen a la vista o en contacto con el exterior, a diferencia de aquellos que se reservan en el interior, para ciertas personas y ciertos momentos.

De acuerdo con la nomenclatura urbana, el hospital está ubicado en la esquina de una manzana, en la intersección de una avenida principal y una calle secundaria, en un predio que ocupa una cuarta parte de la cuadra en el lado de la avenida y tres cuartas partes en la calle secundaria. En esta acera colinda con una escuela preescolar y frente a una cancha de fútbol y sobre la avenida principal, con algunos comercios y viviendas (Figura 26).

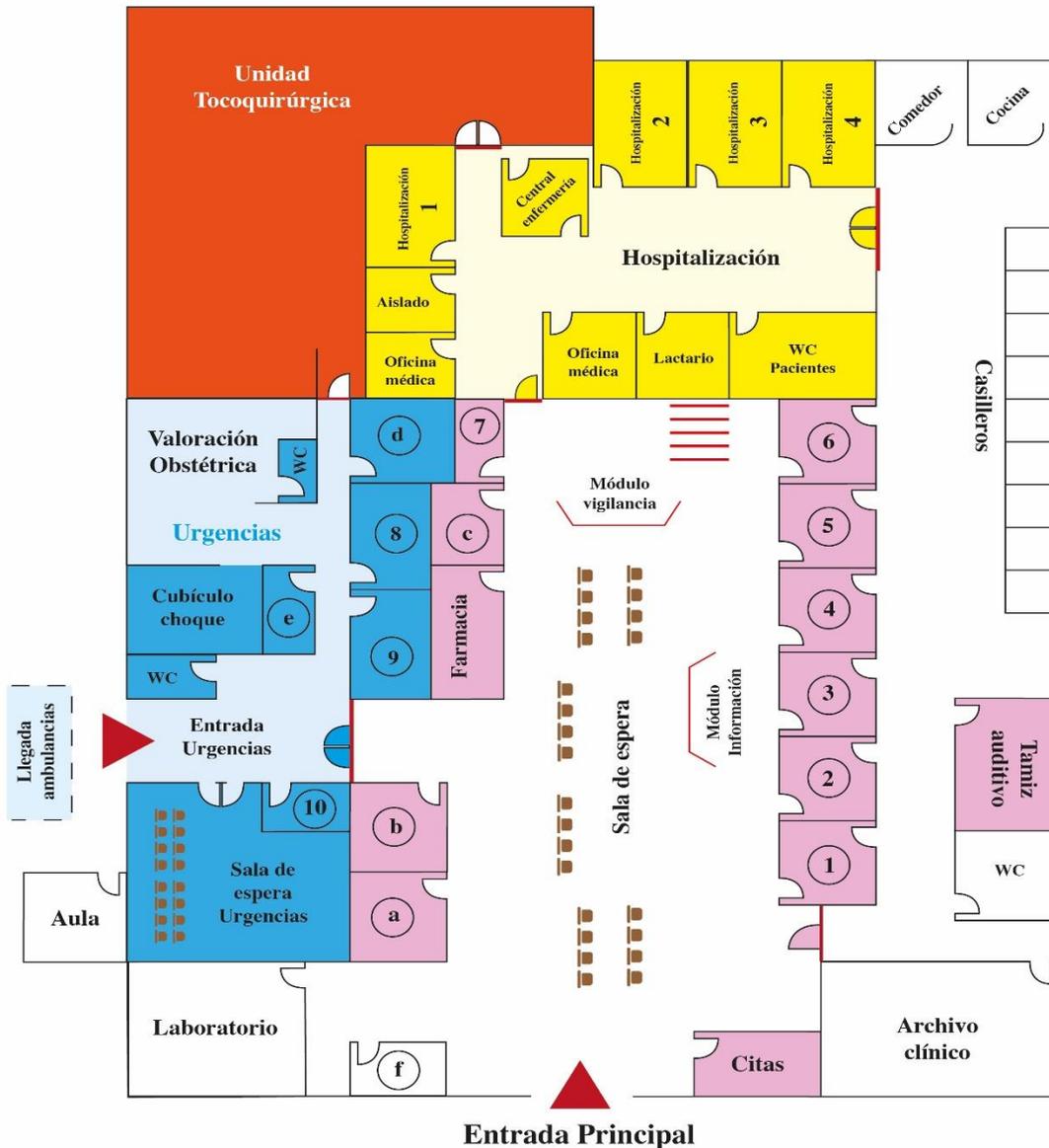


Figura 26. Bloque urbano y ubicación del hospital (recuadro rojo). Google Maps®, 2022.

La entrada principal se encuentra sobre la avenida, mientras que la entrada al área de urgencias queda sobre la calle secundaria, en ambos casos, resguardada por una persona guardia de seguridad. Para ingresar por la puerta principal, basta con indicar cuál es el motivo, para recibir la indicación de dirigirse hacia alguno de los dos módulos que se encuentran en la sala de espera. Si se trata del área administrativa, al fondo se encuentra el módulo de vigilancia, para registrarse y recibir una credencial de visitante, o ingresar al segundo piso en donde se encuentran las oficinas. Para solicitar atención, del lado izquierdo se encuentra el módulo de información, en donde se indicará el proceso y las áreas de primer contacto. En conjunto, todos los espacios relacionados con los servicios clínicos se encuentran en la planta baja.

Al entrar, se observa inmediatamente la sala de espera, un espacio común, rodeado por diversos cubículos cerrados, pero a los que se puede acceder, es decir, aparecen relativamente dispuestos a las personas, quienes transitan entre uno y otro, hasta completar los servicios requeridos. Ahí se encuentra el archivo clínico y módulo de citas, en donde las usuarias realizan los trámites y gestiones para el uso de los servicios. A continuación, los consultorios de atención ambulatoria, tres para atención obstétrica, principalmente en la etapa prenatal, uno de planificación familiar, uno de enfermería en donde se aplican vacunas o el tamiz metabólico neonatal y otro de odontología. Y finalmente, los servicios auxiliares de psicología, trabajo social, epidemiología, farmacia, laboratorio de análisis clínicos. Sin embargo, no todos están señalizados, por lo que el módulo de información es nodal para orientar y guiar el movimiento de las personas en el lugar. Además de contar con el registro de llegada, los horarios de citas o los turnos de atención, la persona encargada, puede constatar la disponibilidad u ocupación y con ello, acelerar o alargar los tiempos de espera.

Como se observa en la Figura 27, estas áreas ‘comunes’, por decirlo de algún modo, están delimitadas por puertas (señaladas con líneas rojas), que las separan de las áreas designadas para el personal del hospital o de acceso exclusivo para ciertas personas usuarias y con la autorización requerida o incluso, solamente acompañadas por el personal del hospital. Por ejemplo, el área de tamiz auditivo, pertenece a la consulta externa, pero al estar en contacto con áreas reservadas, se requiere ser conducido por el personal para ingresar.



- Urgencias**
- Hospitalización**
- Unidad Tocoquirúrgica**
- Consulta externa**

Consultorios

1. Consulta 1^{era} vez
2. Consulta subsecuente
3. Consulta subsecuente (Módulo Mater)
4. Planificación Familiar
5. Vacunas/Tamiz/Signos vitales
6. Odontología
7. Psicología
8. Urgencias pediatría
9. Urgencias generales
10. Triage

Auxiliares

- a. Epidemiología
- b. Trabajo Social
- c. Referencia
- d. Rayos X
- e. Admisión urgencias
- f. Checador/RH

- Entradas
- Puertas
- Escaleras

Figura 27. Croquis del área de atención (planta baja), esquematizado a partir de la observación.

Fuente: Elaboración propia.

Este croquis no es una reproducción del espacio arquitectónico, sino que fue elaborado desde la simple observación, con la finalidad de dar cuenta de las distancias, la proporción, la distribución y, en conjunto, las relaciones espaciales. No se trata de un mapa estático a manera de un texto, “los textos pueden leerse, a los lugares hay que ir. Espacio y lugar plantean ciertas exigencias; por menos, no se dejan tener”, dice Schlögel (2007:29). En esta representación del espacio, se han delimitado las cuatro áreas principales en donde tiene lugar el proceso de atención, siendo los principales lugares de observación e interacción en el trabajo de campo: la consulta externa, el área de urgencias, la unidad tocoquirúrgica y el área de estancia hospitalaria, como se detallará en los siguientes apartados.

4.1.1 La sala de espera y la consulta externa

De este primer sitio de observación, la primera reflexión es lo que sus denominaciones dicen acerca de estos. La *sala de espera* nos recuerda que la espera tiene un lugar, y no solo alude al tiempo, es un proceso relacional, una experiencia y un acto, además de una resultante del ejercicio del poder –sobre el tiempo del otro– y, en este sentido, un aparato del estado (Auyero, 2012). Este espacio tiene, en general, un carácter público, pues suele constituir el momento previo a convertirse en ‘paciente’, por lo que diversas investigaciones antropológicas que se interesaron en el estudio de los contextos clínicos estuvieron centradas en este espacio, que puede resultar oportuno para una plática o una entrevista, después de todo, no interrumpe los quehaceres cotidianos, por el contrario, pudiera volver la espera más amena.

En este hospital, la sala de espera no era un espacio del todo público, pues además de pasar el primer filtro de vigilancia, señalando el motivo por el cual se ingresa al hospital, por su tamaño reducido –alrededor de 20 sillas–, está únicamente destinada a las personas usuarias y sin acompañantes. Al tratarse de un hospital centrado en la atención obstétrica, es raro ver a un hombre en la sala, salvo que acudan a realizar algún trámite, a la consulta de recién nacidos o para esperar la salida de sus familiares una vez que son dadas de alta, lo cual ocurre solamente en ciertos horarios. Las adolescentes, sin importar su edad, se encuentran solas en esta sala mientras llega su turno de pasar a la consulta y solo en caso de que el personal de

salud requiera la presencia del familiar o acompañante, solicitará que le permitan el acceso directamente al consultorio u oficina.

El personal de salud, administrativo y auxiliar del hospital, se encuentra de manera cotidiana y repetida en este espacio, por ser el área común que conecta con las escaleras hacia las oficinas y áreas directivas del hospital, y también es la ruta hacia la salida principal. Los profesionales de salud van de un lado a otro entre los consultorios y las otras áreas para comentar algún caso, pedir una segunda opinión, solicitar algún resultado de laboratorio o acompañar directamente a las usuarias para agilizar el proceso de atención, por lo que es un área de movimiento y dialogo constante, lo que la hace ruidosa y un tanto saturada durante el día. Cerca de las 15:00 horas, cuando ha concluido el servicio de consulta y servicios ambulatorios, el área permanece cerrada y tampoco hay acceso por la entrada principal, quedando disponible el servicio de urgencias.

Las personas usuarias, permanecen sentadas en la sala, esperando a ser llamadas por los profesionales de salud de los distintos consultorios o servicios. Por lo tanto, es aprovechado para impartir pláticas breves por parte del personal de enfermería o de trabajo social sobre diversos temas de promoción de la salud, como la importancia del lavado de manos, de la alimentación saludable y actividad física moderada durante el embarazo, o bien, relacionadas con prevención de la violencia de género, violencia infantil, contra las personas adultas mayores y prevención, atención y consecuencias del alcoholismo. Para esta última, en ocasiones asistían personas voluntarias de centros de rehabilitación a dar pláticas breves de concientización a partir de su experiencia y sus aprendizajes en estos grupos de ayuda mutua.

Otro actor social relevante era el personal de una asociación civil que, mediante un acuerdo con las autoridades estatales y del hospital, tenía ubicado un módulo de orientación y apoyo en esta sala, y realizaban cuestionarios a las mujeres, ofrecían diversos volantes con información de otros establecimientos que podrían dar apoyo psicológico o realizar ultrasonidos a un bajo costo y les otorgaban donaciones de productos, como pomadas de bebé, pañales, toallas húmedas o artículos de aseo personal. Aunque no estaban muy bien definidas sus funciones, toda vez que estos servicios que promocionaban estaban disponibles de manera gratuita, el personal del hospital consideraba que era de utilidad cuando acudían mujeres o adolescentes en situación de calle, migrantes de otros estados, o personas de muy

bajos recursos económicos, como comenta uno de los médicos con quien trataba de indagar sobre la presencia de esta asociación:

“Hay pacientes que vienen sin ropa para el bebé, que no tienen para comprar su jabón, toallas sanitarias o pañales que se les pide para cuando nace su bebé, entonces ahí si les hablamos [a las personas del módulo] porque ellas pueden donarles esas cosas, fuera de eso, no nos involucramos, porque no es personal del hospital.”

En mi interacción con las adolescentes, este también fue un espacio relevante pues, aunque el primer acercamiento era en la consulta, cuando identificaba alguna usuaria con los criterios para participar, salía con ella a la sala de espera aprovechando este tiempo para presentarme nuevamente y comentar con ella sobre la investigación. En su primer contacto con el hospital, además de la consulta de primera vez, todas las mujeres y adolescentes también debían acudir al servicio de trabajo social, en donde se realiza el estudio socioeconómico, se da un primer consentimiento informado sobre la atención general en el hospital y se hace una primera identificación de posibles factores de riesgo sociales, como la dinámica familiar, el ingreso económico, las redes de apoyo, y en ocasiones, se aplica una herramienta de detección de violencia. De manera que, el tiempo de espera entre la consulta médica y la de trabajo social, me permitía un primer acercamiento.

A diferencia de la reflexión inicial de la espera, en el hospital no operaba como un mecanismo burocrático de fondo. De hecho, la permanencia era relativamente corta y se observaba un esfuerzo del personal de salud y de apoyo, por agilizar el proceso de atención, y dedicar el tiempo necesario, según las necesidades de cada persona. Sin embargo, eventos como la identificación de alguna complicación o de un caso de difícil diagnóstico, la falta de personal, o la necesidad de apoyar a otras áreas para la atención de alguna emergencia, podía prolongar la estancia de las adolescentes en la sala. En los encuentros subsecuentes con las colaboradoras etnográficas que habían aceptado participar en la investigación, yo acompañaba la ruta de atención, incluyendo el tiempo de la espera en donde comencé las primeras entrevistas.

Los consultorios que circundan la sala de espera, corresponden al área que se denomina *consulta externa* (Figura 27, color rosa), haciendo alusión a este espacio todavía común, en

donde ocurre lo cotidiano, que se diferencia del espacio interno o reservado en el que lo extraordinario tiene lugar; la emergencia, el parto y nacimiento, las primeras horas de la maternidad, el tratamiento médico. Esta área de atención clínica se ubica en el lado derecho en donde discurren de manera contigua seis consultorios, el más cercano a la entrada principal, otorga la primera consulta prenatal, los dos siguientes para la atención prenatal subsecuente, el cuarto es de planificación familiar, el quinto a cargo de personal de enfermería, y finalmente, el de odontología.

Mi estancia estuvo centrada principalmente en los consultorios uno y tres. En el consultorio número uno en donde se atiende la consulta de primera vez (Figura 28), se destina un tiempo de treinta minutos y se cita un promedio de diez mujeres por día, aunque hacer una historia clínica y valoración completa puede tomar más tiempo, hasta una hora en algunos casos. El médico ginecobstetra encargado de la consulta de primera vez, se ha formado y trabajado casi toda su carrera en el ámbito privado y aunque ya había cubierto algún periodo de trabajo en este hospital y estaba próximo a jubilarse, le pidieron incorporarse por la falta de personal y porque se consideró importante contar con un médico con experiencia clínica y buen trato.



Figura 28. Fotografía del consultorio de primera vez (Vargas, 2018)

La estructura de la primera consulta, al ser otorgada por el mismo médico, era muy similar y hasta cierto punto rutinaria, pero con detalles habituales en los servicios públicos, por ejemplo, el médico insistía en que se les llamara a las mujeres por su nombre y siempre de usted, no por apellido, y mucho menos por un número. Si tenían dos nombres, les preguntaba por el de su preferencia, después se presentaba él, a mí como investigadora y a las estudiantes o pasantes de enfermería. Cada semana, hay nueva rotación de enfermería, por lo que dedica un tiempo en su primer día a instruirles:

“Aquí hablamos a las mujeres por su nombre y les voy a pedir que cuidemos la privacidad, quiero que verifiquen que los seguros de las puertas estén puestos, antes de revisar a una paciente y siempre tienen que explicarles lo que le van a hacer. Se van a fijar en esta consulta cómo lo hago y entonces así quiero que lo hagan ustedes cuando estén conmigo en el consultorio.”

En esa primera consulta demostrativa, el médico hace particular énfasis en lo que acaba de explicar y cuando pasa al momento de exploración explica cuidadosamente a las mujeres lo que está realizando, escucha la frecuencia cardíaca fetal y explica, dirigiéndose simultáneamente a las mujeres y a las estudiantes, los valores normales que indican que el embarazo va bien, también utiliza un muñeco para mostrar la posición en que se encuentra el feto dentro del útero y una vez concluida la exploración y explicación, señala a las estudiantes que siempre deben ayudar a las usuarias a levantarse. Al mismo tiempo que realiza la acción, explica la manera en que deben hacerlo para no lastimarse la espalda.

En el resto de las consultas, permite a las estudiantes hacer una segunda exploración después de que él ha documentado la historia clínica de manera minuciosa y ha concluido una primera revisión. Mientras tanto, él concluye la captura de información en el expediente electrónico y en ocasiones, comentaba brevemente conmigo sobre su experiencia en la dinámica institucional: *“a mí me dicen que tengo treinta minutos, pero me respetan el tiempo que me tome, porque saben que es en beneficio de las pacientes, como en la consulta privada, yo no hago distinción, fue mi condición para trabajar aquí”*. Sin duda, resulta en un beneficio que a veces resulta extraño para las mujeres y adolescentes, pues comentan que no es frecuente una consulta tan detallada cuando acuden a las primeras consultas en los centros de salud.

Las interacciones más tensas, resultan cuando en el interrogatorio o en la exploración física, el médico detecta factores de riesgo para alguna infección de transmisión sexual, una asociación que no siempre muestra el mayor apego a evidencia o como una práctica de rutina, sino más bien asociada a valores y prenociones, por ejemplo, cuando las usuarias tenían tatuajes o perforaciones, o señalaban haber consumido alguna sustancia, aunque no fuera por vía intravenosa. En muchos de estos casos, buscaba que las usuarias fueran referidas a unidades en donde se realizaban pruebas de laboratorio más extensas para detectar estas infecciones, lo cual no siempre era claro para las mujeres. Además, en la mayoría de los casos, estas referencias no se lograban, porque los profesionales de salud encargados de tramitarlas disentían con respecto a los factores de riesgo.

Como otras investigaciones han mostrado, la distribución de la palabra en la comunicación entre los profesionales de salud y las personas usuarias es sumamente desigual, pues aun reconociendo que, en el interrogatorio, el momento de la ‘tribuna libre’ está fuertemente incorporado en la propedéutica médica, e incluso suele estimularse esta intervención con preguntas detonantes como *¿algo más que quiera comentar?*, o *¿tiene alguna duda?*, la intervención de las pacientes suele ser limitada por el personal médico, debido a los tiempos institucionales que solo permiten abordar un problema principal por consulta, los criterios de eficiencia, o bien, como una forma de mantener la asimetría en la comunicación y los hechos que son relevantes a la agenda médica, como detectar riesgos inminentes o problemas inmediatos que atender, dejando los problemas percibidos o las expectativas de las personas usuarias en segundo plano (Salas y Torres, 2016; Cruz *et al*, 2018).

Como se puede observar, estos elementos parecen no ser los predominantes en la consulta de atención prenatal, por el contrario, parece influir más en los silencios de las usuarias, la angustia de un embarazo en buenas condiciones, la presencia de un embarazo no intencional, o el abordaje de temas relacionados con la sexualidad y las decisiones o situaciones reproductivas permeadas de tabú, vergüenza, culpa, o incertidumbre. Otra posibilidad es la percepción del embarazo como un evento ‘natural’ que forma parte del ciclo vital, frente al cual no es necesario hacer más preguntas, sino que se trata de vivirlo, ya sea que se trate de la primera consulta y aun no se detecten cambios corporales o molestias significativas, o bien, que, al ser un embarazo subsecuente, la principal fuente de conocimientos esté dado por la

propia experiencia. Sin embargo, es de señalar que, aunque este es el escenario más común, hay situaciones excepcionales que irrumpen de manera inesperada, como en una consulta con una adolescente de 18 años:

“Dr. Flores: ¿tienes alguna otra duda?”

Samara: Mmm... no (dudosa)

Dr. Flores: ¿Segura? Es tu tempo de consulta, puedes preguntar

Samara: Bueno, de hecho, sí. ¿Usted me podría decir en dónde se hacen pruebas de ADN, para la paternidad?”

Dr. Flores: (sorprendido por la pregunta y al principio titubeante) Esas solamente se hacen en medio privado, cuando nazca el bebé, se le toma una prueba al bebé y otra al padre. Pero... ¿por qué lo necesitas?

Samara: Mis papás son testigos de Jehová y los papás del papá de mi bebé también son de la misma congregación, y cuando le dije que estaba embarazada, él negó que fuera suyo, entonces, en la congregación dijeron que se tendría que hacer una prueba de ADN para saber que es verdad. Si sí, él se va a hacer cargo y podemos vivir juntos.

Dr. Flores: Bueno, primero hay que esperar a que nazca y lo más importante es que el bebé este bien y tu estés bien. Vamos a vigilar tu embarazo para que no tengas ningún problema.

Samara: Si, pero... es que, de eso, tengo una duda más, ¿llorar puede afectar al bebé? Porque es que yo he estado triste todo el embarazo y me dicen que todo lo que yo siento se le transmite al bebé

Dr. Flores: (con ánimo de informar, pero tajante) Tranquila, esos son mitos, son creencias que dicen las señoras, no les hagas caso, el bebé está aislado y tiene lo suficiente para nutrirse, crecer y estar bien. Cuando te sientas tensa puedes poner música para relajarte y eso te puede ayudar.

Aunque son escenarios poco frecuentes, estos sucedían más en el caso de las adolescentes o mujeres jóvenes, y era claro que un detonante era la falta de redes familiares o de apoyo social, ante lo cual, los servicios de salud parecían ser el único espacio para expresar la tensión de la vivencia del embarazo o las formas de vulnerabilidad que atravesaban. Estos aspectos no necesariamente formaban parte del expediente clínico, aunque el médico las indicaba brevemente, pero lo comentaba cuando iban a pasar a trabajo social o pedía que les

dieran cita en psicología, en donde se abordaban estas situaciones con mayor detalle. En este sentido, se hace evidente que, aun cuando en la interacción entre profesionales de salud y pacientes puedan emerger aspectos que van más allá de lo que se espera en el encuentro clínico, el expediente vuelve a ser la herramienta que acota el alcance de estos diálogos, diferenciando lo que es susceptible o necesario de patentar por escrito, de aquello que se considera secundario o irrelevante en el proceso de atención, sobre todo, considerando que esta primera consulta es la desencadenante de las acciones subsecuentes que tendrán lugar en otro espacio físico y con la participación de otros profesionales.

La consulta de seguimiento se lleva cabo principalmente en el consultorio número tres, que se denomina ‘módulo mater’ porque está destinado para las usuarias con algún factor de riesgo, por lo que cuenta con mobiliario y equipo adicional al que se observa en el consultorio de primera vez. Cuenta con una mesa de exploración ginecológica, un ultrasonido, otra mesa de exploración para monitoreo de frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina (registro cardio-tocográfico), y un baño en el mismo consultorio, para cuando se requiere que la usuaria se coloque una bata para una exploración más detallada. Este consultorio está a cargo de un médico ginecologista con sub-especialidad en medicina materno-fetal, por lo que, aunado a la consulta habitual, realiza los ultrasonidos que se requieren en el área de urgencias, labor de parto o de hospitalización, llegando a realizar hasta ocho consultas extra a las veinte –generalmente más– que tenga programadas. Así, aunque las consultas subsecuentes están agendadas cada veinte minutos, realizar este tipo de valoración clínica toma más tiempo.

Por estas características, las adolescentes, sobre todo las de menor edad, son atendidas durante todo el embarazo en este consultorio, pues hay mayor posibilidad de identificar algún riesgo o complicación de manera oportuna. Además, generalmente está cubierto por el mismo médico, a diferencia del consultorio número dos, en donde brindan atención diferentes profesionales médicos, generales y especialistas, de acuerdo con un rol de guardias, y se utiliza, siempre y cuando no se requiera cubrir inasistencias o periodos vacacionales del personal en otras áreas, como urgencias o el área de labor. El personal consideraba que la insuficiencia de personal era un factor que incrementaba la carga laboral, los tiempos de espera de las usuarias o el tiempo de consulta que puede dedicarse a cada persona, sin embargo, observé que aun con estas limitantes, el personal solía dedicar más tiempo a las

adolescentes para otorgar información sobre los cuidados en el embarazo, o indagar en factores de riesgo e instruir en la detección de señales de alarma, aunque no era una regla explícita. También identifiqué que, la duración de las consultas dependía mucho de que un mismo profesional realizara el seguimiento, lo cual daba continuidad y acortaba la duración de consultas subsecuentes, mientras que, cuando lo había visto un profesional diferente, aun cuando hubiera una nota de atención, retomaban partes del interrogatorio y los antecedentes, hacían una exploración más minuciosa e insistían en la orientación e información que se otorga como parte de la consulta.

Las consultas subsecuentes son más dirigidas a identificar factores de riesgo que se hubieran agregado a la historia clínica inicial, o cambios que pudieran indicar la aparición de una complicación, por lo que la consulta suele comenzar con la pregunta “¿cómo se ha sentido?”, pasando luego a indagar la presencia de datos específicos: dolor de cabeza, mareo, dolor de estómago, hinchazón, percepción de los movimientos fetales, salida de líquido por la vagina, sangrado, flujo, entre otros datos. Posteriormente, la usuaria pasa a la mesa de exploración en donde se realiza un ‘ultrasonido de rastreo’, es decir, una observación dirigida a tres aspectos principales; la presencia de latido cardiaco fetal, la estimación de las semanas de gestación y el volumen de líquido amniótico, como indicadores del bienestar materno y fetal. Según los hallazgos iniciales, el médico determina si es necesario profundizar en el estudio o hacer pruebas adicionales, pero si todo está dentro de la normalidad, explica brevemente los hallazgos y las indicaciones a seguir. Concluye la consulta con una nota rápida en el expediente electrónico e informa la usuaria en qué tiempo solicitar su siguiente cita.

Las adolescentes decían estar satisfechas con la atención recibida, pues coincidían en que la consulta era rápida, muy clara y respondía a la necesidad de saber si el embarazo iba bien. Además de que el médico empleaba un lenguaje sencillo, ver el ultrasonido era una forma de constatación, pues alcanzaban a percibir movimientos, el sonido del foco fetal, entre otros elementos que, conforme avanzaban las consultas les parecían más familiares, como el líquido amniótico, o alcanzar a reconocer alguna parte del cuerpo del feto. Las que habían tenido consulta con otros médicos, tenían un punto de comparación y señalaban que, a diferencia de otros, él no era intrusivo, usaba un lenguaje directo y no emitía juicios, regaños o las trataba como si fueran niñas, lo cual, sucedía en el consultorio dos, con algunos de los

médicos que integraban la rotación para cubrir la consulta, como relata Estefanía un tanto avergonzada:

“No me gusta pasar al otro consultorio, la otra vez, el doctor me dijo que tenía que tomar hasta cuatro litros de agua, y solo comer pollo, pescado o jamón de pavo y cosas así, pero pues eso es imposible, aunque me regañe, ya sabes, por esto del peso... Mejor prefiero que solo me revisen y me expliquen y ya.”

Otro aspecto que no agradaba mucho a las adolescentes, común en toda la consulta, era la presencia de muchos estudiantes, si bien reconocían que ellos estaban aprendiendo y que tenía que ser así como parte de su formación, notaban que la consulta tomaba más tiempo y a veces ellas tenían prisa por hacer otras cosas, o les generaba incertidumbre cuando practicaban con el ultrasonido y hacían preguntas en un lenguaje médico que no comprendían, aunque con el tiempo reconocían que los estudiantes simplemente estaban aprendiendo y que eso no significaba que fuera algo malo, así que esperaban pacientes al turno del médico para mostrar que todo seguía un curso normal.

El hospital logró consolidarse como hospital escuela, adaptando un aula anexa a la entrada de urgencias que fue equipada en comodato por la UNAM y ha tenido buenas referencias, pues se considera que tienen la oportunidad de practicar, además de que la mayoría de los médicos son accesibles y tienen disposición para la enseñanza. Cada año el hospital recibe tres grupos de estudiantes de medicina para cursar la materia de ginecobstetricia, dos de institución pública y uno de escuela privada. Además de las clases que están a cargo de tres de los ginecobstetras del turno matutino, rotan por los servicios de consulta externa, tococirugía, urgencias y hospitalización (Figura 29). Comentando este tema con uno de los ginecobstetras, apuntaba a los cambios más recientes en el esquema de enseñanza y la posibilidad de mediar entre esta práctica y la calidad o satisfacción de las usuarias durante la consulta:

“Antes el estrés era doble porque teníamos que estar en ambas cosas, atendiendo y contestando preguntas a los profesores, ellos te insistían tanto en la teoría como en los procedimientos que hacías. Por ejemplo, imagínate, si era en el quirófano, peor, porque hay procedimientos en donde no se usa anestesia general, sino solo con el bloqueo peridural, entonces, estaba escuchando la paciente todo lo que pasaba, las preguntas que te hacían, si no sabías y tú la estabas operando, ahí, o

al menos ella te veía. También que los médicos te regañaban, hasta te humillaban, o como fuera, pero la paciente dudaba que la estuviéramos atendiendo bien. Así era, antes no importaba tanto, pero ahora ya no se puede hacer, hay que ser más cuidadosos. Aunque hay simuladores también y eso, pero es importante tener espacios de práctica, se deben planear bien los campos clínicos para que los internos roten en lugares donde no hay residentes y puedan practicar o que se distribuyan mejor, para que no sean tantos”



Figura 29. Fotografía que muestra las actividades de enseñanza en el área de consultorios (Vargas, 2018)

Las actividades formativas en los hospitales los vuelven escenarios más complejos, pues no es posible analizar las interacciones entre los profesionales de salud y las adolescentes ni obviar la práctica de enseñanza como componente del proceso de atención. Además, tiene un impacto en las normatividades y jerarquías que operan en estos espacios, así como las formas en que estas se expresan. Retomado el adjetivo que denomina a este espacio, como consulta externa, esta cualidad implica que, para las personas usuarias, este opera como cualquier otro servicio al que pudieran acudir, a diferencia del resto de los espacios que se detallarán en apartados subsecuentes, en donde deben portar solamente una bata, dejando fuera su ropa y

pertenencias, estar acompañados por personal de salud y muchas veces, hacerlo en camilla, aun cuando pudieran caminar hasta la sala de labor.

Por el contrario, desde este espacio, los códigos son ya estrictos para el personal de salud, aunque de manera diferencial. Las y los estudiantes o el personal de enfermería son particularmente observados por el personal médico y directivo, haciendo escrutinio de su arreglo personal, el uso de la bata, el uniforme blanco e impecable, incluyendo los zapatos. En lo actitudinal, el personal médico reconoce una actitud proactiva por parte del personal de enfermería, con iniciativa para auxiliar en lo que se requiera para agilizar la consulta ante la carga laboral, así como para hacer preguntas que demuestren su interés en el aprendizaje y la práctica clínica, mientras que el verse o actuar ‘descuidado’, ‘flojo’ o carente de interés es sancionado, aunque no explícitamente, sino excluyéndole poco a poco de las actividades.

La jerarquía en la relación entre profesionales de salud y pacientes, puede constatarse principalmente en el lugar preponderante que tiene la agenda del médico en esta interacción, pues aun cuando se logra habilitar un diálogo y se da lugar a las preocupaciones de las mujeres y adolescentes, este encuentro dialógico es para responder al interés de la biomedicina que resalta cuatro aspectos, como propone Hamui (2018): 1) Identificar las razones por las que la persona acude o los problemas que requieren abordarse; 2) Explicar los hallazgos y elaborar explicaciones con base en las necesidades de las personas –a la manera en que son percibidas o interpretadas por el profesional de salud–; 3) Involucrar a las personas en la toma de decisiones y la co-responsabilidad en el proceso de atención, a través de la información, orientación y educación para la salud; y 4) Lograr un encuentro práctico en términos de un uso adecuado de los recursos disponibles y con una comunicación que promueva la confianza para favorecer el apego a los tratamientos o a los cuidados recomendados.

Por último, la familiaridad que existe entre el personal que labora esta área, pues la mayoría tienen muchos años trabajando en el hospital, hace que ciertas reglas, como la duración de las consultas o la solicitud de una interconsulta, sean flexibles y menos mediadas por trámites administrativos, lo cual parece mejorar la calidad y eficiencia de los servicios. No obstante, cuando se reciben supervisiones externas, se identifica una productividad mayor a la esperada, lo cual no siempre arroja un comentario positivo, pues desde la perspectiva férrea

institucional, puede verse como resultado de una mala organización o se advierten potenciales conflictos laborales porque el personal pudiera argumentar una carga laboral excesiva, como dan cuenta sus informes de actividades. Sin embargo, en el acuerdo interno, esto no es relevante, pues el aliciente de esta dinámica de colaboración es preferible para los profesionales de salud, quienes insisten en que hacen su trabajo con gusto y frente a otros entornos laborales, éste les resulta satisfactorio.

4.1.2 Área de urgencias

Desde la mirada etnográfica, los servicios de urgencias suelen definirse como espacios médicos y sociales complejos, en donde la estructura organizacional y los roles específicos tienen una particular importancia para responder a las situaciones de emergencia en donde la vida de las personas está en riesgo. En este contexto, la comunicación, las guías de manejo y la sistematización de la práctica se orientan a generar modelos de atención basados en la eficiencia, la eficacia, la evitabilidad del error y la seguridad tanto para la persona usuaria, como para los profesionales de salud (Paltved y Musaeus, 2012; Falchenberg *et al*, 2021). Para ello, uno de los elementos centrales en este espacio de atención radica en distinguir entre lo que es una urgencia y lo que no, que en términos biomédicos se diferencia a través de los conceptos de ‘urgencia real’ y ‘urgencia sentida’, aludiendo no solamente a una clasificación, sino al sitio del observador y del enunciante. Vinculado a esta primera distinción, otra característica del proceso de atención consiste en establecer una gradación que permita sistematizar el flujo de atención priorizando la atención, de acuerdo con la gravedad del cuadro a través de un método de clasificación denominado *triage* (del francés *trier*, que significa escoger, separar o clasificar).

Sin embargo, describir el área de urgencias este hospital difiere de lo que puede imaginarse como sala de emergencias a partir de esta noción general. En primer lugar, vale la pena resaltar que es el espacio más reducido del hospital (Figura 27, color azul), comparando las áreas principales, aun cuando cumple diversas funciones. A primera vista, se observa un módulo de admisión para realizar el proceso administrativo, una sala de espera con capacidad para unas seis personas solamente, un consultorio de *triage* o valoración inmediata y un módulo de vigilancia. Pasando este primer corredor, se encuentran dos consultorios para

atención de urgencias, uno para todo tipo de pacientes (no obstétricos) y otro para pediatría, aunque en lo cotidiano, pueden emplearse de acuerdo con la necesidad. De manera que, la atención obstétrica se realiza en el área de valoración, integrada por un cubículo de choque, que cuenta con el equipo más especializado de reanimación, para atención de emergencias obstétricas y en general, dos camas obstétricas, un escritorio para el profesional de salud de turno y un área de enfermería.

El espacio se organiza de esta manera porque antes de ser un hospital materno-infantil, quizá unos 30 años atrás, era un hospital que atendía todo tipo de urgencias y el único en esta demarcación territorial, característica que continúa siendo vigente, por lo que aun cuando el hospital se especializó, la demanda de atención por parte de la población no cambaba. Por ello, mantiene un servicio de urgencias enfocado en la atención obstétrica, pero con la posibilidad de responder a urgencias menores de toda la población, o dar el manejo inicial y estabilización, en caso de que se requiera, ya que no cuenta con una infraestructura para la atención avanzada o integral de emergencias. En este sentido, la distinción de las urgencias, no es de particular relevancia, como podría serlo en una sala habitual de emergencias, pues podría decirse que, la mayoría de las veces, cumple una función de consultorio con servicio de atención las 24 horas.

Para la atención obstétrica, sucede algo similar, pues el área de consulta solo está abierta en el turno matutino, por lo que más que un área propiamente de urgencias, ésta realiza la función de valoración clínica cuando el embarazo ya es de término, es decir, ha llegado a la semana 38 y el trabajo de parto pudiera comenzar en cualquier momento. En estos últimos días, las usuarias y no son citadas a consulta regular, sino que deberán asistir a urgencias en caso de presentar alguna de las señales de inicio del trabajo de parto y, si no lo presentan, a partir de la semana 39 se les indica acudir cada tercer día para asegurarse que no tengan ningún dato de alarma, así como vigilar el bienestar fetal. Finalmente, una vez iniciado el trabajo de parto, cuando el personal determina que es momento de ingresar a la sala de labor, el área de urgencias funciona como el espacio de ‘preparación’, en donde inicia propiamente el protocolo de atención hospitalaria, que se describirá más adelante.

Ir a urgencias, en este caso, no significa que haya una situación amenazante o que requiera atención inmediata, por el contrario, en un trabajo de parto, es frecuente que las mujeres y

adolescentes acudan en numerosas ocasiones, sobre todo cuando está iniciando el trabajo de parto y comienzan a percibir las contracciones. La indicación de acudir a *urgencias* en las últimas semanas tenía un impacto en el cambio de percepción acerca del embarazo, pasando de la sensación de normalidad a la de urgencia. En la última consulta, el médico explicaba:

“Tienes que estar atenta estos días y venir a que te revisen en urgencias cada tercer día. Tu fecha probable de parto es en una semana, eso no significa que ese día tenga que nacer, puede ser en cualquier momento. Si tienes salida de líquido que te moje hasta los pies o si saliera sangre, tienes que venir inmediatamente. Si empiezas con contracciones y sin regulares, o sea, tienes que contar cuántas veces se pone dura tu panza y cuánto dura; cuando se ponga dura por un minuto, y ocurra dos o tres veces en diez minutos, también vienes. También puede salir una especie de moco con sangre, o color café, eso quiere decir que ya están en trabajo de parto. ¿De acuerdo? Y lo que ya sabes... ¿te acuerdas de los signos de alarma? Si tienes alguno de esos, vienes inmediatamente...”

La explicación siempre era didáctica, y frecuentemente se acompañaba de los datos de alarma por escrito que les daban en la consulta o engrapaban a su carnet de citas, para asegurarse que lo mantuvieran a la mano (Figura 30).

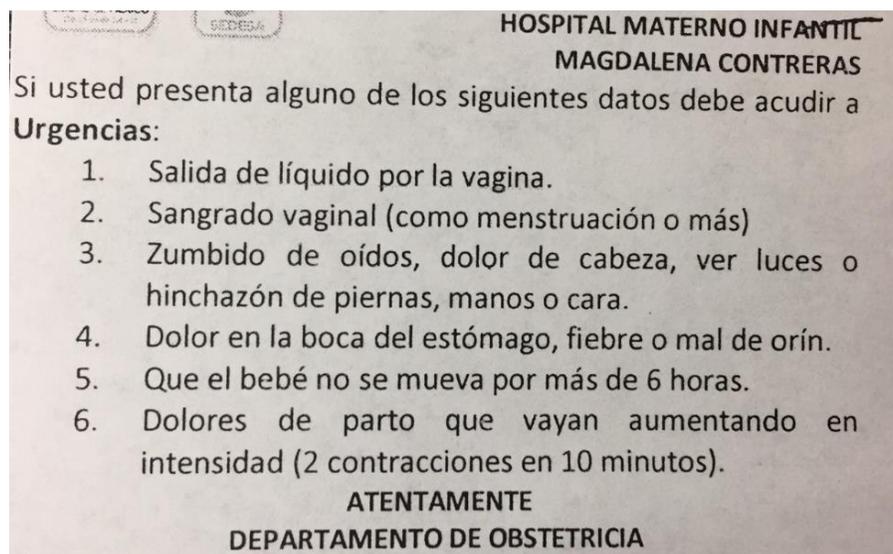


Figura 30. Fotografía de información de señales de alarma (Vargas, 2018)

Sin embargo, en el acompañamiento a las adolescentes, fue muy claro que, independientemente de la gradación que establecían las indicaciones, ante las primeras e

incipientes contracciones, ellas acudían de manera inmediata y no fue hasta después de dos o tres visitas que comenzaron a reconocer los cambios de intensidad y frecuencia de las contracciones, lo que las hacía reflexionar sobre el carácter de la urgencia, como me contó Elena cuando nos encontramos después de que había sido su parto:

“Yo pensé que luego, luego ya me iban a meter [a la sala de labor], que empezaba con los dolores y ya hasta iba a nacer, por eso me vine como desde el jueves, la primera vez, porque además si duele mucho, no me lo imaginaba... Y pues, mira, hasta hoy [lunes] en la madrugada fue que nació. Yo no me imaginaba que tantos días se fuera tardar en nacer, estuve yendo y viniendo, y ayer ya de plano me esperé afuera, porque ya me dijeron que cada 4 horas me iban a revisar...”

Como relata Elena, en esta última etapa del embarazo, el contacto con el área de urgencias ocurre generalmente en varias ocasiones, repitiendo una y otra vez el mismo proceso, hasta cumplir con los criterios de ingreso, que incluyen la presencia de algún dato de alarma, o de cambio significativo en el bienestar de la usuaria o del producto, o bien, porque se encuentra en ‘trabajo de parto en fase activa’, es decir, con más de cuatro centímetros de dilatación y con contracciones regulares, como dato principal. En la entrada por el área de urgencias, solo se permite que pase la persona usuaria, sin ninguna persona acompañante, y el primer paso del proceso de atención es el registro en la ventanilla de admisión, en donde la encargada únicamente les pregunta su nombre y motivo de consulta. Una vez registradas, pasan a la sala de espera en donde serán llamadas primero por el personal de enfermería para que les tomen los signos vitales y verifiquen de manera muy rápida si hay algún dato clínico de alarma, proceso que se denomina *triage obstétrico* (Secretaría de Salud, 2016b) en el consultorio denominado con este nombre. Si la semaforización de esta cédula no indica una condición que requiera atención inmediata o urgente, regresan nuevamente a la sala de espera, hasta ser llamada por el o la médica ginecobstetra de turno, quien realiza un breve interrogatorio y exploración física dirigida a identificar el avance del trabajo de parto o los datos de alarma y, con ello, decidir si es momento de permanecer, o el tiempo estimado en el que se recomienda una siguiente revisión, siempre señalando aquellas situaciones que requieren atención inmediata.

El área cuenta con un equipo de ultrasonido y un cardiotocógrafo, para registro de las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal, como herramientas complementarias para completar esta valoración. Dado que el espacio es reducido, esta área generalmente no cuenta con estudiantes, solamente con un médico pasante y dos o tres profesionales de enfermería. De hecho, mi estancia como observadora en este espacio, fue limitada al acompañamiento de algunas de las colaboradoras y al inicio del trabajo de campo para observar la dinámica general. En caso de que sea momento de ingresar a la sala de labor, se notifica al personal de enfermería, quienes realizarán el protocolo de *“preparación para el ingreso”*. Si la condición de salud y del trabajo de parto lo permite, las usuarias pueden salir a comentar con sus familiares que ya es momento de ingresar y se le pide a alguno de ellos que pase a la ventanilla de admisión para completar los trámites necesarios. Mientras tanto, la usuaria deberá pasar al baño a cambiar su ropa por la bata del hospital y retirar cualquier accesorio que traiga consigo, incluso las ligas para sostener el cabello. Entregan su ropa cuidadosamente doblada, cubriendo las prendas íntimas lo mejor posible, y sujetando en algún lugar las pulseras, aretes, celular y cualquier otro objeto personal, a su familiar, quien debe entrar muy rápido a recogerlo, sin posibilidad de una despedida.

Cubierta únicamente con la bata, *“colocando la abertura hacia atrás”*, la adolescente sube a la camilla, en donde permanecerá acostada desde este momento. Ahí el personal de enfermería comienza a llenar sus registros y realiza los primeros procedimientos de rutina. Una enfermera auxiliar o estudiante le ayuda a la enfermera principal a preparar las soluciones intravenosas, pues al colocarlas, aprovecharán para recolectar muestras de sangre para laboratorio. Dentro de los procedimientos de enfermería también está la colocación de un brazalete de identificación y algunas preguntas de rutina relacionadas con la seguridad de la atención: confirmar alergias a medicamentos o sustancias, enfermedades o padecimientos previos, antecedentes de alguna transfusión sanguínea, principalmente. Estas se acompañan de una conversación escueta para ‘romper el hielo’: *¿Ya sabes qué va a ser? ¿Cómo se va a llamar? ¿Ya tienes más hijos?* Las respuestas son breves, o incluso, no es necesario responder, pues al mismo tiempo, el personal continúa haciendo sus procedimientos, llenando documentos y comunicándose entre sí, para hacer el proceso lo más rápido posible. Este proceso dura alrededor de treinta minutos, pero debe apresurarse si la demanda de atención es mayor, porque el espacio es apenas suficiente para dos camillas. Cuando ya han

concluido, avisan al personal de enfermería de la unidad tocoquirúrgica que va a ingresar una paciente y cuando están listas para recibirla, sale el camillero y lleva a la usuaria en la camilla, acompañada con alguien de enfermería. De manera simultánea, el personal de ginecobstetricia de urgencias da el mismo aviso a su colega en la sala de labor y presenta brevemente los resultados del examen clínico que realizó.

A diferencia de la consulta externa, en donde el procedimiento es relativamente homogéneo, ya que solo es un turno de servicio y los profesionales de salud que se encuentran a cargo, son esencialmente los mismos, el área de urgencias presenta una variabilidad importante, pues el personal es cambiante conforme a los turnos laborales: matutino, vespertino, nocturno, fin de semana por la mañana y por la noche, así como los días festivos. De manera que, en las visitas intermitentes, se tiene contacto con diferentes profesionales de salud, y la duración o características de las intervenciones clínicas dependen de la saturación, la carga de trabajo o la presión de atender emergencias, por lo que conlleva un impacto en los procesos de atención, la relación interpersonal y la comunicación con las usuarias. Es común escuchar del propio personal que “un hospital es varios hospitales en uno, pues cambian según el día y el turno”, y era algo con lo que las adolescentes coincidían cuando les preguntaba cómo había sido su atención, pues la mayoría tuvieron más contactos de los que yo pude presenciar en el acompañamiento. Al menos tres de ellas coincidieron con el testimonio de Estefanía: *“pues en general bien, casi siempre es muy parecido, pero...una doctora que me tocó el fin de semana... te grita, no te explica y como que me asustó, ya mejor me esperé más para venir, dije, ojalá que ya no esté al rato que regrese”*. Comentando esta situación con otra médica, quien resalta que se trata de una situación conocida y que, más que el común de la atención, es un caso aislado:

“Lo que pasa es que la doctora ya está grande y tiene una enfermedad, así que ya no opera, solo está en ese turno de urgencias y sí nos llegan quejas justamente de esa guardia. Hemos sabido que les dice que el hospital no les puede hacer ultrasonido, si hay, pero ella no lo sabe hacer, ni siquiera solo el rastreo rápido, así como ya ves que lo hacemos todos, entonces las manda a otro hospital, eso sí, hasta a veces les hace una nota de referencia. Pues, así, piensan que es una urgencia y se van rápido al hospital, en donde les dicen que esperen y que no es una urgencia, ¡obvio! Se confunden y se espantan. Hasta de esos hospitales han mandado aquí notas

preguntando por qué mandamos pacientes así o se quejan cuando tenemos reuniones de hospitales, pero pues ¡ni qué decirles! [risas].

— Y, ¿qué se puede hacer al respecto?

Pues, nada, la verdad. O sea, además se protege la doctora, porque ya sabemos que les hace su nota y la imprime tres veces, y les dice a las mujeres que escriban lo que les dicta, que sí recibieron atención, como todos le hacemos... Pero ella ¡como tres renglones! y que la firmen. Eso tres veces, porque una la pone en el expediente, otra se las da a ellas y otra dice que se la queda ella para su archivo personal.

— Pero, eso no es parte del protocolo, ¿cierto?

Pues no, y es que no es muy experta, por eso lo hace. Ella dice que es investigadora y que eso es lo que sí le gusta hacer, pero tiene aquí su plaza de ginecobstetra, y pues seguramente así será hasta que se jubile...”

De todas las valoraciones y consultas que se realizan cotidianamente, independientemente del grupo de edad, en promedio siete usuarias ingresan para atención de parto cada día. Como se observará más adelante, el área tocoquirúrgica, como se denomina al área de atención de trabajo de parto y parto, también tiene una capacidad acotada, por lo que parte del trabajo del personal en urgencias, es comunicarse con esta otra área para asegurarse que hay disponibilidad para la atención, considerando siempre que en cualquier momento puede presentarse una emergencia obstétrica o pueda llegar una mujer que requiera atención inmediata. En estos casos, el proceso de atención depende estrictamente de las necesidades particulares, de los criterios y de la disponibilidad de recursos humanos y materiales. Para las emergencias obstétricas, existe un mecanismo denominado *código mater* (Secretaría de Salud, 2016b), que consiste en hacer sonar una alarma, ante la cual, un equipo de respuesta inmediata, previamente organizado para cada turno de atención, deberá presentarse en el área en donde se determine la urgencia. Se trata de un equipo multidisciplinario con personal de anestesiología, ginecobstetricia, pediatría, enfermería, trabajo social y auxiliares; una parte del equipo se involucra en la atención y otra participa en la gestión de otros recursos, notifica a la familia y suele acudir el personal directivo para supervisar el evento o como apoyo.

De todas las áreas de observación esta es la más acotada en tiempo, pues opera como un espacio de transición correspondiente con los instantes de condensación que anteceden al parto. Sin embargo, esta transición ocurre principalmente afuera, siendo el paso por urgencias una intermitencia y luego un corte: pasar del exterior al interior del hospital, implica separarse de sus acompañantes, de sus pertenencias y de la vida cotidiana como la conocían. Incluso cuando realicé un acompañamiento estrecho, el paso por urgencias también implicaba una breve separación, pues yo debía entrar por el área de vestidores y cambiarme la ropa por el uniforme quirúrgico, antes de reencontrarme con ellas en la sala de labor: “*si entraste... pensé que ya te ibas a ir...*”, comentaban cuando nos veíamos nuevamente.

Mientras tanto, sus parejas o familias, esperaban en un espacio exterior, adyacente a la entrada de urgencias, prácticamente a la intemperie, esperando a ser informados sobre lo que sucedía con ellas (Figura 31). Aunque las personas consideran que el servicio que brinda el hospital es adecuado y tienen confianza en los profesionales de salud que atienden, un motivo de queja es acerca de este espacio, respecto de lo cual, algunos administrativos están al tanto:

“Sé que en ese espacio no hay dignidad alguna, apenas hay donde sentarse, es inseguro, no hay un baño y aunque los dejan pasar [para usar el sanitario], los hombres orinan en la banquetta y claro, el olor es insoportable... Pero, es que no siempre ha sido así, antes, lo que es el aula, había sido la sala de espera para los familiares, era muy sencilla, tenía unas bancas, baño, al menos estaban cubiertos. Además, se quería poner mejor, con una máquina de café o alguna cooperativa para que se pudiera comprar algo de comer, pero ya cuando se iba avanzando pues de repente se dijo que se iba a hacer ahí el aula de enseñanza, ya tiene varios años, que así se remodeló y la equiparon, como un comodato, creo”

En este mismo espacio acompañé la intermitencia en el proceso de atención y la experiencia de las adolescentes, la cual representaba un efecto de condensación de la vivencia que hasta ahora había representado el embarazo y el contacto con la medicina. Para la mayoría de las adolescentes, el primer contacto que recordaban con un área de urgencias o con un hospital había sido producida por el embarazo y todo resultaba desconocido, pero en este momento adquiriría una importancia singular y una mayor reflexión sobre las implicaciones, los cambios

corporales, las sensaciones, el esfuerzo por aprender y comprender un cúmulo de cosas nuevas en un periodo muy corto de tiempo.



Figura 31. Espacio exterior a urgencias. Fuente: Imagen tomada de redes sociales

La espera, era la latencia de un trabajo de parto, acompañada de incertidumbre, el miedo principal es el dolor, pero sobre todo el pensar si podrán aguantar el proceso de parto, si será tan doloroso o tan rápido como les habían dicho, o la angustia que anticipa ese momento en que adviene la vida, expresada en una interrogante: “¿saldrá todo bien?” No puede afirmarse que ésta se corresponda con una noción de riesgo derivada de la información proveniente del ámbito biomédico, sino más bien del umbral de la experiencia que no alcanza a ser nombrada. Así, cuando ha pasado la primera fase del trabajo de parto y la exploración indica que es momento de ingresar al hospital parece interrumpirse la espera, con la certeza de se está en el ambiente propicio, con médicos que podrán hacerse cargo, aunque ello implique enfrentar lo que sigue sin el acompañamiento de sus parejas o familias.

La mediación en esta etapa del proceso reproductivo y de atención por un espacio clínico que se denomina *urgencias*, tiene diversas implicaciones en la experiencia del embarazo y parto, pues implica la resignificación de la noción y el imaginario que se tiene de la palabra y del espacio físico, acompañada del aprendizaje respecto a la distinción de la urgencia, la atención inmediata y la espera, como tres posibilidades radicalmente distintas que pueden ocurrir en el mismo sitio y que deben correlacionarse con lo que las personas perciben en el cuerpo y su capacidad para interpretarlas de la manera más adecuada posible. Tanto para las adolescentes, como para las mujeres que viven su primer embarazo, esta etapa puede ser particularmente difícil, no solo por los cambios sucesivos y lo desconocido de la experiencia, sino por que desencadena otros recursos y necesidades paralelas a la atención hospitalaria. Por ejemplo, antes de cumplir con los requisitos de ingreso, las adolescentes preferían esperar afuera, aunque fuera incómodo y nada parecido a un lugar íntimo en donde expresar el dolor o lo que sentían a sus parejas o acompañantes, pues regresar a casa implicaba un gasto adicional o, si era de madrugada, la imposibilidad de conseguir transporte público. También la cercanía aliviaba la angustia ante las sensaciones tan amenazantes que fácilmente podían ser percibidas como una urgencia.

Finalmente, la denominación y la instauración del área de urgencias como el paso intermedio, aun en situaciones en que el embarazo no presenta ningún riesgo o complicación, obedece a una de las expresiones de la medicalización, sostenida no solo por el lenguaje, sino por el conjunto de procedimientos que circunscriben este espacio de ‘preparación’ como el mecanismo por el cual una mujer o una adolescente en trabajo de parto se convierte en ‘paciente del hospital’ con las características que refuerzan esta condición: el uso de la bata, la inmovilidad, la dependencia de otros para moverse aun cuando se tiene la capacidad, aunado a las intervenciones propiamente médicas para ‘tratar el embarazo’. En otros modelos de atención que reconocen estas múltiples esferas, la ‘preparación para el parto’, consiste en un proceso mediante el cual la persona adquiere conocimientos sobre este proceso fisiológico que le permiten anticiparse, en cierta medida a lo que va a vivir, así como adquirir herramientas que le ayuden a atenuar el dolor, a reconocer las señales del cuerpo y el acompañamiento afectivo que le acerca a identificar las emociones y sensaciones que puede experimentar en este proceso, es decir, se trata de una preparación física, psicológica y emocional. Por el contrario, la urgencia, en todo sentido representa un umbral, que a veces

pone en suspenso la vida, pero otras es solamente un espacio que separa de otros. En este caso, deja fuera de lugar todo elemento relacionado con la dimensión sociocultural, afectiva y simbólica del embarazo y parto; en su sentido más literal, pertenece a otro espacio físico.

4.1.3 Sala de labor de parto y sala de expulsión

El área del hospital en donde tiene lugar la atención del trabajo de parto y parto se denomina técnicamente unidad tocoquirúrgica o de tococirugía, lo que la define como un espacio estrictamente separado del exterior, con restricciones para mantener ciertas condiciones de higiene, pues además alberga un área de quirófano que supone ser estéril, por lo que su distribución opera como una forma de resguardo de esta área, al mismo tiempo que la mantiene disponible para la atención. Así, al interior de la unidad tocoquirúrgica (Figura 27, color anaranjado), es posible ver delimitados diferentes espacios. Para ingresar en ella, se requiere el uso de uniforme quirúrgico, por lo que el primer lugar al que se ingresa son los vestidores, separados del primer pasillo, por una barda de unos 40 centímetros de altura que se denomina ‘trampa de botas’, la cual permite sentarse para cubrir el calzado con unas botas de material desechable y pisar el lado interno solamente con el calzado cubierto. También se debe portar gorro con el cabello recogido y cubreboca desechable, y no llevar joyería, bolsos o mochilas, por lo que lo único que yo tenía disponible era lo que cabía en el bolsillo del uniforme: celular, una pluma y algunas hojas de papel dobladas para tomar notas (Figura 32).

El pasillo conduce al primer espacio denominado *sala de labor*, en donde se encuentran las camas para el periodo de trabajo de parto, dispuestas frente a una mesa y una banca desde donde el personal médico puede observar de manera continua, y a un lado se encuentra un espacio similar para el personal de enfermería. Las camas están separadas una de otra por cortinas que, frecuentemente permanecen abiertas, para facilitar el flujo constante del personal que realiza los distintos procedimientos. El objetivo de esta disposición es mantener el acceso visual constante, para ‘monitorear’ el curso del trabajo de parto de todas las usuarias y poder identificar inmediatamente cualquier situación anormal, interviniendo de manera oportuna. En contraste, no permite la intimidad, aun cuando los procedimientos incluyen el interrogatorio clínico y la exploración física, incluyendo el tacto vaginal y otros que requieren

que la mujer esté descubierta y dependerá del cuidado del personal de salud hacer algún intento por salvaguardar la privacidad, lo cual no sucede de manera frecuente.



Figura 32. Fotografía que muestra el uniforme quirúrgico, realizando trabajo de campo en unidad tocoquirúrgica (2018)

Desde la sala de labor, se observan tres puertas que delimitan dos *salas de expulsión* y una tercera sala que es propiamente un quirófano, los cuales deben permanecer cerrados, a menos de que estén en uso, para mantener las condiciones asépticas. En las salas de expulsión tiene lugar la atención de los partos vaginales y el paso de una sala a otra sucede cuando se ha completado la dilatación de diez centímetros, tras la que ocurre el nacimiento. Con intensas contracciones y la sensación de presión sobre el área del pubis que ejerce la cabeza a punto de nacer, la mujer debe pasar de una camilla a la ‘*mesa de expulsión*’ y con apoyo del personal auxiliar, se coloca en posición ginecológica, utilizando el aditamento que sostiene las piernas.

Entre las dos salas hay una diferencia sutil, pues una es ligeramente más pequeña la otra y tiene un equipo menos nuevo, por lo que, si la carga de trabajo lo permite, se elige primero

la más grande. La sala más pequeña se conoce como *sala de legrados*, pues se utiliza principalmente para el manejo en caso de diagnóstico de aborto –aunque el legrado ya no es el procedimiento indicado de elección para el manejo, se sigue realizando y la denominación permanece– ya que, es más difícil incorporar el mobiliario para la atención de la persona recién nacida y a más personas para llevar a cabo la atención del parto, pero puede utilizarse. La diferencia con el quirófano es el equipamiento, ya que este cuenta con máquina de anestesia y lo necesario para un procedimiento quirúrgico como es la cesárea. Aunque también puede requerirse para atender una emergencia obstétrica que suceda en la sala de expulsión y para la esterilización quirúrgica. En este espacio, la atención está a cargo de un profesional especialista en ginecología y obstetricia y las personas en formación ocupan el lugar de ayudantes, mientras que la atención del parto recae en las y los residentes de ginecología y obstetricia, con la supervisión del ginecólogo y obstetra de turno.

En estos tres espacios, las personas involucradas directamente en la atención, también utilizan ropa estéril sobre el uniforme quirúrgico y guantes también estériles, al mismo tiempo que el uso de cubreboca y gorro se hace más estricto. Asimismo, la usuaria es cubierta desde el abdomen y las piernas de la mujer con sábanas estériles, diseñadas específicamente para adaptarse a esta posición, delimitando el área perineal para dejarla al descubierto, pero sin contacto directo con el mobiliario. No obstante, como se trata de un hospital escuela y este es uno de los principales espacios de observación y práctica clínica, en estas salas usualmente hay más personas observadoras, además del personal de enfermería y de pediatría que realizará la atención de la persona recién nacida. Para las personas que no están en contacto directo con la atención de parto, no es necesario hacer un cambio en la vestimenta o en el equipo de protección personal.

En la misma sala de labor, pero en otro espacio parcialmente cerrado, se encuentra un área para recuperación después del parto, con espacio limitado para dos camas, en donde las mujeres pasan para vigilancia después del nacimiento, algunas veces en conjunto con la persona recién nacida para iniciar el apego y la lactancia materna en la primera hora de vida, pero esta práctica recomendada, depende del personal de ginecología y obstetricia y pediatría que esté a cargo de la atención y que la condición de salud de ambos sea adecuada. Pero, la mayoría de las veces, la persona recién nacida pasa a un pequeño cuarto, con amplias ventanas de

cristal, denominado cunero de transición. Si no hubo complicaciones, en este espacio se limpia, mide y revisa al bebé, para integrar su nota clínica y permanece también en vigilancia alrededor de tres horas.

Una vez que se determine que la madre y su hijo(a) están en buenas condiciones de salud, pasarán al área de hospitalización permaneciendo en alojamiento conjunto. Si en lugar de parto, se realizó una cesárea, o hubo alguna complicación que requerirá un manejo adicional, el área de recuperación es un espacio abierto, muy parecido a la sala de labor, de hecho, ubicado en esta misma sala, pero por la costumbre o la lógica común del uso del espacio, en uno de sus extremos, cercano a la puerta de quirófano, sin ningún obstáculo que impida el contacto visual continuo, permitiendo al personal médico actuar de manera inmediata en caso necesario. La distribución de estos espacios puede ubicarse con ayuda del croquis elaborado a partir de la observación en la Figura 33.

En esta representación, puede identificarse que el personal de salud involucrado en la atención, no se encuentra en una oficina, sino dispuesto en el espacio de atención, para permitir el contacto visual, pero también auditivo, y la movilidad inmediata entre los espacios, advirtiendo la importancia de mantenerse en alerta continua. En contraste con el número reducido de camas, aproximadamente diez en total, considerando los dos momentos de atención que suceden este espacio, labor de parto y recuperación posparto, la cantidad de personas que circulan cotidianamente en ella es un tanto numerosa. En el turno de la mañana, el equipo está conformado por dos especialistas en anestesiología y dos residentes, dos en ginecobstetricia con tres residentes, uno en pediatría y un residente, y alrededor de cuatro o cinco estudiantes de licenciatura o internado en medicina.

En cuanto al personal de enfermería, está la jefatura de turno, el personal de base y estudiantes que suman unas siete personas en el área de labor y dos más enfocadas en el área de pediatría. En el resto de los turnos, vespertino y nocturno, así como fines de semana y días festivos, solamente hay una persona de guardia por especialidad, así como residentes e internos de pregrado, por lo que, en caso de requerirse apoyo adicional, recurren al personal de guardia de hospitalización, del área de urgencias o directivos de guardia, si fuera necesario.

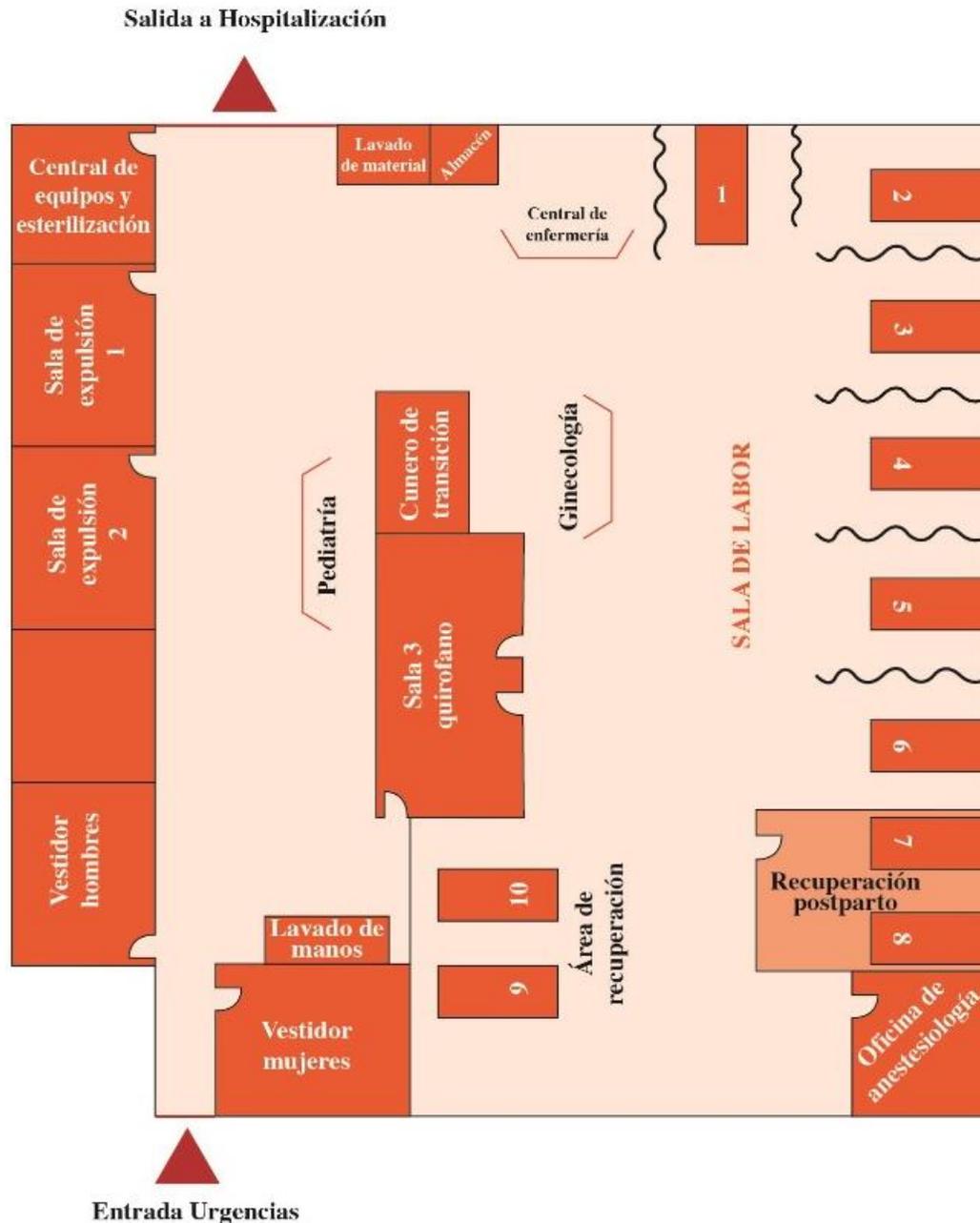


Figura 33. Croquis de la unidad tocoquirúrgica, esquematizado a partir de la observación. Fuente: Elaboración propia.

La manera en que se denominan los diferentes espacios constituye el punto de partida para su análisis, pues más allá de un argot técnico, permite problematizar un conjunto de valores y nociones relacionados con las formas de habitarlos y los eventos que ocurren en su interior, particularmente el parto y nacimiento. Han pasado varias décadas desde que Martin

(1987/2001) propusiera reflexionar a partir del feminismo crítico, acerca de la ciencia, particularmente de la biología y su aplicación en la biomedicina, como un sistema cultural en donde los cuerpos de las mujeres son descritos como máquinas de producción, mostrando cómo la ciencia médica no supone conceptos neutrales, sino permeados por su historicidad y mantenidos mediante un sistema de metáforas que continúan vigentes. De manera que, para comprender el tratamiento médico del parto y nacimiento, se requiere notar que, en el desarrollo del pensamiento y la medicina occidental, el cuerpo fue concebido como una máquina. Esta metáfora mecánica, se remonta a los siglos XVII y XVIII, en la escuela francesa, en donde se explicaba que el abdomen y el útero formaban un mecanismo de bombeo de cuyo funcionamiento dependía la expulsión del feto:

“Dado que el útero es un musculo involuntario, éste, y no la mujer, es lo que hace la mayor parte del trabajo. Lo que hace el útero se expresa en términos que pueden resultar familiares para un estudiante de medicina, pero también para uno de física, o un analista de la industria: «labor implica un trabajo; mecánicamente, el trabajo es la generación de movimiento en contra de una resistencia. Las fuerzas involucradas son aquellas que realiza el útero y el abdomen para expulsar el feto, venciendo la resistencia a la dilatación que ofrece el cérvix y la fricción generada en el canal de parto” (Martin, 2001:58)

En suma, la reproducción humana es también una metáfora de las fuerzas de producción, que el abordaje biomédico pone de manifiesto en la yuxtaposición de dos imágenes, la mujer obrera cuyo útero-máquina produce un bebé y contribuye a la reproducción social. Hoy en día, tanto los procesos –‘labor de parto’ o ‘trabajo de parto’ como los espacios, mantienen estas denominaciones en la literatura médica como en el lenguaje común, pues aun en otros modelos de atención, críticos de este paradigma tecnocrático, esta denominación se mantiene sin alternativa.

No se equivoca Martin al indicar el fuerte arraigo de estas metáforas y sus múltiples significados culturales en torno a los cuerpos de las mujeres y el proceso reproductivo. En este sentido, también amerita una reflexión profunda, la implicación de las mujeres ingresen solas a la sala de labor que, entre otras cosas, se ancla en la división sexo-genérica del trabajo, dejando a la mujer el reproductivo y a los hombres aquél de índole económica, con la

consiguiente carga de valor y responsabilidad asignado a estos roles, y acentuado por otras formas de desigualdad como la precarización laboral. Traducido en las experiencias de las adolescentes, cuando se trataba de una pareja recién formada con poco vínculo con la familia de origen, el progenitor esperaba afuera del hospital, ya que era la persona responsable que debía estar ahí para recibir cualquier tipo de información, de lo contrario, ellas llegaban acompañadas por su madre o padre, quienes avisarían a sus parejas cuando ya hubiera dado a luz. Ellos tenían que cumplir con el trabajo y probablemente vendrían hasta que hubiera la posibilidad de visitarlas o cuando salieran del hospital, pues incluso en este contexto, perder un día de salario resulta contraproducente.

Las metáforas no son solo figuras lingüísticas, sino la clave de la sistematización del pensamiento y de la generación de conceptos a través de los cuales los seres humanos expresamos nuestro sentido de orientación, de pertenencia social y cultural, y establecemos claves de comunicación, ocultando o resaltando ciertos elementos (Lakoff y Johnson, 1980), por ello, dar cuenta de las interacciones en este espacio, a través de lo que Martin denomina ‘metáforas médicas’ es relevante. Si bien la privacidad de las usuarias no está garantizada en un espacio con estas características, tampoco lo está la de los médicos, por lo que es común apelar al lenguaje técnico-médico y a una serie de figuras retóricas –apodos, chistes, abreviaturas, metonimias, epónimos, entre otras– (Aguilar, 2018; D’ottavio y D’ottavio, 2020), que son compartidas al interior del grupo, para circunscribir la comunicación, aunque no siempre resulten con el efecto deseado, como ejemplifica la experiencia de acompañamiento con Diana, una adolescente de 13 años, quien había tenido alteraciones en la glucosa durante todo el embarazo, por lo que se decidió que ingresara para una vigilancia más estrecha, cuando recién había iniciado el trabajo de parto. Aunque ella se sentía bien y no había ningún dato de alarma, esto alertó a los ginecobstetras de los diferentes turnos que la atendieron, por casi 15 horas:

Dr. Bolaños: [dirigiéndose a la Dra. Montaña, lo más lejos posible de Diana] *Mira nada más, este expediente, ¡ni una glucosa normal en todo el embarazo! Y dice que desayunó suadero y una coca [refresco de cola].*

Dra. Montaña: *Eso cenó, más bien lleva muchas horas sin comer y como está tomando metformina, podría tener hipoglucemia, habrá que ver si más tarde se le puede pedir comida si no avanza mucho, para darle oportunidad del parto.*

Bianca: [acompañando a la paciente] *¿Cómo te sientes?*

Diana: *Me duele un poco, pero más miedo, un poco...* [Dirigía la mirada hacia los médicos, intentando escuchar la conversación].

Llega el cambio de turno y Diana sigue con la mirada al médico que está recibiendo el informe de las pacientes en la entrega de guardia, hasta que llega su turno.

Dr. González: [Después de revisarla comenta con el médico residente] *Pues a ver cómo va el bebé, fíjate en los ultrasonidos, si es de menos de cuatro kilos, igual y si podemos intentar el parto... Pero fíjate, tiene apenas tres [de dilatación] y cero por ciento [de borramiento], así yo no la hubiera ingresado, no tenía caso, de todo lo demás ella está bien.*

[Ahora, dirigiéndose a Diana] *Pues vas para largo, igual y te hechas un día.*

Tomando distancia, me presento con él, pues no había estado en ese turno y aunque la mayoría del personal sabía de la investigación, tomé unos minutos para comentarle.

Dr. González: *¿Te vas a quedar aquí todo el tiempo?*

Bianca: Sí.

Dr. González: *Pues ponte cómoda, en mi turno no creo que salga, le doy un 70% de probabilidad de que vaya a ser cesárea, y si es parto pues más va para largo.*

Regreso nuevamente con Diana, quien increpa de inmediato: *¡Ese doctor me quiere hacer cesárea! ¿Verdad?* Le explicó con calma lo que sucede y le insisto que puede preguntarle directamente cuando vaya a revisarla, pero ella está más concentrada en las sensaciones que despiertan las contracciones cada vez más intensas.

Dr. González: [Dirigiéndose a otra de las usuarias a unos metros de distancia] *Bueno, vamos a hacer una prueba, te reviso y si no has roto membranas, te pongo un medicamento y seguimos tu trabajo de parto, pero si no, yo creo que mejor ya te operamos, ¿no?*

Diana: *Pero es que, ya ves... ¡Ese doctor nos quiere abrir la panza a todas!*

Bianca: *No te preocupes, tiene que haber una razón médica para que haga la cesárea, mientras tú y tu bebé estén bien cuando te revisen, no te harán cesárea... ¿Ya sientes más contracciones?*

Diana: [suspira profundo] *¡Uy si! Bien fuerte... ¡Ya verás que no me va a hacer cesárea! Si voy a poder...*

Llegó el turno nocturno y pese al riesgo advertido, Diana tuvo un bebé por parto vaginal, de 4,310 gramos.

Este espacio condensa muchos más aspectos que el lenguaje verbal, dotándolo de una densidad etnográfica importante, que se profundizará en los siguientes apartados. Sin embargo, la manera en que opera el discurso y el lenguaje al interior de este espacio clínico, permite ver cómo opera la normatividad, la jerarquización y la comunicación como elementos centrales en la configuración del espacio físico y el espacio social, además de ser sujeto de una crítica constante, toda vez que las evidencias y recomendaciones de mejora en la calidad de la atención, enfatizan que la comunicación es una de las medidas no médicas o farmacológicas que intervienen en los resultados obstétricos, en la seguridad de la atención y en la experiencia de las usuarias. Una adecuada comunicación tiene un impacto positivo en el estado psicológico, en el alivio de los síntomas y el control del dolor, así como en la sensación de control y empoderamiento de las mujeres durante la atención (Vimalesvaran *et al*, 2021).

Con frecuencia, la terminología empleada para referir a los cuerpos de las mujeres y de las adolescentes o a los procesos fisiológicos, no necesariamente pueden catalogarse como una forma de discriminación, infantilización o sexualización, como han sugerido las tipologías en el análisis de la violencia obstétrica (Warren *et al*, 2013; Bohren *et al*, 2015), sino que pueden ser expresiones comunes, pero con significados profundos, que guardan relación con una conceptualización del cuerpo de las mujeres como inadecuado o sub-óptimo, al mismo tiempo que las sitúa como pasivas, incompetentes o incapaces de cuidarse a sí mismas y a sus bebés, o de tomar decisiones con respecto a su salud y la atención (Romo-Medrano, 2009), y que adquiere un peso singular en el caso de las adolescentes y las mujeres más jóvenes, en donde la imposibilidad de asumir legalmente una responsabilidad resulta en un obstáculo para el ejercicio de la autonomía. La sutileza de estos usos del lenguaje es que mantienen la relación asimétrica, posicionando al profesional de salud como quien toma las decisiones y puede lograr un buen resultado obstétrico ‘a pesar de’ las usuarias, la situación o el contexto. Al respecto, Vimalesvaran *et al* (2021) sugieren ejemplos de frases o términos utilizados con frecuencia durante la atención del parto y las contrastan con una propuesta para referirse de manera respetuosa y posicionando a las mujeres y adolescentes al centro de la atención. Para esta reflexión, he traducido y adaptado su propuesta al contexto local, a partir de las frases similares que escuche durante el trabajo de campo (Figura 34).

FRASES ESCUCHADAS	FRASES SUGERIDAS
Necesitamos hacer un tacto para saber si está avanzando el trabajo de parto	¿Está bien para ti si hago una exploración vaginal en este momento para saber qué tan cerca estas de dar a luz?
Falla de progresión	Trabajo de parto lento
Paciente poco cooperadora	Se observa dificultad para
La pelvis es útil	La apertura de la pelvis parece adecuado
Estas contracciones no sirven	Las contracciones son poco efectivas en este momento
Bajo umbral de tolerancia al dolor	Vamos a tratar de que puedas manejar mejor el dolor
El líquido amniótico tiene muy mal olor	Es probable que haya una infección en el líquido que rodea al bebé
Lo que vamos a hacer...	Lo que recomendamos en esta situación es <i>(dar alternativas, beneficios y riesgos para favorecer una decisión informada y consentida)</i>
No quieres poner a tu bebé en riesgo, ¿o sí?	Estamos haciendo lo posible para que tengas un parto seguro para ti y para ti bebé
Vamos a hacerte una cesárea, porque...	Es recomendable hacer una cesárea en este caso, porque...
La paciente se niega a...	La usuaria optó por... en lugar de...
¿Vas a dejar que tu bebé se muera de hambre?	Vamos a ver cómo podemos apoyarte para que puedas amamantar

Figura 34. Sugerencias para emplear un lenguaje respetuoso en la atención obstétrica. Fuente: Traducido y adaptado de Vimalasvaran *et al* (2021).

Es pertinente resaltar, desde la observación, más que desde la escucha, que la comunicación en este entono no sucede de manera estructurada u organizada, sino más bien en múltiples direcciones y a la par de las acciones o procedimientos, lo que dificulta la plena atención en el proceso de comunicación. Un interrogatorio se realiza al mismo tiempo que la misma u otra persona, está haciendo la revisión física, o mientras se anota en una hoja los datos más importantes para incluirla en el expediente. Asimismo, la explicación de los hallazgos o de los pasos a seguir que se da a la usuaria, se articula con la explicación didáctica o el refuerzo a la enseñanza que se brinda al estudiantado, en un entramado de mensajes construidos de manera diversa y con múltiples destinatarios.

Resulta igualmente compleja la forma de organización de las interacciones y la definición de los roles, ya que frecuentemente apela a una especie de currículum oculto en el que los estudiantes van encontrando la manera de hacer: *“te le pegas a un residente o a un interno, haces lo que te diga y así vas aprendiendo”*, comenta uno de los estudiantes de cuarto grado de medicina. Con esta práctica, además de identificar la dinámica y conocer las normatividades implícitas, demuestran sus conocimientos y habilidades, con base en los cuales, la persona de mayor jerarquía –puede ser un estudiante, pero de un grado mayor–, le permitirá hacer más procedimientos, priorizando aquellos que menos le gusten o los que ya siente que domina. En el caso de la atención obstétrica, es muy claro también que hay estudiantes con afinidad a la especialidad y con deseo de aprender, pero hay otros que están seguros que no se dedicarán a la ginecología y en su proyecto profesional no identifican que sea necesario saber atender un embarazo o parto. Hace algunos años, la motivación habría sido qué, durante el servicio social en las comunidades más alejadas, la demanda de atención abarca cualquier problema de salud, sin embargo, varios de los estudiantes con quienes conversaba, comentaban que harían su servicio social en docencia o investigación, o en clínicas privadas que no involucran atención obstétrica. Derivado de ello, es de señalar que, los estudiantes expresaban con frecuencia el tedio o disgusto, reflejándose en el trato y la comunicación con las mujeres y adolescentes, sobre todo, cuando no estaban siendo supervisados.

Los residentes de especialidad, también van conociendo las preferencias de los médicos adscritos de todos los turnos y se acostumbran a estas rutinas de manera casi inmediata, resaltando que no sólo se trata de acunar el procedimiento básico del hospital, sino las particularidades de cada médico, mismas que incluso pueden contradecir otras y generar tensiones. Sin embargo, son los residentes quienes aportan una cierta continuidad en la sala de labor, pues mientras que el personal cambia en tres turnos, las guardias en la residencia son continuas por cerca de 36 horas. Sus roles, son un poco más obvios, ya que los de mayor grado participan en los procedimientos quirúrgicos, mientras que los que recién han comenzado la especialidad estarán a cargo de la sala de labor y de la atención del parto. Incluso, en el caso del personal médico, la distribución obedece a las preferencias ya identificadas en los años de convivencia, pero también se establece una jerarquía basada en la antigüedad laboral y si es personal de base sindicalizado.

En el acompañamiento con las adolescentes, este espacio es completamente distinto, pues el diálogo que había sido más constante en las últimas semanas del embarazo y previo a su entrada al hospital, poco a poco se interrumpe y el trabajo etnográfico se centra en la observación, pero no solamente, sino también en el tacto, el olfato, la escucha que pretende dotar de sentido a una simultaneidad de voces, ruidos, llantos, gritos, quejidos y ritmos...el complejo ambiente de una sala de labor. Permanezco tan atenta como puedo al entorno y los eventos que ocurren de manera simultánea en esta sala, pero conforme avanza el trabajo de parto, acompañar a las mujeres demanda toda mi atención. Las contracciones cada vez más fuertes son inequívoco signo de alerta que agudiza los sentidos y al mismo tiempo lleva a la adolescente a estar como dentro de sí. Ya no hay preguntas ni recomendaciones, guío su respiración y utilizo cada vez menos palabras, dando lugar a la experiencia compartida, distinta y singular.

Desde el principio causó asombro al personal de salud y estudiantes que alguien pudiera permanecer todo un trabajo de parto cerca de ellas y que ello pareciera cambiar el curso habitual, disminuyendo un poco el miedo y el dolor –o por lo menos la connotación negativa de éstos y sus múltiples expresiones–. En gran parte debido a ello, me invitaban explícitamente o autorizaban mi estancia en la sala de expulsión, en donde se lleva a cabo el parto. Una vez que la dilatación está completa y se alcanza a observar el cabello del bebé a través del canal vaginal (con poco cuidado de la privacidad e intimidad de la mujer), se escucha el aviso: “*pasa paciente a expulsión*”. Inmediatamente un camillero acude, retirando todo lo que obstaculice el movimiento y la acerca a la mesa obstétrica en donde algún médico interno o residente está preparando el material e instrumental necesario para la atención del parto. Se coloca la camilla a un lado de la mesa obstétrica y la mujer espera a que disminuya la contracción para moverse y adoptar con dificultad la posición ginecológica. El personal médico, residentes y estudiantes se distribuyen en la sala en el área podríamos referir como ‘de la cintura de la mujer hacia abajo’ y cerca de su rostro, quedaba espacio para mí.

El momento siguiente es tan singular que no habría manera de sintetizarlo y cada posibilidad y modo de nombrar este instante tiene implicaciones y connotaciones: ¿dar a luz?, ¿parir?, ¿expulsar?, ¿tener un bebé?, ¿advenir a la vida?, ¿nacer?... Nada expresa mejor su inexactitud que la dificultad para nombrarlo. Este momento de escisión que no sucede ni se experimenta

de la misma manera, es recordado y narrado solo en indicios, en imágenes que condensan el sentido, a las cuales me aproximaré en el siguiente capítulo. Una vez más, enfrentaba el reto de estar atenta a todo lo que sucedía alrededor de la adolescente sin dejar de estar con ella, e incluso tratando de registrar en la memoria, mis propias emociones y sentimientos. Como sugiere Capurro, en las reflexiones acerca de su trabajo etnográfico en un contexto hospitalario, “hay investigaciones cualitativas que involucran no solo un trabajo emocional sino una etnografía en donde las emociones son corporizadas y se expresan físicamente; los ojos se humedecen, emerge el llanto, se quiebra la voz, se siente náusea o se percibe el rubor en las mejillas” (2021:3), lo cual no siempre resulta sencillo para el investigador, frente a paradigmas epistemológicos y éticos que privilegian el carácter neutral del observador. Empero, la investigación colaborativa puede generar una vinculación emocional mayor, que se traduce en la reflexividad del investigador, en la empatía con los colaboradores etnográficos, e incluso en la posibilidad de reducir un poco su ansiedad o angustia, a través del acompañamiento, más que la observación.

4.1.4 Estancia hospitalaria

Aproximadamente tres horas después de haber dado a luz, y si no hay ninguna complicación, las mujeres salen de la unidad tocoquirúrgica en una camilla hacia el área de hospitalización o de estancia hospitalaria, en donde permanecen junto con sus bebés, habitualmente por 24 a 48 horas, dependiendo si fue un parto vaginal o una cesárea. En algunos casos, su estancia puede prolongarse, si la persona recién nacida requiere permanecer unos días más en vigilancia en el cunero de transición, o en caso de mayor gravedad, mientras se hace el traslado a otro hospital que tenga unidad especializada en atención neonatal. El área (Figura 27, color amarillo) está integrada por cuatro salas con seis camas cada una, aunque generalmente solo se utilizan tres y un cuarto más pequeño para alguna usuaria que requiera aislamiento. El área cuenta con una central de enfermería, la jefatura de pediatría y la sala de personal médico, además de un espacio que solía ser un lactario, pero se encuentra en desuso. Esta área es exclusiva para mujeres –aunque se atiendan urgencias en general, solo se da un manejo inicial mientras puede trasladarse a otro hospital– y los recién nacidos que permanecen todo el tiempo junto a ellas, de manera que, cada cama de hospitalización cuenta

con una cuna bacinete a un lado. Solamente una vez al día, entre 17:00 y 18:00 horas, puede entrar una persona de visita, a veces pueden ser dos, pero no de manera simultánea. Asimismo, los familiares hacen entrega al personal de enfermería de los artículos personales que deben llevar en diferentes momentos, para la estancia hospitalaria, y al final la ropa para poder salir del hospital, muchas veces preparados por ellas mismas desde antes y otras, pues la información se encuentra visible en el área de admisión de urgencias (Figura 35).



Figura 35. Fotografía de la información dispuesta en el área de urgencias (Vargas, 2018)

El resto del tiempo, sobre todo en el turno de la mañana, la actividad es incesante y demanda la participación de diversos profesionales de salud y servicios auxiliares del hospital. El personal médico realiza las visitas a cada usuaria por la mañana y por la tarde, cumpliendo dos funciones principales, la revisión clínica de la madre y su hijo(a) y la orientación en algunos temas, principalmente cuidados de la persona recién nacida, datos de alarma, lactancia y anticoncepción. Sin embargo, es principalmente el personal de enfermería quien dedica más tiempo a dar esta información; la orientación en lactancia suele realizarse de manera grupal, aunque puede variar según la preferencia del personal de turno, o si se cuenta

con estudiantes o pasantes de enfermería, es posible que sea individual, para que tengan oportunidad de interactuar con las usuarias. La intervención de planificación familiar y colocación de métodos anticonceptivos se realiza de acuerdo con cada usuaria, poniendo mayor énfasis en quienes tienen dudas, no están seguras de qué método elegir o quienes no aceptan ninguna de las alternativas disponibles. En estos casos, también interviene el personal de ginecología, para *“tratar de convencer a las mujeres de que se vayan con algún método de larga duración, ya sea el implante o el DIU”*, o se pide apoyo a la médica de la consulta de planificación familiar y anticoncepción.

Antes de que las usuarias salgan del hospital, el expediente clínico debe quedar completo, por lo que es tarea de médicos residente e internos que no haga falta ningún dato que fuera necesario consultar con la mujer, y los servicios auxiliares realizan esta misma revisión, por ejemplo, trabajo social verifica que se haya hecho el estudio sociodemográfico y de ser necesario, aprovecha la estancia para hacer la entrevista y completarlo. El servicio de psicología también hace una ronda diaria por el área de hospitalización, guiada por la referencia del personal médico o de enfermería a cargo, quienes le comentarán si identifican alguna paciente que pudiera tener más ansiedad de lo habitual, tristeza, enojo, o algún indicio de violencia intrafamiliar, o si notan que hay poco apego o vínculo con la persona recién nacida. También puede identificar a usuarias a quien ha visto en la consulta externa de psicología y dar seguimiento, o incluso, si no está muy saturada de trabajo o si hay pocas usuarias en la estancia –pues solamente hay una persona a cargo–, pregunta a cada una cómo se encuentran y oferta el servicio de consulta externa.

El personal de enfermería también se encarga de la programación de las consultas de seguimiento que se realizan en el hospital, como el tamizaje auditivo y metabólico de las personas recién nacidas o la aplicación de vacunas, la cita en urgencias para el retiro de puntos de sutura en caso de que se haya realizado episiotomía o cesárea, o de planificación familiar y anticoncepción, para revisión del método elegido o para aplicación, si es que no se encontraba disponible antes. También brindan apoyo a las mujeres y adolescentes en los cuidados iniciales de ambos, como bañar a los bebés o vigilarlos mientras ellas se bañan, lo cual también es una especie de asesoría rápida, sobre todo para las madres primerizas. Finalmente, las auxiliares o estudiantes de enfermería, participan en recopilar los

comentarios o testimonios de las mujeres y adolescentes sobre la atención recibida, pidiendo que anoten en una libreta su opinión, haciendo explícito que pueden ser tanto quejas, como felicitaciones o sugerencias. Frecuentemente, se tienen que ofrecer a escribirlo ellas porque las mujeres están ocupadas preparándose para salir, cuidando a sus bebés, o poniendo atención a las dudas que tienen, antes de dejar el hospital.

Por esta misma razón, no permanecí de manera continua con las adolescentes, permitiendo que pudieran descansar, tener privacidad y atender a la gran cantidad de información que, en un periodo corto de tiempo, y con el cansancio de varios días de trabajo de parto auestas, tenían que retener. Ellas evidentemente estaban cansadas e impacientes por salir del hospital, se sentían expuestas ante otras mujeres de mayor edad, y pocas veces interactuaban entre ellas, incluso sentían desconfianza de “encargar” a sus bebés para ir al baño o bañarse, como lo hacían otras mujeres, con cierta familiaridad. Las seis camas están dispuestas tres de cada lado, con su respectiva cuna, mirando hacia el frente, pudiendo observarse unas a otras, con un pasillo intermedio, por donde el flujo de personas es casi continuo. Aunque hay cortinas, estas permanecen abiertas, como en el resto de los espacios, para facilitar los procedimientos, la comunicación y la identificación de cualquier situación adversa. De manera que, para no interferir aún más con la densidad de movimiento en este espacio, procuraba estar en el momento de la salida del hospital y las visitaba por un par de horas en el día, principalmente observando y dispuesta a escucharles, más que hacerles preguntas.

Para Diana no era difícil cuidar a su bebé y había iniciado la lactancia con facilidad, de hecho, una de sus inquietudes en los últimos días previos al embarazo era que tenía salida de leche, que en principio le asustó, pero la tranquilizó la explicación del ginecobstetra. Ella estaba más bien impaciente por irse y de muy mal humor, pues no le habían llevado las cosas que requería: *“ya me quiero ir, pero creo que no me trajeron la ropa, y me dicen que, si no tengo cosas, no podré salir hasta mañana, ¿tu podrías ver si está mi esposo allá afuera”*. Salí a buscarlo sin éxito, pero por primera vez en todo el embarazo, su mamá la esperaba afuera y había traído lo necesario, no pude decirle, porque no la conocía.

Ilse decía que estaba tan emocionada que no sentía el cansancio; estaba con ella cuando le entregaron sus bolsas con la ropa para salir del hospital: *“¡Ay no! Esto es lo que más me da miedo... ¿me puedes ayudar a vestirla? Es que es muy pequeña y siento que yo no soy*

paciente... bueno, es que estoy nerviosa” Y tenía razón para estarlo, pues ella vivía sola con su pareja, lejos de las redes familiares, por lo que en el momento que saliera, enfrentaría por sí misma todos los cuidados. Por el contrario, Elena vestía a su bebé con mucha facilidad, se movía rápido y segura, ordenando todos los documentos, ropa y artículos personales, al mismo tiempo que cargaba a su bebé, le hablaba cariñosa y jugaba con él. *“Tú no estás nerviosa para nada, verdad”*, le dije. A lo que respondió sonriente: *“Pues no, yo he vestido y cuidado a mis hermanos, el primero nació cuando yo tenía nueve y luego el segundo, y yo los bañaba, los cargaba... ¡Yo sé hacer todo! Y ahora tengo al mío, pues ¡cómo no lo voy a hacer!”*

La interacción excepcional en este espacio fue con Adriana, pues ella estuvo cerca de cuatro días en hospitalización pues, su bebé había sufrido asfixia perinatal por lo que estaba en observación en el cunero, y esperando ser trasladado a otro hospital, aunque estaba fuera de peligro, todavía requería cuidados especializados. Dado que el hospital no cuenta con hospitalización para neonatos, sino solamente un cunero como área de apoyo con solo tres cunas disponibles, no pueden permanecer por tiempo prolongado. Mientras se hacía la gestión correspondiente, Adriana tuvo que permanecer en el hospital, aunque se encontraba bien de salud, así se le permitía verlo de manera intermitente y le apoyaban para la extracción de leche materna. También fue posible que estuviera en el cuarto aislado que no se estaba utilizando, para que el ambiente fuera menos estresante para ella, en lugar de estar en las salas de alojamiento conjunto. Este espacio privado se prestó para realizar con ella las entrevistas en profundidad, pues además ella decía que seguramente no podríamos agendar un encuentro posterior, pues generaría más conflictos con su familia.

Este espacio proveía a las adolescentes un resguardo temporal de la maternidad y los cuidados que estaban por enfrentar, pues percibían el apoyo y sostén del personal médico y de enfermería, aunque a veces les incomodaba la falta de privacidad y mencionaban que preferían preguntar o ser apoyadas por el personal de salud, que por otras mujeres. De cierto modo, este contacto estrecho con el personal de salud brindaba a las adolescentes un espacio de contención para ir comprendiendo su incipiente contacto con la maternidad y la crianza y lo que estaban por enfrentar, en unas horas, al salir del hospital; para algunas el inicio de una familia, pero para otras el estigma o la vergüenza de ser señaladas. Cuando le pregunté a

Estefanía cómo se sentía, respondió después de un suspiro: “*Pues ahora sí, ya voy a ser mamá*”. Observándola sostener a su recién nacida en brazos y esforzándose por amamantarla, pues le era doloroso, esta frase que parece incongruente, invita a pensar con Recalcati, cómo la maternidad es una experiencia radical de la espera, en donde no se sabe qué o a qué se espera; es la experiencia de una “proximidad absolutamente ajena”, es más que un hecho de la naturaleza, su desorden; es la extrañeza de aquello que se lleva dentro y ahora está fuera. Es la posibilidad de constatar que “la maternidad no se produce a través de los cuerpos, sino a través de la palabra” (Recalcati, 2018; 29).

4.2 Conveniencia funcional y orden social

El recorrido por las principales áreas en las que se lleva a cabo la atención del proceso reproductivo, dan cuenta de la articulación entre la dimensión física y social del espacio para configurar un determinado tipo de entorno que debe cumplir con ciertas características. Por una parte, se basa en un diseño arquitectónico y una distribución que obedece –en la mayor medida posible– a la normatividad explícita y que es funcional acorde a un paradigma de atención. El enfoque biomédico-clínico está basado en un modo de observación y ejecución que privilegia la clasificación jerárquica, el aislamiento, la ponderación, la causalidad y el determinismo biológico (Rossi, 2018), lo que se traduce también, en la forma en que se organiza y ocupa el espacio, e incluso en la manera de nombrar un lugar.

Por otra parte, el espacio se adapta a las necesidades, preferencias, creencias y valores de las personas que lo habitan –de manera institucional o por la ‘fuerza de la costumbre’–, o como consecuencia de las interacciones cotidianas y las demandas de la población usuaria, reafirmando que los hospitales no son sólo sitios de concreción de la biomedicina que quedan apartados o extraídos de un entorno comunitario. En este sentido, la síntesis de las características observadas que se elabora en la Tabla 13, permite conceptualizar los rasgos distintivos que conforman cada uno de los espacios, establecer comparaciones y contrastes entre ellos, para analizar como la configuración de un entorno clínico, particularmente en lo que respecta a la atención obstétrica, se relaciona con el mantenimiento de una determinada estructura, funcionalidad y orden social.

Tabla 13. Síntesis de características de los espacios de atención y observación

		ESPACIOS DE ATENCIÓN Y OBSERVACIÓN			
CARACTERÍSTICA	CONSULTA EXTERNA	ÁREA DE URGENCIAS	UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA	ESTANCIA HOSPITALARIA	
<i>Espacio físico</i>	Distribución	Conjunto de espacios cerrados en área común Confluente Área suficiente	Un espacio parcialmente cerrado con división interna. Parcialmente confluyente Área insuficiente	Un espacio cerrado con división interna. Aislado Área suficiente	Un espacio parcialmente cerrado con división interna. Parcialmente confluyente Área suficiente
	Delimitación	Clara Explícita Rígida	Clara Explícita Flexible	Clara Explícita / Implícita Rígida	Clara Explícita Rígida
	Conectividad	Acceso desde la sala de espera Acceso posterior exclusivo personal	Acceso desde el exterior. Conexión entre el exterior y la unidad tocoquirúrgica	Acceso restringido desde urgencias y hospitalización Filtros de acceso.	Acceso restringido desde sala de espera. Acceso posterior exclusivo personal. Acceso de unidad tocoquirúrgica para pacientes
	Privacidad	Si	No	No	No
	Ocupación	Cantidad acotada Movilidad limitada Constante Definida	Cantidad acotada Movilidad limitada Cambio por turno Definida	Cantidad mayor Movilidad constante Cambio por turno Variable	Cantidad mayor Movilidad constante Cambio por turno Variable
<i>Espacio social</i>	Normatividad	Estricta No especializada Explícita	No estricta Especializada Implícita	Estricta Especializada Explícita/ Implícita	No estricta No especializada Implícita
	Jerarquización	Acentuada	Difusa	Acentuada	Difusa
	Acciones principales	Interrogatorio Diagnóstico Tratamiento Orientación	Interrogatorio Exploración física Diagnóstico Orientación	Interrogatorio Exploración física Diagnóstico Tratamiento	Exploración física Orientación
	Interacción	Profesional de salud-adolescente Profesional de salud-estudiante	Profesional de salud-adolescente	Profesional de salud-Residente/estudiante-adolescente Profesional de salud-profesional de salud	Profesional de salud-adolescente Usuaría-usuaría
	Comunicación	Verbal Monológica/dialógica Mensaje claro	Verbal Monológica Mensaje claro	Verbal / no verbal Heteroglósica Mensaje difuso	Verbal Heteroglósica Mensaje claro

Fuente: Elaboración propia (2022).

Del mismo modo que el entorno hospitalario establece diversas formas de correlación con la dimensión epistemología de la biomedicina como paradigma de atención a la salud, las reflexiones teóricas en torno a la sexualidad, la reproducción y la maternidad, como procesos bioculturales y como construcciones sociales, constituyen un punto de partida para el análisis crítico de los espacios en que tienen lugar. Asimismo, lo es la asociación entre la diferencia jerarquizada entre los géneros y sus roles, que tiene formas de concreción en el espacio y en el lugar (Massey, 1994). En estos debates, las categorías dicotómicas que empleamos para organizar conceptual, mental o físicamente estos entornos, son relevantes y puestos a prueba constantemente: lo íntimo y lo comunal; lo central y lo periférico, lo interior y lo exterior, lo débil y lo fuerte, lo expuesto y lo oculto, lo corporativo y lo doméstico, lo institucional y lo individual, lo público y lo privado (Hardy y Wiedmer, 2005). De manera paradójica, el embarazo y parto es generalmente representado y experimentado como un evento singular, personal, e íntimo, al mismo tiempo que resulta en una experiencia ampliamente compartida y tendiente a una serie de imágenes y narrativas homogéneas.

Aunque esta paradoja opera en múltiples contextos y discursos, es particularmente relevante para analizar el abordaje desde la biomedicina –sin perder de vista la relación con la epidemiología y el ámbito de la política pública–, que tiene como punto de partida la separación entre sexualidad, reproducción y maternidad. Si bien los feminismos han pugnado por esta separación para resaltar la importancia de la salud y los derechos en el ejercicio de la sexualidad sin fines reproductivos, esta distinción mantuvo la mirada médica puesta en la reproducción y reafirmando su carácter público e institucional, mientras que la sexualidad mantuvo su carácter individual, privado y oculto, permeando ampliamente en las construcciones sociales respecto a estas. Asimismo, el embarazo, parto y puerperio, quedan atomizados y diferenciados de la maternidad, reforzando una distinción entre reproducción biológica y reproducción social, omitiendo la interrelación entre ambos. Más aún, en las representaciones cotidianas, el embarazo y parto son eventos que requieren ser comprendidos y atendidos desde un saber especializado, acompañados del uso de tecnologías, mientras que la maternidad solamente sucede, producto del instinto o el conocimiento innato, destinado a garantizar de manera espontánea su función afectiva y vinculante.

No está de más señalar que el paradigma de atención predominante no es producto de la reciente innovación científica y tecnológica, por el contrario, es resultante de hechos históricos y sociales que datan de hace más de un siglo y que la evidencia más reciente no ha podido contrarrestar, pues no solamente se anclan en el saber objetivo de la biomedicina, sino en la intersección con las políticas poblacionales de desarrollo que reproducen, como se abordó en el estado de la cuestión, la estratificación de la reproducción con base en el género, la raza, la clase social y otras determinantes sociales. La historia del parto en América que desarrollan Wertz y Wertz (1989), muestra hitos centrales acerca de las concepciones, cuidados, lugares y personas relacionadas con la atención del parto, así como los movimientos sociales y condiciones estructurales determinantes. Los hospitales de maternidad fueron establecidos en el siglo XIX en los centros urbanos como nosocomios para dar a asistencia a los pobres, los obreros, sirvientes o los vagabundos. Usualmente eran instituciones de caridad auspiciadas por empresarios o líderes políticos y funcionaban como instituciones enfocadas en proveer tratamiento médico y rehabilitación social.

Mientras tanto, las mujeres de las clases sociales altas eran atendidas en sus hogares o en los consultorios privados de sus médicos de cabecera o matronas que, para este momento, en algunos lugares del mundo se constituía como una formación profesional, supeditada a la enseñanza y supervisión médica. En América Latina, esta profesión no era emergente, sino que buscaba suplantar la práctica de la partería tradicional y de la medicina indígena en aras de la modernidad y la industrialización. Así, en México con la conformación de los Establecimientos de Ciencias Médicas en 1833, fueron por primeras incluidas mujeres para formarse como parteras, bajo la tutela de los médicos y exclusivamente hombres, con los conducentes mecanismos de regulación de las prácticas de atención que se articularon en las décadas subsecuentes (Carrillo, 1999).

En un inicio, los hospitales de maternidad no fueron muy demandados, sino principalmente por las mujeres y familias de escasos recursos, por lo que pronto se configuró como una oportunidad de enseñanza y práctica, en la que las intervenciones que podían realizarles sin queja alguna, les darían las competencias para atender mejor a las mujeres de estatus mayor que parían en sus casas. No obstante, en un contexto de transformación económica y laboral, se identificó que concentrar la atención médica en hospitales, permitía a los médicos tener

un espacio de trabajo definido, en lugar de llevar de un lado a otro el equipo e instrumental que cada vez se hacía más vasto y especializado. Esto ahorra tiempo y recursos, permitiendo ofrecer una atención calificada, y dejar otros aspectos del cuidado o medidas de confort al personal menos especializado, mientras que en la casa o en un consultorio, era el mismo médico quien organizaba todo el entorno, con apoyo de los familiares, a quienes también debía instruir y coordinar (Kanes, 2005). De manera que, la migración de la atención del parto al hospital, patentó una lógica de mercado y posiciona una serie de beneficios que son supuestos para las mujeres, pero evidentes para los médicos, las instituciones y las empresas en el ámbito de la salud:

“Al igual que las fábricas o las empresas, las unidades obstétricas se organizaron espacialmente para operar de manera eficiente. Las tareas y el personal fueron separados con base en su especialización como si fuera una moderna línea de ensamblaje, fragmentando tanto el espacio como el proceso de nacimiento en varios componentes: el parto, la sala de expulsión, los cuidados neonatales y la estancia posparto. Idealmente, estos se ubican en espacios contiguos, pero puede ser que no. Así las rutinas hospitalarias fueron desarrolladas para la conveniencia del personal, en donde los pacientes son ubicados y movilizados de un lugar a otros, de acuerdo con los turnos del personal y la ubicación del equipo.” (Kanes, 2005:76)

A partir de entonces, la atención hospitalaria es rápidamente posicionada y alentada, de manera que, en la segunda mitad del siglo XX, ésta se circunscribe principalmente a las instituciones hospitalarias, requiriendo nuevos diseños arquitectónicos y mecanismos de regulación para mantener su eficiencia y efectividad frente a un aumento en la demanda, que implica también mayor diversidad y mayor complejidad en las relaciones. En este sentido, uno de los elementos que destacan en la configuración del espacio de atención obstétrica, es la posibilidad de mantener abierto el campo visual, para poder atender de manera simultánea a varias personas al mismo tiempo, sin necesidad de pasar de un cuarto a otro o de un cubículo a otro, incluso sin moverse. Este es el dispositivo que Foucault (1975/2002) describe a partir del Panóptico de Bentham, una figura arquitectónica que data del siglo XVIII y consiste en una construcción con forma de anillo, en el centro, una torre, ésta, con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo, el cual permite ver hacia cualquier punto prácticamente de manera constante (Figura 36). Sin embargo, argumenta Foucault, su capacidad como

dispositivo de control radica en la presencia constante, independiente de que se pueda constatar que se está siendo observado.

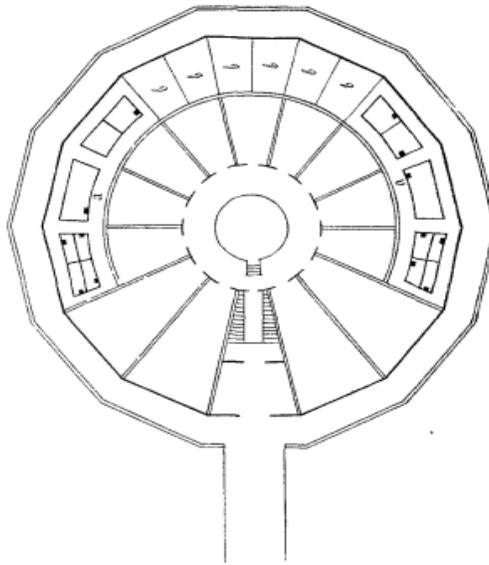


Figura 36. El panóptico. Fuente: Bentham (1791/1989).

En este caso, los hospitales parecen retomar el diseño arquitectónico, debido a su funcionalidad, a sabiendas de que la observación discurre entre ambas partes, de manera que nadie permanece oculto, por lo que la asimetría de poder está dada por otros elementos igualmente determinados por el espacio físico y las interacciones sociales. Situando el ejemplo de la sala labor, bastaría decir que la disposición de los cuerpos en el espacio y sus características son suficientes para establecer no solo la conveniencia funcional, sino el orden social a partir de las jerarquías: el profesional médico utiliza su ropa, que además le da cierta investidura, mientras las usuarias tienen una bata de hospital con la que apenas pueden cubrirse; el profesional médico está sentado o de pie y puede moverse libremente, mientras que las usuarias están acostadas –lo que puede limitar un poco su campo visual– y no pueden caminar o cambiar de posición.

Dentro de las descripciones más obvias se hallan las sutilezas, por ejemplo, la normatividad en el uso de este espacio, es que está prohibido ingresar con alimentos o bebidas, para mantener las condiciones de higiene que supone el lugar, pero esta norma opera de manera diferencial. Para las usuarias no está permitido, y la prohibición es reforzada por criterios médicos (no vigentes) de permanecer en ayuno en caso de una complicación que requiriera

intervención quirúrgica y anestesia de manera urgente. El personal de enfermería, rara vez rompe la norma o lo hacen de manera discreta, pues uno de los aspectos que caracteriza su rol profesional –no exento de analizarse a la luz de las jerarquías entre disciplinas– es la sistematicidad de sus prácticas para mantener la seguridad del entorno y de las personas usuarias, frente al caos que puede desencadenar la atención médica al responder ante una urgencia o derivado de la carga excesiva de trabajo. Finalmente, el personal médico es quien suele romper la regla, con su consecuente justificación, de las largas jornadas de trabajo o la necesidad de permanecer en el sitio en caso de presentarse alguna emergencia. En síntesis, la posibilidad de romper o no las reglas también es una forma de ejercicio de poder al interior de un determinado orden social.

La noción del panoptismo que describe Foucault, como dispositivo simbólico del poder, más allá de un diseño arquitectural, también permite analizar las formas de control que no están vinculadas a un espacio específico, sino que tienen lugar en y sobre los cuerpos de las mujeres y adolescentes, quedando consigo independientemente del espacio físico en que se encuentren. Aunque se encuentren al interior de un entorno hospitalario, separado de la influencia exterior, la construcción de la ‘buena madre’ o de la madre cuidadora, no queda circunscrita al entorno comunitario (Marotta, 2005). A pesar de que la mujer no esté siendo vista por su pareja o por su familia, sabe que hay valores que se mantienen, como aguantar el dolor o asumir la responsabilidad puesta en ella de tener un bebé sano, los cuales son actuados por el personal de salud y también por las otras mujeres con quienes comparten este espacio. Cuando prácticamente todos los actores sociales son visibles unos a otros, se establece un espacio comunal, que refuerza las jerarquías y asimetrías, pero también lo pone a prueba constantemente, pues puede ser cuestionado y transgredido con relativa facilidad, como en el caso de Diana que cuestionaba la intención del médico de practicarle una cesárea, cuando otros le habían dicho que lo más conveniente y recomendable era un parto, o bien, cuando un estudiante o residente pone a prueba las indicaciones del médico especialista citando una publicación reciente.

Así como este espacio físico y social deviene de una construcción histórica de más de un siglo, los intentos por transformarla o el surgimiento de nuevos espacios de atención obstétrica, se remontan a la década de los ochenta, en el contexto de una nueva visión del

desarrollo, de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva y de los derechos y la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres. Desde entonces, las propuestas de modificar el entorno buscan mantener la disponibilidad del equipamiento y la seguridad que supone un hospital, pero creando condiciones en el entorno que asemejaran un ambiente doméstico (Wertz y Wertz, 1989). En el sentido más amplio, implica que la mujer tiene algo de control sobre el espacio: acomodar el mobiliario de cierta forma, modular la luz, tener objetos personales que pueda necesitar, moverse, tener privacidad, entre otros. Además, contemplar la participación del progenitor, la pareja o alguna persona acompañante. Desde una propuesta más radical, se ha devuelto la atención del embarazo y parto que cursa sin complicaciones, al hogar, como espacio íntimo, personal y privado.

Entre otras cosas, esta perspectiva se ha sustentado en visibilizar que, aun cuando la sexualidad, la reproducción y la maternidad son procesos, eventos y momentos diferentes en la vida de las personas –y podría decirse que, en el marco del desarrollo tecnológico, las configuraciones sociales y las relaciones de parentesco, uno no es condición para otro–, guardan una estrecha relación. La maternidad y la crianza, también pueden beneficiarse de conocimientos especializados, de la orientación por parte de profesionales e incluso de algunas tecnologías. Asimismo, el embarazo y el parto, no carecen de una dimensión afectiva, vinculante, e incluso instintiva, y pueden vivirse de manera tan íntima y diversa como la sexualidad misma, posicionado a través de diferentes analogías: *imagina que estás teniendo relaciones y estás a punto de llegar al clímax y te dicen «espera, vamos a pasar a otra sala y ahí puedes seguir» Es igual de intrusivo que cuando estás a punto de dar a luz y esto sucede, se interrumpe todo...* (Martin, 2001)

Este análisis sugiere resaltar que explorar diferentes espacios y circunstancias posibles, no es solamente cuestión de comparar un lugar con otro, sino que los diferentes modelos de atención no implican hacer lo mismo en un lugar distinto, sino que conllevan otras formas de significar el parto y el nacimiento, lo que hace también un evento y una experiencia diferente, con variaciones en el conocimiento y las prácticas que se producen, como señalan Katz y Simonds:

“El nacimiento en sí, es la experiencia fáctica de conducir el feto hacia la infancia y a la mujer hacia la maternidad, por lo que su importancia en la vida de las mujeres no es menor. El lugar, las circunstancias, el espacio y el entorno en que éste ocurre

modifica la experiencia. El espacio estructura las maneras de conocer, de pensar y de actuar. Las lecciones que deben aprenderse alrededor de la atención del parto en un contexto clínico, la manipulación del equipo e instrumental, la aproximación al cuerpo, no puede aprenderse sin la ‘indumentaria’ y el escenario puesto: la estructura, la tecnología, la dinámica institucional y sus imperativos. Y no es menos difícil poder enseñar un modelo de partería enfocado en la atención del parto en casa, al interior de un hospital” (2005:90).

De un modo de otro, los espacios y las interacciones en torno a la atención del embarazo, parto y puerperio, tienen diferentes significados y producen, al mismo tiempo en se sustentan en diferentes construcciones sociales, supuestos y saberes, a través de las cuales se incide en la experiencia de las personas. También requieren generar condiciones que sean funcionales acorde a su sistema de conocimientos, de las cuales emerge un determinado orden social, no solamente a través del discurso, sino de la delimitación y organización del espacio físico.

Retomando la propuesta teórica de Tuan (1977), la organización espacial se correlaciona con la manera en que cada cultura concibe el espacio, lo divide, lo mide, lo nombra y le asigna cierto valor a cada una de sus partes, sin embargo, encuentra un término común basado en dos principios fundamentales: la estructura del cuerpo humano y las relaciones sociales. Es a partir de la experiencia corporal y de la experiencia de la interacción con otros, que los seres humanos organizamos y transformamos el espacio, permitiendo atender a nuestras necesidades biológicas y relaciones sociales. El espacio es transformado a través de un diseño y un orden cuya finalidad es guiar la atención hacia un sistema de valores y jerarquías, a través de patrones que revelan el orden social y la conveniencia funcional. Este espacio arquitectural, expone e instruye, pero no de manera consciente, sino apelando a los sentidos, a las sensaciones, a las respuestas del cuerpo, por lo tanto, este ordenamiento no surge de una interpretación retrospectiva o de una representación del espacio, más bien está sucediendo en acto. “Lo inconsciente es intemporal porque es espacial, y es espacial porque es corporal” (Sami-Ali, 1990), así la funcionalidad y el orden quedan incorporados, es decir, el cuerpo interpreta lo que el espacio dispone y se adapta, hasta que de algún modo asoma a la superficie, tornándose visible para sí o para los demás. Es entonces posible cuestionarlo, a sabiendas que incidir en el espacio es transformar un orden social –configurado a través del

tiempo— en su más arraigada forma de concreción, tomando en préstamo el título de la obra de Schlegel, “en el espacio leemos el tiempo”.

4.3 Experiencia del espacio: sentidos como mediadores de lo social

La dimensión experiencial del espacio alude a los conceptos que se tienen acerca de éste, pero también a los afectos, y necesariamente, a los sentidos. Con el espacio se establece un vínculo frecuentemente dicotómico, ya sea de familiaridad (“sentirse en casa o como en casa”) o de extrañeza (“sentirse ajeno o fuera de lugar”), modulado por los afectos; un espacio puede ser seguro, nutricional, de sostén, de contención, inseguro, amenazante, intimidante, o incómodo.

En función de los afectos, la experiencia de lugar puede ser radicalmente distinta o ambivalente. Para el personal que ha laborado ahí por muchos años, es un sitio familiar, incluso un espacio de conformación de redes de amistad, de apoyo mutuo, de atención y cuidado para sí mismos o para sus familiares, como comentaba una trabajadora del área administrativa: “*yo aquí conozco a todos, desde que era chiquita, así como la chica de limpieza que trae a su hijo luego, así era conmigo, porque aquí trabajaban mi papá y mi mamá, y ya llevo aquí más de diez años*”. El personal médico participa en estas redes de manera periférica, pues la pertenencia está dada por su relación profesional y laboral con el entorno. Aun cuando son residentes o estudiantes, un hospital resulta familiar y cotidiano, es común escuchar que, a pesar de sus diferencias “los hospitales son todos lo mismo”.

Para las adolescentes, el hospital no era un lugar familiar, pero encontraban sostén, contención o seguridad y confianza al recibir atención. Adriana fue varias veces al hospital después del nacimiento de su bebé, pues como condición para apoyarla con el cuidado de su hijo y que pudiera seguir estudiando, sus padres le habían impuesto continuar con la atención psicológica en el hospital, y en una ocasión me comentó: “*ya sabes que nunca me ha gustado venir a psicología, pero estar aquí [en el hospital] es como un descanso, los doctores son amables, la doctora [psicóloga] también, al menos no ven mal*”. En ocasiones, los afectos parten de prenociones o experiencias previas, y son compartidos al interior de un cierto grupo social, pero en ocasiones, dependen de la situación y pueden cambiar o generar ambivalencia.

Durante el trabajo de parto, Elena encontró en ese espacio adyacente a la entrada de urgencias, que no cuenta con las mínimas condiciones para ser aceptable, un lugar de seguridad y resguardo, frente a las acotadas opciones disponibles:

“Mi bebé nació en la madrugada del lunes, pero todo el domingo, desde bien temprano, me la pasé afuera. Las señoras que estaban ahí, nada más me veían... ¡es que sí, estuve mucho rato! Y me decían que ya entrara otra vez a urgencias, que seguro ya estaba. Y sí, tenía yo contracciones bien fuertes, por eso no me quise regresar para mi casa, pero cuando me dijeron que seguramente en la siguiente revisión ya pasaba, a propósito, me tardé más en regresar. Dije, prefiero estar aquí afuera para caminar, tomar agua, estar acompañada de mi esposo, que me consienta, aunque tenga dolor, si puedo aguantar y mejor estar aquí el mayor tiempo posible. No me quería ir a mi casa, pero tampoco quería entrar a estar sola”

La resistencia de Elena se había agudizado porque el día anterior en la noche, cuando se encontraba en urgencias para valorar cómo avanzaba su trabajo de parto, presencié una emergencia poco común en el hospital, pues habían llevado a dos personas heridas como resultado de una riña callejera, una de ellas había sido herida con un arma de fuego y había fallecido en el área de urgencias y la otra con un objeto punzocortante, esperaba ser trasladada a otro hospital. Por seguridad, ella había tenido que permanecer unas horas dentro y aunque el personal le comentó que sus familiares estaban bien, la situación fue muy angustiante para ella: *“no es lo que te gustaría ver cuando va a nacer tu bebé, y menos que estés sola viendo la sangre y la gente gritando...”*

La experiencia del espacio convoca a los sentidos, no solo como receptores mecánicos a través de los cuales percibimos el mundo, sino como mediadores y portadores de lo social y de la cultura. De manera que, los sentidos pueden entenderse como aspectos inherentes a la experiencia, pero también como un vehículo para la expresión de valores sociales y culturales (Ingold, 2000). Así, el interés de la antropología en la percepción sensorial, radica en identificar los diferentes patrones de percepción en una u otra cultura y su influencia en las formas de organización social, las concepciones del *self* o del mundo, así como su relación con las emociones y otros dominios de expresión cultural. También resulta de interés que la respuesta a lo que se percibe a través de los sentidos o el valor que se le asigna, tiene un

fuerte anclaje cultural, o bien, la manera en que ciertos grupos sociales valorizan ciertos sentidos sobre otros y les atribuyen diversos significados (Howes, 1991).

La experiencia sensorial es en parte una habilidad que puede ser cultivada, por lo que los rangos de percepción de los sentidos pueden variar y pueden desarrollarse (McLuhan, 1964). De muchos modos, es posible afirmar que “la realidad no es el mundo como es percibido directamente por los sentidos; la realidad en el mundo como es percibido por la mente a través de la mediación de los sentidos. Entonces, en esencia, la realidad no es lo que vemos, sino lo que aprendemos a ver” (Nelson, 1983 en Ingold, 2000). Por ello, la antropología de los sentidos, pone énfasis en los modos de conocer a través del cuerpo, y de reconocer el poder interpretativo que tienen los sentidos no visuales, para explorar las posibilidades que estos brindan a la consciencia y a la comprensión de un fenómeno, partiendo de que la percepción no solo está dada por cada uno de los sentidos, sino por la interacción entre dos o más de estos (Howes, 1991).

La biomedicina guarda una estrecha y particular relación con el uso de los sentidos, que es fundamental para analizarla como cultura, comenzando con los denominados “ritos de pasaje” de la formación médica, o hitos en el aprendizaje que, de cierto modo, contribuyen a mantener vigente la semiología médica y la propedéutica clínica, frente a la tecnología. Estar frente a un cadáver por primera vez en la práctica de anatomía involucra la exposición visual, pero también la transgresión olfativa y el tacto, aunque mediado por el uso de guantes e instrumentos. Este primer contacto, invoca al significado etimológico del término *autopsia*, “verse a sí mismo”. Pero uno no puede verse, sino a través de otro, el otro inerte que nos recuerda la finitud y la vulnerabilidad. No por menos es el ritual que más resuena en el devenir médico, a partir de la cual, se establecerá contacto con el cuerpo vivo y las manifestaciones que lo constatan.

En la semiología médica, es fundamental la mirada para reconocer el rostro o la facies, la simetría, la proporción, la conformación de los cuerpos, el color, las tonalidades y, no menos importante, las imágenes del cuerpo seccionados en múltiples formas y perspectivas que brinda un ultrasonido, una radiografía, una tomografía o una resonancia magnética. A través de la escucha se identifica el ritmo cardíaco, la respiración, el movimiento intestinal, la resonancia de la percusión y todo aquello que un espacio aéreo al interior del cuerpo habilite

la generación de un sonido, como ocurre fuera del mismo; no menos importante es escuchar lo que la persona puede decir acerca de sí, e incluso cuando no hay lenguaje, sobre todo quienes se dedican a la pediatría, podrán distinguir un llanto de dolor de uno habitual, o el signo inequívoco de un llanto de maullido de gato del infrecuente síndrome de *Cri-du-Chat*. El olfato es quizá el más temido, como hito en la enseñanza médica, aun cuando la mayoría de estudios de laboratorio han podido suplirlo, se invita al estudiante a reconocer los olores característicos, que no suelen ser agradables. Más aún, si un olor es detectado de manera espontánea, es asociado con un cuadro severo y un motivo de alarma. Del uso del gusto, quizá quedan solo vestigios históricos de cuando la glucosa elevada en sangre se manifestaba en el dulzor de la orina. Finalmente, el tacto permite identificar aspectos de la superficie, debajo de ella, e incluso dar cuenta del funcionamiento de algunos órganos, como al colocar ambas manos sobre la espalda y ver en la separación de los pulgares la expansión de los pulmones, o dar un golpe para desencadenar un reflejo.

Iosif (2019) puntualiza cuatro ejes de mutua relación entre la experiencia sensorial y la práctica médica: 1) el rol de los sentidos y su transformación a partir del desarrollo tecnológico; 2) el uso de los sentidos para representar la salud y la enfermedad, por ejemplo, el color blanco y luz fría como símbolos de higiene y limpieza; 3) el control de las sensaciones a través de intervenciones médicas; y 4) el creciente uso de recursos complementarios y medicinas alternativas que emplean terapias sensoriales: musicoterapia, hidroterapia, crioterapia, aromaterapia, por referir algunas. A partir de estos, es posible explorar cómo es que a través de los sentidos se produce un saber, pero también se establecen ciertos tipos de interacción, contribuyendo a la reproducción o constatación de un determinado orden social, pues la relación entre la medicina y los sentidos, configura un espacio clínico, independientemente del espacio físico en que se desarrolle. A continuación, plantearé algunas reflexiones acerca de la manera en que los sentidos y las diferentes relaciones que sugiere Iosif, habilitan la dimensión experiencial del espacio físico y social, con sus consecuentes implicaciones en la atención hospitalaria del embarazo, trabajo de parto, parto y nacimiento, y sus posibles significados.

4.3.1 La vista y la mirada

“El ver se hace conforme con el campo de los objetos. El mirar lleva al sujeto adelante. «Mirar» vale primeramente como vigilar, tomar al cuidado, tomar en guarda y tener cuidado, guardarse. Ocuparse e inquietarse. Al mirar, yo velo y (me) guardo: estoy en relación con el mundo, no con el objeto. Y es así como «soy»: en el ver, yo veo, por razón de óptica; en la mirada soy puesto en juego.”

Jean-Luc Nancy, 2006a

En el apartado previo había hecho referencia al sentido etimológico de la autopsia, como esa primera experiencia que apela no solo a la vista, sino a la mirada en el sentido que sugiere Nancy (2006a), es un primer llamado, inquietante, una primera forma de relación, la constatación de ponerse en juego, como invoca *La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp* de Rembrandt que data de 1632 (Figura 37).



Figura 37. La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp, Rembrandt 1632
https://es.wikipedia.org/wiki/Lecci%C3%B3n_de_anatom%C3%ADa_del_Dr._Nicolaes_Tulp

De un modo distinto, es impactante observar el nacimiento, como la primera relación con el mundo, que demanda tomar al cuidado y tener cuidado. La mirada es este primer paso, de ahí que todo estudiante en formación deba primero mirar, antes que adquirir las habilidades para intervenir, aunque no por ello es menos intrusivo para quien es observado: “*Y ¿voy a tener aquí a mi bebé?, en frente de todos, con todos viéndome*”, preguntó Ilse cuando entró a la sala de labor. Aunque podría afirmarse con Foucault (1966/2004), que no la estaban viendo a ella. En la medicina moderna, una enfermedad se presenta a un observador a través de un sistema de signos y síntomas, que integran un lenguaje no que pasa por el discurso, sino por la mirada, y una sintaxis que se expresa solo en un contexto delimitado, la clínica. En *El nacimiento de la clínica*, Foucault posiciona la emergencia de un sujeto, de una nueva forma de subjetividad, el sujeto de la mirada, y de un nuevo objeto, la enfermedad revelada a través de un sistema de signos y síntomas dispuestos ante la mirada especializada de un médico, investida con un poder de decisión e intervención a partir de la institución, la clínica:

“La persona dotada con un poder institucional, y los recursos necesarios para comprender la sintaxis clínica, es aquella que podrá analizar los riesgos y las oportunidades, anticipar lo que se encuentra más allá de lo evidente, especular sobre lo inexpresable o difícil de discernir, aquello que no está al alcance del saber del paciente. La mirada médica se ancla en el poder de los «códigos de conocimiento» que suponen un carácter objetivo. Para Foucault, la clínica se erige como el lugar en que se materializa y opera, la mirada clínica. Tiene como sustrato la enfermedad – núcleo de la nosología. Sin embargo, el sujeto real de la mirada médica, no es una persona que padece, sino un padecimiento” (Ristić *et al*, 2021:101).

Entonces, la mirada en la biomedicina, supone *mirar sin mirar*, pues a diferencia de la noción foucaultiana del panoptismo que se hace valer para la clínica, las instituciones y el poder político como dispositivo de control, no opera del mismo modo cuando se hace referencia a la percepción o la interacción que habilita la mirada. Aquí la persona que observa se sabe vista y requiere ser vista, para constatar, conocer, aproximarse y comprender un proceso fisiológico o una enfermedad. Pero, rara vez enfocará una parte del cuerpo que no se requiera ver, evitando incluso el contacto visual directo, manteniendo la asimetría que sugiere la mirada clínica. Al inicio del capítulo ya había descrito cómo en el proceso de atención del trabajo de parto y en el parto, el personal de salud y estudiantes, se situaban de la cintura para

abajo, evitando cualquier contacto visual, interferida además por una sábana que separa lo que el médico puede ver, de lo que las mujeres solo pueden imaginar. Asimismo, al hacer un tacto vaginal, suelen dirigir la mirada hacia arriba, como para aislar alguna distracción o salvaguardar un poco la privacidad, pero también implica no darse cuenta si ello provoca dolor. De este modo, la mirada médica es un reguardo, es mantenernos todos menos expuestos, pero paradójicamente, es por ello que conduce a la desobjetivación.

La gestualidad es una parte del lenguaje que se revela solamente al sentido de la vista, por lo que es relevante en el espacio clínico. El gesto acompaña al lenguaje y guarda correlación con lo que el lenguaje estructura a partir de sus propiedades y convenciones, sin embargo, como la gesticulación no sigue convenciones ni se articula de manera consciente, puede anticiparse a la preferencia del sonido, de ahí que sea vital para la comunicación. Si bien la persona no es consciente de su gestualidad, si revela algo a quien la observa, pues está intrínsecamente vinculado con el pensamiento (McNeill, 2005). En la consulta prenatal, por ejemplo, se halla más útil mantener contacto visual al momento del interrogatorio, es justamente el gesto lo que permite al observador “auscultar” –en el sentido que se explora en el siguiente apartado– lo que la persona está diciendo. El gesto es una manera de interrogar la veracidad y de ver más allá de lo que verbalmente se comunica, a través de la congruencia entre la mirada y la voz. Por sí misma, toda mirada dice algo, ejemplifica Mucci a partir de un fragmento literario del escritor Sándor Márai:

“¿Sería capaz de ayudarme? Eso le pregunté con la mirada. Y él me la sostuvo con seriedad. No me lo aseguraba (...) Esa mirada iba a decidirlo todo entre nosotros...Pero lo que podía hacer por mí (...) resultaría inútil y vano si ambos, él y yo, no firmábamos allí, en ese instante, una especie de alianza y contrato: que él era mi médico y, por tanto, sería capaz de curarme” (2007:62)

Lo que en esencia nos dice la mirada es que existimos, apelando a la visibilidad como condición fundamental para el reconocimiento. La mirada sobre alguien es la ratificación de su existencia, pues constituye el momento en que se capta a sí mismo como sujeto de la percepción del otro, es decir, experimentamos que hay una consciencia otra para la cual existimos (Sartre, 1943/1993). Así, la mirada es el hecho básico de las relaciones intersubjetivas y es en ese mismo plano que puede emplearse en un sentido inverso, para

manifestar al otro que, aun cuando se halla presente, no está ahí para nosotros. Este fenómeno de invisibilización, al que frecuentemente se recurre desde las ciencias sociales, es definido como aquel modo de comportamiento que patenta que el otro no es visto intencionalmente:

“La «invisibilización» designa la ausencia de todas aquellas conductas del yo que confirmarían la aparición del otro en su campo visual, es decir, la desaparición de todos aquellos gestos con los cuales se le indica al otro que es objeto de la consideración positiva del yo. El fenómeno de la «invisibilización» despoja al otro de su condición de sujeto y lo reduce a la categoría de objeto” (Rodríguez, 2014:8)

Por el contrario, el reconocimiento implica expresar a través de la mirada, el gesto y la acción que se está dispuesto a restringir la tendencia egocéntrica, ante la presencia o las necesidades de otro, en el sentido ético y político, como un derecho fundamental. Siguiendo el argumento de Honneth (1995), la posibilidad de sentir, comprender y dar cuenta de las necesidades de otro como sujeto autónomo, y de constituir la agencia es a través de la confianza, el respeto y la autoestima, cualidades que solamente se adquieren de manera intersubjetiva, al ser reconocidos por el otro, que uno también reconoce.

4.3.2 El oído y la escucha

“La voz no solo sale de la boca, sino también de todas partes, resuena de la cabeza a la pluma que traza para terminar y para empezar, para desbordar... La escritura es el encanto de la voz, su atractivo, su retrainimiento, su retrato, todos los tipos de trazos, de huellas, de prolongaciones del sentido en líneas interminables, interminadas...”

-Jean-Luc Nancy, 2015

Los oídos no tienen párpados, no se pueden cerrar. Es una frase común que alude a los sonidos como una presencia incesante; el sonido no solo penetra por el oído, sino que se propaga por todo el cuerpo y produce un efecto de resonancia y de vibración (Nancy, 2007).

Pero al mismo tiempo, la escucha no es un proceso automático, de ahí a diferencia común entre ‘oír’ y ‘escuchar’, ésta segunda, mediada por un ordenamiento, una interpretación o un horizonte de comprensión. En el entorno hospitalario, los sonidos adquieren dos formas principales a través de las cuales pueden ser analizados, aquellos que forman parte de la interacción singular y los que conforman una esfera colectiva, es decir, un ambiente sonoro.

Estar en la sala de labor es una exposición constante a múltiples sonidos que articulan las relaciones y procesos en su interior. Rice (2013) define el paisaje sonoro del hospital a través de cinco aspectos principales: los sonidos que constatan las funciones vitales emitidos por los equipos de monitoreo, los sonidos vinculados a las funciones o expresiones corporales, los sonidos que se consideran ruidos inaceptables, el espacio conversacional, y el silencio como valor terapéutico. Los primeros cuatro dan cuenta del entorno característico de la sala de labor, mientras que el silencio es excepcional. Al ingresar a la sala de labor, no solamente se tiene la mirada dispuesta hacia todas las camas de manera simultánea, sino que se cuenta con algunos monitores de frecuencia cardíaca y presión arterial, que se colocan de manera rutinaria a las mujeres, solo cuando resultan insuficientes, se prioriza a quien se considere que pueda ser más importante vigilar de manera estrecha, por ejemplo, a las que han recibido analgesia epidural, o que tienen algún factor de riesgo. El sonido constante del aparato marca las pulsaciones y detona una alarma ante una variación importante; la mayoría de las veces sucede porque sin querer, se ha despegado el transductor, lo cual alerta a las usuarias, más que al personal de salud, quienes saben de estos incidentes, además de constatar inmediatamente que el sonido no se corresponde con lo que observan. A este sonido constante, se suma el sonido intermitente del fonodetector que permite escuchar la frecuencia cardíaca fetal y el registro cardiotocográfico, un aparato que registra la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones, traduciendo el sonido en una gráfica impresa.

Más allá de las mediaciones, el cuerpo-sujeto halla en los sonidos sus propios medios para dar cuenta de sí, “a través del sonido, lo interior del cuerpo es exteriorizado y estas formas de exteriorización se re-internalizan mediante diferentes escuchas, desdibujando los límites del cuerpo” (Rice, 2013:53). Un quejido es indicio de una contracción, y cuánto más fuerte, se asume más intensa, y cuanto más incesantes, más frecuentes. En el acompañamiento cercano con las adolescentes, esta relación me parecía evidente, pero si se toma distancia, es

inaudible, sobrepasada por los sonidos mecánicos. También desde esta cercanía, las mujeres sabían cuando alguna de las que acompañaba ya había dado a luz, tras escuchar el llanto de un bebé. Estas expresiones están dispuestas para el personal de salud, pero más cercanas a la experiencia de las usuarias. Cuando acompañaba a Miriam y Jimena, escuchamos a una mujer que gritaba de una manera diferente. Miriam que había estado esperando la inducción del parto por varias horas y había observado también a más mujeres, notó inmediatamente que el dolor que expresaba era diferente. El grito alertó a todas las mujeres en la sala y desesperaba a los médicos y estudiantes. El grito impedía cualquier intento de aliviarlo. El grito se alzaba por encima de todo. Miriam exclamó: “*¿Y si vas con ella? Nosotras creo que estamos bien...*” A lo que Jimena se sumó: “*Si ve con ella [suspiró tensa] ¡Ay! Yo pienso que yo no quiero gritar, ¿para qué? ¡Qué pena! Si de todas maneras me duele, ¿para qué grito?*”. Me dirigí a la cama de enfrente, a no más de dos metros de distancia, frente a una mujer que no conocía: “*Mírame, respira, sé que te está pasando de todo y que el dolor es intenso, que muchas cosas duelen. Respira, otra vez, una más... falta muy poco. ¿Necesitas aire?*” Tengo un abanico improvisado con una hoja de papel y poco a poco la respiración se acompasa. El grito ya no se escucha. Respiramos todas, todos.

En el parto se vive una angustia de muerte, una forma de transgresión que provoca un lamento, una exclamación instintiva, independientemente de que se tengan recursos para paliar el dolor físico, hay una parte del dolor que no puede traducirse en palabras y un grito que no puede ser contenido. Con todo ello, los gritos y el llanto son aquellos ruidos inaceptables en el orden social de este espacio, por eso en ellos se halla una forma de subversión, “en el ruido se lee la vida, las relaciones humanas... a través de códigos que analizan, marcan, encauzan, reprimen, canalizan los sonidos primitivos del lenguaje, del cuerpo, de los objetos, de las relaciones con otros y con uno mismo” (Attali, 1995;6). No es casual que el ruido produce diversas formas de censura, no solo la que establece explícitamente el personal de salud, sino el impuesto por la vergüenza y la amenaza a la intimidad propia y de otros.

De manera que, no solo la mirada, sino también los sonidos tienen un rol en la privacidad o en la construcción de los espacios colectivos, tanto en los sonidos desarticulados como en la conformación del entorno como espacio conversacional y de flujo de información. Como se

expuso antes, la comunicación en este espacio de atención es heteroglósica, compuesta por diversas voces dirigidas a destinatarios diversos, que muestran las tensiones entre discursos antagónicos, por ejemplo, los oficiales de no oficiales, los centrales de los periféricos, los que tienen legitimidad, frente a los que no la tienen, como expresión de determinadas fuerzas sociales (Morris, 1994). Además, no solamente se tiene la información de la interacción directa, sino de las que suceden en el entorno, las conversaciones entre profesionales y el intercambio de una opinión clínica, las instrucciones dadas a los estudiantes o al personal de enfermería, o el tratamiento a las otras usuarias.

Jimena tenía ocho centímetros de dilatación, cuando veía atenta a las instrucciones que el ginecobstetra daba a la mujer a un lado, al poco tiempo, ella comenzó a poner en práctica las mismas indicaciones y lo hacía patente: *“mira, creo que si sirve lo que le dijo el doctor... yo también ya siento ganas de pujar, y si, si me subes poquito la cama, me siento más cómoda y me puedo apoyar”*. A ella no le habían dado ninguna instrucción, pero las sensaciones parecían corresponderse, tanto como la pertinencia del discurso médico para responder a sus propias necesidades. En este sentido, el conocimiento en un hospital no es un flujo unidireccional de información, sino una compilación y un proceso de diseminación en los diferentes espacios. En una ocasión, alguien vio llegar a Adriana, una de las adolescentes que acompañaba, y como el personal sabía que participaba en la investigación, me avisaron que había llegado, cuando me acerqué a ella, interpeló con acierto: *“es impresionante cuántas personas saben de mi aquí...”*

Pasando de lo colectivo a la relación interpersonal que caracteriza al encuentro clínico, dada por el interrogatorio y la exploración clínica, podría decirse que la audición es una mirada diferida, un acercamiento a lo que se encuentra en el interior y los ojos no pueden ver y por lo tanto no puede constatarse. Además, al igual que la mirada, plantea la imposibilidad de conocerse a sí mismo sino a través del otro, la escucha también requiere de una mediación que permita la apertura, como sugiere Szendy (2015) en su reflexión acerca del tratado *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration* de Laënnec, el inventor del estetoscopio:

“Auscultar *sin mediación*, aplicando *inmediatamente* el oído al objeto de la exploración auditiva, se corría el riesgo de no escuchar otra cosa que a sí mismo.

Como si al adherirse a lo que quiere oír el oído provocara una especie de acufenos, un *murmullo a la escucha* que también es un enmascaramiento. Esa será la distancia introducida por el estetoscopio, que la remediará: para Laënnec, inventor de la auscultación *mediata*, al interponer un dispositivo técnico entre los dos cuerpos resonantes se puede empezar a escuchar al otro sin escucharse a sí mismo.” (Szendy, 2015:58)

Szendy concluye su argumento invocando a recurriendo a Nietzsche, quien aplica la noción de auscultación a otros objetos, como a los textos, aludiendo a que auscultar implica abrirse paso hacia el interior, como una forma de interrogar y de apertura a la otredad. Cuando se está ante la interacción entre el profesional de salud y la usuaria es posible constatar que esta forma de escucha no ocurre de manera automática, por el contrario, se hace evidente para los médicos que las adolescentes, en general, no suelen ser muy participativas en la consulta, así como la manera en que el diálogo es igualmente suplantado por la mediación tecnológica, como se observa en un ejemplo genérico de las interacciones cotidianas:

Médico: *¿Cómo has estado? ¿Todo bien? ¿Verdad?*

Paciente: *Creo que sí*

Médico: *Dolor de cabeza, de estómago, sangrado, salida de líquido, mal olor, molestas al orinar, ¿alguna molestia?*

Paciente: *No*

Médico: *¿Estás tomando agua? ¿Vitaminas? ¿Se mueve bien tu bebé?*

Paciente: *Si, ya se mueve más.*

Médico: *Bueno, perfecto, vamos a revisarte...*

Al igual que para escuchar el latido fetal se coloca el dispositivo de mediación y se espera a la transmisión del sonido, o se le busca, cambiando de posición hasta encontrarlo, interrogar también requiere dar paso a la palabra, mediada por la intención genuina de saber algo del otro, de escuchar y comprender.

4.3.3 El tacto

“Es el sentido del tacto lo que ordena no tocar”

-Jean-Luc Nancy, 2006b

Dentro de las transformaciones que el desarrollo tecnológico ha planteado a la biomedicina en cuanto a sus formas de saber y hacer, la que tiene que ver con el sentido del tacto es significativa, incluso en el discurso, ante la creciente expansión del modelo sintetizado con la frase en inglés “high-tech, low-touch” (Iosif, 2019), cuya traducción podría tener no menos implicación, *más tecnología, menos tacto*. El sentido del tacto invita a múltiples reflexiones en función de sus dos acepciones:

“1) Su significado ético indica que el tacto es una virtud a la manera de lo que dice la expresión castellana «tener tacto», es decir, un tacto moral para saber tratar con otros y saber lo que conviene decir, hacer o evitar en cada situación particular; 2) Su significado perspectivo indica que el tacto es uno de los cinco sentidos. Su percepción háptica ofrece determinadas sensaciones a través de la piel, las manos y el movimiento corporal.” (Diez, 2021:5)

En la práctica médica o en el acto clínico, ambos significados tienen lugar y están íntimamente relacionados, pues es tan necesario tocar con una técnica adecuada que permita identificar signos clínicos e interpretar las diferentes sensaciones, como tener tacto en el sentido ético de cuidar la privacidad, no exponer innecesariamente el cuerpo, hacerlo en un lugar privado, y comunicar de manera cuidadosa los hallazgos que resulten. Además, es de señalar que, ambos tienen que ver o denotan la habilidad de un profesional de salud, podría decirse que, en todo sentido, el tacto se adquiere a través de la experiencia, la cual es frecuentemente percibida por la persona que es tocada, tanto en la técnica, la firmeza, la rapidez con la que lo tocado se revela a su percepción, como en la interpretación y en la certeza de la comunicación. Era evidente que uno de los pocos aspectos que desagradaba a las adolescentes era ser tocadas por estudiantes y la manera de interactuar con ellas, que contrastaba con la experiencia de las y los médicos:

“La otra vez la doctora que me vio, si me dijo, «perdón, pero tengo muchos estudiantes...» Y todos me empezaron a tocar la panza, me decían «te voy a tocar ¿eh?», «te reviso ¿sí?»». Pero ¡ya qué! Ya lo estaban haciendo cuando me avisaban y yo así de... pues bueno... Es un poco incómodo. Tal vez uno, porque sé que tienen que aprender, pero que todos estén al mismo tiempo, la verdad no me gusta”

Aunque efectivamente, cada vez hay mayor uso de instrumentos tecnológicos, el sentido del tacto es ampliamente recurrido en la atención obstétrica, en donde además tiene una particular relevancia porque no es lo mismo tocar una parte del cuerpo que otra, así como tocar la superficie que el interior. Para ejemplificarlo, retomo dos procedimientos realizados mediante el tacto que se realizan en la atención del embarazo y del trabajo de parto, las maniobras de Leopold y el tacto vaginal. Las primeras son un conjunto de cuatro maniobras basadas en la palpación externa del abdomen para describir cómo se ubica el feto al interior del vientre materno, siendo más relevante cuando el parto se acerca, pues la cabeza debe estar dirigida hacia el canal de parto (Figura 38)

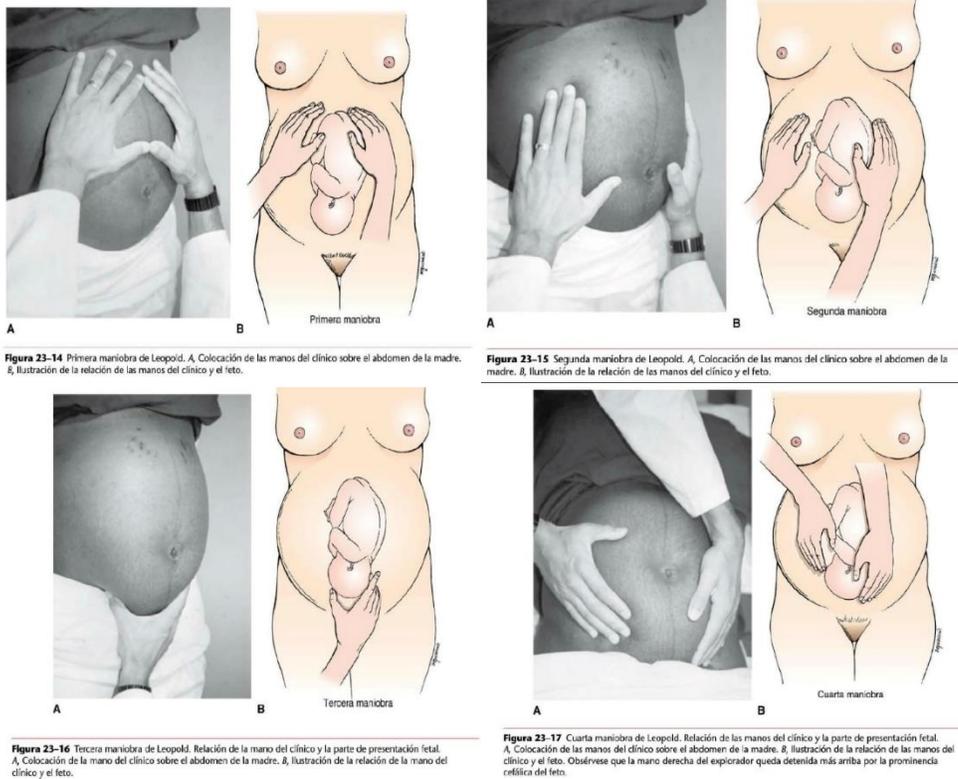


Figura 38. Esquemas didácticos de maniobras de Leopold. Fuente: Swartz (2015)

El esquema ilustra lo complejo que pueden ser estas maniobras y la práctica requerida para que sean precisas, considerando que como cualquier proceso que apela a los sentidos, conlleva la falta de certeza, ya que no se puede constatar, cuanto más si solamente involucra uno de los sentidos. En los diferentes momentos de la atención, esta maniobra se realizaba solamente si no se contaba con un ultrasonido en el lugar o estaba fuera de servicio pues, aunque también se requiere un entrenamiento para realizarlo, plantea menos dificultades discernir si la cabeza del feto está situada en la posición adecuada para un parto vaginal de bajo riesgo. Por otra parte, el tacto vaginal plantea reflexiones adicionales, no solamente por su implicación en la intimidad, el valor que se le asigna o las sensaciones que causa, sino que no hay un medio tecnológico que lo reemplace y en el ámbito de la enseñanza, los simuladores son de utilidad, pero es difícilmente comparable con la situación real.

Cuando se trata de un hospital-escuela, se sabe que el examen vaginal que realiza un residente o estudiante, tendrá que ser confirmado por el personal titulado o especialista que les supervisa, por lo que esta situación amerita el consentimiento verbal de la usuaria y resaltar que, bajo ninguna circunstancia se puede ejercer coerción para que una mujer se someta a tactos frecuentes y repetidos (Ballesteros et al, 2012). Al respecto, destaca el resultado de una investigación que indagó sobre la experiencia de las mujeres acerca del tacto vaginal en la atención del parto, la cual señala una correlación entre la percepción sobre el tacto y la percepción en general de la atención recibida, es decir, si se consideraba que el desempeño profesional del médico era bueno, también lo era la evaluación subjetiva del examen vaginal. Además, las mujeres están dispuestas a aceptar el procedimiento si se les explica la utilidad y los hallazgos y si es realizado por un médico con habilidad y que muestre una actitud gentil y empática. Al respecto, cerca de un 50% percibieron el tacto vaginal como un examen necesario que también les dio tranquilidad al saber cómo avanzaba el trabajo de parto, pero un 30% indicaron que les producía una mayor ansiedad, y una gran mayoría reportaron que hubieran querido que se les explicara el procedimiento con mayor claridad y se les solicitara expresamente su autorización (Romani *et al*, 2007).

En el acompañamiento con las adolescentes, la percepción con respecto al tacto, era muy variable, y definitivamente tenía que ver con la experiencia que percibían del profesional de salud. En la consulta prenatal, era de gran ayuda que, el ginecobstetra les anticipara que no

haría un tacto vaginal en esa consulta –cuando no lo considera indispensable–, pero que probablemente lo realizara en la siguiente, dependiendo de otros signos relacionados con el inicio de trabajo de parto. Esto les daba oportunidad de prepararse o de aclarar dudas si es que las tenían, como Diana, que inmediatamente preguntó al médico qué era eso y porqué lo haría. Aunque junto con el diagnóstico de embarazo, se recomienda hacer una exploración ginecológica completa al inicio del embarazo, no siempre se lleva a cabo en los centros de salud en donde inicia la atención prenatal, por lo que el trabajo de parto, puede ser el primer contacto de una adolescente con este tipo de examen clínico.

En la sala de labor, no solían hacerse de manera repetida, apegándose en lo posible a las guías de práctica clínica, que señalan que la frecuencia recomendada es cada cuatro horas –aunque guías menos recientes lo indicaban cada hora–, y menos a las adolescentes, con quien fue infrecuente que los médicos permitieran a un estudiante practicar. Aun así, la mayoría de las adolescentes tenían un punto de comparación, en general lo consideraban necesario, pero identificaban que el personal de la consulta y los ginecobstetras de la sala de labor eran más cuidadosos y mostraban más habilidad, de manera que inmediatamente notaban cuando un residente les hacía la exploración. Desde mi perspectiva como observadora, la experiencia no solo se hacía evidente en la técnica, sino en el cuidado de identificar un momento apropiado para hacer una exploración, poniendo atención al estado de ánimo, a la intensidad de las contracciones, o a la incomodidad que experimentaban. Fue aleccionador escuchar que algunos obstetras dijeran a las adolescentes, o a los residentes: *“Ahora no, vamos a esperar un poco, seguramente van a bajar un poco las contracciones... cuando te sientas un poco más tranquila lo intentamos, no es indispensable ahora”*, de ahí la elección del epígrafe de Nancy, *“es el sentido del tacto lo que ordena no tocar”*.

Una dimensión fundamental del tacto, es que no solamente permite percibir, sino también comunicar, por ello es fundamental para la vida social y afectiva de los seres humanos y para el desarrollo socioemocional desde el momento del nacimiento. De ahí, que la relevancia del apego inmediato y el contacto piel con piel entre la madre y la persona recién nacida, se sostenga tanto como una función fisiológica, como afectiva, emocional y vinculante. La forma de tocar puede generar calidez e intimidad o producir incomodidad o dolor. Además, intensifica las emociones transmitidas por otros medios de comunicación (Hertenstein *et al*,

2006), por lo que el tacto es una de las necesidades humanas fundamentales y uno de los sentidos vitales. No obstante, la ya referida antropología de los sentidos, poco ha reflexionado acerca del tacto y la manera en que puede ser percibido en otras culturas o contextos, aunque si ha incursionado en ello la psicología y la medicina.

Mientras acompañaba a las adolescentes, quizá una de las acciones más raras para una etnografía y también para la biomedicina era ver el contacto físico –fuera de la exploración clínica– con una mujer en trabajo de parto, pues es fundamental reconocer que, hace varias décadas los contextos institucionales emitieron prohibiciones de contacto físico, derivado de los casos de hostigamiento, acoso y violación sexual. Mientras que el contacto sigue siendo una necesidad fundamental, un acto de cercanía, también se erige como amenaza, peligro potencial o tabú (Field, 2001). La sala de partos me provocó recordar que, como estudiante de medicina, muchas veces escuche decir en la sala de labor: “*Ni se les ocurra dejar que la parturienta les tome la mano, tienen tanta fuerza cuando están pujando que se las pueden fracturar*”. El trabajo de campo me hizo comprobar que no era cierto o quizá poco probable, por dejar un lugar a la repetida afirmación, que se mantiene un tanto vigente. En dos ocasiones, una enfermera se acercó a las adolescentes en la sala de expulsión, animándoles a pujar, y cuando ellas intentaron tomar su mano, ella fue determinante: “*No, no, ¡no! No me agarres a mí, mira, agárrate de este tubo*”.

Field (2001) aporta algunos elementos para explicar algunos factores que han influido en desalentar el tacto y su potencial de aliviar el dolor el sufrimiento, como el riesgo de abuso sexual, el tabú vinculado a la sexualidad y a la par, el desarrollo tecnológico, que generaron incluso, su desaparición de textos médicos y de la formación. Algunos psiquiatras en el siglo XX también insistieron en minimizar el contacto físico bajo la hipótesis de que afectaría los tratamientos y cierta corriente sostenía que no había distinción entre un contacto terapéutico, agresivo o sexual, conduciendo a la ‘criminalización del tacto’. Sin embargo, en décadas recientes, la importancia del tacto se ha reconsiderado y se ha vuelto a incluir con mayor énfasis en los programas de estudio de la formación médica, aunado a la mayor interacción entre la biomedicina y otras terapias alternativas cuya relación con el tacto siempre se ha mantenido. En este sentido no es casualidad que en la atención del parto se insista en la

presencia de una persona acompañante con quien la mujer pueda mantener contacto, o que pueda realizarles masajes, y se documente su impacto positivo en los resultados obstétricos.

Presenciar y acompañar el embarazo, el parto y nacimiento deja mucho más que pensar al respecto del tacto en sus tres dimensiones: sensorial, moral y comunicacional. El tacto y el contacto, aparecen de diversas formas durante esta etapa y adquieren múltiples significados. En una ocasión, cuando hablaba con una de las adolescentes, Mónica, me preguntó: *“Por qué será que cuando estás embarazada, toda la gente quiere tocarte la panza y ver que se mueve el bebé, a mí no me gusta... Personas que apenas te conocen te tocan solo porque estás embarazada”*. Al igual que con el resto de los sentidos, en el tacto también se debate lo público y lo privado, ya que es a través del tacto que nos diferenciamos del exterior y de otros. Y así mismo sucede esa primera diferenciación, el nacimiento. Y ese primer contacto que patenta el tacto como principio del cuidado, y las manos como el sostenimiento: *“¿Es que la vida no viene a la vida sujetándose, agarrándose, confiándose siempre a las manos del otro? ¿Nacer no es siempre ser recibido por las manos del otro? (Recalcati, 2018:22)* El ginecobstetra Frederick Leboyer (Figura 39) fue precursor en definir este primer contacto, desde la perspectiva médica, dando cuenta de la importancia del masaje de las contracciones y la presión de la pared uterina durante el parto, para estimular al recién nacido y favorecer la respiración, atravesar el canal de parto *“es el viaje más peligroso en la vida, pero el masaje más reconfortante”* (en Field, 2001:38).



Figura 39. Nacimiento sin violencia, Imagen tomada del video de Frederick Leboyer
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yqBsUyFF5fl>

4.4 Un encuentro inesperado, un espacio común

“¿Cómo percibimos nosotros a la mujer? La miramos... Lo que escuchamos... Lo que sentimos... Lo que palpamos... Lo que olemos. Pero también, ¿cómo nos percibe la mujer? Nos escucha... Nos mira... Nos huele... Nos siente...” Esta reflexión se escuchaba una mañana en un auditorio que solía improvisarse en el segundo piso, afuera de las oficinas de los directivos del hospital (Figura 40), durante una sesión clínica impartida por dos educadoras perinatales y *doulas* mexicanas. En ella participaron profesionales de salud de las diversas disciplinas que integra el hospital, personal auxiliar, estudiantes, personal administrativo y directivo, y tuve la oportunidad de asistir a unos cuantos días de concluir mi estancia en campo.



Figura 40. Fotografía de sesión clínica impartida por educadoras perinatales (Vargas, 2019)

La sesión se había dado por iniciativa de la Dra. Ariadna Ortega, una médica ginecobstetra adscrita al hospital² que tomó un curso con ellas, con la finalidad de explorar la atención de parto con mínimas intervenciones e implementarlo en su práctica. Sin embargo, también exploraba la posibilidad de que las estudiantes de un diplomado en educación perinatal,

² Únicamente en este apartado menciono su nombre con previa autorización y consentimiento.

podieran hacer prácticas y trabajo voluntario en la unidad tocoquirúrgica del hospital, alentada por la investigación doctoral de Campiglia (2017) que daba cuenta de un proyecto de intervención en un hospital público en el que se introdujo la participación de *doulas*, como una estrategia de prevención y disminución de la violencia obstétrica. En esta suma de experiencias y voluntades, poco a poco se iba haciendo posible el acompañamiento profesional y la incorporación de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor en el trabajo de parto.

A manera de cierre de campo, tuve la oportunidad de estar en la sala de labor con la Dra. Ortega, que había impulsado esta iniciativa y la primera *doula* voluntaria que participó en el hospital, una mujer boliviana, dedicada al hogar y madre de cuatro hijos que habían nacido en diferentes modelos: el primero en Bolivia, altamente intervenido, el segundo en Estados Unidos, con cierto acompañamiento de una *doula* y los siguientes dos en México, dentro del modelo ‘humanizado’. En la sala de labor, la presentaron con todo el personal que se encontraba en ese momento e inmediatamente ella se presentó con las dos mujeres que se encontraban en trabajo de parto, quienes parecían un poco extrañadas, aunque con gusto de saber que alguien quisiera que su trabajo de parto fuera agradable y tranquilo. Inmediatamente comenzamos a pensar cómo podría empezarse a trabajar con las mujeres desde el control prenatal, además de la intervención en la sala de labor.

Mientras ella acompañaba y yo observaba, otra usuaria comentaba que se sentiría mejor estando de pie, así que ofrecía acompañarla, para tranquilidad del personal de enfermería, quienes comentaban entre ellas que esa sala de labor “*se estaba descontrolando*”. No podían hacerlo en voz alta, pues predominaba la autoridad de la ginecobstetra de turno. Al ver a la mujer moverse recargada en la camilla, la estudiante que le correspondía monitorearla no tenía muy claro qué hacer, se acercó a la mujer y le insistió: “le voy a pedir que se acueste, porque tengo que escuchar al bebé”. En acuerdo con la ginecobstetra, le pedí el fonodetector y le mostré que el foco fetal se puede escuchar, aunque la mujer esté de pie, solo hay que hacerlo un poco más abajo, ya que el bebé desciende por la gravedad. La estudiante miraba atenta y se tranquilizó, con la confianza de que había otras formas de hacer.

En esta ocasión no había acompañado a ninguna adolescente, ni había presenciado un parto, pero espero haber atestiguado el nacimiento de una transformación, de un espacio común en

beneficio de las mujeres y de las adolescentes, como se había propuesto aquella vez en el aula:

*“El apoyo en el parto es la presencia terapéutica de humano a humano... No hay que olvidar que la mujer está haciendo algo muy privado en lugar muy público...
“Podemos ser la memoria de la mujer en el parto... que le recuerde lo que la empodera” (Trueba, 2019)*

5. Apalabrar lo(s) sentido(s)

Poner en palabras no sólo es un medio de enunciación o descripción de la realidad, sino también un modo de constituirla, de construirla y de experimentarla. Sostiene Ingold que, “las personas y las cosas no solo existen, sino que ocurren, y se identifican, no por atributos establecidos de antemano o transmitidos desde el pasado, sino elaborados en los mismos caminos (o trayectorias, o historias) por los que han transitado y en los que ahora transitan” (2011:141) Así, la narración no se limita a enunciar una serie de objetos dispuestos en el entorno u ordenar aquellos eventos que se suceden en un periodo determinado, sino que implica dar cuenta de la experiencia, vinculada con la percepción, la intuición o la revelación acerca de algo que existe (Gadamer,1989), y del acontecimiento como aquello capaz de producir un cambio en el cauce de los sucesos y hacen progresar una historia susceptible de ser contada (Ricoeur, 1999). Annie Ernaux (2022) titula *El acontecimiento* a la narración autobiográfica sobre el curso de un embarazo no deseado y el aborto, concluyendo con una reflexión que enmarca la pretensión de este capítulo, tras haber presenciado y acompañado la singularidad de la vivencia de las mujeres en torno al embarazo, el parto y sus múltiples desenlaces:

“poner en palabras lo que se me revela como una experiencia humana total de la vida y la muerte, del tiempo, de la moral y de lo prohibido, de la ley, una experiencia vivida desde el principio al final a través del cuerpo” (Ernaux, 2022:114).

Emplearé la narrativa como vehículo de la experiencia y de lo social, a partir de las historias de vida, los eventos significativos y el periodo de acompañamiento con las adolescentes durante la atención hospitalaria y más allá de este espacio. En el primer apartado expondré el vínculo teórico-metodológico entre la etnografía y las narrativas, a partir de algunas reflexiones particulares de la antropología médica y de la salud. Los siguientes dos apartados presentan las narrativas como ejercicio testimonial, interpretativo y analítico, como resultado medular de la investigación, toda vez que en las historias de las adolescentes se entrama el contexto como condición de posibilidad para la emergencia de ciertas narrativas y no de otras, las perspectivas de los profesionales de salud, familias y otros actores sociales relevantes, su experiencia en el entorno hospitalario y en las interacciones de las que fueron partícipes, de los significados que le atribuyen, y sus perspectivas futuras. En el cuarto apartado propongo

una síntesis de los hitos en las historias de vida y trayectorias de las adolescentes, insistiendo en la relevancia central de su experiencia para comprender el proceso reproductivo en esta etapa. Concluyo con un análisis de los aspectos concomitantes de la dinámica hospitalaria que impactan de manera significativa en la atención de las adolescentes, teniendo como eje su reconocimiento y garantía de derechos.

5.1 La experiencia antropológica y la emergencia de las narrativas

El giro lingüístico de la filosofía –expresión acuñada por R. Rorty a finales de la década de los sesenta– refiere a una construcción epistemológica orientada a contravenir la idea del lenguaje como mediador entre la acción y la realidad, es decir, como expresión de un pensamiento que subordina la práctica significativa del lenguaje a la razón. Esta serie de transformaciones implicaron pensar *desde* el lenguaje y *con* el lenguaje, revelando su función y capacidad de generar realidad (López, 2011). El lenguaje, es entonces un conjunto de instrumentos inseparables de nuestras formas de vida, pues es al mismo tiempo es la expresión del pensamiento y el medio a través del cual se accede a pensamientos que de otra forma no podrían emerger (Acero, 1993)

Con base en esta concepción del lenguaje, la posibilidad de narrar pone en juego no solo la acción individual, sino la interacción social. De manera que, en la investigación etnográfica, muchos de los datos surgen en forma de narrativas, que dan cuenta de acciones, formas de interacción social, significados, sentidos y explicaciones atribuidos a los eventos que el investigador observa o de los cuales participa (Garro y Mattingly, 2000). Este giro narrativo de la antropología constituye una mediación entre lo personal y lo cultural, pues el acto de narrar implica dar sentido a la experiencia vivida y, al mismo tiempo, permite al investigador acceder a un cierto grado de comprensión acerca de algo que no se ha experimentado personalmente, a través de la posibilidad de vincular la experiencia subjetiva con los aspectos socioculturales al interior de los cuales, ésta adquiere sentido (Hamui, 2011).

En el campo concreto de la antropología médica, el interés por dilucidar las tensiones entre diferentes modelos y sistemas de atención en determinados grupos sociales, fue de cierta manera relevado por la necesidad de comprender las realidades en torno a la salud, el cuerpo

y sus procesos, la enfermedad o el padecer, a partir de las experiencias humanas generadas por eventos que le afectan en su dimensión biológica, existencial y social, inscritas en un contexto específico (Nunes, 2014). Por ende, indagar sobre las estructuras de poder y sistemas de saber ya no implicaría solo describir procesos y relaciones, sino también acercarse a la manera en que estos son aprehendidos y dotados de sentido por las personas que los viven, como una forma de dar voz, frente a procesos de silenciamiento y estructuras de poder. Al hacer visibles las asimetrías y desigualdades, tanto en las interacciones cotidianas como las condiciones estructurales, las narrativas pueden posicionarse sobre los imaginarios morales, orientándose hacia la conformación de nuevas identidades, formas de agencia y acción colectiva (Bamberg, 2007; Baglia y Silverman, 2015).

La generación de conocimiento a partir del análisis narrativo, puede emplearse en la visibilización de problemas de salud que han sido velados, o como cuestionamiento de la priorización de un fenómeno sobre otros, o bien, como forma de restitución frente a las rupturas producidas por la enfermedad, el padecer, la violencia y el sufrimiento, también como sustento a la demanda colectiva de transformación o cambio social, considerando que, en la búsqueda de la justicia social, la investigación antropológica requiere posicionarse como un proyecto ético-político más amplio. En este sentido, la narrativa permite aproximarse a la ética, por su capacidad de conectar las contingencias y así convertirse en un vehículo para la reflexión (Carso, 1997).

Frecuentemente la narrativa se produce a partir de los relatos de eventos que han tenido lugar en el pasado y son propuestos en el presente, adquiriendo nuevo

s significados, para lo cual se articulan diversos conceptos y categorías, que dan cuenta del contexto, las tramas, las historias, las formas de expresión verbal y no verbal, así como la subjetividad y la materialidad, que son puestos en juego y funcionan como mediadores entre el lenguaje y la realidad social (Hamui, 2019). En este caso, las narrativas dan cuenta de la experiencia vivida y compartida, por lo que apela directamente el espacio físico y social, a la percepción y mediación de los sentidos, las relaciones sociales, así como a los significados que emergen en un horizonte de comprensión común. pero también por los discursos que discurren en ella, entendiendo estos como corpus de significaciones que han sido provistos de sentido aun antes de ser comunicados y que operan como una de las bases de la

interpretación. Tanto relatos como discursos, son exteriorizados a través del lenguaje, de manera que, cuando el mundo se manifiesta lingüísticamente abierto, en su potencial de ser comunicado, aparece estructurado de algún modo que lo vuelve accesible a la comprensión (Lafont, 1997). En este sentido, Bobes (1992) distingue cinco procesos semióticos a partir de los cuales es posible identificar la fuente de los datos obtenidos, que conducirán en segundo momento, al ejercicio analítico:

- a) Procesos de expresión (*hablar*): Refiere al habla, proferida desde el “yo”, en donde el sujeto hablante no busca intencionadamente un intercambio o una comunicación, sino solamente manifestar algo al exterior.
- b) Procesos de significación: Dan lugar a los valores significativos contenidos en el discurso, a través de códigos o sistemas que existen independientemente de los sujetos que hablan, es decir ocurre de manera espontánea más que intencional, como una abstracción acorde al contexto.
- c) Procesos de comunicación (*hablar a*): Basados en un esquema semiótico que reconoce al menos a dos sujetos, con sus respectivos roles de habla y escucha, caracterizados por la asimetría (uno comunica y otro recibe la comunicación), y con funciones determinadas. Es el fenómeno social en que dos o más sujetos se ponen en relación.
- d) Procesos de interacción (*hablar con, hablar entre*): Al igual que en los procesos de comunicación, se basa en la participación de dos o más sujetos, pero con roles simétricos, por lo que constituye el proceso más complejo en donde se sitúa la conversación y el diálogo, por lo que tiene exigencias más específicas que en otros procesos, como cierto tipo de lenguaje y sintaxis, un determinado uso, la inclusión de elementos no verbales, la modulación, entre otros.
- e) Procesos de interpretación: Se basan en la existencia de formas de lenguaje que puedan ser captadas como signos, independientemente de que el emisor las proponga con una intencionalidad o para ser interpretadas. En este sentido, se convierten en objetos con alguna connotación, un uso determinado o un contexto espacial y temporal específico

De este modo, en el enunciado mismo que un sujeto profiere, están contenidas múltiples voces ¿quién habla en ellas? Puede ser un recuerdo, un testimonio, una madre que ha narrado a su hija su propio parto, a modo de preparación, un médico que explica y diagnostica, o la adolescente misma que vuelve a su infancia, al mismo tiempo que en el lenguaje comienza a imaginar el devenir de la maternidad. Para dar cuenta de esta multiplicidad, recorro a la polifonía narrativa de Mijaíl Bajtín, quien propone interpretar el discurso a partir de las propiedades dialógicas de la palabra, es decir, “de la presencia simultánea de diversas autorías, lenguajes, puntos de vista, visiones del mundo y voces sociales e históricas en un mismo discurso e incluso en un mismo enunciado” (Puig, 2004:380). La perspectiva dialógica en la narrativa parte del hecho de que toda palabra sirve de expresión del uno, en relación con el otro, constituyendo un territorio común, remitiendo a un plano social, sin pertenecerle a nadie. Asimismo, posee un carácter asintótico, pues por más completas y significativas que parezcan, estas “se inscriben en la corriente verbal ininterrumpida del flujo de la vida, en un movimiento constante” (Sánchez Jiménez, 2016:168). La polifonía concebida como un diálogo de múltiples voces en interacción, muestra el mundo a través del espacio en donde sucede la coexistencia y la interacción, y no como una sucesión en el tiempo. La coexistencia implica ver las cosas lado a lado y en su simultaneidad, a la manera en que existen en el espacio, por ello expresa contradicciones, desdoblamientos y ambigüedades (Bakhtin, 1963)

5.2 Adolescencia y maternidad en cuatro narrativas polifónicas

Las narrativas que presento en este apartado condensan las entrevistas, los diálogos y la experiencia compartida en un proceso de acompañamiento durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y cuando fue posible, hasta unos meses después, en el comienzo de la maternidad. Por ello, no se tratan de un testimonio o de una reconstrucción, sino del resultado de una interacción y del tiempo compartido en estos diversos espacios, lo que hace que estas narrativas se conformen de múltiples voces y también de múltiples temporalidades. Además de los espacios privados en donde interactuamos cara a cara, durante este proceso participamos de un espacio público, en donde irrumpen las voces de los médicos, los interrogatorios de los estudiantes, las enfermeras que orientan, instruyen o cumplen con sus

preguntas de verificación, las voluntarias que se acercan cama por cama, incluso los familiares cuando asoman las horas de visita o les aguarda la espera.

Las diez colaboradoras etnográficas se situaban en el rango de edad de 12 a 19 años, con características heterogéneas, con excepción de que en todos los casos se trataba de su primer embarazo. Para dar cuenta de ello, en la Tabla 14 se presentan los datos relevantes en lo que refiere al proceso de atención del embarazo en la adolescencia: la edad de la adolescente, su estado civil, la edad del progenitor, la escolaridad, el número de embarazos y la presencia o no de complicaciones en algún momento de la atención.

Tabla 14. Datos y características de atención de las adolescentes participantes

PSEUDÓNIMO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	EDAD DEL PROGENITOR	EMBARAZO	COMPLICACIONES
Alicia	12	Primaria incompleta	Soltera	14	Primero	Ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, preeclampsia, recién nacido con dificultad respiratoria. Atendida en otro hospital por emergencia.
Diana	13	Primaria incompleta	Unión libre	23	Primero	Diabetes gestacional
Adriana	14	Secundaria	Soltera	25	Primero	Periodo expulsivo de trabajo de parto prolongado, recién nacido con asfixia perinatal
Estefanía	15	Secundaria	Soltera	29	Primero	Ninguna
Ilse	16	Secundaria incompleta	Unión libre	20	Primero	Ninguna
Elena	16	Secundaria incompleta	Unión libre	17	Primero	Ninguna
Alejandra	16	Primaria	Soltera	18	Primero	Cesárea por falta de progresión de trabajo de parto y probable desproporción céfalo-pélvica. Atendida en otro hospital por decisión.
Mónica	17	Preparatoria técnica incompleta	Soltera	17	Primero	Ninguna
Miriam	18	Preparatoria técnica	Casada	24	Primero	Ninguna
Jimena	19	Secundaria incompleta	Unión libre	21	Primero	Ninguna

Fuente: Elaboración propia. Diario de campo y entrevistas.

De ellas, ocho fueron atendidas desde el embarazo en este hospital y con dos de ellas el acompañamiento se interrumpió porque fueron atendidas en otro lugar; una de ellas, la de menor edad, por diversas complicaciones que requirieron incluso manejo en terapia intensiva, así como de la unidad de cuidados neonatales. En el otro caso, probablemente habría requerido cesárea de cualquier modo, pero no por una emergencia, de manera que la elección de otra alternativa fue por preferencia y decisión de los familiares. Estas situaciones incidieron en la posibilidad de realizar el acompañamiento en todas las etapas y de concluir las entrevistas en profundidad.

Las cuatro narrativas que integra este apartado surgen de las historias y experiencias de cinco de ellas, Adriana, Ilse, Estefanía, Mariana y Jimena, a quienes tuve la oportunidad de acompañar a lo largo del proceso de atención y en momentos posteriores, hasta un año después en dos casos. El orden en que las presento tiene que ver con el momento en que sucedió cada uno de sus partos y que se corresponde con el orden en que llegaron al hospital y aceptaron colaborar en la investigación. Con Adriana entré por primera vez a la unidad tocoquirúrgica y Mariana y Jimena fueron las dos participantes con quienes concluí los procesos de acompañamiento, para pasar a la siguiente etapa de entrevistas fuera del hospital, las entrevistas con los profesionales de salud y el paulatino cierre de la estancia en campo.

5.2.1 “Ahora, ya no se trata de ti”

Adriana acudió por primera vez a la consulta del hospital a finales de enero de 2018, cuando tenía 16 semanas de embarazo. A diferencia de la mayoría de las mujeres que son referidas por los centros de salud aledaños, ella es enviada de una clínica especializada en atención de violencia sexual y la detección de enfermedades de transmisión sexual, con una nota de referencia que señalaba: *“Paciente de 14 años, sin antecedentes de importancia, con embarazo de 15 semanas por USG, secundario a violencia sexual, movimientos fetales presentes, no actividad uterina [...] No candidata a ILE por semanas de gestación”*. Ni en esta nota ni en la consulta inicial se profundiza en la solicitud de interrumpir el embarazo, más tarde en las entrevistas aclararía que ella no intervino en la denuncia de violencia, ni en la intención de interrumpirlo, sino que había ocurrido bajo la tutela de su madre.

En esta consulta, la observé sumamente conflictuada. Su silencio y contención realmente hacían difícil entablar una conversación, aunque el médico quería dar muestras de apoyo, era complicado hasta dar la información más técnica. Le preguntó si venía con alguien y si quería que esta persona la acompañara durante la consulta, a lo que ella respondió: “*viene mi mamá, pero no creo que quiera entrar, creo que está dormida afuera, mejor no*”. Después de una consulta breve en donde ella escuchaba sin decir palabra, el médico le indicó que pasaría a diferentes servicios, psicología y trabajo social, y la acompañó afuera. Mientras esperaba a ser llamada, me senté a un lado. Realicé un primer acercamiento, le pregunté qué le había parecido la consulta y si tenía dudas, respondió que no. Comenté que era una persona externa al hospital haciendo un trabajo de investigación y que podía acercarse a mí si tenía alguna duda, pues por lo general yo tenía más tiempo disponible que el personal del hospital y podría orientarla en el proceso de la atención que se otorga.

Adriana tiene 14 años y mantuvo una relación de noviazgo de un año y medio con un hombre de 25 años, que conoció en una plaza pública en donde su familia tiene un local de comercio: “*Era el chico del puesto de en frente, ahí me veía cuando iba a ayudar a mis papás, yo como que lo veía también y empezamos a hablar un poco*”. Pero en realidad, esta que fue su primera relación de noviazgo, comenzó a través de las redes sociales, como su principal medio de interacción para poder mantenerlo en secreto; sabía que sus padres no lo aprobarían, pero tampoco sentía confianza de compartirlo con sus pares. Por ello, se veían muy pocas veces, cuando ella lograba inventar que iría a tomar un helado con sus amigas después de la escuela o por la tarde, cuando terminaba sus tareas y las labores del hogar que ‘le correspondían’, de acuerdo con el mandato de sus padres.

Esto que le correspondía, era casi todo, pues es la única hija mujer y la menor: “*mi mamá dice que me toca a mí, porque mi papá trabaja todo el día y mamá medio día, pero llega muy cansada, ya están grandes ellos, también por eso piensan así...*”. Con esto, se refiere a la dificultad para negociar permisos o salidas con sus amigos, mucho menos se podría hablar de un noviazgo o de sexualidad. En estas breves salidas sin permiso, que no duraban más de dos horas, iba con él a caminar en la cancha de fútbol de la colonia, comer algo y en un momento posterior fueron a casa de él, cuando no había nadie, lo cual no sucedía con frecuencia. En estos encuentros Adriana tuvo relaciones sexuales por primera vez utilizando

a veces preservativo como método anticonceptivo, aunque de manera irregular. En diciembre de 2017, tuvo un retraso que notó inmediatamente, confirmando el embarazo con una prueba casera. La primera persona en saberlo fue él, quien dijo que la apoyaría, pero ella prefirió contarle en privado a su familia, lo cual sucedió casi un mes después: “[ríe con timidez] *si tuve que decirles, fue un día terminando de comer, mi mamá casi se ahoga, me le quedé viendo, pero no me dijo nada, si estaba muy muy enojada...*” La respuesta inmediata por parte de sus padres fue decepción y enojo, pero al saber quién era la pareja y la edad de él, su madre lo consideró una violación por lo que lo primero que hizo fue buscar asesoría legal, siendo así que le recomendaran acudir a la clínica Condesa y de manera simultánea iniciar el proceso de demanda penal.

Adriana afirmaba haber consentido y que no se había tratado de un encuentro casual, sino de una relación larga, pero su mamá pensaba que él la había conocido pocos días antes por medio de Facebook® y que así había sido provocado el encuentro para abusar de ella. Para Adriana, el inicio de la atención es sumamente complicado, atravesado por un proceso médico-legal, primero en el ámbito de la atención sanitaria en donde el motivo de consulta es la violencia sexual y luego, en las declaraciones ante la fiscalía, sin que ella quisiera hacerlo. La contradicción entre su testimonio y el de su madre desencadenó la necesidad de peritaje de salud mental, por lo que inició el segundo trimestre de embarazo entre entrevistas y múltiples procesos diagnósticos.

De cierto modo, ello interfirió con su atención regular en el hospital, pues decidió no aceptar los servicios del área de psicológica y también faltó a algunas de sus citas en ginecobstetricia. Me reencuentro con ella nuevamente en mayo de 2018, cuando ya tenía alrededor de 30 semanas de embarazo en la consulta de seguimiento. Se había sentido bien y estaba de mejor ánimo, la noté sonriente y más abierta al diálogo, incluso más activa en la consulta: “*Quiero saber si está bien mi bebé... Es que hace unos días conocí a dos primos de la familia de mi papá y ellos tienen como problemas, no sé qué les pasa, pero no pueden caminar y no hablan bien, y me da miedo que eso sea algo familiar*”. El doctor realiza el ultrasonido cuidadosamente, le hace algunas preguntas y trata de explicarle que eso no tiene una relación directa; insiste en que harán un buen seguimiento de ella y del bebé con los ultrasonidos.

A partir de entonces, sus consultas fueron más frecuentes y yo registraba con ella las fechas subsecuentes para realizar el seguimiento. Aprovechaba los momentos en la sala de espera, antes y después de las consultas para preguntarle cómo se sentía y cómo avanzaba a situación en la familia. Notaba inmediatamente la tensión cuando abordaba este tema, volteaba hacia la puerta y confirmaba si estaba siendo observada por su mamá, antes de comenzar a hablar:

“Más o menos, ya ves que como se está llevando todo por lo legal...

— Y ¿cómo va hasta ahora?

Pues yo no sé nada, no me dice mi mamá, me doy cuenta que va con la abogada porque sale y ella nunca salía en las tardes, pero ya me mandan llamar menos a las consultas, antes iba como cada semana.

— Cuando vas a las consultas ¿no les has preguntado?

Algunos me dicen que es por la evaluación de o de violencia sexual, para saber si fue violación, pero también otros psicólogos o psiquiatras, no sé qué son, porque he visto a muchos, me dicen que es como un apoyo porque estoy embarazada.

— ¿Sabes qué paso con él?

No sé, es que yo no quería que esto pasara, mi mamá denunció... Si está bien a lo mejor que yo no esté con esa persona, pero tampoco era para esto.

— Tú, ¿cómo te sientes?

Pues eso, no sé nada de él, no sé qué le haya pasado o él que piense... También sería difícil porque seguramente dirá que por mi culpa tiene una demanda”.

Noto que comienza a inquietarse con el tema, guarda silencio y su voz se entrecorta, teme que él vaya a la cárcel y todo su entorno es de gran incertidumbre y ocultamiento para ella. La última vez que supo de él fue en marzo, porque por recomendación de la abogada, para no afectar el proceso legal, su mamá le quitó el celular, la computadora y no la deja salir sola, para que no utilice el Facebook, que era su principal medio de comunicación con él. Frente a la tensión que se incrementaba, intervine dando cierto apoyo, insisto en que no es su culpa, y en que es un conflicto legal cuando existe esa diferencia de edad y le sugiero que intente aclarar sus dudas cuando tenga consulta en psicología o cuando tenga oportunidad de interactuar con las abogadas.

El tema legal y su preocupación por los interrogatorios eran el tema recurrente, y, por lo tanto, hablar del ámbito familiar era complicado y sus respuestas eran cortas, prefería

preguntarme sobre el embarazo, así que dedicamos varias horas a hablar de ello, los cambios corporales que sucedían y también lo diferente o no que podía ser la vida cotidiana. Asintiendo, me compartió que la situación que lo que más había resentido había sido dejar de asistir a la escuela, pues le gustaba mucho y consideraba que era buena en ello:

“Al principio no se nota nada, así que seguí yendo a la escuela, pero luego me dijeron que sí le tenía que avisar a los profesores.

— ¿Te apoyaron tus profesores o compañeros?

Pues no mucho, no decían nada... fue extraño, más bien.

— ¿Cómo? ¿Qué fue lo más extraño que te pasó en la escuela?

Pues cuando tenía como cinco meses iba a ser el concurso de escoltas y yo estaba, le dije al profesor que quería participar, que aún no se notaba mucho con el uniforme, pero él me dijo que no debía de hacer ejercicio y que los ensayos eran muy pesados.

— Y ¿qué hiciste?

Pues no le creí lo que me dijo, pero ya sólo fui unas veces más y ya

— O sea, ¿ahí dejaste de ir a la escuela?

No, no me corrieron, pero me dijo luego la directora que ya tenía más meses y que tenía que cuidarme más, que era mejor que cada semana fuera por los libros y trabajara desde mi casa, al fin que ya sólo quedaba un mes de clases.

— Entonces, ¿pudiste terminar la secundaria?

Sí, porque tenía buenas calificaciones y entregué todo, y ya...

— ¿Te gustaría regresar a estudiar?

Si, pues va a nacer justo en vacaciones, así me espero un año para cuidar a mí bebé y después pienso hacer la prepa en línea o abierta, ya estuve viendo... Porque sí tengo que trabajar también para el bebé”.

Su historia de vida fue emergiendo poco a poco en cada momento de interacción en la sala de espera y durante las consultas, un espacio que también resultaba tranquilizante para ella, pues se alejaba de la dinámica conflictiva con su familia. Le hice notar que siempre llegaba muy temprano a sus consultas y que ya no faltaba, aunque eran más frecuentes. “*Es que prefiero estar aquí*”, respondió con una sonrisa discreta.

Llegó la semana 37 del embarazo y ahora sus consultas serían cada semana. Está un poco más tranquila, pues de manera inesperada para ella, la situación en su casa ha sido de menos

confrontación y tiene más interacción con sus padres y hermanos. Tiene dos hermanos mayores, uno de 24 años soltero que vive en su casa y quien contribuye económicamente en el hogar y a ella la ha apoyado emocionalmente en el embarazo, y otro hermano de 21 años que vive con su pareja y sus dos hijos, pero no convive mucho con él: *“lo que pasa es que no van mucho a mi casa porque tienen problemas con mi mamá, como se juntó muy joven, hasta antes que el mayor, y se salió de la escuela mi mamá le echa la culpa a su esposa”*. Le preguntó por qué cree que sucedan estos conflictos a lo que responde: *“yo creo que es porque mi mamá... bueno mis papás ya están grandes, nos tuvieron un poco grandes y son como de otra educación o se desesperan”*. A pesar de las dificultades, parecía mostrarse más sensible y con menos ánimo de confrontación, era evidente que le preocupaba más que el embarazo se acercaba a su término y más cambios y sensaciones desconocidas le empiezan a suceder, por lo que abordamos un poco el tema en estas consultas:

“Recién noto que se me botó la panza, como que antes me sentía normal y ahora si ya siento que me pesa... no sé, ya me siento, si, un poco cansada.

— ¿Qué más sientes?

...mmm pues me dicen en mi casa que ya se ve que se está bajando el bebé, pero... ¿qué es eso?

— Lo que pasa es que cuando vas llegando a las últimas semanas el bebé se va colocando en a posición para nacer, y además ya está más grande, así que ocupa más espacio. También las primeras contracciones, cuando se pone duro de aquí [le indico poner su mano en la parte superior del abdomen], ayudan al bebé a acomodarse y también por eso se siente presión en la pelvis o más ganas de ir al baño, ¿lo has sentido?

¡Sí! Ya siento todo eso... [su gesto identificaba todas esas sensaciones]

— Bueno, esas son las primeras contracciones, pero falta un poco de tiempo y el proceso va a ser lento, poco a poco las contracciones van a ser más fuertes y más seguidas, porque eso va a hacer que dilates [Estando atenta, noté que esta palabra tan común resultaba ajena, así que le pedí que me esperara y fui a buscar un esquema en el celular y continué con la explicación de la última etapa de embarazo, señalando en la imagen el cuello uterino].

¡Ah! Me queda más claro así porque mi mamá y mis tías me dan consejos y me dicen cosas, pero luego ya no sé a quién hacerle caso [risas]... es complicado”.

Analizó las imágenes unos momentos más y después de algunos comentarios, la llamaron a su consulta, y la conversación pareció quedar en pausa para dar inicio casi en el mismo punto a la semana siguiente, aunque en cada ocasión, las sensaciones se intensificaban y también su inquietud “*Ya estoy más nerviosa, mi mamá me dijo que ella no tuvo tanto dolor, por eso me dice que tengo que estar pendiente y desde a vez pasada me decía que tenía que preguntar si ya [iba a nacer], me decía que no se me fuera a pasar*”. Comenzaba a notarse un cambio en la relación con la familia y las dinámicas en torno al embarazo, pues en los primeros meses, Adriana decía que platicaba muy poco con su mamá o con su familia nuclear sobre el embarazo, más bien acudía con su madrina a quien tenía más confianza, de manera que, insistí en actualizar cómo estaba la situación familiar, me respondió con un gesto de sorpresa que ya estaba todo un poco mejor y que la estaban apoyando más. Con cierta extrañeza agrega: “*hasta veo como que están contentos ahora, como que ya se acostumbraron y ahora hasta parece que los embarazados son ellos, porque mi papá tiene antojos y mis hermanos, más uno, el que vive conmigo, tiene náuseas y dice que se marea [risas]...*”

Casi de manera inmediata se le apaga la risa y cambia de tema, había otra situación difícil porque su mamá le había contado a una vecina la situación que estaba viviendo y desde ahí siente que la ven mal, enfatiza: “*son mis cosas y no tenía por qué contarles, pero bueno... [intenta reír nuevamente, con cierto esfuerzo]*”. Frente a esta situación reflexioné con ella acerca de la reacción de su mamá, quien tal vez está todavía enojada, preocupada o no sabe cómo manejarlo o qué hacer, pero también resalté que era válido su enojo y aunque sea joven o menor de edad, tiene razón a pedir respeto por su vida privada. A partir de lo que escuchaba, le pregunté cómo se imaginaba que podría dialogar con su mamá cuando su bebé naciera y tuvieran desacuerdos; no era una pregunta que condujera a una respuesta, sino más bien pretendía abrir la posibilidad de pensar el futuro ante los conflictos que ella, y también su hermano, habían atravesado, por una cuestión similar. Para despedirnos, le dije que podía contactarme si tenía alguna otra duda, pero me recordó que no tenía modo de comunicarse desde el problema legal, pero que se iba más tranquila.

Es la semana 39 y Adriana llega puntual para su cita, la encuentro en la sala de espera, ya se sienta incómoda y se mueve con menos agilidad, se nota cansada y nerviosa, casi sin hablar, aunque yo insisto en preguntarle sobre sus miedos o inquietudes, a lo que responde: “*Pues,*

es que mi mamá me dijo ahora que ella tuvo un parto seco porque primero se le salió todo el líquido, me da miedo que me pase algo así y que sea más difícil todo". Respondiendo a su duda le comenté que cuando se rompía la fuente si salía líquido, pero no salía absolutamente todo y eso no lo hacía más o menos dolorosa, además de que en los ultrasonidos que le hacía el doctor, una de las cosas que observaba era que tuviera suficiente líquido. Insistí en las señales de que el trabajo de parto estaba por comenzar: la ruptura de membranas, la salida del tapón mucoso o las contracciones frecuentes, así como el tiempo que esto podía durar. Después de varios minutos y de volver a consultar las imágenes que apoyaban mi explicación, ahora sí sentía que se tranquilizaba y lo que más me impactaba era su asombro al comprender mejor lo que estaba viviendo, veía fijamente la imagen y constantemente hacía interjecciones como si algo estuviera cobrando sentido... [suspira] *"¡Ah!... Por eso se sienten así los dolores..."* En la consulta, le comentó al doctor que sentía algunos dolores, pero no eran tan frecuentes. Como ya siento más confianza con ella, después de que un estudiante la exploró, le enseñé con sus manos a identificar en dónde estaba la cabeza del bebé, lo que la hizo sentir cierto control de saber lo que estaba pasando, se sorprendió y sonrió. En el ultrasonido todo estaba bien así que la verían nuevamente en una semana, con el aviso de que el trabajo de parto podía empezar en cualquier momento y si eso sucedía, debía llegar inmediatamente a urgencias.

El 10 de julio llegó a consulta, justo acaba de cumplir su fecha probable de parto de acuerdo con el ultrasonido. Ya se ve un poco más incómoda y dice que ha tenido algunas contracciones más seguidas y siente más presión. El doctor le dice que prefiere hacer un tacto para revisarla. La espero mientras se coloca la bata y le explico que va a ser un poco incómodo, empiezo a indicarle que respire profundo e intente relajarse. Tiene entre tres y cuatro centímetros y además hace una maniobra durante el tacto para "despegar membranas y que avance un poco más rápido", por lo que decide que ya puede ingresar a urgencias. Adriana se fue con él y yo le avisé a su mamá en la entrada que se iba a quedar ya. Los alcancé rápidamente y le pregunté si quería que también la acompañara en la sala de labor y en el parto y me respondió que sí, de manera que me encontraría con ella.

Estaba a punto de ingresar, su mamá había terminado de firmar los documentos y llegado el momento de entrar, la despedida se alejó de cualquier sutileza: *"Pues bueno, ahora si ya va*

a ser, ya sabes lo que tienes que hacer y tú...tienes que ser fuerte, nada de andar chillando. Ahora, ya no se trata de ti, tú ya no importas, es por el bebé y si no nace bien o algo le pasa, va a ser tu responsabilidad". Ningún profesional de salud tenía manera de saber esta parte de la experiencia de Adriana, sin embargo, adquiriría un peso relevante después de un largo trabajo de parto y las complicaciones que tuvo el recién nacido.

Esta sería la primera vez que yo ingresaría a la sala de labor y no me había anticipado a ello; no llevaba conmigo uniforme quirúrgico y aunque contaba con la autorización de los directivos, no todo el personal me conocía, por lo que sería puesta a prueba cuando solicité al médico ginecobotetra que estaba a cargo de la sala de labor que me permitiría ingresar con Adriana. Me indicó por donde ingresar y observó fijamente que no cometiera ningún error en el protocolo de ingreso al ‘área gris’, lo cual realicé al pie de la letra con bastante familiaridad, obteniendo una mirada de aprobación y ninguna interrogante adicional o consideración particular por mi ingreso como observadora; no alertó a nadie del resto del personal, ni pidió adoptar ninguna conducta en particular. La sala de labor estaba casi rebasada en su capacidad, por lo que mi presencia era poco notoria, más bien, yo me esforzaba por presentarme y situarme en ese espacio, acostumbrado a lo ajeno, por la rotación temporal de médicos residentes, internos de pregrado y estudiantes de medicina y enfermería.

Me encuentro con Adriana a la sala de labor y al poco tiempo, una enfermera, dos estudiantes y un residente de ginecobotetricia se disponían a realizar el interrogatorio. Un estudiante comienza con el interrogatorio: “*¿Me puede decir su nombre? ¿Qué edad tiene?*” Ante su respuesta el residente interrumpió: “*¡Claro! No me sorprende, si somos el país que tiene el primer lugar en embarazo adolescente, ¿si sabías? ¿Por qué te embarazaste? A ver, cuéntame*”. Intervine, señalando a Adriana que no tenía que contestar y posteriormente comenté en privado lo sucedido con el médico residente, quien afirmaba que era una situación muy grave porque era un hospital con recursos limitados para poder atender a tanta población y, además, a adolescentes que tenían mayor riesgo de complicarse, y describiendo el entorno, puntualizó:

“Mira, ahorita en la tarde solo hay un ginecólogo, un anesthesiólogo que quién sabe dónde está, los estudiantes que no cuentan, y yo. Además, ve, solo hay un quirófano para cesáreas, uno para partos y el otro que es pequeño, para

abortos incompletos o ya en caso de que haya un [parto] expulsivo, pues se usa. Si hay que hacer una cesárea de urgencia y está ocupado, puede llegar a una muerte materna”.

Transcurren las horas y el trabajo de parto avanzaba lentamente, sin muchas alternativas para favorecer su curso fisiológico, ya que las prácticas recomendadas como la ingesta de líquidos, la deambulación, las técnicas de relajación o los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor y el acompañamiento familiar o de profesionales, no estaban permitidos. Yo encuentro un sitio al lado de su cama en donde me quedo de pie casi todo el tiempo, le aconsejo como respirar para relajarse y minimizar el dolor de las contracciones que la oxitocina hacía más intensas; al dolor se iba sumando el calor intenso de un espacio saturado, la sed, el hambre y el cansancio. El único aditamento del que pude disponer fue un abanico hecho con una hoja de papel para aliviar un poco el calor que la desgastaba aún más y era su principal incomodidad. Algunas horas después le ofrecieron colocar analgesia epidural, que le permitiría descansar un poco antes del parto, a lo cual accedió, y una vez que habían obtenido el consentimiento de su madre que esperaba afuera, realizaron el procedimiento.

Después de casi quince horas de trabajo de parto, ella estaba sumamente agotada y finalmente pasó a la sala de expulsión, para ser atendida por el médico residente con apoyo de los estudiantes, ya que el ginecobstetra de turno se encontraba en quirófano. El parto se prolongaba y la angustia del médico comenzó a hacerse patente y avisaba a la pediatra de posibles complicaciones, al mismo tiempo que gritaba a Adriana: *“¡Puja cuando te diga!, si no lo haces no va a nacer tu bebé y va a ser tu responsabilidad”*. La enfermera y la pediatra intentaban alentarla a respirar y guiar el pujo, pero el médico residente cambió de posición para hacer la maniobra de Kristeller -ya contraindicada-: *“¡Voy a tener que hacerlo por ti, porque tú no puedes, no cooperas y se va morir tu bebé si no nace ya!”*. El bebé nació requiriendo maniobras de reanimación por asfixia perinatal, una vez estabilizado, la pediatra lo acercó a ella: *“mira a tu bebé, no está bien, solo te lo enseño y me lo llevo porque no respiraba, le tuvimos que ayudar, pero está así porque tú no pujaste”*. Adriana lo miró agotada, sin poder articular palabra alguna, mientras la enfermera y yo tratamos de calmar una angustia que suponíamos, aunque tampoco encontraba fuerza para expresarse. Tan pronto salió al área de recuperación se quedó dormida.

Adriana no tuvo complicaciones médicas en el posparto, pero no podían darla de alta, ya que el recién nacido permanecía hospitalizado. El primer día que la visité me cuando tuve oportunidad de visitarla en los días posteriores, decía no recordar prácticamente nada de lo sucedido en el parto, pero me contó aliviada que otro médico le había explicado cuidadosamente lo sucedido, resaltando que no era su culpa y que el bebé iba mejorando y se recuperaría, sin embargo, estaba muy angustiada por la condición médica de su hijo y por la culpa que se triangulaba entre la historia familiar y su experiencia en el parto.

El segundo día, le notificaron que trasladarían a su hijo, aunque estaba mejorando, todavía requería observación y el hospital no cuenta con servicio de neonatología, pero pudo verlo y la jefa del servicio de pediatría le explicaba con paciencia. En cuanto confirmaran la llegada del recién nacido al hospital, ella sería dada de alta. Mientras esperaba tuvimos la oportunidad de cerrar el proceso de acompañamiento, pues como no contaba con ningún medio de comunicación, probablemente no habría otra oportunidad. Decía recordar muy poco de lo sucedido en aquellas quince horas, solamente algunas frases que escuchó al momento del parto, que narraba como si hubiera sido un sueño:

“Creo que soñé varias cosas, que alguien, un doctor me decía que mi hijo se tenía que llamar como él, porque él me había ayudado, no sé cómo podría ser eso, si ni siquiera me acuerdo cómo se llamaba y además yo ya había pensado que se llamaría Jesús... Ese doctor que me atendió también me dijo que él había parido a mi hijo más que yo, y pues, que por mi culpa no iba a dormir más que dos horas, que me había tardado mucho... No sé qué pasó en realidad...”

En realidad, todo ello había sucedido tal cual, pero no había necesidad de constatarlo. “Los sueños pueden ser la única manera disponible para que los sujetos den cuenta de sí mismos”, afirma Loizidou (2016: 141), así, un sueño expresa una de las formas más singulares de subjetivación de los hechos sociales, por ello se encuentra estrechamente vinculado con la acción, al igual que pensar, recordar o comprender, y posibilita una reapropiación de la experiencia. Concluimos con una invocación a la memoria, a la imaginación y al momento presente, recurriendo al acto narrativo como una forma de re-significación:

“— ¿Qué es lo que recuerdas ahora del embarazo?

Siento que no me di cuenta como hasta los siete meses, antes no le puse mucha atención, por todo lo que pasaba [...] Como que me sentía más tranquila ya en mi cuarto, me tocaba la panza y le hablaba al bebé, así supe qué nombre iba a ponerle, una noche le dije una lista de nombres y cuando dije «Jesús» y se movió, ahí supe. No me gustaba hablar mucho del embarazo, con otras personas, ni con mi familia, por lo mismo.

— ¿Cómo imaginas que va a ser después, cuando salgas del hospital?

Cuidar al bebé es lo primero, mi familia me está apoyando, también su papá del niño, cuando yo le dije que estaba embarazada, porque yo le dije primero a él, me dijo que me iba a apoyar, pero pues con todo lo que pasó sé que no lo voy a volver a ver o a tener esa relación, aunque sí me gustaría encontrarlo algún día, si quiere conocer a su hijo, está bien, y que el bebé, o digo, cuando sea más grande, que sepa que tiene un papá, aunque no estemos juntos, pero está difícil... [...]

Pero creo que sí voy a poder, me han explicado muchas cosas aquí, las enfermeras y los doctores, me ayudaron a sacarme leche para el bebé y ya lo hice y no me dolió, si quisiera darle pecho... Creo que es lo primero y después regresar a la escuela, a hacer la prepa.

— Es importante que hayas explicado, ¿qué te pareció la atención?

En general bien, algunos doctores eran más regañones, también con sus estudiantes, como el de hoy en la mañana, que me regañó en la primera consulta, si me acuerdo... pero casi todos bien [mantengo la pausa para que continúe]. Lo que sí, es que siempre están preguntando la edad, ¿para qué? ¿Qué no lo tienen ahí anotado en el expediente? O si lo tienen que preguntar, lo peor es que les digas y respondan «¡Catorceeeeeee!» Y luego, «¿por qué tan chica?» Y todo eso... Además, se voltean a ver y dicen: «Mira, es la de catorce». Eso es lo que no me parece bien”.

“...Esos dos estados, aparentemente tan contradictorios: el sueño y la realidad, es una especie de realidad absoluta, de *superrealidad*” (Breton, 1924;1992:31). En los sueños, Adriana, encuentra la manera de poner en palabras aquellos sucesos que transgreden su corporalidad y su deseo de dar a luz, no como devenir a la maternidad, sino como contención de la falta y recuperación de su lugar en el mundo, ya no se trataba de ella, anunciaba su madre, pero para que se tratase, habrían de librar la fatalidad amenazante. A decir de Augé: “el soñante es el autor de sus sueños, pero éste le impone de sí mismo y de su relación con los demás una

imagen que tal vez podría rechazar en estado de vigilia” (1998: 45), es decir, el sueño revela una situación problemática, o bien, enigmática, pero también es una manera de reestablecer el contacto con el medio, de reconstruir el mundo, en tanto que una de sus funciones es la creación de una realidad, mediante una representación del mundo que también tiene lugar en el cuerpo, instaurando una relación entre sueño y realidad (Sami-Ali, 1997). Este estado onírico no solo alude al sueño fisiológico, sino a varios equivalentes, como la ensoñación, la imaginación, la creencia, la ilusión, entre otros, de ahí que, pueda ser este el marco interpretativo para esta experiencia liminal.

Por otra parte, del recuento de la vivencia del embarazo y el parto, así como de la relación con el progenitor y con su familia, emerge la posibilidad de dar cuenta de su experiencia y de posicionarse en torno a ello, para poder afrontar el difícil porvenir. No sería la última vez coincidiéramos en el hospital, pues su mamá solicitó que fuera atendida en el servicio de psicología a lo que ella se reusaba, pero había sido una condición para el apoyo familiar, dando cuenta de la persistencia del conflicto. Por ello, la interacción con Adriana fue limitada en estos encuentros posteriores, hasta que un año después ella me buscara para invitarme al bautizo de su hijo. Adriana estaba por volver a la escuela en el ciclo escolar que estaba por comenzar y se había reintegrado a la dinámica familiar, participaba en el cuidado de Jesús, semejando más a un hermano menor. Para su mamá, Adriana no se había embarazado, ni había tenido un hijo, sino que se refería a “esto que le había pasado”, devolviéndola al lugar de hija en el casi restituido orden familiar.

5.2.2 Acompañar, aprender, re-inventar(nos)

Ilse tiene 16 años, nació en Chilapa, Guerrero, en donde hasta hace un año y medio, vivía con su madre, su padrastro y sus abuelos, en algunas temporadas sus sobrinos vivían con ellos ya que su hermana 14 años mayor vivía y trabajaba en Zihuatanejo, en donde el turismo de la ciudad costera le permitía un ingreso mayor para el sostén de cuatro hijos. Estaba estudiando segundo año de secundaria y tenía un año de noviazgo con David, un joven cuatro años mayor, que considera como su primera pareja formal y fue su primera pareja sexual, aunque había tenido otras relaciones de noviazgo. Cuando Ilse cumplió 15 años, hablaron de casarse: “*Lo pensamos, pero nos arrepentimos, mejor seguimos de novios y luego un día nos*

fuimos nada más así, a Zihuatanejo para trabajar allá, pero no nos acomodamos, entonces fue que los familiares de mi esposo le dijeron que le ayudaban a encontrar trabajo acá en [Ciudad de] México”. No era clara la razón del cambio de opinión o la decisión repentina, más que el hecho de que la presión económica se incrementaba en la familia, señala: “más bien fue que decidimos estar juntos, porque de cualquier manera iba a empezar a trabajar”.

Esto generó enojo de su madre y un distanciamiento, pues tras salir de la casa familiar, no los había visitado nuevamente, ni ellos acudieron durante el embarazo o el parto, sino hasta que Ilse viajó con su pareja y su hija ya de unos ocho meses de edad. A su llegada a la Ciudad de México, comenzaron a vivir con unos tíos de su esposo, pero no se sentía cómoda y no era lo que habían acordado, así que comenzaron a rentar un cuarto en un lugar cercano a los terrenos de la familia en el Ajusco. Él percibía un ingreso de 6,000 pesos al mes trabajando como albañil o colocando pisos en las obras y ella ganaba unos 1,200 pesos que sumaba al ingreso doméstico. Ya independizados, habían hablado de tener hijos, pero no pensaban que fuera tan pronto, utilizaban preservativos como método y unas cuantas semanas después, Ilse notó inmediatamente el retraso que le anunciaba el embarazo, confirmándolo con una prueba casera y, posteriormente, en el centro de salud en donde le pidieron estudios de sangre y diagnosticaron un embarazo de cinco semanas de gestación. Con la llegada del embarazo, su pareja le dijo que él se encargaría de trabajar para que ella se cuidara en el embarazo y se dedicara al hogar.

En los primeros meses fue cada mes al centro de salud más cercano a su casa, y después en el tercer trimestre la refirieron al hospital. No utilizaba otros recursos de atención ni privados o alternativos, su atención se circunscribe al sistema de salud público. Solamente en una ocasión, como a los cinco meses le dijeron que el bebé todavía estaba sentado pero que seguramente se iba a voltear, así que una vecina le dijo que podía ir a que la sobaran para que se acomodara y no tuviera que ser cesárea, pero ella no quiso ir. Tenía una red de apoyo muy acotada, más centrada en las relaciones de vecindad que en la familia de su esposo. A quién más recurría cuando tenía dudas era a una vecina que tenía hijos más grandes, “*ella me dijo por primera vez de las contracciones, que tenían que ser tres en un minuto o algo así, y cualquier cosa yo a ella le preguntaba*”. Las relaciones de vecindad son algo cotidiano,

“sales y te las encuentras, las personas te dicen que has esto o has el otro, que comas verduras, que caminar, que tomar mucha agua”.

En los últimos tres meses de embarazo, Ilse tuvo siete consultas en el hospital que confirmaban que todo iba bien y sin ninguna complicación, aunque las interacciones con familiares y vecinas la hacían dudar e incrementaban su angustia:

“Estoy emocionada, pero también ya más nerviosa.

— ¿Por qué nerviosa? ¿Te han dicho algo sobre el parto?

Me dicen que es doloroso y cansado, pero pues si ya estoy embarazada, me tengo que aguantar.

— Bueno, cada parto es diferente y cada mujer lo siente diferente...

Pues sí, es que, mi cuñada tiene un bebé de tres meses y 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, ¿no?”

Noté su preocupación y profundicé en información acerca de la cesárea y del parto, de cuando una cesárea está indicada y puede evitar alguna complicación mayor, así como del proceso de trabajo de parto y el nacimiento, mostrándole las imágenes que dotaban de un lugar en la cartografía corporal a la placenta, al líquido y a las formas blanco y negro que, con curiosidad, que Ilse observaba en los ultrasonidos. Tras el recorrido que devalaba algunos ocultamientos del embarazo y la maternidad, Ilse me devolvía su curiosidad inquisitiva:

“¿Y usted, cuántos hijos tiene?”

— Aun no tengo hijos, se estas cosas porque soy médica, aunque no soy ginecóloga, pero me he enfocado en estos temas por la investigación que estoy haciendo y en el acompañamiento de las mujeres.

¿Y platicas con varias mujeres?

— Sí, aquí en el hospital, así como te conocía a ti

No sé cómo le gusta dedicarse a esto y hacer todos los días lo mismo...Yo no podría ser doctora o enfermera, o hacer lo que usted hace, me da miedo la sangre y todo eso.

— Creo que cada día es muy diferente, para mí todo lo que pasa día a día es muy distinto, como te decía, cada embarazo es diferente....

[Suspira] *Sólo espero no desperarme ahora que nazca la bebé*

— ¿Por qué?

Es que veo a mi cuñada que tiene a su bebé, llora mucho y hasta veo como que le dan ganas de pegarle, pero se aguanta... Cuando estoy de visita, he tratado de ayudarle porque ella es madre soltera, pero el bebé llora todo el tiempo, está muy acostumbrado a ella o no sé, pero no se deja con nadie.

— Poco a poco, es un proceso de adaptación, tal vez cuando tu tengas a tu bebé ella se sienta más tranquila e intentará ayudarte.

Pues no, yo lo voy a hacer sola, porque la familia de mi esposo es muy... muy especial, como que no, yo me voy a encargar sola. Pero seguro cuando usted tenga un hijo ya se le va a hacer bien fácil... ”

Desde entonces, la interacción con Ilse comenzó a ser más continua, por las consultas sucesivas de las últimas del embarazo, pero también me escribía relatando los cambios que experimentaba y las primeras sensaciones que advertían el trabajo de parto. Llegó la semana 38 del embarazo y su preocupación en torno a la resolución del embarazo también aumentaba, “*si me dicen que tiene que ser cesárea, me salgo corriendo de aquí a ver si se acomoda*”, exclamó un poco alarmada, por lo que insistí en que aclarara sus dudas en la consulta. Mientras le realizaban el ultrasonido, pregunta si el bebé estaba bien acomodado o le harían cesárea; en respuesta, el doctor le dijo que veía todo muy bien para que fuera un parto, lo que la dejó tranquila y a gusto con la consulta, a pesar de la participación de los estudiantes, de la que habitualmente se quejaba. Para este momento, ya le habían informado en las consultas sobre la frecuencia de las contracciones, el tiempo que podía tomar hasta desencadenar el trabajo de parto y cuándo era momento para llegar al hospital.

Los cambios de intensidad de las contracciones y las sensaciones desconocidas seguían alertándola, de manera que el 26 de julio de 2018 fue a urgencias por primera vez en la madrugada, pero tenía solamente un centímetro de dilatación. A esa hora no encontraría transporte de regreso a su casa, por lo que, acompañada de su pareja, esperaron afuera del área de urgencias que amaneciera. El hospital tiene una sala de espera en el interior, pero

solamente para las usuarias que van a ser atendidas, 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 conforme avanza el trabajo de parto. Antes de irse, decidió volver a intentar, pasando a urgencias nuevamente, para estar segura de que no debía quedarse, pero no había aún. El mismo día por la tarde, me escribe preguntando si la acompañaría durante el parto, porque ya había expulsado el tapón –tal como le habían dicho que sucedería– y se dirigía nuevamente al hospital. Dos centímetros de dilatación, todo bien, caminar y volver en cuatro horas. Esperamos.

Les ofrecí descansar un poco en el coche, durmieron como una hora y después sintió la necesidad de caminar, cuando las contracciones volvían a serle desconocidas. David, fue a comprarle un suero y una gelatina y ella aprovechó para externar sus inquietudes: *“es que como que me acostumbro y luego otra vez es diferente... ¿Cómo es la dilatación?”* Volví a las imágenes que había seleccionado y tenía siempre a la mano en el celular, mientras que con las manos trataba de mostrar la diferencia entre un orificio de uno y diez centímetros, más que asustarla, imaginarlo ayudaba a entender por qué requería tanto tiempo que este cambio corporal sucediera. Repasaba las sensaciones que había tenido para intentar reconocer la siguiente contracción, otra vez diferente, otro descubrimiento: *“ayer y la madrugada fue lo más horrible que me ha pasado, ni ganas de tener otro embarazo, pero ahora siento que, si hay partes muy fuertes, pero no todo ha sido malo, también estoy ya como emocionada”*.

Recordó también que los primeros tres meses tuvo muchas náuseas y no se sentía bien, hasta se desmayó en una ocasión, pensó *“si esto es lo peor, yo para qué me embaracé, no volvería a tener otro hijo...”*, pero los siguientes meses fueron más tranquilos y disfrutaba el embarazo, le ilusionaba y se sentía bien. En las últimas semanas cambiaba nuevamente su ritmo de vida, no sentía miedo o angustia, sino un intenso cansancio sobre todo sentía cansancio. Las contracciones más frecuentes y más intensas la devolvían al tiempo presente, y comenzamos a buscar posiciones en las cuales se sintiera más cómoda, improvisando en el asiento trasero del coche y alrededor. Le enseñé algunos videos de movimientos de cadera que replicaba apoyada en la puerta del automóvil, se colocaba en cuatro puntos sostenida del

respaldo, y eligió algo de música instrumental. En el vaivén, otro periodo de calma le permitió descansar acompañada por David en el asiento trasero del auto, hasta que llegó el momento de entrar nuevamente a revisión.

Entré con ella por el área de urgencias, a partir de este punto, los familiares deben esperar afuera, solamente pasan a despedirse y llevar consigo la ropa y los objetos personales que la mujer traía consigo, reemplazada por la bata al entrar a la sala de labor. Pero todavía no era momento, explicó la ginecobotetra:

“Todavía te falta, yo no te dejo, tienes que descansar y que comer algo, mejor te vas a tu casa, tienes apenas tres centímetros y todo está bien, tienes que descansar para que puedas aguantar mañana [insistió con voz firme y seca, se notaba molesta por saber que Ilse llevaba prácticamente un día completo afuera]. Ya vi que has estado viniendo, justo por eso, con mayor razón, yo no te voy a decir que te esperes aquí o que vengas en tres horas, apenas tienes tres centímetros de dilatación y ya te revisamos y todo está bien, el líquido, el bebé y tus signos vitales. Lo que tú necesitas es irte a descansar, no quedarte aquí afuera esperando y sentada, necesitas comer algo, aunque sea ligero, pero te pido que comas algo, que tomes líquido, si quieres darte un baño caliente y, sobre todo, dormir. Seguramente será mañana [el parto], pero por eso necesitas recuperarte. Si sientes dolor, eso no es una indicación para que vengas a urgencias, piensa que lo que estás sintiendo de dolor es una cuarta parte, de la cuarta parte, de la cuarta parte de lo que vas a sentir, entonces, pues sí te va a doler, pero lo que necesitas ahora es descansar. El dolor, a partir de ahora no va a parar, sino que poco a poco va a ser más fuerte porque vas a tener más contracciones y van a ser más frecuentes, van a durar más y luego van a ser más regulares, entonces eso está bien, es lo que va a hacer que nazca el bebé. Y todo lo demás está bien, así que puedes irte a descansar”.

Sintió confianza y reconocía mejor la presencia y cese de las contracciones, sobre todo, el sueño la vencía. David exclamó que esto era lo más difícil que le había pasado y ella lo secundó, también coincidieron en sentirse más tranquilos que el día anterior. Otra vez había caído la madrugada y con ello, la imposibilidad de llegar a su casa en transporte público o

arriesgarse a encontrar un taxi que quisiera llevarlos, pues la distancia es considerable, así que ofrecí llevarlos. Al día siguiente, nos encontraríamos en el consultorio a las 8:00 de la mañana, pero había llegado un poco antes, porque ya percibía algo distinto, que finalmente correspondió a seis centímetros de dilatación.

En esta ocasión la sala de parto estaba casi vacía, además de Ilse, solo había una mujer más en trabajo de parto, por lo que el personal de salud de turno y en formación que se encontraba en sala, superaba por mucho a la demanda de trabajo. Sería la ginecobstetra de esta área quien estaría como responsable de la atención de Ilse, le explicó lo que se realizaría durante el trabajo de parto, hizo de su conocimiento la posible alternativa de analgesia epidural, que podría solicitarla en cualquier momento sin ser obligatorio y la participación de los estudiantes para realizar su historia clínica, revisarla y también estar valorando que todo fuera bien. Permanecí observando, sentada frente a ella frente a ella, alrededor del escritorio compartido por médicos y estudiantes. Habíamos practicado un poco las técnicas de respiración como una de las pocas herramientas que pueden realizarse para el manejo del dolor dentro de lo que se permite en el hospital, y la ginecobstetra lo había reforzado, Ilse estaba concentrada y familiarizarse con el ritmo de las contracciones le permitía descansar a intervalos. Al ver el espacio en el que se encontraba, Ilse me preguntó con curiosidad y pudor si el bebé nacería ahí, justo en frente de todos y le explique que cuando tuviera la dilatación completa pasaría a otra sala, la cual se alcanzaba a ver desde dónde estábamos. Estas dudas que parecieran intrascendentes son inherentes a lo desconocido de la experiencia y darles respuesta podía implicar cierto control de lo que está sucediendo. Con relativa prontitud y apoyada por una dosis baja de oxitocina las contracciones fueron más intensas, tenía ya ocho centímetros de dilatación, le ofrecieron nuevamente la alternativa del bloqueo epidural, con lo que se relajó y tuvo otro momento de descanso. Una hora después, diez centímetros de dilatación.

La doctora le explicó a Ilse, al mismo tiempo que a los estudiantes, que cuando la analgesia se utilizaba en el momento adecuado, podía tener ese efecto de relajación sobre la musculatura de la pelvis, además de disminuir la tensión por lo que favorecía la dilatación y facilitar el trabajo de parto, añadió que también había que esperar un poco a que disminuyera el efecto porque tenía poca fuerza y sensibilidad en las piernas y eso iba a disminuir la fuerza

del pujo, pero en unos 30 minutos estaría lista para pasar a la sala de expulsión. La experiencia de la ginecobstetra contrastaba con la del médico residente que estaría atendiendo el parto; mientras ella le decía que ya no era necesario tocarla sino solamente observar el pujo, él manipulaba el periné en un intento de acelerar. Sin embargo, a los pocos minutos de haber entrado a la sala de expulsión, tras una fuerte contracción y el pujo intenso de Ilse, la cabeza de su hija asomó por el canal de parto. El residente identificó doble circular de cordón y buscó el apoyo de la ginecobstetra, quien le dijo que lo retirara poco a poco y no se estresara, que estaría bien, pero que no harían apego inmediato como estaba planeado por tener tres vueltas de circular de cordón, y avisó a la pediatra quien estuvo lista para recibir a la recién nacida. La pediatra hizo las maniobras iniciales de reanimación a lo que bebé respondió muy bien y unos segundos después Ilse escuchó el llanto como señal anhelada de que lo habían logrado y suspiró.

Ilse pasó al área de recuperación sin ninguna complicación, pero tendría que esperar para que llevaran a su bebé, que permanecería en observación unas horas y pudo reencontrarse con David en el área de hospitalización durante el tiempo de visita. Al día siguiente podría salir del hospital y apresuraba estar lista al saber que se acercaba la hora:

“Médica de guardia: Veo que está todo bien, te vas de alta ahorita que terminen con lo administrativo. ¿Tienes alguna duda?”

Ilse: No...

Médica de guardia: ¿Te vas a cuidar con algo?”

Ilse: Pues, ahorita no.

Médica de guardia: Pero te puedes embarazar, es importante que te cuides con algo, ¿te vinieron a ver de planificación familiar?”

Ilse: No, hoy no

Médica de guardia: Entonces....

Ilse: Bueno, ya había elegido el DIU, allá adentro [en la sala de labor] y me lo pusieron, pero se me salió, usted me lo vio en la mañana

Médica de guardia: ¿Yo? A ver, déjame ver mis notas... ¡Ah sí! Entonces te van a dar cita en un mes para que vengas a ponértelo”.

En fines de semana no hay suficiente personal para consejería en anticoncepción post evento obstétrico ni para asesoría en lactancia, solamente la participación del personal médico o estudiantes de pregrado que estén de guardia. Este evento mostró su impacto unos cinco meses después, ya que tenía desconfianza del método que había elegido y estaba en espera de otra alternativa, además, atender a su hija y las consultas de la recién nacida se habían vuelto prioridad sobre la de anticoncepción, hasta un día que sospechó que podría estar embarazada nuevamente: “*¡Yo no sé qué hago si me dicen que estoy embarazada! Sí le estoy dando pecho, pero ya había tenido otra vez la regla bien, normal y... no sé, como que me siento rara*”. Desde el embarazo ella estaba decidida a tener solamente una hija y en las pláticas subsecuentes de anticoncepción, el personal de salud no se tenía 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...”

Ilse no estaba embarazada por segunda vez y continuaba adaptándose a la maternidad, llevando la labor de la crianza prácticamente sola, como ya lo había previsto, pero que la iba situando 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. Los roles eran un tanto similares a la manera en que se habían organizado desde un inicio, pero comenzaba a notar el peso de no tener con quien salir, o al menos con quién hablar: “*a veces me aburro, pero me gusta tener la bebé, la veo y hacen cosas chistosas y lindas, me entretengo viéndola, hay veces que sí me desespero, pero me digo, ella es muy buena, la verdad casi no da lata*”. 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. Poco a poco, Ilse imaginaba la manera de reintegrarse a una sociabilidad y el umbral de una nueva transición sería que su hija, Nayeli, cumpliera un año:

“ahí ya va a ser más independiente, en cuanto tenga el año ya voy a buscar algún trabajo, aunque sea de uno o dos días por semana, pero antes si voy a tratar de ir a Guerrero, con mi familia, para que conozcan a la bebé, ahora que ya es más grande ya se puede viajar [...] También después voy a regresar a terminar la secundaria, ya hasta averigüé lo del examen, y como ya me voy adaptando mucho a ella, no creo que sea difícil, yo creo que si voy a poder...”

Su pareja compartía la idea de que el primer año sería el punto de inflexión y se mostraba dispuesto a apoyarla en su idea de futuro:

“Ella quiere, va a trabajar ya que la niña esté un poco más grande, en algo ahí cerca, y también a estudiar... también antes trabajaba ahí conmigo, pero cuando supimos del embarazo pues yo le dije que ya no trabajara, que tenía que dedicarse a cuidarse, pero ya, yo creo, cuando tenga como un año, ya otra vez que pueda hacer sus cosas [...] Está bien que ella quiera terminar la secundaria, ella sí se quedó a la mitad del segundo año, yo iba a terminar el primero, pero pues me expulsaron por relajiento y como que no era lo mío, era yo muy flojo, mejor me puse a trabajar con familiares, con un tío, fui mesero, taquero, también en cosas de construcción, que es en lo que estoy ahora... Así, ojalá que se nos den las cosas.”

Justamente un año después del nacimiento de Nayeli, celebramos el bautizo y su primer cumpleaños con una comida que la familia de su pareja organizó en su casa. Yo era su única invitada, el resto eran amigos y familiares de David. Un año después, es un momento interesante para hablar de la maternidad como una transición compleja, y así daba cuenta ella en esta plática, que fue el último encuentro en persona que tuvimos. Su parámetro de referencia era su cuñada y sobrinos, pensaba al inicio que había sido afortunada porque su hija era más tranquila y no berrinchuda como otros bebés, porque eso a ella le desesperaría mucho. Sin embargo, se dio cuenta que conforme crecía era más inquieta y también lloraba, como todos los bebés, y reconocía la ambivalencia del vínculo que se gestaba entre ellas:

“Si llora mucho si me desespero, no le grito ni nada, la dejo ahí en la cama, con almohadas alrededor y camino tantito en la cocina, para calmarme, ya

después regreso [...] Pero sabe, me he dado cuenta que luego también la voy conociendo a ella como es, llora y yo ya sé que quiere, si se siente mal o es hambre o frío, yo no pensé que eso de verdad pasara, no sé ni cómo me doy cuenta, yo creo que es porque nada más la estoy viendo todo el día, es lo que hago, todo el día con ella”.

La cotidianidad seguía siendo la de las labores del hogar, la crianza y el cuidado, pero sentía que la relación de pareja mejoraba y recuperaba la cercanía, nuevamente comenzaban a salir en los días de descanso, y él había cumplido la promesa de no ir con los compañeros de trabajo a beber alcohol después la jornada y faltar a casa. Observaba con entusiasmo, que su hija ganaba independencia y ella trataba de mantenerse firme en el proyecto de vida que se esforzaba por reconfigurar: regresar al trabajo para tener un ingreso propio y poder retomar los estudios y concluir la secundaria, que era su meta más inmediata. Estaba en espera de respuesta para el ciclo escolar que iniciaba en unas cuantas semanas, lo que la hacía esbozar otro horizonte posible:

“Ahora creo que también quiero hacer la prepa y después quisiera estudiar, creo que también quiero ser doctora o... ¿usted qué estudió?

— ¿Qué es lo que te gustaría de ser doctora?

Pues hacer eso que tu hiciste conmigo

— ¿Te gustaría atender partos o acompañar en los partos?

Creo que más bien eso y sería más fácil ¿no? [risas]

— Un poco, hay otras carreras que no son medicina, por ejemplo, puedes ser enfermera, enfermera obstetra (que atienden partos), o educadora perinatal, o puericulturista y hay cursos en donde puedes aprender aún más cosas, como los movimientos que te enseñé en los videos, los masajes, todo lo de la respiración y muchas cosas que ayudan desde el embarazo.

Creo que eso quiero hacer... y ¿me podría mandar más información? [Ahí mismo comenzamos a buscarla] Si... para entonces, Nayeli ya va ir al kínder y voy a tener tiempo para estudiar...”

Acompañar a Ilse alrededor de un año y medio fue un proceso de aprendizaje continuo y la constante redefinición del trabajo de campo, situándolo en espacios distintos y situándome

en diferentes lugares de habla: no había planeado ir y venir a urgencias hasta poder “quedarnos”, ni reinventar los usos de un automóvil como sala de pre-labor; tampoco imaginé ser interpelada en mi vida de pareja, mi quehacer profesional o mis expectativas en cuanto a la maternidad; así como los médicos en formación tampoco habían imaginado el nacimiento por parto de un bebé con triple circular de cordón en el cuello, y el parto de Ilse también los sorprendió. En función de la experiencia compartida que da lugar a esta narrativa, apelo en la última conversación a lo inacabado, a una antropología del devenir.

La historia de vida y la trayectoria reproductiva de Ilse, podría ser aquella que ejemplifica a cabalidad la relación entre pobreza y vulnerabilidad social, con el embarazo en la adolescencia, en contextos urbanos populares, en los que la estructura familiar, el bajo nivel educativo, las normatividades comunitarias y de género, así como el limitado ingreso económico impulsan a las y los jóvenes a iniciar actividades productivas para contribuir con el ingreso familiar y el matrimonio y la maternidad suceden a edades más tempranas, sin que ello represente una situación adversa en la dinámica familiar (Stern, 2004). Si bien las condiciones estructurales producen desigualdades y formas de violencia que minan la potencialidad, también son sistemas articulados de personas, cosas y fuerzas de donde emergen múltiples gradaciones de capacidad agentiva y las narrativas que se producen en torno a ello, no alcanzan sino a mostrar a los sujetos y su mundo de vida en un momento dado, siempre, en devenir (Biehl y Locke, 2017).

5.2.3 Lo que se puede sentir

Estefanía llegó al área de urgencias del hospital cuando tenía cinco meses de embarazo, había tenido fiebre, vómito y dolor de cabeza, por lo que recurrió a un médico general cerca de su casa y le dio un tratamiento, pero al ver que no mejoraba, se asustó y decidió ir a urgencias, en donde le diagnosticaron infección de vías urinarias y permaneció un día internada en el hospital para vigilarla. Al darla de alta, le indicaron que podía sacar cita para que la siguieran viendo en este hospital, aunque queda a casi dos horas de distancia, el más cercano a su casa no tiene servicio de obstetricia, además le pareció que la habían atendido bien, en comparación con el centro de salud en donde no le gustaba la atención. De hecho,

solamente había ido tres veces y prefirió ir con su ‘médico de cabecera’, cercano a su casa y que la atendía desde que era niña.

Cuando me encuentro con ella por primera vez en la consulta, tenía 25 semanas de embarazo y se había recuperado del evento que la llevó a urgencias. Estábamos en el consultorio, pero el médico tuvo un imprevisto y no ha llegado la persona que cubrirá el turno, así que tuve la oportunidad de presentarme, comentar sobre la investigación e invitarla a participar, dándole la alternativa de responderme después. Sin embargo, se muestra con mucha apertura, desinhibida y como estamos en un espacio privado –a diferencia de la sala de espera-, siente confianza de hablar, me dice que le parecía bien poder platicar con alguien, sobre todo mujer, porque vivía solamente con su papá. En un primer acercamiento, le pregunté cómo se había sentido últimamente en el embarazo, queriendo hacer referencia a los síntomas o a su estado de salud, prácticamente cómo iniciaría una primera consulta, pero me sorprendió con múltiples acepciones:

“Al principio de mi embarazo la verdad no sabía qué sentir, como que no sentía nada y yo me sentía mal porque creía que debía estar muy emocionada o con miedo, pero no sentía nada, después me preocupé un poco cuando me sentí mal y ahora ya me siento contenta, como emocionada”.

Con extrañeza, traté de responder a su preocupación, reflexionando sobre la diversidad de emociones, los cambios que van sucediendo en el cuerpo, en la vida cotidiana y en su experiencia durante este proceso. Ella mostraba apertura e interés, aunque estaba inquieta porque su consulta no empezaba y tenía que llegar a la escuela a realizar el trámite de un examen, lo que le permitiría poder concluir la secundaria, por lo que finalmente decidió reprogramar la cita y retirarse, comentó con la persona encargada del módulo de información, quien la orientó para poder hacer ese cambio.

Estefanía tenía 15 años, estudiaba tercer año de secundaria y tenía nueve meses de noviazgo con un hombre de 29 años, cuando supo que estaba embarazada. Ella era muy regular en sus ciclos menstruales, pero el retraso de una semana era poco para sospecharlo, sin embargo, por un malestar estomacal pasó al consultorio de una farmacia cercana a su casa para que le recetaran algún medicamento, y cuando el médico le preguntó sobre su fecha de última

menstruación, ella indicó el retraso, por lo que le recomendaron hacerse ahí mismo una prueba rápida de embarazo, como precaución antes de recetarle algún medicamento. La prueba salió positiva. Al llegar a este punto de la narración, Estefanía hace la pausa determinante, “fue positiva y ya”. Le pregunté: ¿Qué fue lo primero que pensaste cuando te dieron el resultado? Tras unos segundos respondió: *“Nada, no sentí tristeza, ni alegría, ni miedo, nada... No sé por qué”*. Tenía la certeza de que sería apoyada y escuchó las indicaciones de lo que el médico respecto de acudir lo más pronto posible al centro de salud, y lo comentó con su tía, que esperaba afuera. Ella también había sido madre a los 15 años, le dijo que la apoyaría y le dio los primeros consejos para el cuidado durante el embarazo. La segunda persona en saberlo fue su novio, con quien ya había hablado del tema y sentía cierta seguridad de que la apoyaría:

“Hace un tiempo me preguntó si yo quería tener hijos y le dije que sí, cuando me preguntó fue como que me dieron ganas, pero le dije que esperaríamos un poco más de tiempo, como para terminar la secundaria y en este tiempo antes de saber [que estaba embarazada], como que quería y no, pero al poco tiempo ya tuve el retraso”.

Él fue su segunda relación y pareja sexual, y por ahora continúan con una relación de noviazgo, comenta que no han decidido vivir juntos porque ella piensa que va a ser más pesado ocuparse de una casa durante el embarazo, *“él si quiere, más bien fui yo la que me puse indecisa, y mi papá me dijo que como yo lo sintiera, no porque estuviera embarazada, ya me tenía que ir con él”*. De manera que ella prefirió quedarse en su casa en donde su padre y ella se dividen las labores del hogar y se siente apoyada, pero lo reconsiderarán después del parto. Su novio trabaja como ayudante de marmolero y otros oficios que le permiten apoyarla económicamente, paga las consultas que ha requerido y la acompaña, cuando el trabajo se lo permite, si no, le da dinero para que pueda llegar en taxi y no tenga que tomar otros transportes. De igual manera, en el ámbito familiar tuvo apoyo desde el principio y el embarazo no había representado un conflicto, más bien era naturalizado, por la condición semejante de otras mujeres de la familia y del entorno, pero también por asociarlo con una situación familiar singular:

“No crecí con mi mamá, solo con mi papá, cuando yo tenía meses ella se fue y no supe nunca de ella, no la conocí, pues. Mi papá me cuidó desde chiquita, con un hermano y la esposa de su hermano, que viven con nosotros, bueno, ahora ya viven en su casa aparte, pero ahí cerca y antes si vivían con nosotros, y pues soy hija única.

— ¿Te cuidaban tus tíos?

Sí, pero también mi papá, porque ellos también trabajaban y mi papá, también, pero por eso creo que no se buscó un trabajo de planta, como dicen, más bien ahí cerca, de jardinero o de trabajos en las casas, o a veces con un señor que lo conocía y sabía [breve pausa]... así lo dejaba salir para que fuera por mí a la escuela y así estaba cerca de la casa, por cualquier cosa.

— ¿Ella es tu tía la que te acompañó cuando supiste del embarazo?

Si, ella, con ella es con la que más platico, me cuenta de sus embarazos, que fueron muy rápidos, en el primero me dijo que ni le dolió, solo porque la checaron vieron que ya le faltaba poco y el segundo también fue muy rápido [...] De hecho ella tuvo aquí a sus hijos, ya tienen tres y creo que cinco años, el mayor, y yo le ayudé a cuidarlos, por eso no me da miedo tener un bebé”.

Durante los siguientes meses, el último trimestre del embarazo, nunca faltó a sus consultas y llegaba siempre antes, a pesar de las dos horas que le implicaba el traslado, le entusiasmaba que le dijeran que todo estaba bien y poder ver la imagen del ultrasonido que le realizaban cuando le correspondía en el consultorio de mayor especialización, en el que se prefería dar seguimiento a las adolescentes. Sin embargo, había otro consultorio disponible y cuando le tocaba con otros médicos le pareció que la atención era distinta en cuanto al trato, y la información que le daban le parecía menos precisa. En general, lo que le parecía más incómodo era la presencia de muchos estudiantes: *“yo sé que tienen que estar y que tienen que aprender, pero todos me tocan la panza y ni me preguntan, me dicen «te voy a tocar», pero pues ya qué, si ya lo están haciendo”.* Por su edad, además de las consultas prenatales, también daba seguimiento el área de trabajo social, haciendo la búsqueda intencionada de violencia e identificando a sus redes de apoyo, pero no identificaron ninguna situación que consideraran alarmante. Para Estefanía estaban bien las pláticas que tenía con las trabajadoras sociales, pero le pedían que en alguna ocasión la acompañara un familiar directo para poder

firmar los consentimientos y le comentaron que esto sería un requisito para cuando tuviera el parto, lo cual le preocupaba porque su padre ha estado enfermo y hospitalizado, por lo que es difícil que ahora la acompañe y no está segura de cuando sea el parto se encuentre bien de salud y pueda traerla.

Finalmente, se acercaban las últimas consultas y su fecha de parto, por lo que comenzó a comunicarse conmigo por mensajes de texto, me consultaba lo que tenía que llevar al hospital si empezaba con el trabajo de parto y también de las incipientes contracciones. Aun pasaron dos semanas más que Estefanía describe como las más lentas que ha vivido, “*siento como si el tiempo no pasara*”, insistía. Durante la espera que se cuenta en días, en contracciones por minuto y en centímetros de dilatación, me escribía pensando que se acercaba el parto y yo repetía en los mensajes lo que el médico le había explicado sobre el tiempo que puede tomar un primer trabajo de parto; acudía a urgencias en la madrugada, cuando las contracciones le alertaban; y volvía a sus citas, pues todavía no dilataba, o tenía un centímetro. Más allá de las sensaciones desconocidas, todo estaba bien en las revisiones médicas, por lo que solo restaba esperar, hasta que el 4 de septiembre de 2018 recibí un mensaje a las 5:00 horas, avisándome que estaba en urgencias, la había llevado su papá y no había tenido ninguna dificultad para entrar, ya se quedaría en el hospital porque tenía cinco centímetros de dilatación y me preguntó si podría acompañarla, como alguna vez habíamos platicado. Tan pronto como pude, llegué al hospital para encontrarme con ella en la sala de labor.

Era el tercer parto que acompañaba en el hospital y ya era un poco más familiar, mientras que este día iniciaba un nuevo grupo de rotación de residentes, médicos internos de pregrado y estudiantes, por ello, la ginecobstetra del turno matutino estuvo involucrada de manera continua en la atención y no solamente en la valoración inicial. Le explicó a Estefanía que probablemente sería pronto el parto pues tenía casi seis centímetros de dilatación y las contracciones eran frecuentes y de buena intensidad, señaló que se haría la menor intervención posible después de ese primer tacto vaginal y también la orientó en cuanto al pujo, la respiración y otras formas de relajarse, dentro de lo poco que estaba permitido. Después supe que la ginecobstetra estaba familiarizada con la educación perinatal y el trabajo de las *doulas*, incluso estaba por ingresar a un diplomado de técnicas de psicoprofilaxis y

apoyo durante el trabajo de parto. Estefanía decía que no sentía tanto dolor, que lo soportaba bien y estaba tranquila de estar finalmente en la sala de labor:

“Yo pensé que solo iba a ir una vez a urgencias y ya, antes de platicar contigo de lo del tapón y las contracciones y todo, yo pensaba, te da el dolor y tienes que ir al hospital y ya, en ese momento nace ¡Pero no! No me lo imaginaba, llegas y ya con dolor y regresarte y en el coche o en el camión...Por lo menos tenía quien me llevara, porque si vi a una señora aquí afuera que me dijo que tenía dos días afuera porque la regresaban y no tenía quién la llevara o el dinero... es que sí, tener que regresar cada cuatro horas...”

En las primeras horas de la tarde, Estefanía dio a luz a una bebé sana, por lo que en 24 horas podría irse de alta, antes la visité por última vez en el área de hospitalización, se le notaba muy cansada y esforzándose por atender a toda la información que debía recibir previo a su salida: consejería en anticoncepción, orientación en lactancia, cuidados generales y datos de alarma en el recién nacido, citas para vacunas y tamiz neonatal, así como seguimiento en el puerperio y datos de alarma. Al terminar las visitas de los diferentes profesionales de salud, pude preguntarle cómo estaba:

“Tranquila, pero siento que no puedo más, ya no coordino, la bebé no durmió nada en toda la noche, la veía con los ojos abiertos y la cargaba y le daba el pecho para ver si así se dormía, pero no. Yo tampoco pude dormir nada, luego la ponía en la cuna y lloraba, así que la cargaba y cuando me cansé la puse conmigo, aquí en la cama, pero una enfermera me regañó, que ahí no podía estar, o que le diera pecho o la pusiera en la cuna. Al final mejor no dormí, no había dormido tampoco las dos noches que estuve viniendo, como que en los hospitales igual no se puede dormir... [ríe y suspira]”

Lo más complicado en las semanas siguientes fue la lactancia, ella estaba convencida de querer amamantar y de que era la mejor alternativa, por lo que le habían informado de los beneficios para la recién nacida, como lo accesible que era en términos económicos, pero las primeras dos semanas no lograba aliviar el dolor y las grietas que le había provocado una técnica inadecuada, y temía no poder seguir amamantando. Estaba en comunicación con ella

por mensajes de texto, le aconsejé ir al centro de salud para que le apoyaran con la lactancia, pero “no quería salir solo para eso”, apenas sentía que se recuperaba, hasta que un día contestó aliviada: “ya, por fin, creo que me voy adaptando a ella y ella a mí”. Tres meses después del nacimiento de su hija nos encontramos en un café cerca de su casa, había aceptado tener una entrevista conmigo, en la que ahondamos en la experiencia de la adolescencia, del embarazo y el devenir a la maternidad:

— ¿Cómo te sientes ahora? ¿cómo piensas que fue tu embarazo, tu parto y, ahora, ser mamá?

La verdad no sabía mucho del embarazo antes, con las amigas hablábamos del tema y esto de los métodos, que ahora sé más, pero en la escuela tampoco dan tanta información, y del embarazo... ¡Nada! Y a mí no se me había ocurrido nunca preguntar, cuando mi tía se embarazó, yo estaba más chica y lo único que sabía es que se movía el bebé y tocaba su panza, pero nunca antes le había preguntado del embarazo o de su parto, hasta que me embaracé yo.

— ¿Tus amigas han tenido hijos?

Dos, una hace un tiempo y la otra le falta poco.

— ¿Todavía sales con ellas?

No tanto, solo a algunas, tenía otras que la verdad si eran más relajientas, como mala influencia.

— ¿Por qué lo dices?

[Silencio] *No, pues nada. Es que siento que viví muchas cosas muy rápido.*

— ¿Siempre lo pensaste o cuándo te diste cuenta de esa vivencia?

Pues siempre lo pensé, creo que... porque no tuve mamá y papá, así como los demás, si estaba conmigo mi papá, iba por mí a la escuela y eso, pero si tenía que hacer más cosas, pienso, que las demás... Y todo fue muy rápido, o sea tener novios y luego ya en la secundaria, el embarazo.

— Ahora ¿cómo recuerdas el embarazo?

Al principio, creo que no le di tanta importancia, o sea, si sabía y todo, iba a la consulta y hacía lo que me decían, que el ácido fólico y todo eso... Pero como que no sentía nada en el cuerpo. Más bien cuando se empezó a mover, creo que ahí empecé a sentir cariño por ella, cuando sentí los primeros

movimientos fue cuando ya empecé a sentir la necesidad más de cuidarla a ella, de cuidarme a mí, pues, pero para cuidarla a ella. Antes, los primeros meses, seguía haciendo todo igual, pero ya que la sentí, me daba miedo de la bebé, o que le pudiera pasar algo a ella, pero no de mí, a mí no me dio miedo.

— Y ¿cuándo ya iba a nacer?

Sentí un poco de miedo, como estar solita a sí con tus dolores y que no haya nadie. Cuando estuve sola no tenía las contracciones tan fuertes, más cuando tu llegaste, ahí empezaron a ser más fuertes, pero ya tú me decías que iban a pasar, y con la respiración ya no se me hizo tanto [...] La verdad no me dolió tanto así, como decían que me iba a doler, más fuerte en las contracciones que en el parto, pero tampoco tan tan tan fuerte, y el parto menos. Dentro de todo fue muy tranquilo.

— ¿Recuerdas el parto, cuando nació tu bebé? ¿Qué sentiste?

Sí, me acuerdo, no bien, pero sí... Ahí sentí como que algo dentro de mí se salía y mi estómago se quedaba así solito, como vacío... No sentí como ese amor de que sale en las películas, de que la mamá llora y todos lloran, no sentí así, pero sí me dio emoción. Sentí más ganas como de llorar ya cuando estaba sola con ella, ya sentí la tranquilidad de que estaba bien [...] Desde que estuve con ella si pensé “ya soy mamá”, pienso todo el tiempo en ella, en lo que necesita, creo que ser mamá es difícil pero bonito, te queda una satisfacción de ver a tu hija y que está bien, que te empieza a sonreír.

— ¿Cambiaron muchas cosas en tu vida?

Pues algunas, antes cuando me enfermaba a lo mejor no dormía, pero después podía dormir todo lo que quisiera y ahora, estos tres meses no he dormido nada, ya no puedes descansar, a lo más te recuperas en ratitos, pero ya no es igual. También salía mucho sola, en el día, me gustaba ir a la plaza de Santa Fe, al cine o caminar al parque, no tanto a fiestas, pero sí me gustaba salir sola. Ahora ya no hago eso, me quedo en mi casa, juego con ella, con ella me entretengo la veo, y así me la paso. Cuando se duerme, apenas estoy acabando de coordinar entre mis cosas y la bebé, si ya acabé de doblar su ropita y todo el quehacer pues trato de estudiar, pero agarro mi libro, voy en la primera hoja

y ya veo que se empieza a despertar, y ya lo tengo que dejar. Aunque a veces se queda quieta con sus juguetes, y si puedo seguir leyendo, pero si está inquieta pues la cargo y la tranquilizo. También le leo cuentos, pero me escucha y se ríe, siento que se ríe de mí [risas].

— Y ¿Cómo ha sido la relación con tu novio, con el papá de la bebé? [Desde el embarazo, ella deja de referirse a él como su novio o su pareja, sino como el papá de su hija]

Bien, si me ayuda y si nos vemos, porque está cerca y a veces me quedo en su casa, pero todavía no nos vamos a vivir juntos, él ya tiene su casa, ya no es con su familia, pero si pensaba que en el embarazo iba a estar difícil, ahora con la bebé creo que todavía más difícil, es adaptarme a la bebé y a vivir con él y adaptarnos todos, mejor que crezca un poquito más. Pero cuando nos quedamos juntos, si llora, él se levanta y la ve también, o cuando, a veces, me he sentido cansada o que necesito estar sola, pues la dejo con él y me salgo a dar una vuelta y me relajo, él la cuida también, y pues poco a poco.

— ¿Convives con la familia de él?

La familia de él es muy rara, son muy serios, no tengo mucha relación con ellos, fuimos al cumpleaños de su mamá y ella no estuvo con nosotros ni nada... Y, pues una de sus hermanas si, nos llevamos bien, pero los demás como que son muy machistas, hasta sus hermanas me dicen que yo debería vivir ahí, que no salga y eso, o me dicen consejos para la bebé, pero él, su papá, dice que yo haga las cosas como yo vea o como yo sienta, que no le tengo que hacer caso a su mamá, lo platicamos él y yo y si yo tengo dudas, busco en internet o pregunto y ya yo hago lo que creo que es mejor.

— Y ¿qué quisieras hacer ahora o qué planes tienes?

Pues quiero terminar la secundaria, si la terminé, porque cuando ya iba a nacer eran casi las vacaciones, entonces, ves que si fui a hacer exámenes cuando estaba embarazada y con eso terminé, pero fue que me faltó un trámite para que me valieran ese examen y ya lo estoy haciendo para que me den el certificado. Ya después voy a estudiar lo de cultura de belleza, que dan aquí cerca, por la plaza, creo que estoy viendo que me puedo llevar a la bebé

conmigo, eso por lo mientras. Después que esté más grande [su hija], ya pienso que puedo estudiar algo más, no sé si una carrera y todo, pero si seguir aprendiendo cosas.

— ¿Has pensado si quieres tener más hijos?

Sí, pero ya después, ahorita no me imagino, con ella y otro o embarazada, no podría. No importa si ella ya está mucho más grande, pero si quisiera, más para que ella no esté así solita como yo, que tenga al menos un hermano...”

La trayectoria de vida de Estefanía está atravesada por la ausencia del vínculo materno que imposibilita la conformación de una familia nuclear y la sitúa en roles diversos desde la infancia temprana, pues en torno a ella se articula una red de apoyo integrada por la familia extensa y las relaciones de vecindad, en donde asumir determinadas funciones permite resolver la vida cotidiana, como la división del trabajo doméstico con su padre y participar en el cuidado de sus primos más pequeños, pero la estrechez de los vínculos afectivos es puesta a prueba. En este mismo contexto se inscribe su relación de noviazgo, así como la paternidad y el vínculo con la familia del progenitor, que forman parte de esta misma comunidad vecinal. De manera reiterada, Estefanía hace una diferencia entre el sostén que representa esta red para resolver los imperativos del embarazo y la maternidad, como la atención médica, el transporte, o los gastos que representa, incluso optando por servicios privados de su confianza y cercanos a su domicilio, y la posibilidad de una relación familiar con quien hablar de sus sentimientos y emociones, o escuchar de ellos expresiones de afecto. Sin embargo, en cada interacción con ella imperaba un habla desde el sentir, entretejiendo una narrativa de sensaciones, sentimientos, síntomas, intuiciones y búsqueda de sentido.

Es posible pensar, desde las tres acepciones del sentido, provenientes del vocablo en francés [sens]: sensación, dirección y significación, que las sensaciones no se limitan a un plano sensorial, sino que son la potencialidad del ser, del cuerpo-sujeto y en relación al entorno; que la dirección no implica una orientación precisa, sino la tendencia a la realización y a la plenitud; y que la significación no es necesariamente un acto intencionado, sino una condición de apertura. Así, el sentido es “un signo de vida, un signo que implica todas las potencialidades y virtualidades que uno lleva en sí” (Cheng, 2006; 27). Aunque la narrativa de Estefanía no muestre un anclaje sólido en la vida familiar o de pareja, ni concreción de

planes hacia el futuro, en la expresión del sentir radica la posibilidad de refigurar el proyecto de vida.

5.2.4 ¿Cuándo es un buen momento?

Miriam tiene 18 años, acaba de terminar el bachillerato con una carrera técnica en educación preescolar y lleva casi un año de casada con un hombre de 24 años. Antes de casarse, vivía con su madre, su abuela, una tía y su media hermana, cinco años mayor que ella. Ahora vive con la familia de su esposo, y su ingreso adicional lo obtienen de la venta de buñuelos en un pequeño negocio. Una vez que él termine la carrera en ingeniería mecánica y su bebé tenga unos meses más, ambos trabajarán y buscarán mudarse los tres. *“Creo que fue un buen momento para el embarazo, al menos me dio tiempo de terminar una carrera, bueno, una carrera técnica, así, cuando termine el embarazo, pienso trabajar en la guardería donde trabaja mi mamá, ahí con ella. Ella ya tiene tres años ejerciendo, y yo quiero hacer eso”*, comentó mientras el médico ginecobstetra le realizaba el ultrasonido y ella veía las imágenes de un bebé que pronto nacería.

Era extrovertida y afable, para cualquier pregunta habitual que el médico hacía detonaba una respuesta extensa y más preguntas de su parte. A diferencia de adolescentes más jóvenes, las mayores de 18 años suelen ser atendidas durante la etapa prenatal en los centros de salud hasta las últimas semanas de embarazo, a menos de que haya algún factor de riesgo específico. Miriam no había tenido ninguna complicación así que la conocí ya con 39 semanas de gestación, que ella atravesaba sin ningún síntoma aún: *“No siento nada, creo que, porque hago mucho ejercicio, pero no me siento cansada ni me duele, todo lo hago normal... o sea, tengo como una semana más para prepararme, ¿no? No tengo miedo... bueno, un poco sí”*. En la consulta trataba de aclarar todas sus dudas a las que el médico respondía con detalle, se disculpaba por hablar tan rápido y preguntar tanto, expresando una mezcla de emoción y angustia, pero se sentía cómoda y con confianza de preguntar: *“la he pasado un poco sola [en el embarazo], no me gusta preguntarle a mi suegra y a mi mamá la veo poco y no quiero molestarla porque trabaja mucho, por eso pregunto...”*

Con escasas dos interacciones, el carácter particular de Miriam, hizo que el personal del hospital la ubicara rápidamente. Después de la segunda consulta, ya con 40 semanas y ninguna señal de inicio de trabajo de parto, el médico la había citado dos días después, e inmediatamente notó que había faltado. Habíamos estado en comunicación estrecha, pero tampoco pude localizarla, hasta casi cinco días después, cuando recibí un mensaje de ella en la madrugada: *“fíjate que se murió una tía, por eso no pude ir, y no he tenido nada de dolor, se mueve bien el bebé y todo, pero ahora sí no se me vaya a pasar, mañana voy a ir, ¿estarás allá?”*. Nos encontramos ese mismo día en la mañana, ya rebasaba las 41 semanas, no había dilatación y las contracciones eran incipientes; el doctor identificaba dos aspectos que le alertaban para no esperar más: el ultrasonido mostraba poco líquido amniótico y la falta a las consultas frecuentes para revisión que él le había indicado. De modo que acordó con la ginecobstetra de la sala de labor que harían la inducción del trabajo de parto. Miriam no advertía una situación de peligro, sino más bien esperaba que el dolor la alertara y como eso no había sucedido, lo percibía con normalidad, aunque tenía todo preparado desde varios días antes y se alegró de que llegaba el día del parto. La acompañaba su hermana e inmediatamente avisó a su esposo y a su mamá mientras esperábamos el trámite de ingreso. Le emocionó que su mamá saldría del trabajo y llegaría inmediatamente, aunque les dijo que sería una inducción y le habían dicho que tardaría, se sintió tranquila y apoyada, a diferencia de su esposo que le dijo que entonces llegaría más tarde, después de clases, lo que la desilusionó un poco.

Nos encontramos en la sala de labor, Miriam ya platicaba con la joven que estaba a un lado en trabajo de parto, Jimena. Se alegró y como si todavía sintiera desconfianza de que no sucediera lo que hubiéramos acordado, me dijo: *“¡Qué bueno que si entraste! Me dio mucha calma cuando supe que podrías estar conmigo, porque a mí no me gusta estar sola, yo me imaginaba que iba a estar angustiada y llorando cuando entrara sola”*. Inmediatamente nos presentó a Jimena y a mí, relatando con el habla apresurada que la caracteriza, cómo nos habíamos conocido, de la investigación que yo realizaba y del acompañamiento que había hecho desde la consulta.

Jimena tiene 19 años, le contaba a Miriam que había llegado muy temprano en la mañana con cinco centímetros y hasta el momento seguía igual, con algunas contracciones que eran

tolerables. Tras la presentación, no nos dejó mucho qué decir de nosotras, pero Jimena intervino: “*Entonces, ¿puedes estar conmigo también? Al fin que ella [Miriam] todavía ni empieza...*”

La atención no se llevaría a cabo conforme a lo planeado, en acuerdo entre ambos ginecobstetras, pues además de Jimena y otra mujer que había entrado al quirófano para una cesárea, habían llegado a urgencias cuatro mujeres con trabajo de parto, tres de ellas avanzadas y una de ellas con cesárea indicada, lo que ocuparía a los dos ginecobstetras de guardia. Dado que una inducción requiere una vigilancia más cercana de la mujer y del bienestar fetal, decidieron que inducirían el parto una vez que hubieran resuelto la situación inesperada. Así, durante toda la mañana y hasta las cinco de la tarde, Miriam fue prácticamente una observadora como yo.

Profundicé en mi rol dentro de la sala, lo que podía hacer y lo que no, y la investigación que estaba realizando y los temas que tocaba, las trayectorias de vida, el noviazgo, las primeras relaciones, el embarazo y la experiencia de atención que tenían como adolescentes o jóvenes cuando iban a los servicios de salud y, con ello, la conversación surgió con extraña espontaneidad:

Miriam (M): *Yo he tenido cuatro parejas, tuve mi primera relación [sexual] cuando tenía 16, llevaba dos años con mi novio y lo quería un montón, hasta me quería casar con él, pero ¿qué creen? Que me fue infiel con mi mejor amiga... De ahí me deprimí mucho y me entró mi etapa de rebeldía, empecé a salir con otros chavos, pero nada serio. También por eso ahora no me gusta llevarme con mujeres, solo con hombres.*

Bianca (B): Y ¿Cómo conociste a tu esposo?

M: *Pues así, un poco después, me metí un grupo de «skateboarding», casi no hay mujeres ahí, creo que era yo la única, por eso tengo todas las rodillas golpeadas, suturadas y con cicatrices [ríe y nos enseña descubriéndose las piernas]. Él, también era del grupo y ahí lo conocí. La verdad también esos grupos son de mucha rebeldía, drogas y todo eso. Ahí empecé a fumar mariguana, el alcohol nunca me gustó, pero si fumaba también.*

Jimena (J): *¿En serio? ¿En el embarazo?*

M: *No, por suerte como que mi cuerpo ya lo sabía, porque de repente ya no lo resistía, me daba asco y ya no se me antojaba, y fue antes de embarazarme, o a lo mejor la primera semana, pero ya que supe nada... También le dije a él que no podía ya fumar cuando yo estuviera. [Cierra el tema y continua con el relato anterior] Entonces, bueno, nos empezamos a llevar porque a él le había pasado algo como a mí, llevaba seis años con su novia y ella le puso el cuerno con su medio hermano. Entonces pues eso nos acercó y empezamos a ser novios, como al año, me propuso matrimonio, como él es más grande y ya va a terminar la carrera. Yo no me hubiera casado, pero no porque no lo ame, si lo amo, pero me daba miedo dejar de vivir con mi mamá y mi hermana, me llevaba muy bien con ellas y ya sabía que era ir a vivir a casa de él. La verdad, le dije que sí porque me lo pidió en una comida familiar y le dije que sí, porque yo lo amo mucho y no le iba a decir que no. Ya el año pasado, yo acababa de cumplir 18 y nos casamos por el civil, de regalo la familia de él nos dio un terreno, ya cuando trabajemos vamos a empezar a construir.*

B: *¿Ya habías terminado la prepa?*

M: *Si, justo ese año, me dio tiempo hasta eso, porque si me embaracé luego, luego... No lo teníamos planeado, de hecho, si buscamos lo de la interrupción, la verdad, fui a una clínica y ahí cuando entras dan una plática a todas las mujeres que van y ahí me arrepentí. Dije, pues si ya cometimos el error, bueno, no es un error, pero si lo hicimos y no lo esperábamos y no nos cuidamos, pues hay que asumirlo y los dos estuvimos de acuerdo.*

J: *¡Qué fuerte! Pero si... Yo con mi esposo vivimos en unión libre, desde hace como un año y medio, también a los 18 nos juntamos y nos fuimos a vivir juntos, él me lleva dos años... nos fuimos a vivir a casa de mi familia. Ahí tenemos un cuarto para nosotros, está grande la casa, en uno están mis papás, y mis hermanos si comparten, tengo cuatro hermanos, conmigo cinco. Pero nosotros estamos en otro cuarto, que está como atrás.*

B: *¿Ustedes estudian o trabajan?*

J: *Trabajamos, ahorita en el embarazo, me salí, pero si trabajaba, de hecho, desde los 14, me salí de la secundaria porque me ofrecieron un trabajo*

haciendo las cuentas, como de cajera en un comedor y pues como teníamos algunos problemas económicos en la casa, me metí a trabajar por las tardes. Después, como que la verdad me gustó el dinero y la escuela no se me daba mucho, así que me salí y empecé a trabajar ya todo el día. Además, me iba bien, ahí gano \$2,000 a la semana, pues con eso yo me pago todas mis cosas, ya me acostumbé yo a eso, y nada más que pase la cuarentena, yo me voy a regresar a trabajar, para seguir teniendo yo mi sueldo

B: ¿Hasta los cuantos meses de embarazo trabajaste?

J: *Desde que supe lo dejé, porque nosotros sí lo planeamos, un poco, o sea, ya queríamos tener bebé después de que nos juntamos, dijimos, mejor de una vez. Y pues mi esposo me dijo que no quería que trabajara mientras estuviera embarazada, pero como quiera, yo ahorré poquito y son unos meses.*

B: ¿Y habían usado algún método?

M: *Pues condón y a veces la [píldora] del día siguiente.*

J: *Yo igual...*

Una fuerte contracción interrumpió la conversación, así que le hice algunas recomendaciones sobre la respiración y les hablaba de la función de las contracciones, la dilatación y cómo se espera que avance el trabajo de parto. Jimena ya lo sentía y Miriam la observaba con mucho detalle y curiosidad. La ginecobstetra se acercó nuevamente a explicarle que demorarían un poco en darle el medicamento para poderla atender mejor, “*si doctora, no se preocupe, está muy bien, yo espero, ¡ya quiero sentir las contracciones!, así como todas ellas [miraba a su alrededor en la sala de labor], porque eso significa que ya va a nacer ¿no?*”. Después se dirigió a nosotras: “*es que mi embarazo fue muy bonito y tengo la esperanza de que todo termine igual*”. Yo ponía atención a Jimena, quien ya estaba ensimismada en el vaivén de las contracciones más frecuentes y más intensas, mientras Miriam hablaba desde su cama con todas las mujeres que estaban cerca –no es un espacio muy grande y no hay divisiones que permitan mayor privacidad–, con su voy fuerte y animada le escuchaba preguntando: “*¿Cómo estás? Tú, ¿cuánto tienes? ¿Te está doliendo mucho? ¿Estas sufriendo?*” Al mismo tiempo que les devolvía palabras de aliento: “*¡Tú puedes! ¡Tú eres fuerte! Si vas a poder...Estate tranquila...*”. A Jimena, la ‘monitoreaba’ con más detalle: “*¿Cómo estas*

sintiendo? Y ¿ahora? Y ¿es diferente a cuándo llegaste?”, y ella le respondía también animada, mostrándole su seguridad y su control sobre el proceso:

“Si es diferente, ya se sienten bien fuertes, pero es normal, ya lo vas a sentir... Yo luego, luego, me di cuenta, de hecho, aposté con el doctor de la consulta. Apenas tengo 38 semanas, pero yo ya lo sentía, él me había citado todavía este jueves y yo le dije que iba a nacer antes... ya me debe una torta de tamal... Ayer me empezaron [las contracciones] ya bien, vine en la noche a urgencias y me dijeron que apenas que regresara a mi casa y volviera hoy, pues ya me aguanté la noche y en la mañana que regresé, tenía ya cinco y me quedé, pero ahora sí ya las voy sintiendo en serio”

Volvía a acostumbrarse a la intensidad de las contracciones y conversábamos las tres, haciendo un recuento desde el embarazo. Jimena lo había sospechado con los primeros días de retraso e inmediatamente lo confirmó con una prueba casera, mientras que a Miriam no le extrañó el retraso porque sus periodos eran irregulares, más bien un día sintió náusea y su esposo le dijo que seguramente estaría embarazada. Ella pensaba que no, pero una prueba rápida lo confirmó. Habían vivido el embarazo sin sentir mayores cambios en su cuerpo, las dos eran delgadas y decían no haberlo notado sino hasta los últimos meses que ‘se bota la panza’, tampoco cambiaba significativamente su ritmo cotidiano y no había ninguna complicación médica que les hubiera preocupado. Ambas tenían apoyo familiar y el embarazo no había resultado en un conflicto o en un cambio radical en la estructura familiar, pues ya vivían en pareja. En la conversación resaltaban sus diferencias, a Jimena la esperaba afuera su pareja, sus padres no podían acompañarla porque trabajaban y cuidaban a sus hermanos menores, mientras que Miriam pensaba que le gustaría que su esposo estuviera ahí, pero no sabía si ya había llegado, seguramente estarían afuera su mamá y su hermana. Por otra parte, coincidían en que, en cierta medida, había sido un buen momento para quedar embarazadas, Jimena comentó que ella nunca había pensado en una edad para tener hijos cuando era más chica, y Miriam, pensó que se había adelantado un poco, porque ella siempre decía que quería tener hijos como a los 22 años, y exclamó:

“¡Imagínate a los 14! Yo no hubiera podido, debe ser muy difícil y muy pesado, yo no sé cómo le hacen las chicas que se embarazan así o hasta más jóvenes.

Por ejemplo, mi mamá tiene 39 y tengo una hermana mayor, pero no creas que se embarazó muy chica, me tuvo a los 21, mi hermana, que es cinco años mayor, es hija de mi papá, su mamá los dejó cuando ella era bebé y después se casó con mi mamá. Pero fue muy feo cuando se divorciaron, yo me acuerdo que tenían problemas y al final fue porque él tomaba mucho y ya cuando yo tenía diez se divorciaron. Mi hermana se quedó con nosotras, como si mi mamá fuera su mamá, a él casi no lo vemos, no queremos verlo, ella y yo no nos parecemos físicamente, pero somos muy cercanas.”

Las historias familiares y las vivencias de la maternidad se entretejían en su propia espera por convertirse en madres. Jimena ya abandonaba la conversación al llamado de las contracciones y, para Miriam llegaba la hora esperada de la inducción de trabajo de parto, aunque pasarían todavía un par de horas para que percibiera las primeras sensaciones. Mientras, apoyaba a Jimena: “*¡Que emoción tú ya vas a conocer a tu bebé! Piensa en eso, yo apenas... no he sentido todavía nada*”, pero esta última etapa del trabajo de parto estaba tomando más tiempo de lo que ella pensaba. Veía a su alrededor a quienes ya estaban por parir y atendía a las indicaciones que les daban, o las posiciones que tomaban con la guía de las médicas y estudiantes en turno, mismas que ellas replicarían a su tiempo. Jimena parecía perder la conciencia en la oleada de contracciones y después volvía como si no hubiera pasado nada y se mostraba un tanto impaciente: “*Mira, Miriam, ya nos ganaron, bueno a mí, yo entré antes y ya va anochecer... Sólo quisiera que nazca hoy, que no pase de las 12, porque hoy es el cumpleaños de mi papá, va a ser su regalo ser abuelo, estaba muy emocionado cuando me vine ya con dolor*”. Unos ocho minutos antes de las 00:00 dio a luz. Estuve con ella en la sala de labor, observando desde un espacio detrás de ella en donde pude colocarme, la residente atendería el parto y un médico interno de pregrado sentía las contracciones y le indicó el pujo. Jimena inmediatamente hizo contacto visual y conectó con el ritmo que él marcaba con voz fuerte y amable: “*respira, uno, respira profundo, dos, viene contracción y ahí ¡Puja! Hacia abajo, no lo sientas en la garganta, y respira otra vez, uno, respira, dos, respira...*”

El trabajo de parto efectivamente se había prolongado un poco y el bebé tenía una circular de cordón, pero con la reanimación inicial se recuperó pronto. Ella miró a su bebé y le hablaba

con voz entrecortada, se sentía bien y hubiera querido salir en ese momento del hospital junto con su recién nacido. Salíamos al área de recuperación y desde su cama, Miriam le gritó emocionada: “*¡Muchas felicidades! ¡Ya eres mamá! Yo, ¿cuánto crees que tengo? Ya siete, creo que me voy a ir rápido*”. El medicamento había desencadenado las contracciones con buena intensidad y sin necesidad de oxitocina, el trabajo de parto avanzaba, entre gemidos, gritos y la desesperación de Miriam ante cada contracción, “*yo soy más gritona, creo... de verdad, no sé si voy a aguantar*”. Su emoción había llamado la atención de la ginecobstetra responsable del turno, pues era poco tiempo para que hubiera avanzado tanto, además pensaban ofrecerle analgesia epidural, de manera que realizó un siguiente tacto, comentando con la residente: “no tiene siete, tiene apenas cinco, si no es que cuatro, nada más que lo sentiste así porque el cérvix está posterior” y continuó explicando a Miriam que no sería tan rápido, pero podían ponerle analgesia para que lo tolerara mejor y descansara un poco antes del parto. Inicialmente se negó, decía que Jimena sí había aguantado –durante el día, no habíamos observado que a alguien le pusieran anestesia– y ella quería lograrlo, además de que le entusiasmaba sentir las contracciones, “las contracciones no las vas a dejar de sentir, no van a parar”, explicó la ginecóloga y, al momento, la intensidad de una siguiente contracción, hizo que cambiara de opinión.

En el mismo espacio, pero separada por una pared, descansaba Jimena, quien preguntaba, preocupada, por Miriam. Ella se sentía bien y con energía, me dijo aliviada: “*quiero saber quién es el doctor que me hablaba, le voy a traer un pastel, sentí que me ayudó muchísimo*”, estaba asombrada de que su parto hubiera sido tan fácil después del tiempo que estaba tardando, me preguntó: “¿cómo viste?” – Lo hiciste excelente, con mucha fuerza y mucho control y lo importante es que están bien, el bebé y tu– respondí, confortándola. Por unos 30 minutos, todos en la sala descansamos, sintiendo el silencio que contrastaba con las intensidades de ese día en la sala de labor.

Miriam despertó con las fuertes contracciones y estaba ansiosa, sumamente alerta, no perdía detalle del entorno y lo que rodeaba ese instante, me preguntó por Jimena y por su bebé, veía que la sala se quedaba vacía, me insistió en que tal vez yo debía irme, preguntó si había comido, si tenía agua que tomar, y se inquietó por la posible ausencia de su esposo: “Cuando saliste ¿no estaba verdad?” –No estoy segura... [no quise alarmarla o decir algo que

confirmara la desilusión]. Tu mamá se acercó conmigo, me dijo que te mandaban saludar ella, tu tía, tu abuela y tu suegra, que desde ahí afuera te estaban apoyando. [Suspira con gesto de tristeza y enojo] Hay cuatro mujeres que te acompañan desde allá afuera, cuatro mujeres que han sido madres y que esperan lo mejor para ti y la bebé, piensa en ellas cuando sientas que no puedes más y te dará mucha fuerza— respondí buscando darle alivio y sostén. Entre intentos por respirar y los gritos que se le desprendían fuera de su control, llegó a los ocho centímetros de dilatación y con movimientos desesperados, en poco tiempo — relativamente— logró los diez centímetros que la llevaban a la sala de expulsión:

Ginecobstetra (GO): *Ahora si pujas*

M: *Pero me dijo que no pujara*

GO: *Hace unos minutos, porque no estaba completa la dilatación, pero ahora sí, ya es para que nazca.*

M: [comenzando a pujar] *Perdón que grite tanto, es que tengo mucho miedo, ya no sé si puedo más*

Pediatra (P): *Tú tienes que pujar, no hay bebé que se haya regresado, ya estamos aquí, tiene que salir, tienes que salir.*

B: Acuérdate de la respiración, vas a pujar con cada contracción, está a punto de nacer. Siente el pujo hacia abajo, respira y [esperando la contracción]... Pujas ahora, fuerte.

GO: *El pujo es bueno, sigue haciéndolo así, pero no te muevas tanto que te puedes caer ¡Ya va a nacer!*

Un cambio repentino había sucedido en ella y se enfocó completamente en pujar, sin necesidad de maniobra alguna. A las 4:25 de la madrugada dio a luz a una bebé que respiró y lloró inmediatamente, la pediatra la acercó a su rostro y ella la besó y le habló amorosa. La llevaron a la cuna para revisarla mientras suturaban la episiotomía, que fue el momento en donde Miriam liberaba toda contención, a pesar de otra dosis de analgesia epidural y la anestesia local, ella gritaba, incluso más que en el trabajo de parto: “¡Ya no me cosa! ¡Me duele! ¿Cuánto se va a tardar? ¡Ya no quiero!”. Para ayudar a la ginecobstetra que comenzaba a desesperarse, pues no lográbamos contenerla de ningún modo, la pediatra se acercó nuevamente con la bebé: “mira, tu bebé está lista, tuvo la mejor calificación, nació

muy bien y tú lo hiciste muy bien. Ya falta poco, pero tienes que controlarte. Voy a poner a la bebé en tu pecho y tú la vas a sostener, lo vas a hacer por ella” La tomó en brazos –la pediatra la sostenía también a un lado–, le hablaba y hacía lo posible por aguantar, pero insistía en que el dolor era insoportable. Había tenido pequeños desgarros que la ginecobstetra revisaba cuidadosamente, y vigilaba que el sangrado no incrementara. Unos veinte minutos después salía al área recuperación, y apenada se disculpaba con la doctora por haber gritado tanto.

A medio día nos encontramos en el área de hospitalización, Jimena estaba tratando de alistarse, pensando que tal vez la darían de alta y Miriam apenas se recuperaba, pero ella siempre parecía tener ánimo de hablar:

“Gracias por estar conmigo toda la noche, si no, no hubiera aguantado... me estaba acordando de eso que me dijiste de mi mamá, si me dio mucha fuerza, porque ¿sabes? Fue en el embarazo que yo me reencontré con mi mamá, porque mi relación con ella estaba muy mal por todas las cosas malas que yo había hecho en la prepa. Mi mamá y mi hermana son cristianas, y yo, por lo mismo... por la misma rebeldía le decía que yo no creía en su religión, ni en nada, pero después me fui acercando, y eso me ayudó a salir de los problemas, también fue un poco por la religión que seguí con el embarazo y que Dios fue poniéndome cosas en el camino para poder llevarlo... ya ves, hasta poder estar acompañada, porque mi mayor temor, desde siempre, en todo el embarazo, era que iba a estar sola y pues, algo pasó, es la explicación que yo le doy, porque ya te conocí justo cuando ya iba a ser.”

Miriam y Jimena salieron del hospital con sus bebés al día siguiente, sus familias las esperaban y les apoyaron durante esta nueva etapa, en la que se enfocaron casi por completo; nos encontrábamos en las consultas de seguimiento de sus hijos, a las que acudían apresuradamente por volver a las labores del hogar y de cuidado. Jimena estaba segura de querer postergar un siguiente embarazo, mientras que Miriam pensaba que sería mejor no esperar tanto, porque quería tener dos hijos y creía que era mejor hacerlo joven, pues le había ido muy bien en este embarazo, después optaría por un método definitivo, aun cuando le insistieron en utilizar un método temporal y esperar al menos un año y medio. También

mantuvimos contacto ocasional por mensajes de texto, hasta una última conversación, ocho meses después, cuando recién había cerrado mi estancia en campo:



La escritora Nadia Terranova define, a través de la protagonista de su novela *Adiós fantasmas*, que el final de la adolescencia es “negar lo que se ha sido, transformarse en algo distinto y después olvidar el haberlo deseado: no había otra manera de convertirse en adultos, y si la había no la conocía” (2020: 63). Podría decirse que Miriam y Jimena se encontraban en esa transición; los 18 o 19 años, para la sociedad occidental y sectores de clase media, son el auge de la adolescencia, sin embargo, los imperativos del contexto que acotan el proyecto de vida a los recursos disponibles, van tranzando el punto de inflexión que termina por fijarse con la mayoría de edad legal y la maternidad como rito de paso.

Históricamente, son razones sociales y razones económicas las que han determinado el punto de referencia temporal para la integración de las y los jóvenes a lo que se considera la vida adulta; se espera de ellos que hagan lo que hace este otro sector, por tanto, no puede estudiarse este grupo de edad separado del resto con los que convive (Dolto, 1990). Para Dolto, esta transición es una mutación, respecto de la cual, los adolescentes nada pueden decir y que es para los adultos un objeto de cuestionamiento, indulgencia o angustia. Miriam y Jimena narran, como si fuera un pasado lejano, las rupturas con los padres, los procesos de diferenciación, asimilación a los grupos de pares y los actos de afirmación de su independencia. Todo ello a pocas horas de situarse en la posición mujer-madre, y en la ruta acelerada pugnan por convencerse de que es un buen momento para ello. No ha sido necesariamente el grupo social el que marque el tiempo para este pasaje, ni los supuestos que establecen los parámetros biológicos y sociales para ejercer la maternidad, sino la sucesión de un hito y otro, en un marco de vulnerabilidad social, que reduce las alternativas, sin embargo, las hay y ellas comienzan a esbozar su reconocimiento.

5.3 Silencio y resonancia

El silencio no es sólo la ausencia de ruido (...) es la condición del recogimiento, de la escucha de uno mismo, de la meditación, de la plegaria, de la fantasía, de la creación; sobre todo, el lugar interior del que surge la palabra.

Alain Corbin, 2019

La realidad es más de lo que el lenguaje puede decir, por ello, el silencio es crucial en el mundo social. Para Weller, “el silencio no es lo opuesto al discurso, sino parte de un efecto continuo de lo (in)interpretable que habita en toda forma de comunicación” (2017, “Conclusión”, párrafo 2), sin embargo, agrego intencionalmente un paréntesis, toda vez que, el silencio indica los límites de la interpretación, al mismo tiempo que es sujeto de ésta. Sin aquello que resulta indecible, no sería posible una aproximación a la experiencia, como aquello que “se halla en el punto nodal de la intersección entre el lenguaje público y la subjetividad privada, entre los rasgos comunes expresables y el carácter inefable de la interioridad individual” (Jay, 2009: 20).

Por ende, no es casual que la antropología ponga un particular énfasis en el silencio y su relación con la cultura y la sociedad, buscando nuevas posibilidades de registro y categorías para referirlo. Así, lo no dicho, lo indecible, lo innombrable, lo inexpresable, lo impronunciable, el titubeo o la pausa en el discurso, así como la gestualidad y las expresiones no verbales, se hacen cada vez más presentes en el trabajo etnográfico, habilitando claves de interpretación para develar sus posibles significados, como dan cuenta Dragojlovic y Samuels:

“El silencio puede apuntar a una forma de opresión, producida por las fuerzas que excluyen a ciertas ideas, personas o palabras de ser dichas, visibles, atendidas o siquiera pensadas. De manera similar, el silencio puede ser un fantasma inquietante o persistente del pasado que está misteriosamente presente en las narrativas y en los modos de vida que constituyen las posibilidades imaginativas y los horizontes de expectativa de las personas. En contraste, el silencio puede ser estratégico. Puede ser amable; una forma de protección frente a pensamientos dolorosos; una forma de

respeto; una sutil empatía; dejar al otro ser; cuidar; estar juntos en silencio. Puede crear un mundo en un modo no lingüístico.” (2021:417)

Considerando los diversos matices que puede tener el silencio, en este apartado retomaré las narrativas que fueron emergiendo del acompañamiento a las adolescentes durante algunos momentos clave del proceso de atención, con quienes no pude tener continuidad, ya que presentaron complicaciones y fueron atendidas en otro hospital o no fue posible hacer una entrevista en profundidad, resaltando que estas situaciones están estrechamente vinculadas con las diferentes elaboraciones acerca del silencio y aquello que lo configura. La interrupción no fue un deseo expreso de no participar o de no hablar más, sino resultado de los faltantes, las omisiones, los estigmas, las formas de vulnerabilidad social y las violencias cotidianas, que se hallan vinculadas a los embarazos no intencionales que tienen lugar en la adolescencia, sobre todo en las de menor edad. En este sentido, la distinción que plantean las autoras entre el silencio como opresión y el silencio como protección, induce a la cuidadosa reflexión, pero se desdibuja fácilmente a la luz de las historias de vida de Alicia, Diana, Elena, Alejandra y Mónica, y de los sucesos que marcan sus trayectorias reproductivas, la vivencia del embarazo y la maternidad.

El silencio, dice Nancy (2007), no es una privación, es un arreglo de resonancias, como cuando en el silencio absoluto se escucha el sonido del propio cuerpo rebotando en el interior, como un eco que asemeja un llamado a sí mismo. Dejarlas fuera implicaría negar las resonancias que producían estos silencios, no solamente en mí, tras la experiencia compartida y el acompañamiento, sino también en los profesionales de salud que habían tenido contacto con ellas. No podría decirse que fueran casos extraordinarios, a riesgo de normalizar la vulnerabilidad o la violencia, o pretender una gradación que centra la atención en las situaciones límite, obviando las formas más sutiles, o los mecanismos de silenciamiento que las vuelven casi imperceptibles.

Diversos autores han reflexionado acerca del silencio como un modo de respuesta común a diversos tipos de violencia, el cual refleja la manera en que se ponen juego las fuerzas sociales, así como la subjetividad y la vulnerabilidad como condición existencial; ante los eventos extremos como las guerras o los genocidios, no existen palabras para describir el horror, pero también en las violencias cotidianas (Scheper-Hughes, 1992), la violencia

estructural (Farmer, 2013) o el sufrimiento social (Kleinman, Das y Lock, 1997), habita aquello de lo que no se quiere hablar, porque conlleva el estigma, la vergüenza, la condena o la exclusión. Estas formas de violencia naturalizadas o producidas tienen lugar al interior de una estructura dominante en que las víctimas son consideradas responsables, por ellas mismas o por su entorno inmediato. Siguiendo este argumento, Gammeltoft distingue entre dos formas de silencio que operan frente a la violencia:

“un *silencio deliberado* que el sujeto opera de manera consciente y un *silencio subconsciente* que envuelve aquello que las personas tratan de expulsar de la atención y la consciencia (...) A través de estos matices del silencio, es posible analizar aquello que ocurre en los bordes de la consciencia y en los márgenes de la vida social” (2016:429).

Estas dos formas y sus posibles gradaciones caracterizaban cada uno de los diálogos y las entrevistas con las adolescentes, a través de las cuales buscaba conocer su historia de vida y su trayectoria reproductiva. En sus narrativas, aparecían los conflictos familiares y rupturas de los padres, las condiciones de pobreza o la necesidad de contribuir con las labores de cuidado en el hogar que les llevaron a abandonar la escuela, sus relaciones de noviazgo y el inicio de la vida sexual, los cuales, por sí mismos no explican la unión temprana e intempestiva y el embarazo como una consecuencia de esta unión. Al respecto, diversas investigaciones sugieren que este tipo de uniones tempranas, frecuentemente están asociadas un patrón de conductas desencadenado por el antecedente de abuso sexual en la infancia, que condice a un inicio precoz de la vida sexual activa, la presencia de conductas de riesgo, el abandono escolar, el abuso de alcohol y sustancias (Erdmans y Black, 2015).

Ninguna de ellas habló conmigo de algún antecedente de abuso sexual o de violencia y yo tomé la decisión de no preguntarlo. Como parte de la atención, generalmente se aplica en el hospital una cédula de detección que abarca distintos tipos de violencia y en esta, habían quedado registrados estos antecedentes. Elena, de 16 años, señaló que presenciaba violencia de parte de su padre hacia su mamá y también fue forzada a tener contacto sexual por parte de un tío paterno en la niñez, por lo que se le ofreció el apoyo por parte de psicología, pero ella se negó a cualquier forma de seguimiento. Diana, de 13 años, informó en el cuestionario haber recibido golpes, gritos e insultos por parte de su padrastro y haber presenciado también

violencia hacia su madre. Alicia de 12 años, es diagnosticada a las 17 semanas de embarazo con tricomoniasis, una infección de transmisión sexual, por lo que el médico considera fundamental explorar los antecedentes de violación o abuso, y solicita apoyo a los servicios auxiliares de psicología y trabajo social, quienes no obtienen ningún indicio adicional de parte de Alicia o de su mamá.

De acuerdo con la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, en la atención prenatal, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, se debe realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género, y en caso sugerente, actuar conforme al marco jurídico aplicable (Secretaría de Salud, 2016). Sin embargo, estas que parecerían ser omisiones del ámbito biomédico o jurídico, no son situaciones aisladas, sino resultado de una serie de violencias sistemáticas y producción de formas de vulnerabilidad social. Retomando la postura de Erdmans y Black (2015), es limitado considerar que estos son problemas sociales o de salud que viven las madres adolescentes, en lugar de cuestionarlos como estragos de fenómenos sociales y estructurales que generan una condición de exposición y susceptibilidad, al mismo tiempo que imprimen sus huellas de manera profunda en el cuerpo, en la psique y en la vida social de las adolescentes, como muestran las complejas experiencias de Alicia y Diana.

Alicia llegó por primera vez al hospital con 10 semanas de embarazo, acompañada por su madre, cuando yo me encontraba en otras áreas del hospital. A pesar de su edad y de la edad gestacional, no llamó la atención de manera particular, más que en función de los riesgos potenciales por su edad, de manera que le solicitaron estudios de laboratorio completos y un ultrasonido. Siete semanas después llegó a su segunda consulta, en donde los estudios revelaban la presencia de una infección de transmisión sexual, por lo que se le dio el tratamiento necesario y una cita en cuatro semanas más. También acudió a los servicios auxiliares, en donde se realizaron entrevistas, en lugar de aplicar la cédula correspondiente, pues se consideraba que era muy joven para poderla responder.

Su madre tenía 27 años y tres hijos, el mayor de 14 años, Alicia y el menor de ocho, estaba separada del padre de los tres y ambos progenitores mantenían una relación de pareja con otra persona, por lo que Alicia pasaba temporadas con uno o con otro “según le convenía” y

no daba cuenta de ningún conflicto. El embarazo, fue producto de su primera relación sexual con un adolescente de 14 años, que vivía cerca de su casa y habían sido novios por cuatro meses. Dijo en la entrevista que desconocía que podía quedar embarazada en la primera relación sexual y cuando le preguntaron si había pensado en interrumpirlo, solamente respondió que no.

Tras esta segunda ocasión, y como el personal auxiliar también conocía de mi investigación, me preguntaron si ya sabía que se estaba atendiendo a una niña de 12 años, dando pie a que indagara al respecto. Consulté con los médicos el caso y entre otras cosas, pregunté si se le había otorgado información sobre alternativas reproductivas y la posibilidad de interrumpirlo, lo cual no sucedió. Incluso algunos médicos del área de labor me preguntaron al respecto, pues consideraban que si llegaba a término debían estar preparados para atender una situación que consideraban delicada y de un riesgo particular. Mi primer encuentro con Alicia, fue en una consulta subsecuente, cuando tenía 21 semanas de embarazo. Ella esperaba sola en la sala, pero cuando fue su turno el médico pidió que entrara con su mamá, Leticia, quien participaba de la consulta y tomaba fotos del ultrasonido, mientras Alicia permanecía en silencio, mirando lo más lejos de la pantalla. En este momento, no había ninguna complicación, pero unas cuantas semanas después, la situación cambió, cuando se detectó un incremento anormal en la cantidad de líquido amniótico, por lo que el médico jefe de servicio, decidió que era conveniente referirla a un hospital de especialidad, que incluso, tiene una clínica especializada en atención del embarazo en la adolescencia.

Leticia se acercaba a mí con frecuencia, al término de las consultas y en esta ocasión insistí en la importancia de acudir a este hospital y le di algunas recomendaciones. Respondió que estaba acostumbrada a estas gestiones porque su hijo mayor había tenido una malformación cardíaca de nacimiento y le daban seguimiento todavía en el Instituto Nacional de Cardiología, pero que iba a hacer todo lo posible porque tenía que trabajar y no tenía dinero. Era posible inferir que los cuidados que demandaba el hijo mayor, representaban para Alicia una carga adicional de labores domésticas y en una situación de menor cuidado por parte de la familia. Cuando Alicia estaba por llegar a las 32 semanas de gestación, Leticia me buscó, pues no había podido llegar al hospital indicado porque su hija se había sentido mal antes y la había llevado de urgencia a otro hospital más cercano, en donde había estado hospitalizada

tres días por amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias y le habían indicado un ultrasonido de seguimiento que no podían realizar en el servicio público, pero que ella no podía costear.

El médico sub-especialista accedió a recibirla nuevamente y realizar el ultrasonido, el cual resultó completamente normal. Ante la resistencia de Leticia de hacer la gestión en otro hospital, el médico consideró que era mejor dejar abierto el seguimiento, pero fue enfático en que, si volvía a sentirse mal antes de cumplir 37 semanas, tendría que ir a otro hospital que tuviera una unidad de cuidados neonatales para atender a un recién nacido pretérmino. Alicia nunca pronunció más de tres palabras en la consulta. Cuando estaba sola en la sala de espera, me acercaba y respondía algunas de mis preguntas con monosílabos, con excepción de esta última consulta en el hospital, cuando le pregunté cómo se había sentido, a lo que respondió: *“No siento nada... lo único bueno es que soy alta y no se me nota, solo me han dicho que engorde un poco, pero nadie se ha dado cuenta”*. Después me dijo que ya no quería hablar, así que la acompañé en silencio. Dos semanas después, Leticia me avisó que el bebé ya había nacido. Alicia había tenido contracciones nuevamente y dolor intenso de cabeza, por lo que la había llevado a urgencias, le diagnosticaron preeclampsia y debido al riesgo, se interrumpió el embarazo a las 35 semanas. Ella estuvo un día en terapia intensiva y el bebé en cuidados neonatales, pero ambos fueron dados de alta una semana después.

Diana es referida de un centro de salud, porque en un ultrasonido realizado en medio privado menciona como diagnóstico un defecto de cierre de tubo neural, por lo que deciden realizar inmediatamente un ultrasonido en su primera consulta, el cual resulta normal. No obstante, preocupa a los médicos que la glucosa en los estudios de laboratorio está elevada y ello podría complicar su embarazo con diabetes gestacional, por lo que determinan que requerirá un seguimiento más estrecho. Aunado a ello, en este primer contacto se identifican antecedentes de violencia y llama inmediatamente la atención que cuando preguntan por un familiar acompañante ella señala que “solo va con su esposo”, por lo que se realizó una entrevista con mayor profundidad.

Su padrastro era alcohólico y ejercía violencia contra su madre, sus hermanos menores y ella, por lo que su abuela había puesto una demanda legal para obtener la custodia de Diana y sus hermanos, pero su madre ganó llevándola nuevamente a vivir a su casa, en donde era

violentada. En este contexto, abandona la escuela primaria y se va a vivir con su novio, Julián, de 23 años, quien la acompañaba a todas las consultas y había firmado como familiar responsable en todo lo que se requería para que Diana fuera atendida en el hospital. Cuando le pidieron sumarse a la entrevista de trabajo social, Julián no pasó desapercibido pues vestía ropa negra, rota, tipo ‘cholo’, con tatuajes alusivos a la ‘santa muerte’, cadenas y pulseras vistosas, una gorra que cubría casi todo el rostro. Diana también usaba collares con imágenes de la ‘santa muerte’ y por su estatura, complexión y arreglo personal, aparentaba más edad. En todo momento se negó que intentaran contactar a su madre, aun cuando en las consultas llegó a hacer referencia de que la veía ocasionalmente y le compraba vitaminas que sabía se debían tomar en el embarazo.

Diana tuvo consultas frecuentes durante todo el embarazo, para vigilar la glucosa y otros posibles riesgos en su salud, por lo que le pedían estudios de laboratorio de manera frecuente y, enfáticamente, los médicos preguntaban por sus hábitos de alimentación. Sus respuestas eran muy vagas y de por sí, era siempre de pocas palabras: “pues como de todo”, señaló. Pero el médico insistió: ¿Desayunaste? (ella niega con la cabeza); ¿Cenaste? (niega, nuevamente), pero ante el gesto que percibe en el médico, corrige inmediatamente: “¡Ah no! Ya me acordé, si cené no muy tarde, un bistec.” ¿Con qué más?, insiste el médico. “Así, nada más”, concluye ella, con tono molesto. Era evidente la impresión de que ella mentía, y que no solo tenía una mala nutrición, sino un acceso limitado a alimentos, por lo que el médico le pide que llame a su acompañante, para que le pueda explicar a ambos qué es lo que está pasando con el embarazo.

Sin enunciar una sola palabra y con gesto de preocupación, Diana sale a llamarlo. Entran y él se niega a tomar asiento y permanece de pie mirando al suelo, mientras escucha la explicación: “Diana ha tenido el azúcar alta, lo cual no significa que debe dejar de comer, sino que tiene que comer bien, ¿tú puedes encargarte de ella y de que coma suficiente?”. Julián asiente y responde que sí, pero parece bajar más la cabeza con cierta vergüenza. El monitoreo siguió siendo estrecho, con alteraciones en la glucosa, pero no de gravedad y ella nunca faltó a ninguna consulta, siempre acompañada de Julián, quien la esperaba lo más cerca posible de la puerta. De hecho, era difícil interactuar con ella en la sala de espera, pues ella volteaba hacia la puerta buscándolo con la mirada, aunque conforme se acercaba su fecha

probable de parto, me hacía algunas preguntas que le daba pena decir en sus consultas. Aunque era reservada, su actitud y su lenguaje, no guardaba correspondencia con su edad, ella hacía todos los trámites y gestiones dentro del hospital, y en un par de ocasiones me pidió “guardarle” su lugar en la sala de espera: *“a ver, me puedes esperar tantito, y ver si me llaman, voy a darle estos papeles a mi viejo que esta allá afuera, y revisar que el niño haya comido, estamos cuidando a mi hermanito y luego ya ves cómo son...”*

Estas narrativas están construidas desde una multiplicidad de voces y de nuestros silencios deliberados y subconscientes. Es posible que solo de manera retrospectiva sea tangible el impacto de cada uno de los eventos que atraviesan las historias de Alicia y Diana, pues el proceso de atención se caracteriza por un abordaje fragmentado entre diferentes disciplinas y profesionales de salud que difícilmente permiten establecer asociaciones entre la vulnerabilidad, la violencia y los aspectos de la salud que ocupan a la biomedicina. Esto en parte, puede ser un atenuante de la complejidad que podría representar un paradigma de atención a la salud que atienda verdaderamente a una perspectiva bio-psico-social, en donde otras expresiones del padecer y del sufrimiento toman una relevancia equiparable al problema de salud. Diferentes actos hacen ver que estas formas de sufrimiento se intuyen o se saben, pero en aras de la objetividad y la neutralidad que supone, resulta preferible no incursionar en ello con mayor profundidad.

Otra posibilidad es que, cuando he referido al proceso reproductivo en la adolescencia como un problema social, en tanto que atañe a la sociedad en conjunto, estas narrativas patentan el impacto de las condiciones estructurales y la reproducción sistemática de la exclusión y la «precaridad». De manera que, los eventos de violencia son rodeados por lo que Das (2007) denomina una zona de silencio, que se logra a través del uso metafórico del lenguaje y de la descripción de otros sucesos cercanos o paralelos, sin llegar a nombrar un hecho específico que permita dar cuenta de una experiencia singular, generando una especie de códigos de silencio, compartidos por cierto grupo y que se distinguen de otros, por ejemplo, los que aluden a las víctimas o los que recaen en los testigos.

Pero ¿podría ser el silencio también una forma de protección o de empatía? La infancia suele estar vinculada a esta intención, cuando se priva a las niñas y niños de escuchar acerca de ciertos temas, los cuales pueden no estar preparados para comprender o abstraer, lo cual

difiere significativamente en las diferentes culturas y grupos sociales. Por ejemplo, hablar de la muerte con las niñas y niños puede ser un tabú en ciertas sociedades, prefiriendo el uso de metáforas que justifiquen la ausencia y su exclusión de los sitios relacionados con la muerte. Pero, para otras, puede ser un evento normalizado como parte del ciclo vital, por lo que pueden participar de los rituales o ceremonias para despedir a la persona y expresar abiertamente que ha fallecido. Otros silencios convertidos en tabúes, como la sexualidad y el embarazo, suponen en contextos como el de este estudio, una manera de ‘prevenir’ o postergar el deseo sexual. Sobre ello, el dramaturgo Frank Wedekind planteó en su obra *Despertar de primavera*, escrita en 1891, una crítica a este mandato social situando como protagonistas a unos adolescentes con ansia y curiosidad frente a la sexualidad y el amor:

“(…) Señora Bergmann — ¡Figúrate que anoche estuvo la cigüeña en su casa y le ha traído un niño!

Wendla — ¡Un niño! ¡Un niño! ¡Cuánto me alegro! ¿Y esa era la causa de la fastidiosa influenza?

Señora Bergmann — ¡Un niño hermosísimo! (…)

Wendla — Quisiera saber si la cigüeña entró volando por la ventana, o si vino por la chimenea.

Señora Bergmann — Eso pregúntaselo a Ina, Pregúntaselo a Ina, corazón mío. Ina ha estado hablando con ella durante media hora.

Wendla — Ya se lo preguntaré ahora cuando la vea.

Señora Bergmann — No lo olvides. A mí también me interesa saber si vino por la ventana o por la chimenea.

Wendla — ¿O no es preferible que se lo pregunte al deshollinador? El deshollinador debe estar mejor enterado de si entra volando o por la chimenea.

Señora Bergmann — ¡No se lo preguntes al deshollinador! ¡Al deshollinador, no! ¡Qué sabe él de la cigüeña! (…)

Wendla — Es una cosa triste lo que con mi juicio ocurre... Tengo una hermana casada hace ya dos años y medio, y yo que soy tía por tercera vez, no sé cómo ocurre. ¡No te enfades! ¿A quién en el mundo, si no, habría de preguntárselo? Te lo pido por favor, madre, dímelo ahora madrecita... ¡Me avergüenzo de mi misma! No me regañes porque te pregunte una cosa así. Explícame cómo ocurre... cómo sucede eso. ¡no pretenderás en serio que a mis catorce años crea aún en la cigüeña!” (Wedekind, 1954:36-38).

La obra de Wedekind, prohibida en su época y que tuvo que publicar de manera independiente, recibiendo múltiples sanciones y críticas, anticipaba la crisis de los supuestos ideológicos de la infancia cada vez más puestos a prueba en la sociedad actual, pues lejos de protegerles, los coloca en una posición vulnerable. Malkki (2010) pugna por la importancia de dar lugar en el discurso a la infancia real, sin necesidad de desplazar a la infancia ritual. Define como infancia ritual a aquella que se representa como símbolo de la paz, la unión y el futuro de la humanidad, y que se relaciona con dichos supuestos: los niños(as) no odian, no matan, no usan armas, no sienten deseo, no experimentan placer. *“Pero mira, es que a tu edad deberías estar jugando con muñecas, pero quisiste un muñequito de verdad... En lugar de ir a aprender anatomía en la escuela, tú mejor te adelantaste a practicar”*, comento una enfermera a Diana justo cuando recién había dado a luz. La infantilización de la adolescencia y la objetificación de una persona recién nacida son expresiones de la deshistorización y la despolitización de la infancia. En la dimensión real, agrega Malkki, los niños y niñas son sujetos de amor y protección, pero también de crueldad y violencia. En este sentido, es fundamental pensar la infancia como “sujetos, como personas y no solo como una forma elemental de nuestra humanidad compartida” (2010:80) La niñez como sujeto no es igual al sujeto adulto, pero al igual que las personas adultas, las niñas, niños y adolescentes viven en relación con otras personas (adultas y pares).

En esta dinámica relacional, existen otras formas más sutiles de violencia hacia la infancia y la adolescencia, que implican una forma diferente de invisibilización, en la que la niña o adolescente es progresionada hacia la vida adulta. Si bien en contextos de precarización de la vida, ocurre tanto para mujeres como para varones, es uno de los aspectos más vinculados con el abandono escolar y las uniones tempranas, como la situación de **Alejandra**, de 16 años. Ella es la hija menor y la única mujer de seis hermanos. Después de concluir la primaria abandonó la escuela por algunos problemas familiares –que nunca mencionó con detalle– y hasta la fecha no había podido regresar. Sus padres están divorciados y ella vive con su madre y un hermano de 24 años, el resto de sus hermanos están casados y algunos de ellos viven en el mismo predio, por lo que comparten áreas comunes y otros mantienen una relación de vecindad. Su madre, sus hermanos y algunas de sus cuñadas trabajan, por lo que ella apoya con el cuidado de sus ocho sobrinos desde que recién había entrado en la pubertad.

Cuando le preguntaba sobre sus dudas o inquietudes en el embarazo, volvía a su experiencia de trabajo doméstico de manera recurrente: *“he visto embarazadas a mis cuñadas, a unas les ha dolido el parto, otra no tuvo dolor en su primer embarazo, pero en el segundo sí ¡mucho! Ya sé que es diferente y además a todos mis sobrinos los he cuidado desde bebés”*. Para ella, el rol que desempeña en la estructura familiar es un modo de autoafirmación, y reconoce tener un rol importante en el cuidado de sus sobrinas, porque el resto de su familia estaba poco en casa, parecía ser que ella conocía mejor la dinámica cotidiana y esto le daba cierta autoridad:

“yo soy la que ve cómo están los problemas aquí en la cuadra, hay niñas muy chicas, hasta de diez años que las dejan salir solas a la calle, y vienen a buscar a mi sobrina la mayor, también tiene diez... ella se enoja porque mi mamá le da permiso de salir y yo le digo que no, que yo sé que esa niña luego anda diciendo que ya hasta a fumado, así que, aunque se enojen, yo no le doy permiso”

Alejandra inició vida sexual a los 14 años, había tenido dos parejas sexuales y el embarazo era producto de una relación de noviazgo con uno de sus vecinos, que tenía 18 años. Recién había iniciado su relación y no tenía la intención de embarazarse, habitualmente usaba preservativos y conocía la píldora anticonceptiva de emergencia, pero en esta ocasión no había tomado precauciones: *“no, pues no era lo planeado, pero él me está apoyando un poco, me está dando unos 800 pesos a la semana, o lo que puede... él trabaja como ayudante en un camión de pasajeros”*. Estaba cerca de la semana 33 y no sabían si vivirían juntos, era un tema que le causaba incertidumbre y buscaba hablar de otras cosas o incluso, evitaba el diálogo. Cuando la invité a participar en la investigación, no fue porque mostrara apertura, por el contrario, se notaba muy ansiosa, titubeante cuando tenía que hablar, y si podía, mejor permanecía callada, pero había aceptado y en las últimas semanas de embarazo, es que habían sucedido las conversaciones más extensas, e incluso me escribió cuando tuvo las primeras contracciones que anunciaban el trabajo de parto.

Ese día llegué con ella a urgencias, ella estaba afuera con su mamá, su hermano y su cuñada, entramos y la acompañé en la sala de espera, se notaba incómoda y sumamente ansiosa. Acostumbrada al silenciamiento, decía: *“Quiero gritar y quiero llorar, pero ¿para qué? Si de todas maneras me va a doler...Me dice mi mamá que mejor piense en otra cosa, ¿verdad?”*

Igual me va a doler, tengo que ser paciente...”, me decía y se decía así misma. No entablamos una conversación, repetía una y otra vez la explicación que yo le había dado sobre las contracciones: “*son para que el bebé nazca ¿verdad?... Es porque me está empujando hacia abajo ¿verdad?... Mira, toca, ¿esta es otra contracción? ¿verdad?*”. Le enseñé algunas imágenes, intentando que pudiera comprender mejor lo que estaba experimentando y poco a poco se fue familiarizando con las sensaciones, pues la revisión en urgencias indicaba que aún no había dilatación por lo que debía ir a casa. Alejandra estaba sorprendida e impaciente: “*si desde ayer estoy con molestias, toda la noche estuve despierta caminando sola en mi casa mientras todos estaban todos dormidos, de repente mi mamá se levantaba y decía que me durmiera, pero yo ya no podía, siento peor si me acuesto*”. A pesar de permanecer en el núcleo familiar, las necesidades de Alejandra eran minimizadas, incluso cuando se encontraba a horas de parir, pues su mamá llegaba cansada del trabajo que sostenía a la familia y si el parto aun no comenzaba, al día siguiente tendría que trabajar.

Al salir de urgencias, la esperaba en la puerta su mamá, y en la acera de enfrente estaba su pareja, acompañada de algunos familiares. La mamá de Alejandra se acercó a platicar con ellos y les informaría lo que había sucedido en la revisión, mientras que ella fue al extremo opuesto con su hermana y su cuñada. No volvió a pronunciar palabra, ni tuvo acercamiento alguno, me dijo que prefería estar en el coche de su hermano y que yo me fuera, pues la familia de su novio quería llevarla a otro hospital, asumiendo que ahí no le estaban dando la atención requerida. Ella no opinó al respecto y su mamá coincidió en que probablemente se irían a otro lado e insistió en que me fuera, incluso preocupada: “*Ya es de noche, tu vienes sola y se pone feo por aquí...*”

En la cotidianidad emerge la dimensión performativa del lenguaje y los actos de habla, que hacen posible romper el silencio, ya sea que se trate de un tabú, un estigma o de la imposibilidad de nombrar o dar cuenta de la vivencia que se atraviesa. **Mónica** tiene 17 años, y en muchos sentidos, su experiencia parece diferente a las demás, pues es un año mayor que su novio, aunque aparenta menos edad. Durante todo el embarazo acudía puntual a sus citas, acompañada de su novio que la esperaba afuera. Además, era participativa y mostraba mucha seguridad, preguntaba sobre los resultados de los estudios que le realizaban, si debía tener cuidados adicionales o una alimentación en especial y pedía que le explicaran lo que se

observaba en el ultrasonido. Ella decía estar muy contenta de estar embarazada y cuanto más se acercaba su fecha de parto se emocionaba aún más, sin embargo, estaba ya en las 41 semanas y había ninguna señal del inicio del trabajo de parto, por lo que se decidió hacer una inducción. La acompañé durante el trabajo de parto y en ningún momento perdió la motivación que le daba pensar que se convertiría en madre.

Todo iba bien y no había ninguna complicación, por lo que ella estuvo desde el área de recuperación con su bebé, iniciando la lactancia materna con la asesoría de uno de los pediatras de la sala de labor, quien le explicó cuidadosamente las posiciones correctas. A pesar del cansancio, Mónica sonreía mientras amamantaba a un bebé sano, en los primeros treinta minutos de vida. Pasando la primera hora, le dijeron que lo llevarían al cunero de transición para terminar de hacer la valoración y que ella pudiera descansar un poco antes de pasar al área de estancia hospitalaria. Me acerqué para preguntarle cómo se sentía y sugerirle descansar, pues pronto saldría del hospital junto con su bebé. En ese momento su estado de ánimo cambió y por primera vez no era de alegría o emoción y quiso externarlo:

Es que el problema es mi suegra, habíamos pensado que cuando naciera el bebé, nos íbamos a ir a vivir juntos a mi casa, con mi mamá, porque ella si nos apoya y está de acuerdo, pero su mamá dice que no

— ¿Por qué no?

[Después de una breve pausa] *Pues es que a él lo llevan a terapia, dicen que tiene déficit de atención y como retraso, o sea que es como si tuviera menos edad, pero algo leve, y luego también dijeron que tenía depresión y le estuvieron dando medicamento, pero ya no lo toma.*

— Bueno, los dos son menores de edad.

Si, bueno, yo acabo de cumplir 18 y él tiene un año menos, ya casi cumple los 17, pero su mamá dice que por esos problemas él no se puede hacer cargo completamente.

— Y ¿qué te dice él?

Él me apoya, pero cuando discutimos el luego no se mete, yo soy la discute con su mamá, ya le he dicho que tiene que ser más firme.

— ¿Por qué han discutido?

Pues ahorita, lo más reciente es que ella me dijo que no iba a permitir que registrara al bebé con el apellido de él, porque como era menor de edad, ella tenía que firmar

también y que no lo iba a autorizar. Entonces yo le dije que me iba a esperar para registrarlo a que él tuviera 18 años, y ella me dijo que eso era muy peligroso, que lo tenía que registrar cuanto antes... pero yo sé que no es cierto, así que antes, antes de venir para acá para aliviarme, le dije que, si no lo dejaba registrarlo, nadie de ellos iba a poder ver a mi bebé.

— Entonces, aún no sabes qué va a pasar, porque no han vuelto a hablar.

No, y es que me molesta mucho, en realidad nos hemos llevado mal todo el embarazo. Cuando se enteraron, lo primero que dijeron fue decirle a él que no la convenciera de no tenerlo. Yo nunca tuve duda, desde que supe, lo quise tener. Pero ¡imagínate!, hasta le dijo mentiras para asustarlo, le dijo que una de sus familiares se había muerto de leucemia después de dar a luz, le dijo: “así como Mónica, era chiquita, joven, delgadita y su cuerpo no aguantó un embarazo, por eso se enfermó de la sangre y se murió.” Ves, y él estaba asustado, le tuve que decir que no era cierto.

Mónica revivía estos sucesos que habían tenido lugar durante el embarazo con indignación y tristeza, se quebraba su voz y sabía que al salir tendría que lidiar con ello, también estaba triste porque a ella le hubiera gustado que su novio fuera el primero en conocer al bebé, pero no podría entrar por ser menor de edad. Nunca mencionó si su embarazo había sido intencional o no, pero ella intentaba hacer frente a los procesos de estigmatización que, tanto su familia como la de su novio, externaban hacia ella, sin tener otra alternativa que defenderse, con los recursos y referentes que tenía a mano, como el apoyo de su hermano mayor.

Elena, tenía 16 años y la conocí en la consulta cuando tenía 33 semanas de gestación. Es originaria de Texcoco y había llegado a la Ciudad de México dos años antes cuando se juntó con su pareja de 17 años, quien por el momento es el sostén económico de ambos, dedicándose a colocar pisos de mármol y azulejos. En la consulta, la notaba alegre y de buen humor, más conversadora que las chicas de su edad que suelen pasar por la consulta, incluso sonaba un poco irreverente:

Dr. Sifuentes: *¿Por qué tan joven?*

Elena: *Porque sí....*

Dr. Sifuentes: *¿Y el papá del bebé?*

Elena: [interrumpiendo] *Tiene 17*

Dr. Sifuentes: *Pero ¿estás con él?*

Elena: Sí...

No lo mencionó en ese momento, pero cuando nos encontramos en la estancia hospitalaria, después de que había nacido su bebé, me dijo:

“De hecho yo le dije a mi novio cuando recién nos fuimos a vivir juntos que ya no me quería cuidar, que tuviéramos un bebé. Y mi suegra nos apoya, mi familia también, pero viven en Texcoco, por eso la que se hacía cargo y que firmó los papeles aquí en el hospital fue ella [su suegra], porque mi pareja pues también es menor de edad... Pero si, antes de que entrara yo, el domingo, vinieron mis papás y me trajeron un regalo, ¡uy! Platicamos un rato, hasta el dolor se me fue”.

Cuando comentamos sobre la atención recibida, me comentó que con los médicos todo estaba bien, pero había tenido una discusión con la persona de vigilancia el día anterior, pues había ido su novio a visitarla, aunque era menor de 18 años, como tenía permiso de conducir, lo habían dejado entrar con esa identificación. Ella quiso que cargara a su bebé, y la vigilante le dijo que estaba prohibido que los visitantes tocaran a los bebés: ¡Cómo que los papás no tienen derecho de cargar a sus hijos, es como si yo no lo pudiera cargar!”, narró que le había respondido, enojada. Ya estaba por irse, y continué con algunas preguntas, a las que ella contestaba dispuesta y con detalle:

Bianca: *¿Ya te dieron las indicaciones para las consultas que le tocan a tu bebé?*

Elena: *Si, ya todo, de hecho, me mandaron a un hospital de pediatría, porque me dijeron que tiene una pequeña malformación en su pie, como un dedo de más, bueno como de piel que le cuelga, y que se lo pueden quitar muy fácil, pero para mí eso no es ninguna malformación, mi bebé está normal, está completo, es muy tranquilo, come muy bien, está grande y está perfecto.*

Bianca: *¡Qué bueno que te dieron cita y que te sientes tranquila! Va a estar todo bien, como te explicaron, no es un problema ni una situación de gravedad. Veo que te pusiste el implante...*

Elena: *Ya me lo puse, no quise el DUI porque ya no quiero que me toquen más, pero está bien, porque no quiero tener más bebés ahora. Vamos a trabajar los dos y nos van a apoyar para que compremos un terreno, ya hasta vimos uno cerca, y así... poco a poco, aunque sea de lámina y de cartón ya vamos a poder vivir los tres solos... Después si quiero más hijos, yo le digo a mi esposo que quiero cuatro, y cuando*

estaba con los dolores, él me dijo que a ver si con los dolores quería tener más y yo le dije, ¡pues claro!, si ya estoy pudiendo con uno, voy a poder con más.

[Interrumpe el médico de guardia]

Dr. Bolaños: *Y qué ¿ya mañana vas a tener otro?*

Elena: *Pues si*

Dr. Bolaños: *Espérate como unos 30 años*

Elena: *30 años, ahí sí, ¡claro!* [responde con sarcasmo]

Dr. Bolaños: *O regresa pero que ya estés trabajando y hayas terminado de estudiar*

Elena: *No, ¿para qué? si a mí me van a mantener...*

Dr. Bolaños: *Bueno, pues consíguete uno con lana*

Elena: *Ya tengo uno, no con lana, pero muy trabajador*

Tanto Mónica como Elena enfrentaban el estigma de aceptar un embarazo, desear la maternidad e imaginar una vida en pareja, expresado en metáforas, burlas, ausencias, silencios y censura. El proceso reproductivo en la adolescencia está en sí mismo rodeado por lo que Sheriff (2000) denomina una censura cultural; aquella forma autoimpuesta que produce un silencio compartido y colectivo, que responde a los intereses de ciertos grupos o perspectivas dominantes. Este tipo de silencio es al mismo tiempo un indicador y una causa de la distribución desigual del poder y del mantenimiento de relaciones asimétricas y formas de exclusión.

En respuesta, ellas se valían de discursos entusiastas e imágenes positivas un tanto exacerbadas, frente a la vulnerabilidad y las huellas que su entorno les imprimía. Gammeltoft (2016) recurre al concepto freudiano de la fantasía, que es la manera en que los sujetos se entregan al principio del placer, independientemente de las circunstancias reales de la vida. Las fantasías son escenas que toman formas visuales, caracterizadas por secuencias, roles y atribuciones en donde el sujeto es el actor principal; a través de ellas, se satisface el deseo, al mismo tiempo que operan como defensas produciendo imágenes mentales placenteras en respuesta a las amenazas o los displaceres.

5.4 Relevancia de las trayectorias y experiencias de las adolescentes

La manera en que las narrativas abordan los procesos de atención, las interacciones en el espacio clínico y más allá del mismo, configurando el embarazo, parto, puerperio y la maternidad en la adolescencia como una experiencia compleja, en curso e inacabada, da cuenta del sitio nodal que tienen sus voces e historias de vida, para dar cuenta de las interrupciones e inflexiones inscritas en los diferentes ámbitos de sus trayectorias de vida.

A pesar de que los procesos de atención son diversos y no se puede obviar la presencia de complicaciones o la necesidad de ciertas intervenciones médicas, no es objeto de este análisis delimitar si la atención fue clínicamente oportuna, adecuada, suficiente, de calidad, o si la evaluación de las alternativas fue adecuada. De manera general, los resultados obstétricos y perinatales al final del proceso de atención, fueron favorables conforme a los criterios y el campo de acción biomédica. Como se mostró en la Tabla 14, al inicio del capítulo, cuatro adolescentes presentaron algún tipo de complicación, dos de ellas en el embarazo, por lo que requirieron más recursos de los que se tenían disponibles en este hospital. Una más, presentó complicaciones durante el embarazo y otra de ellas en el parto, pero fueron atendidas y resueltas en el mismo hospital, con un desenlace favorable. Por otra parte, además de las dos adolescentes que dieron a luz en otro hospital, tampoco estuvo presente en el parto de Elena, interrumpiendo el acompañamiento, pues inició trabajo de parto el fin de semana y no pudo avisarme, por lo que nos reencontramos al inicio de la semana, justo unas horas después del parto.

Finalmente, seis de ellas no tuvieron ninguna complicación o riesgo adicional, que se advirtiera antes, durante el curso de la atención recibida en el hospital, o después de su egreso, por lo que podría decirse que la atención del trabajo de parto y el parto fueron considerados de bajo riesgo. En conjunto, dos de ellas requirieron cesárea y el resto tuvieron un parto, con algunas variaciones en las intervenciones realizadas durante la atención. En el caso de Adriana, Mónica y Miriam, se realizó la inducción del trabajo con medicamento, ya que pasaron las 41 semanas de embarazo y se consideró que era preferible hacerlo de manera oportuna, antes de alguna complicación y, dado que este proceso que incrementa la frecuencia e intensidad de las contracciones, las tres solicitaron y aceptaron la analgesia epidural.

Puede observarse que se identificaron riesgos, se intervino en su contención y mitigación y, ante la presencia de complicaciones, se realizaron las medidas para resolverlas. Lo que resulta más relevante de la atención particular que recibió cada una de ellas, es la manera en que impacta en su experiencia del embarazo, parto y puerperio, en donde ciertas prácticas pueden ser deseables o atemorizantes, y el manejo expectante puede generar tranquilidad, pero también inquietud o incertidumbre. Por ejemplo, ninguna de ellas tenía una predisposición a pensar que una cesárea era mejor que un parto, pero mientras que algunas de ellas al ver que el trabajo de parto se prolongaba, hubieran aceptado el procedimiento, para Ilse o Diana, habría sido inaceptable y verbalizaban su resistencia, aun cuando sentían el dolor intenso de las contracciones y la espera inquietante de llegar a los diez centímetros de dilatación que anunciaban el parto.

Puntualizando en las narrativas expuestas en los apartados previos, es posible identificar la interacción entre los aspectos de salud y sociales que atraviesan sus trayectorias de atención, con sus respectivas implicaciones en la experiencia alrededor de este evento. De manera coincidente con lo planteado en el estado de la cuestión y con las perspectivas de los profesionales de salud, podría decirse que lo que más se relaciona con una percepción de riesgo en este grupo de edad, son los determinantes sociales, por lo tanto, las trayectorias de vida son relevantes. Una de las consideraciones que propone Le Breton acerca de los embarazos en la adolescencia, que difiere del enfoque común basado en el riesgo, pero hace énfasis en los aspectos sociales, es una propensión a un inicio más temprano de la sexualidad que se da en un contexto de mayor vulnerabilidad, y se acompaña de significados distintos:

“para estas adolescentes la sexualidad es una manera de existir por sí mismas, al sustraerse de la indiferencia que reina en las relaciones familiares [...] El embarazo, las liga inconscientemente a la maternidad como valor y las tranquiliza con respecto a la fecundidad. El deseo de quedar embarazadas debe ser distinguido del de dar a luz, pues a veces no tiene otro propósito que el de someter a prueba a un cuerpo de mujer. La adolescente se ha expuesto de manera más o menos inconsciente al embarazo [...] Encuentra allí, al alcance de la mano, una posible fuente de reconocimiento, un ingreso mínimo y una responsabilidad que la arrancan de sí misma y al mismo tiempo, le dan el sentimiento de existir.” (Le Breton, 2012:175-176).

Sin embargo, este cambio de posicionalidad, no necesariamente implica acelerar el tránsito a la adultez, o si lo hace, no quiere decir que sea menos disruptivo. Por el contrario, toda forma de progresión en la infancia y adolescencia se vincula necesariamente a una condición de vulnerabilidad social, precarización o violencia, que acentúa la desigualdad entre los diversos modos de experimentar la adolescencia como etapa en sí misma, la expresión de la sexualidad, la transición a la edad adulta y el devenir a la maternidad. En este sentido, el estudio del embarazo en la adolescencia en contextos urbanos, hace visible las manifestaciones de las desigualdades sociales y la manera en que van dejando su huella en los cuerpos y en las historias de las niñas y adolescentes. La Ciudad de México, es la entidad federativa con menor tasa de fecundidad en este grupo de edad, con una amplia gama de programas sociales, mayor oferta educativa y accesibilidad a los servicios de salud, muestra que no todas las adolescencias contemporizan, persistiendo manifestaciones particulares de la precariedad y violencia, entre otros aspectos que implican un posicionalidad diferencial de ciertos grupos de adolescentes frente aun estando en coordenadas geográficas compartidas.

Cuando se atiende a las figuras del lenguaje, las metáforas o las expresiones verbales que emplean las adolescentes para dar cuenta de su experiencia, se puede hallar mayor correspondencia con las formas de habla de las generaciones de sus madres o abuelas, que con la de sus pares en otros contextos de la ciudad, como si sus vidas se hubieran suspendido en el tiempo, ancladas a un sistema de valores y normatividades sociales, que no logran cuestionar, resignificar y transformar en esta etapa de transición, como lo harían otras personas adolescentes. Para ahondar en esta reflexión, retomo el concepto de tiempo tipológico de Fabian, definido como un uso del tiempo que no se mide conforme transcurre, ni en una escala lineal, sino en función de eventos con significación sociocultural o a partir de los intervalos entre tales eventos. Así, el rango diferencial de los grupos sociales, frecuentemente se ve materializado en una dimensión temporal o espacial, pero en última instancia, la distribución en el espacio y la sucesión en el tiempo ofrecen perspectivas equivalentes, como sugiere con este concepto:

“El tiempo tipológico subyace en calificaciones tales como preliterario vs. alfabetizado, tradicional vs. moderno, campesino vs. industrial, y una serie de permutaciones que incluyen pares como tribal vs. feudal, rural vs. urbano (o distinciones como la que existe entre sociedades “calientes” y “frías”). En este uso el

tiempo puede ser despojado casi totalmente de sus connotaciones físicas y vectoriales. En lugar de ser una medida de movimiento puede aparecer como una calidad de estados; una calidad, sin embargo, que se distribuye de manera desigual entre las poblaciones humanas de este mundo” (Fabian, 2019: 45)

Otro de los elementos a resaltar en el análisis de las narrativas es que una de las primeras condiciones que distingue a los adolescentes es la minoría de edad en términos legales y es un primer marcador de la heterogeneidad de este grupo que abarca hasta los 19 años. Sin embargo, cada vez más se habla de la politización de los adolescentes, término que alude a su participación en tanto agentes, de las problemáticas de interés para su grupo de edad (Stern, 2012) y como sujetos de derechos. Independientemente de la mayoría de edad, son las normas sociales y comunitarias basadas en una visión adultocrática las que tienen mayor fuerza en la regulación de la sexualidad y la reproducción. De hecho, una de sus expresiones imperantes es que estas se perciben en estrecha vinculación reforzando el sentido de prohibición, ¿hasta cuándo? La representación o el ideal es que hasta lograr una independencia económica y social, aspectos no siempre presentes en el adulto contemporáneo, al interior del sistema económico imperante, por lo tanto, otras formas de reordenamiento son o están siendo necesarias.

Al respecto, las narrativas ponen a prueba toda posible condición ideal, y arrojan datos relevantes sobre el entorno social y las posibilidades de incidir en la prevención y el sostenimiento de las adolescentes en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva. En la Figura 41 se sintetizan y clasifican los principales hitos en las trayectorias de vida de las adolescentes, clasificados en tres rubros principales: el entorno educativo y laboral, las relaciones familiares y sociales, y lo que respecta a la sexualidad y la reproducción. Cada uno de ellos puede estar presente de manera homogénea en las narrativas, o puede no haber sido constatado en las entrevistas e interacciones con las adolescentes, pero da cuenta de aspectos centrales a interrogarse en relación con el embarazo como parte de la trayectoria y al mismo tiempo, como punto de inflexión para situar otros de estos hitos en relación.

Uno de los aspectos importantes de señalar aquellos aspectos presentes en las narrativas de las adolescentes, es destacar a la par, aquellas situaciones que no se hallaron en las historias de vida de las colaboradoras, aun cuando el personal de salud, solía referirlos como factores

de riesgo social, relevantes en la atención de las adolescentes embarazadas, en este contexto laboral, comunitario y de atención. Por ejemplo, la presencia de adicciones o uso de sustancias, los embarazos subsecuentes, la indisciplina o desapego radical a las reglas del núcleo familiar, conductas de riesgo que hayan puesto en evidente peligro su vida y su integridad. En la Tabla 15, se sintetiza presencia o no de estos hitos en las trayectorias de vida y la manera en que se hallaron expresadas, particularmente, relacionándolas con la vivencia del embarazo, como el punto de inflexión que desencadenó esta aproximación etnográfica y la producción de las narrativas.



Figura 41. Hitos relevantes en las trayectorias de vida de las adolescentes. Elaboración propia

Tabla 15. Síntesis de los hitos relevantes en las trayectorias de vida de las adolescentes

HITOS	<i>Adriana</i>	<i>Estefanía</i>	<i>Ilse</i>	<i>Mariana</i>	<i>Jimena</i>
Ruptura familiar (padres)	No	Si Padre soltero	Si Familia recompuesta (padraastro)	Si Madre divorciada	No
Violencia intrafamiliar o abandono	No	Abandono	Probable	Probable	No
Separación del núcleo familiar	No	No	Si Relación distante	Si Relación cercana	No
Unión con la pareja / progenitor	No	No, probablemente después	Si Antes del embarazo	Si Antes del embarazo	Si Antes del embarazo
Trabajo doméstico	Poco	Si	Si	Si	Si
Trabajo remunerado	No	No	Si (interrumpido en el embarazo)	No	Si (interrumpido en el embarazo)
Abandono escolar	Posterior al embarazo	Posterior al embarazo	Previo al embarazo	Posterior al embarazo	Previo al embarazo
Proyecto educativo a futuro	Continuar estudiando preparatoria	Intentar estudiar en línea y aprender un oficio (estilista)	Retomar estudios de secundaria en línea y regresar a la preparatoria	No continuará con estudios, comenzará a trabajar.	No continuará con estudios, volverá a trabajar.
Violencia sexual o equiparada	Violación equiparada (en proceso legal)	Violación equiparada (no sancionada)	No	No	No
Inicio de vida sexual activa	Asociada al embarazo	Previa al embarazo	Previa al embarazo	Previa al embarazo	Previa al embarazo
Embarazo	No intencional No contempló alternativas	No intencional No contempló alternativas	No intencional No contempló alternativas	No intencional Contempló alternativas	No intencional No contempló alternativas
Crianza	No es la responsable principal. Apoyo familiar	Responsable principal Apoyo del progenitor	Responsable principal Apoyo del progenitor	Responsable principal Apoyo del progenitor	Responsable principal Apoyo del progenitor

Fuente: Elaboración propia. Diario de campo y entrevistas.

A manera de conclusión, resalto la consideración de que en esta aproximación también se consideraron fuentes complementarias de información como el expediente clínico, las intervenciones de los profesionales de salud o de sus familiares y acompañantes, privilegiando la voz de las adolescentes para dar cuenta de sus experiencias y de sí mismas, lo cual no siempre fue fácil. Tomando en cuenta las edades de las colaboradoras, su nivel educativo y otras determinantes sociales, era evidente una brecha en la posibilidad de las adolescentes de hablar de su cuerpo, su sexualidad o sus decisiones con respecto a la vida reproductiva, pues se halla ausente el sentido de una sexualidad corporizada, o no se dispone del lenguaje para hablar acerca del cuerpo como un territorio un tanto desconocido. Allen (2005) ya advertía que la mayoría de las veces el cuerpo y sus procesos son el gran silencio en las narrativas de las adolescentes, lo que implica no solo una falta de conocimiento, sino de consciencia y familiaridad con lo que representa o se vive, en y a través del cuerpo, y la manera en que es percibido o experimentado. Por lo tanto, para habilitar la restitución de sentido, la agencia y la autonomía, es fundamental favorecer en las adolescentes la conexión con su propio cuerpo y el acceso al lenguaje para poder expresar sus necesidades, sensaciones y sentimientos.

Briggs y Mantini-Briggs (2016) proponen que las inequidades en salud se encuentran entramadas con las inequidades en la competencia lingüística o comunicativa, formando una intersección en la que los problemas de salud se asocian a la supuesta falta de conocimiento, atención, responsabilidad, comprensión o acción acerca de la salud por parte de las personas, por lo que se asumen intervenciones paternalistas que compensen la irracionalidad o la incapacidad de las personas de cuidarse a sí mismos a sus hijos(as), negándoles su capacidad de agencia y ciudadanía. La diferencia en competencia lingüística incrementa la brecha con la autoridad lingüística, como poder simbólico. Así, la carencia de fluidez en una lengua dominante –que opera tanto para un idioma, una lengua materna, un cierto nivel de escolaridad, o la clase social, entre otros– o en un código profesional como el lenguaje médico, se traduce en estereotipos en donde las personas usuarias de los servicios de salud son percibidas como incapaces de participar en el entorno clínico de manera simétrica, como un campo discursivo y de acción.

Entre más especializado es el lenguaje, más se fuerza al silencio del otro, pues al no compartir el código de comunicación, las respuestas no satisfacen a la demanda del profesional de salud, por lo tanto:

“Las inequidades de salud/comunicativas que emergen en los contextos clínicos y epidemiológicos, en las políticas públicas en salud, y en las proyecciones mediáticas de las desigualdades sociales, impactan profundamente en la resiliencia de las personas, las familias y las comunidades. Este efecto sindémico de las inequidades de salud/comunicativas se refuerza al ser incorporado tanto en la experiencia cotidiana de quienes la viven, como en la perspectiva de los profesionales de salud, en los diseñadores de políticas públicas y en las prácticas cotidianas de atención, incrementando los efectos negativos de cada uno de los factores” (Briggs y Mantini Briggs, 2016:246)

De modo que, considerar también los silencios, los diálogos casi imposibles, la interacción con las adolescentes que son habladas por sus familiares o por el mismo profesional de salud, y no dejar fuera aquellos silencios que desencadena la sospecha de violencia, la incapacidad del testigo de transformar el cauce de las cosas, o la censura social que opera alrededor de la sexualidad y la reproducción en la etapa de la adolescencia, resultaba fundamental para hacer emerger interrogantes sobre otras posibles trayectorias y su importancia en insistir en una interacción de las adolescentes con los servicios de salud basada en la visibilidad y en el reconocimiento. Si bien el embarazo resulta en un punto de inflexión, éste no representa un rito de pasaje, o acelera la transición a la adultez, por lo que demandar un uso del lenguaje, una responsabilidad, una consciencia o una sensibilidad equiparable a la de las mujeres adultas, resulta también en una forma de desobjetivación e invisibilización.

5.5 Aspectos concomitantes en la atención y algunas recomendaciones

A partir de la observación en las diferentes áreas, las interacciones con el personal de salud y directivos del hospital, así como de las entrevistas con las adolescentes durante y después de la consulta, identifiqué algunas problemáticas complejas, vinculadas con aspectos estructurales, que se reflejan en la cotidianidad de la práctica de atención e inciden, o

potencialmente pueden incidir, en la atención de este grupo de edad en particular, sumándose a los factores y condiciones de vulnerabilidad que caracterizan a su entorno social y familiar, así como su trayectoria de vida:

Falta de servicios especializados para adolescentes.

Como se he discutido previamente, existen estrategias para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en los servicios de salud, pero se encuentran más enfocadas en la prevención del embarazo y no en el espacio concreto de atención. Al respecto, el personal médico refiere la falta de capacitación, desde su formación profesional y también la ausencia de protocolos específicos para la atención de este grupo de edad. También, consideran que por el momento del embarazo en que son referidas (usualmente en el segundo trimestre) y los alcances del hospital, es poco lo que esta institución podría realizar y que las estrategias deberían concentrarse en los centros de salud, así como en la interacción de estos con las escuelas de la zona. Además, se menciona que sería importante la capacitación de padres y maestros, quienes son la principal fuente de información y tienen mayor responsabilidad en el cuidado de las y los adolescentes.

Existe la posibilidad de avanzar en intervenciones concretas en el campo de la atención hospitalaria, para contribuir con una atención integral, específica para el grupo de edad e incluso participar en la prevención de un futuro embarazo a temprana edad. Uno de los aspectos centrales a considerar, sería una consulta en donde la adolescente pudiera entrar acompañada, si es que ella así lo decide, solicitando previamente su consentimiento. En la mayoría de los casos, ellas acuden con su pareja, por lo que podría ser un momento importante para que ambos reciban información, se fomente la participación y la responsabilidad compartida y se insista en las redes de apoyo. Asimismo, puede contribuir a detectar situaciones de violencia o factores de riesgo que puedan afectar el curso del embarazo o la vida de la mujer en general, lo cual es aplicable también cuando las acompaña la madre o algún otro miembro de la familia.

En las conversaciones con las adolescentes, exploré este aspecto y su posible utilidad. Cuando Celina, una mujer de 18 años, tuvo su primera consulta y el médico le preguntó si tenía dudas, ella expresó que no sabía mucho de métodos de planificación familiar, pero que

tampoco su pareja, por lo que ella quería saber si en alguna consulta posterior podía acudir acompañada por él para que ambos recibieran esta información. En su caso, el servicio de psicología fue de gran apoyo, pues su familia no contaba con la información que ella requería sobre el proceso reproductivo y cada etapa que estaba viviendo, por lo que tener algún síntoma o malestar le ocasionaba mucha ansiedad y acudía a urgencias. Ella asistió a varias consultas de psicología en donde se le brindaba información y la psicóloga le recomendaba técnicas de relajación para disminuir esta ansiedad, una vez que en urgencias o en la consulta se había descartado la presencia de alguna complicación.

Este caso da cuenta de la importancia de este acompañamiento y también resalta que, en la atención de las adolescentes, el servicio de planificación familiar es indispensable para la atención integral. Este servicio está disponible para cualquier mujer que acuda, aunque no sea referida de un centro de salud, esto no es algo que se dé a conocer, además, en la práctica cotidiana este servicio está enfocado en la anticoncepción post evento obstétrico, sin ninguna intervención durante el periodo de gestacional, sino hasta que las mujeres y adolescentes están en hospitalización.

Otro aspecto relevante, es que poco se habla de las situaciones de violencia o falta de cuidado en estos casos. El desconocimiento de los aspectos jurídicos básicos y de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes ha llevado a situaciones en que se recurre al ministerio público por abortos inducidos después del tercer trimestre, sin considerar las particularidades de un embarazo en menores de edad, sobre todo si son menores de 14 años y su pareja es mayor (estos casos que sucedieron, en momentos previos al inicio de mi investigación, pero que han sido narrados por algunos médicos). La judicialización de estas situaciones no es la vía más pertinente, por lo tanto, es necesario considerar sus particularidades y contar con las herramientas para un abordaje diferencial.

Medicina defensiva

La práctica de una medicina defensiva se hace cada vez más evidente en los servicios públicos a causa de las quejas administrativas o demandas interpuestas a los profesionales de salud derivadas de la atención en servicios públicos. Durante la investigación, esto se reflejó en la importancia que se ha dado al tema en las sesiones generales, a las cuales fueron

invitados dos grupos de abogados especialistas en medicina defensiva, que promueven los seguros legales dirigidos a médicos ginecobstetras.

Una de las pláticas inició así: “*Los pacientes tienen derechos y pueden reclamarlos, pero ¿acaso los médicos no los tienen?*” De manera extraordinaria, esta sesión tuvo una duración de casi tres horas, en la que estaban presentes desde directivos hasta personal administrativo. En ella se habló de la situación particular del hospital, posteriormente los abogados hicieron una exposición, tomando como ejemplo el caso del médico detenido en el estado de Oaxaca por la muerte de un niño derivada de complicaciones durante una cirugía que no se consideraba de alto riesgo. Los abogados dieron a conocer cómo es que se llevaban a cabo los juicios, no sólo a partir de testimonios, sino utilizando fragmentos de videos para sustentar y lo relevante que era contar con un equipo de abogados especialistas: ello podía marcar la diferencia entre ir o no a la cárcel. En el último momento, el personal podía realizar preguntas específicas, en donde resaltaban las deficiencias del hospital, múltiples quejas sobre las condiciones en que tenían que brindar la atención, e incluso, parecían respaldarse con la intervención de los abogados frente a los directivos del hospital.

En el caso específico de la atención de adolescentes, resultaba ser una preocupación generalizada, la firma del consentimiento informado por parte de las mujeres menores de edad y la falta de un familiar directo que pudiera firmar como responsable. Sin mayor reflexión, los abogados afirmaban que podían negarse a atender a las mujeres si no contaban con la responsiva de un mayor de edad que fuera familiar directo. Evidentemente, tanto esta, como otras afirmaciones son incompatibles con los recursos disponibles y el contexto en que un hospital de este tipo ejerce sus funciones y en el caso de las adolescentes, quedan invisibilizadas las implicaciones de negar la atención utilizando este argumento.

Objeción de conciencia

Desde mi primer acercamiento a la institución, resaltaba que el hospital no contaba con servicio de interrupción legal del embarazo (ILE) pues la mayoría del personal médico se habían declarado objetor de conciencia, lo que dificultaba su implementación. A partir de los diálogos posteriores, pude conocer más sobre esta perspectiva, pues a partir de la reforma al Código Penal y la institucionalización del procedimiento de manera legal y clínico hasta

las 12 semanas, la mayor dificultad para implementar el servicio fue poder contratar ginecobstetras que estuvieran a cargo de este programa. En un primer momento, cuando se lanzó la convocatoria los que habían sido elegidos, declinaron cuando supieron que se trataba de ILE, por lo que tuvieron que hacerlo explícito en una convocatoria posterior. En la siguiente ocasión, una doctora aceptó el puesto, “*porque en verdad necesitaba el trabajo*”, sin embargo, comenzó a haber quejas sobre el trato, por parte de las mujeres y en una ocasión, la queja llegó hasta la Secretaría de Salud, dando como resultado la suspensión de la doctora y posteriormente, del programa.

Este aspecto toma mayor relevancia con la reciente aprobación de la modificación a la Ley General de Salud respecto a la objeción de conciencia. No obstante, aun antes de este hecho, en el hospital ya se consideraba algo aceptado e incluso normalizado, en donde incluso brindar información acerca de la interrupción legal del embarazo no es reconocido como parte de la atención integral, aunque se trata de un procedimiento médico que puede ser informado a las mujeres, quienes no necesariamente tienen que saber al respecto, es decir, muchas adolescentes no suelen tener la información necesaria para solicitarlo. Por ejemplo, en el caso de Alicia, una adolescente de 12 años que llegó al hospital por primera vez a las diez semanas de gestación, continuó su embarazo presentando complicaciones y un alto riesgo en el último trimestre. En ningún momento fue abordado el tema y resulta poco pertinente considerar que la solicitud debería ser expresada por ella o incluso por su madre quien la acompañaba, cuando ambas carecían de información en cuanto a la indicación, riesgos y características de dicho procedimiento.

El hecho de no proveer con información completa sobre las alternativas disponibles, entre ellas preguntar si piensa continuar o interrumpir un embarazo, no sólo refleja un sistema de valores, sino también la falta de un protocolo específico acerca de cómo poder abordar estos temas en la consulta, sin que sea considerado como una sugerencia basada en prejuicios o discriminación por la edad de la mujer, sino reconociendo que no existe una contraindicación médica o legal para no considerarlo como una opción dentro de las posibilidades de tratamiento de las adolescentes. La posibilidad de informar y referir oportunamente, si es que se hace valer la objeción de conciencia, es un eslabón fundamental en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, pues permite que las mujeres y adolescentes cuenten con

la consejería completa para ejercer el principio de autonomía y el derecho a decir sobre su cuerpo, su salud y su vida reproductiva.

Desvinculación de los derechos sexuales y reproductivos

En mi primer acercamiento al hospital, había llamado mi atención la presencia de un módulo en la sala de espera de una organización civil denominada Red Materna, que participaba en las pláticas informativas que se impartían mensualmente a todas las mujeres embarazadas, con temas como la crianza, el apego y la lactancia. Una vez iniciado el trabajo de campo, me acerque al módulo a platicar con la representante, quien me comentó que apoyaban de diversas maneras a las mujeres, sobre todo de bajos recursos, ya que contaban con una red de organizaciones que ofrecía atención psicológica y apoyo emocional gratuito, ultrasonidos a bajo costo y donativos de fundaciones o empresas que les permitía el apoyo en especie.

Indagando más en la conversación, me comentó que su organización era independiente pero vinculada a la organización sin fines de lucro Vida y Familia, A.C. (Vifac®), que es reconocida polémicamente por sus campañas en oposición a la despenalización del aborto, que se ha traducido en acciones cotidianas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la decisión de acceder a una interrupción legal del embarazo. No son pocos los conflictos que se han derivado de la presencia de esta organización, los cuales se relacionan con discriminación ya que favorecen la adopción como un último recurso para las mujeres, pero las familias que desean adoptar enfrentan conflictos por sus creencias religiosas, estructura familiar, condición económica, entre otras.

Por lo delicado y complejo de esta situación, resulta conflictivo que esta organización tenga presencia en los servicios de salud y que se trate de un acuerdo oficial que les ha permitido establecer módulos dentro de este y otros hospitales. Al respecto, la encargada del módulo a quien entrevisté mencionó que la organización firmó un acuerdo con la Secretaría de Salud del Distrito Federal por lo que, aunque algunos hospitales no han estado de acuerdo, pueden trabajar ahí. En cuanto a su relación con el hospital señaló que ella realiza sus actividades, previamente acordadas entre la directora de su organización y los directivos del hospital y si hay alguna cuestión más delicada, alguna queja o algún seguimiento particular, llama a su directora y ella visita directamente al hospital. Sus actividades principales se enfocan en

realizar un cuestionario general a las mujeres embarazadas, para conocer el perfil, e identificar alguna que esté en condiciones de mayor vulnerabilidad. Dan folletos e información a las mujeres en la sala de espera y hacen una visita en el área de hospitalización como de soporte, esto coordinado principalmente con trabajo social y con el área de psicología. También tienen disponible en el módulo artículos de aseo personal, ropa para mujeres y para recién nacidos en caso de que alguna de las mujeres no cuente con estos artículos o no haya tenido apoyo familiar que le trajera estos insumos.

Lo que va más allá de estas acciones cotidianas, involucra a las ‘organizaciones hermanas’, pero llama la atención que los folletos estos servicios tienen el mismo domicilio, algunos sin nombrar ningún establecimiento y otros con diferente razón social. Por ejemplo, tienen un folleto que promociona ultrasonidos a bajo costo, \$90 pues son cubiertos en parte por esta(s) organizaciones, también hay uno relacionado con salud mental que ofrece un curso de logoterapia y psicoterapia personalizada a bajo costo. También me comenta que hay un programa que promocionan como “¿Estas embarazada y no sabes qué hacer?” en la que ofrecen, no ellas directamente, sino con las organizaciones aliadas es “otra opción en lugar de la ILE”, esta es la oportunidad de vivir en un albergue si están en situación de calle o de violencia doméstica, o bien, les ofrecen apoyo con despensa durante un año, talleres para inserción laboral y apoyo psicológico. Algunas semanas después de esta conversación, identifiqué en las esquinas aledañas al hospital los carteles que se muestran en la Figura 42.

Ya que me había dado esta información sin ninguna reserva, quise ser un tanto provocadora señalando que la ILE era un derecho aquí en la CDMX y que las acciones encaminadas a la coerción eran muy delicadas. Me dijo que eran las políticas de la organización y tratando de ser un poco crítica respecto de su posición me comentó:

“De hecho nos dicen que no promovamos nada de métodos anticonceptivos, que con eso no nos metamos, pero yo sí creo que las mujeres tienen derecho y aunque no me meto mucho, sé que aquí en el hospital hacen ese énfasis con las mujeres y luego me piden que yo hable también con ellas, así que sí les digo que ellas decidan lo mejor, que se cuiden para no tener tantos hijos o tan pronto, pero no es algo que se haga desde la organización”.

La presencia de esta organización y de la trabajadora del módulo no han generado descontento entre el personal de salud pues consideran que son un apoyo para las mujeres y que no afecta de ninguna manera el trabajo del hospital. En consecuencia, se requiere profundizar en la presencia de estas organizaciones y las condiciones en que intervienen, pues sus acciones constituyen obstáculos e incluso violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las adolescentes.



Figura 42. Fotografía de carteles frente a la entrada principal del hospital (Vargas, 2019)

A partir de la estancia prolongada en campo y la síntesis de estos aspectos relevantes en la atención del proceso reproductivo en la adolescencia, concluyo este capítulo con algunas recomendaciones dirigidas hacia los temas que atañen directamente a este grupo de edad, aun cuando existen otros elementos que pudieran fortalecer la atención y las interacciones entre profesionales de salud y personas usuarias de cualquier edad:

- a) **Integrar un servicio dirigido a adolescentes con estrategias diferenciales por grupo de edad (menores de 15 y de 15 a 17 años).** El porcentaje de atención de mujeres en este grupo de edad ha permanecido constante en la institución y a nivel central se reconoce que es uno de los hospitales de la red con más demanda de atención por parte de adolescentes, sin embargo, esto no ha conducido a la incorporación de esta estrategia, lo cual fue una inquietud que despertó el curso de esta investigación. A nivel institucional, sería importante la difusión y conocimiento

del Modelo de Atención Integral a la Salud Reproductiva para Adolescentes (MAISRA), por ser una herramienta ya aprobada e implementada en la Secretaría de Salud. A partir de ello, integrar un equipo de profesionales de salud interesados en contribuir con esta estrategia, dedicada a atender la consulta en de las adolescentes menores de 17 años; aunque la distribución de la consulta de control prenatal no sería equitativa en número, la implementación de una estrategia de estas características y adaptada a otras necesidades del contexto, sería más o menos equivalente en tiempo, contribuyendo a una mejor distribución de la carga laboral para el personal de la consulta externa.

- b) **Permitir el acompañamiento en al menos una consulta de control prenatal, si la mujer lo desea, y contemplar la posibilidad en el trabajo de parto y parto.** En varias ocasiones identifiqué que la presencia de un familiar, cuando había sido solicitado por la adolescente o por el médico, ante ciertas situaciones delicadas o de incertidumbre, daba un indicio de su red de apoyo y de los recursos o condiciones mínimas para el cuidado del embarazo, así como alertar de posibles tensiones. Aunque parece más relevante para el profesional de salud, también observé que, aunque no era esta su finalidad, tuvo un efecto positivo para las adolescentes el que su pareja pudiera ver el ultrasonido o ser también informado de manera directa, pues el vínculo que esto genera no es relevante para las políticas institucionales. No obstante, hay situaciones de conflicto en que la adolescente se siente aliviada de ir a la consulta, salir de su casa y contar un espacio más neutro, por lo que es vital que esta estrategia no se implementara de manera homogénea, sino que privilegiara la decisión de la usuaria. En el caso del trabajo de parto, aunque al final de la estancia había la posibilidad incipiente de hacer cambios, es fundamental integrarlos en una estrategia de adecuación del entorno y los procesos a nivel institucional, pues persistía la renuencia a contar con familiares o personas capacitadas. Sin embargo, cuando tuve la oportunidad de acompañar a las adolescentes y de estar con otras mujeres en la sala de labor, llamó la atención el efecto de dicho acompañamiento, causando curiosidad, pero también una suerte de alivio a los médicos y residentes.

- c) **Implementar una estrategia de atención prenatal en grupo con sesiones de información y preparación para el parto.** Las mujeres en este grupo de edad no suelen haber alcanzado un nivel educativo en el que puedan tener acceso a información sobre salud sexual y reproductiva o incluso los conocimientos básicos de la anatomía y los procesos fisiológicos, por lo que uno de los objetivos centrales de esta estrategia está encaminada al autoconocimiento y a la información necesaria durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. En las últimas semanas del embarazo, noté en las entrevistas, que si algo reducía las molestias y la angustia era saber “qué sigue” o “qué esperar”; y que por el desconocimiento mismo, tampoco habían imaginado preguntar. Como una cuestión secundaria, pero no menos importante, esta estrategia podría contribuir a mantener un vínculo social, pues conforme avanza el embarazo, las adolescentes cambian radicalmente sus patrones de sociabilidad y tienden a aislarse de sus grupos sociales.
- d) **Mejorar actividades de comunicación social en torno a las necesidades de salud específicas de las mujeres adolescentes.** Las adolescentes suelen tener acceso a dispositivos móviles y a redes sociales o internet, sin embargo, esto no implica un mayor acceso a información, redes de apoyo o grupos que pudieran favorecer su autocuidado o brindarles herramientas ya sea para decidir interrumpir un embarazo o las necesidades a atender una vez que este ha continuado. Por lo tanto, la integración de una herramienta digital para proveer información clara y veraz sobre planificación familiar y anticoncepción, interrupción legal del embarazo, o prevención, atención de la violencia, puede ser de gran utilidad, junto con otras acciones de comunicación que pudieran estar visibles en las diferentes áreas del hospital.
- e) **Fortalecer las herramientas de las y los profesionales de salud (personal médico, de enfermería, trabajo social y estudiantes) para la atención de las mujeres adolescentes desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.** La mayoría de los profesionales de salud entrevistados dijeron no haber tenido herramientas específicas durante su formación para atender a las mujeres adolescentes, sino que fueron implementando algunas cosas sobre la práctica u otros creen que no es necesario. Otro de los grandes faltantes es la información sobre los derechos sexuales

y reproductivos como un aspecto indispensable para la atención obstétrica; algunos médicos dicen conocerlos, mientras otros evaden el tema, y los cuestionarios aplicados a estudiantes confirman que no es un tema que abarque su formación teórica en los campos clínicos.

6. Formas de concreción del riesgo: refigurar la atención obstétrica

Como he mostrado en los capítulos previos, en el ámbito de la salud reproductiva es común hablar de un enfoque de riesgo y un enfoque de derechos como atributos de la atención, por lo que resulta de interés problematizar estas categorías y las relaciones entre ambas. Estas emergen como perspectivas complementarias cuando se asume que, en conjunto, contribuyen a brindar una atención segura y de calidad, enfocada en la prevención de complicaciones y con la participación activa de las personas en el proceso de atención. Pero, también aparecen opuestas cuando el riesgo se convierte en un discurso predominante frente a la garantía de los derechos de las personas. A partir de los resultados de esta investigación, propongo una síntesis de las formas en que el riesgo y los derechos se fueron configurando como categorías centrales en tres momentos de la investigación, desde la conceptualización del problema, la aproximación al contexto internacional y local en materia de políticas públicas, así como en las interacciones observadas en el espacio clínico y las experiencias narradas por el personal de salud y las adolescentes.

El primer momento está dado por el panorama epidemiológico como referente para advertir un problema de salud y determinar sus características, magnitud e impacto potencial. En segunda instancia, los hitos recientes en la política pública de salud sexual y reproductiva en la adolescencia a nivel nacional y su énfasis en la prevención del embarazo, son relevantes por su influencia en la manera en que los profesionales de salud le atribuyen características particulares a esta problemática, que repercuten en la atención. El tercer momento es propiamente el espacio clínico en que se pudo observar la manera en que se materializa el riesgo como eje articulador, pero también como una noción polisémica en tanto que, adjetiva al embarazo en la adolescencia y configura el discurso alrededor de sus posibles causas y consecuencias, así como de las limitantes de la biomedicina para responder a la complejidad que supone. Si bien el embarazo en la adolescencia es clasificado como de alto riesgo, esta definición no implica modificaciones significativas en el proceso de atención. Por lo tanto, más que la producción de prácticas específicas, la condición de riesgo se perfila como una excepción para el apego a las directrices de cuidado respetuoso y basado en evidencia.

Por último, el último apartado de este capítulo, propongo como reflexión final, profundizar en la manera en que el riesgo se asocia a la mirada médica de los cuerpos y las personas como

insuficientes, inadecuadas o incapaces para la reproducción en condiciones ‘óptimas’, conduciendo a la percepción de una amenaza producida por esta condición de falibilidad. Finalmente, problematizo esta noción de riesgo a partir la dimensión de vulnerabilidad como condición existencial, la falibilidad como base del debate en torno a la humanización y la transición de una lógica de atención a una ética del cuidado, como punto de partida para refigurar la atención obstétrica, con énfasis en la interacción con ciertos grupos, como las adolescentes, cuyas narrativas han permitido poner a prueba el espacio clínico y la experiencia de la sexualidad, el embarazo, el parto y la maternidad.

6.1 Advertir y configurar un problema

Como se detalló en el tercer capítulo, en promedio cinco mujeres menores de veinte años acudieron a una consulta prenatal, aproximadamente siete adolescentes menores de 15 años son atendidas cada mes y los servicios otorgados a personas en el grupo de edad de 12 a 19 años representan cerca del 30% de la atención que brinda este hospital. Ampliando la perspectiva, en el 2017 se registraron en México 171,010 nacimientos de adolescentes entre 15 y 17 años y 11,756 en menores de 15 años (Gobierno de México 2020), cifras que presentaron una disminución promedio de 10% en 2018 y 2019, por lo que se ha mantenido como una de las problemáticas prioritarias de salud sexual y reproductiva en el país.

En este contexto de visibilidad, el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido objeto de investigaciones desde múltiples disciplinas, destacando el enfoque sociodemográfico, psicológico y de intervención en políticas públicas. Adicionalmente, en el periodo que comencé este proyecto de investigación, la presencia del tema en medios de comunicación masiva a nivel nacional incrementó de manera importante, pues un análisis de desarrollo económico regional, había ubicado a México como el país con mayor tasa de embarazo en la adolescencia entre los que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y esta publicación se reprodujo rápidamente entre diversas audiencias. Ante el llamado de atención, las estadísticas mostraron que la situación nacional no era sustancialmente diferente a lo observado en las últimas dos décadas, ya que el grupo de edad de 15 a 19 años presentaba la menor disminución en la tasa de fecundidad y las tasas

más bajas de uso de anticonceptivos, comparado con otros grupos quinquenales. Se estimó que solamente alrededor del 37% de las adolescentes utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual y que, la edad promedio para el inicio de vida sexual activa era de 15.9 años.

Este panorama epidemiológico posicionó nuevamente el proceso reproductivo en la adolescencia como un tema relevante en la agenda de salud pública, configurándose como un problema social a partir de su impacto en el ámbito familiar, educativo y económico, en donde se plantean como principales consecuencias, la transmisión generacional, la reproducción de los denominados ‘ciclos de pobreza’, que articulan un menor acceso a la educación formal y al trabajo remunerado, concatenando otras formas de exclusión social (Stern 2012). La dimensión social también implica un interés público, es decir, que excede al individuo que lo vive o a su red más cercana y atañe a la sociedad en conjunto, dada su relación con diversas formas de violencia, desigualdad y vulneración de derechos fundamentales, a la vez que pone a prueba normas sociales imperantes relacionadas con la sexualidad, la reproducción y la maternidad.

A la par, se concibe como un problema de salud suponiendo una mayor probabilidad de complicaciones asociada a la falta de madurez del sistema reproductivo de las mujeres en la adolescencia temprana, a factores concomitantes, como desnutrición u obesidad, pero sobre todo a los aspectos socioeconómicos, culturales y estructurales que obstaculizan la atención oportuna, de calidad y el acceso a medidas profilácticas (Ganchimeg *et al* 2014), toda vez que, en países con ingreso medio o alto, en donde el acceso a servicios de salud está garantizado o ha mejorado sustancialmente, los resultados obstétricos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad son satisfactorios y no difieren de los del resto de las mujeres (Kirchengast 2016). Con relación a las perspectivas de los profesionales de salud, resalta que los estudiantes de pregrado que se encuentran en formación, identifican los riesgos biológicos asociados y no distinguen de manera importante entre el grupo de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Por el contrario, el personal médico reconoce con mayor relevancia la influencia de los determinantes sociales.

En los cuestionarios aplicados a 37 estudiantes de pregrado de una universidad pública y una privada, 36 respondieron que ambos grupos de edad tenían mayor riesgo de complicaciones

durante el embarazo, como se ejemplifica con las siguientes explicaciones al respecto, que pueden ser más o menos consistentes con la evidencia científica:

- *Por falta de crecimiento y maduración de la pelvis materna.*
- *Porque el cuerpo apenas se va adaptando a los cambios que ocurren respecto a la capacidad reproductiva.*
- *Por la edad, menor maduración cervicouterina, más falta de información.*
- *Falta de madurez, mayor riesgo de enfermedades, menor apoyo por la sociedad, falta de atención especializada.*
- *Porque no están listas, no tienen capacidad tanto física como mentalmente.*
- *Alto riesgo de complicaciones por falta de educación.*

Algunas respuestas también reconocen la influencia del desarrollo psicosocial o el riesgo social, e incluso de la violencia sexual o de género, pero llama la atención que hacen una distinción conforme a la fuente de información, como una de las respuestas que señalaba: “*La principal causa asociada según Ipas, OMS y UNICEF es violencia de género. Según la clínica /medicina es falta de desarrollo*”. No obstante, en la experiencia cotidiana, los profesionales de salud tienen más a reconocer la intersección entre ambos aspectos.

Por otra parte, como lo muestran las cifras en México, los médicos ginecobstetras responsables de la consulta de atención prenatal, no identificaban un incremento en el número de adolescentes que demandan atención, más bien concordaban 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. Esta situación es atribuida principalmente a que se trata de un hospital público y a la ubicación geográfica del hospital, ya que se encuentra en una zona periférica, colindante con áreas de conservación ecológica que demarcan los límites de la ciudad, estableciendo un margen borroso caracterizado por asentamientos irregulares originados principalmente por la migración interna rural-urbana.

Además de la edad, la intersección con otras formas de desigualdad, se hace patente en la manera en que los ginecobstetras resaltan los aspectos sociales que lo configuran como un problema social, mientras que, no se identifica un riesgo mayor asociado a la edad. Los tres

médicos de 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, como señala uno de los ginecobstetras con mayor tiempo laborando en el hospital:

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 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. De 100 pacientes, 30 a 40 te contestan que se embarazan porque se quieren desintegrar de la familia. No aguantan a la mamá o la disciplina del hogar.

—Entonces, ¿cómo evalúa el riesgo en las mujeres adolescentes?

¿Cómo lo valoramos? A través de exámenes de laboratorio. La gente está por debajo de los niveles habituales. Entonces no son gente bien nutrida, son gente rebelde, muy difíciles de controlar por parte de la familia, se manipulan mucho a través de los medios, se dejan influenciar por las amigas. La experiencia del primer contacto es por influencia de los amiguitos. Del querer pertenecer a un grupo determinado. Y eso hace que estos jóvenes, pues sean de alto riesgo.

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. Ante ello, se había propuesto destinar un área específica o desarrollar un proyecto para la atención de adolescentes, pero señalaban como obstáculos la falta de espacio físico y de personal, por lo tanto, la atención se basaba en protocolos implícitos que los médicos habían acordado y consistía en que el seguimiento fuera otorgado por uno de ellos, quien era sub-especialista en medicina materno-fetal. Si bien su perspectiva resaltaba otros aspectos biomédicos, no era muy distante:

Yo creo que las complicaciones son igual que la mayoría de las mujeres. Lo que sí es cierto, el riesgo de que terminen en cesárea es mayor en la adolescente (...) Otro riesgo que tenemos que valorar netamente son malformaciones. O sea, si pudiéramos hacer un diagnóstico prenatal temprano desde la semana 11, para valorar que pudiera existir o descartar probabilidades de malformaciones, sería ideal. Porque es mayor la incidencia en las adolescentes y en las pacientes añosas. Pero en cierto sentido, esto es algo difícil por la dinámica del hospital, las pacientes nos llegan de manera tardía (...). En términos generales, en teoría se debe de manejar igual, yo creo que lo que nos haría falta, en cierto sentido, es tener un poco más empatía precisamente con la edad que tenga la paciente.

Las opiniones del resto del personal en otras áreas del hospital no eran tan distintas, todos 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. Así, desde la perspectiva médica, el problema era reconocido e incorporado como tal en el discurso cotidiano, pero al mismo tiempo, se considera que la intervención no se encuentra propiamente en su ámbito de competencia, sino que corresponde a la familia o la comunidad.

6.2 Políticas de prevención y necesidades de atención

En años anteriores, las cifras por sí mismas no habían patentado la necesidad de una intervención dirigida, por lo que sus consecuencias habrían de ser enfrentadas en el ámbito de lo privado, pero una nueva lectura del panorama epidemiológico en el contexto de la agenda de desarrollo dada por los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, el énfasis en las persistentes brechas de desigualdad y las transformaciones en las políticas de población y desarrollo, condujeron a posicionar a la infancia, adolescencia y juventud en el marco de la política pública en salud sexual y reproductiva. Recordando los antecedentes señalados, es relevante insistir en que el primer programa nacional de salud sexual y reproductiva, dirigido específicamente para adolescentes fue publicado recientemente en 2007, en el que se reconocía la existencia de un marco de derechos, pero también las limitantes para hacerlos valer en los ámbitos institucionales. Uno de los obstáculos descritos era que, a pesar de contar con una perspectiva legal más clara y un enfoque de derechos humanos que sustentan la inclusión de los adolescentes, este marco de referencia es desconocido por el personal de salud. Aunado a la falta de conocimiento, resaltan los prejuicios que se tiene respecto al desarrollo intelectual y psicológico de las personas en esta etapa y, en consecuencia, a su capacidad de toma de decisiones.

En este aspecto, nuevamente el contraste entre la perspectiva de los estudiantes y los profesionales de salud es revelador, pues durante la formación, sus puntos de vista están basados principalmente en la teoría, en la aliteratura médica, y en lo que suponen es el ‘deber ser’ social, mientras que los profesionales de salud enfrentan cotidianamente ‘la realidad’ y sus imperativos para atender a la demanda de atención de las mujeres y adolescentes, con lo que no necesariamente se cumple una dimensión de implementación de política pública, sino también puede explicarse por la normalización o naturalización de ciertos determinantes sociales. En los cuestionarios aplicados al estudiantado, resaltó que la mayoría de edad o edad legal de los 18 años es un punto de corte para establecer un parámetro respecto del ejercicio de los derechos, la autonomía y la toma de decisiones. De 37 estudiantes que respondieron estas preguntas en el cuestionario, un 10% considera que las adolescentes no son sujetos de derechos y que no podrían solicitar, sin autorización de una persona tutora o

familiar responsable, ciertos procedimientos como un método anticonceptivo definitivo, mientras que el 100% coincidió en que cualquier mujer mayor de 18 años si podría solicitarlo y se le debería prestar el servicio, independientemente de la paridad.

Con relación a la firma del consentimiento informado, el 50% de los estudiantes consideraba que no tenían capacidad legal para firmarlo o si lo hacían no era válido en la prestación de los servicios, mientras que un 25% consideraba que sí, y otro 25% respondió que no sabía, no estaba seguro o no había indagado al respecto. Después de que había explicado el cuestionario, en la interacción con estudiantes durante el trabajo de campo, comentaban que nunca habían hecho consciente los aspectos relevantes de la atención de las adolescentes, aunque en el 75% de los cuestionarios señalaban que, de algún modo, la atención tendría que ser distinta. En el periodo de observación e interacción, algunos de ellos comenzaron a notar que había adolescentes que acudían solas al hospital o con su pareja, también menor de edad, por lo que no había otra alternativa más que contar con su consentimiento, a riesgo de demorar la atención, mientras se les solicitaba que alguna persona mayor de edad pudiera acudir a ratificar la firma del consentimiento informado.

Por otra parte, como se observó en el análisis de las estrategias y políticas públicas, las principales brechas en el acceso de los adolescentes a la consejería y atención en salud sexual y reproductiva, los procesos y requisitos institucionales, la incompatibilidad con el horario habitual de las clínicas, la infraestructura inadecuada que impide la privacidad y confidencialidad, la desconfianza en los servicios de salud públicos y la percepción de los usuarios de ser juzgados y estigmatizados por el personal de salud. Estos factores asociados a la prestación de servicios no fueron identificados por el personal del hospital y ninguna de las estrategias identificadas gira en torno a responder a estas barreras, aunque hay un avance en el reconocimiento de la autonomía, como señala una médica general:

Aquí en este hospital, la consejería a las adolescentes se da sin necesidad de acompañamiento, como lo indica la norma, pero cuando he asistido a congresos o hasta en los servicios amigables, muchos médicos y enfermeras insisten en que, por ser menores de edad, tienen que estar acompañadas por algún familiar. Yo más bien creo que hay un “modo de pensar como adolescente” que es hasta cierto punto común en mujeres mayores ya que

la falta de conocimiento es algo generalizado y también te dan respuestas como “es que no pensé que podía pasar” [en el caso de mujeres adultas], por eso se busca informar y motivar, incluyendo aspectos sociales en la consejería.

En esta narrativa quedan obviadas las necesidades específicas que pudieran tener las adolescentes al posicionarse como usuarias directas sin necesidad de mediación, pero resalta la referencia a la adolescencia como una metáfora para describir rasgos socioculturales o conductas, como la falta de información o de responsabilidad frente a un embarazo no intencional. Los profesionales de salud coinciden con esta perspectiva y el 70% de los estudiantes la comparten, sin embargo, no se considera como una forma de ejercicio de derechos o autonomía, sino una contención del riesgo, o una medida que es preferible a no hacerlo, aunque prevalece una visión adultocentrista del ejercicio de la sexualidad y una omisión de las relaciones sexuales vinculadas a la asimetría y la violencia, como se ejemplifica en los siguientes planteamientos respecto de la solicitud de métodos anticonceptivos por parte de la población adolescente:

- *Está bien, porque ellas son responsables de su cuerpo.*
- *Es su decisión el inicio de su vida sexual, pero es importante la responsabilidad que esto conlleva, mientras se protejan que decidan el que gusten.*
- *Porque mínimo están tomando la decisión de prevenir un embarazo, pero creo que falta concientizar sobre el riesgo del uso de estos y de enfermedades de transmisión sexual.*
- *Las adolescentes no tienen confianza con sus padres y no platican respecto al tema de sexualidad; por lo que, si llegan a iniciar su vida sexual teniendo el conocimiento o no de métodos anticonceptivos, no hacen uso de ellos, así que deben tener orientación por parte de un adulto, porque no todos los métodos anticonceptivos son fáciles de usar, algunos tienen efectos adversos.*

- *Pese a lo que se puede creer me parece bastante útil el que se pueda elegir un método sin importar la edad pues la vida sexual y el cuidarse no depende de si se es mayor de 18 años.*
- *Pueden utilizar de barrera, pero desconozco si pueden hacer uso de un método hormonal.*
- *Es importante que tengan consciencia del riesgo de no cuidarse.*
- *Al iniciar su vida sexual es preferible que utilicen un método de protección, a que se sometan a un embarazo, trabajo de parto, cesárea o aborto.*
- *Están cuidándose para un futuro, no están en edad de tener hijos.*
- *No sé, pero lo ideal desde mi punto de vista es que cada quien lo eligiera con el apoyo de un tutor.*

Como en la mayoría de las sociedades contemporáneas, se considera a los adolescentes como incapaces de tomar decisiones responsables, debido a la falta de capacidad de abstracción, pero también a que poseen recursos limitados para hacer frente a las consecuencias. La adolescencia como una construcción sociocultural que la define como una etapa de la vida peligrosa en sí misma, figura en la percepción del riesgo por parte de los profesionales de salud y se conforma desde la etapa de formación, ya que un embarazo es considerado una consecuencia inmediata que demanda atención, pero también refleja la patologización de los aspectos sociales.

Al pasar de lo privado a lo público, esta política basada en la prevención del embarazo, sustentada en los riesgos a la salud, pero sobre todo en las consecuencias sociales, económicas y demográficas que implica la alta fecundidad adolescente, lo posiciona como una amenaza potencial ante la cual es imperante responder. Además, no reconoce que la demanda de atención obstétrica por adolescentes y niñas, tanto en contextos rurales y comunidades indígenas como en los complejos asentamientos urbanos, es señalada como uno de los principales retos en las unidades hospitalarias y, aun cuando se trata de una realidad cotidiana en la consulta obstétrica, la interacción entre el personal de salud y las adolescentes adquiere un carácter singular, caracterizado por una representación *a priori* de riesgo, el

estigma y la falta de reconocimiento como sujetos de derecho, entre otras formas de invisibilidad.

6.3 Tensiones y peligros en el espacio clínico

Como señala Lupton (1999), el riesgo en el ámbito de la salud está configurado principalmente por el conocimiento de las probabilidades de que algo ocurra en términos estadísticos (riesgo epidemiológico), así como de la información disponible de una paciente en particular (riesgo clínico), o bien, en función del conjunto de experiencias individuales o colectivas en la práctica y de los saberes transmitidos por mentores en el proceso de formación. Tanto en el desarrollo conceptual, como en la interacción, el riesgo entrama narrativas complejas y no puede advertirse sino tras una concatenación de eventos y en el análisis *ex post facto*, como ilustran algunos pasajes en la narrativa de Adriana, a quién acompañé por más de 20 semanas, desde el embarazo y cuya narrativa expuse de manera extensa en el capítulo cinco. En su última consulta prenatal a las 40 semanas, había signos de un trabajo de parto latente, y considerando el temor e insistencia de Adriana y su madre, decidió que permaneciera en el hospital para ingresar a la sala de labor, comentando: “*donde he tenido conflicto con las adolescentes es que como no pasa el familiar responsable, la paciente entiende cierta cosa y entonces a veces reclaman los familiares o ponen quejas*”. El cuestionamiento profesional y la amenaza potencial del descrédito, se expresan en una práctica médica defensiva que tiene como consecuencia el establecimiento de barreras o el acceso limitado a procedimientos elegibles, como la esterilización quirúrgica voluntaria – entre menos intervenciones se realicen, menor riesgo de complicación– y, en el otro extremo, se asocia a una mayor posibilidad de prácticas rutinarias innecesarias o médicamente injustificadas, en ambos casos resulta en detrimento de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Cuando Adriana se encontraba en la sala de labor, los estudiantes asistían con frecuencia a revisar el foco cardíaco fetal, y las enfermeras monitoreaban sus signos vitales, continuaban llegando mujeres con situaciones diversas que demandaban la atención inmediata de los

médicos de guardia, por lo que se hizo patente una dinámica que constataba lo que un ginecologista había señalado con respecto a este hospital:

“Aquí solamente hay dos opciones: bajo o alto riesgo, no hay intermedios, porque no se cuentan con recursos suficientes. Un criterio es la edad, considerando de riesgo a las menores de 18 años, pero de no existir otros factores, no es un criterio de prioridad. Uno de los más determinantes si es el número de partos y de cesáreas por mayor riesgo de hemorragias y la falta de banco de sangre. Una tercera cesárea es un criterio absoluto de referencia, para que sean atendidas en un hospital con más recursos, pero muchas veces las mujeres van a regresar al no ser recibidas en otros hospitales.”

A diferencia de la atención prenatal, en donde la determinación del riesgo es homogénea en términos epidemiológicos, al clasificar a todas las adolescentes como de alto riesgo, y a su vez, dependiente de factores individuales que pueden exacerbarlo, al ingresar a la sala de labor, esta valoración se torna oscilante y matizada en función de una colectividad, dependiente de la perspectiva de cada observador, de los recursos disponibles y de la asimilación de un contexto estructural limitante. Entonces, el acto médico deja de enfocarse en la atención individual y se convierte en una forma de respuesta ante una situación que requiere ser controlada. En este sentido, el riesgo y su manejo forman parte de las brechas en la mirada clínica, sugiriendo que la vigilancia de los cuerpos individuales y políticos ya no recae en el estado o en el saber/poder médico, sino en diversos mecanismos y procesos institucionalizados que no siempre son visibles (Gibson 2004), desde las políticas globales, las guías de práctica clínica, y la limitación –real o provocada– de recursos disponibles que conducen a establecer ciertas prioridades y jerarquías.

Así, el riesgo constituye un fundamento, tanto de la medicina como de la salud pública, para el control de la salud y de los procesos fisiológicos, como es la reproducción. En esta expresión de la biopolítica, el riesgo no es calculable o medible, por lo que conduce a respuestas de preparación –más que de prevención– hacia posibles amenazas que no provienen de hechos estadísticos, sino de representaciones imaginarias, cuyas consecuencias resultan potencialmente catastróficas (Lakoff 2008). En ellas, el estado moderno, puede pensarse como un conjunto de procesos y prácticas contradictorias, ya que propone un

reconocimiento de la subjetividad, pero mantiene la excepción como un discurso que legitima su intervención (Taussig 1991; Aretxaga, 2003; Petryna 2006). Esta tensión, argumentan Fordyce y Maraesa (2012), es corporizada y se vive en las interacciones cotidianas, dando cuenta de la manera en que las nociones de riesgo que operan en el espacio clínico, permean en el núcleo de las vidas reproductivas de las mujeres.

Si bien se ha descrito ampliamente que las alteraciones del proceso fisiológico del parto conducen a una cascada de intervenciones que pueden afectar el resultado obstétrico o neonatal, Everson y Ostrach (2017) enfatizan que, el embarazo en la adolescencia al ser patologizado biológica y socialmente durante la atención médica, principalmente debido un estigma y discriminación interseccional, sitúa a las adolescentes en un riesgo mayor de experimentar intervenciones injustificadas. Aunado a las recomendaciones internacionales, la directriz en México que articula las recomendaciones más recientes para mejorar la calidad, el apego a evidencias y la experiencia positiva durante la atención obstétrica es la “Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” (Secretaría de Salud 2014;2019), por lo que este abordaje del riesgo supone diversos argumentos como obstáculos a su implementación, desde la suma de factores que caracterizan al contexto de atención como una situación en riesgo, hasta la mayor exclusión de las adolescentes en su condición singular. Así, cuando esta categoría se convierte en narrativa maestra, históricamente se erige como excepción a la garantía de los derechos aun en su atributo de universalidad, abriendo la posibilidad a la producción de diversas formas de violencia a las que subyacen procesos de invisibilización y desubjetivación.

Para ser aprehendido, el riesgo no se reduce a una confirmación de los hechos, sino que requiere mediaciones, por una parte, la credibilidad sustentada en un componente teórico, y por otra en las normatividades imperantes que se ponen a prueba ante la sensación de falta de seguridad o de confianza (Douglas 1992; Beck 1998). Desde esta perspectiva, las percepciones acerca del riesgo de las personas que acuden a los servicios de salud, dan cuenta de las formas de apropiación de ciertos conocimientos, incluidos los saberes de la biomedicina, y de la reflexión acerca de la propia vulnerabilidad (Hersch, 2013), lo cual habilita un horizonte discursivo común del cual emergen múltiples significados, así como

actos performativos o contra-narrativas, en la interacción cotidiana entre los profesionales de salud y las adolescentes.

Para las adolescentes, la búsqueda de atención no representa una red de cuidado o un apoyo en el sostenimiento de la vida y la salud, sino un encuentro más que habrán de afrontar en la transición anticipada al ‘mundo adulto’, o en algunos casos, la confirmación de que ya lo habitaban desde una posicionalidad desdibujada, dada la precarización económica y social que les ha conducido al abandono escolar, a contribuir en las actividades laborales remuneradas o en el trabajo doméstico, aun sin el estatus legal y social de la adultez, en un contexto urbano contemporáneo. Las adolescentes suelen enfrentar el estigma de ser percibidas como una amenaza para los sistemas de salud y para la sociedad, ante los cuestionamientos que instauran el inicio de la atención obstétrica, *¿por qué tan joven?*, *¿por qué no te cuidaste?*, *¿cuántos más vas a tener?*, *¿cómo los vas a mantener?*, *¿quién los va a cuidar?*, que les sitúan en la vergüenza y la culpa, en la irresponsabilidad y en la incapacidad de adquirirla, por ende, en la imposibilidad de responder y tomar decisiones.

Ante ello, emergen las voces de las adolescentes que necesitan respuestas, y otras que aparecen desafiantes, desde la propia cualidad del adolescente que reta a la autoridad y pugna por su diferenciación. Pero también tienen lugar los silencios impenetrables, llenos de temor e incertidumbre. Ambos expresan la demanda de atención y reconocimiento, que la biomedicina no siempre logra satisfacer, ya sea por la falta de protocolos y recursos específicos, de competencias para atender a las determinantes sociales como parte integral de la salud, o por la resistencia a modificar las pautas del ejercicio profesional. Mientras tanto, las historias clínicas se van permeando de testimonios de la violencia, marginación y vulnerabilidad que enfrentan las niñas y adolescentes, a la par que experimentan un embarazo y el inicio precipitado de la maternidad. Producto de un extenso análisis de narrativas de madres adolescentes, Erdmans y Black (2015) sostienen que no se trata solo de historias de vida, sino de una profunda crítica hacia el abuso sexual, la violencia de género, y la violencia estructural en comunidades e instituciones, así como de las inequidades de raza y clase y de género en las relaciones, como problemas centrales en el estudio del embarazo y la maternidad en la adolescencia.

6.4 Humanización y ética del cuidado

En este recorrido analítico, el riesgo y los derechos aparecen como conocimientos situados y construcciones socioculturales y no como conceptos que claman objetividad y universalidad. Esto implica que son ubicados en ciertas coordenadas espaciales y temporales, para dar cuenta de su dimensión experiencial y de su carácter subjetivo. Más allá del anonimato que supone un contexto clínico institucional como el que se ha explorado, la invocación de los sucesos singulares que ocurren en la vida cotidiana y de los acontecimientos que irrumpen y transforman el cauce de la vida de las personas, así como de los discursos expuestos a la interpretación, esta última reflexión aspira a la posibilidad de nombrar aquello que produce afección y de imaginar otras formas posibles.

Tanto en el referente epidemiológico, como en las políticas de prevención y las dinámicas de atención en torno al proceso reproductivo en la adolescencia, las narrativas del riesgo y sus posibles contra-narrativas están atravesadas por la expresión de las inequidades de clase, género, edad, estatus legal, entre otras categorías que inciden en la posicionalidad de los sujetos y aluden a una estratificación de la reproducción, en tanto normativa social de la sexualidad y política económica de la reproducción (Colen 1986; 1995). Esta perspectiva sostiene que, distintas formas y tipos de reproducción son privilegiados, apoyados e impulsados, mientras que otros son estigmatizados, limitados y oprimidos, se patentan formas de control de la población y un acceso diferencial a los recursos de atención (Ginsburg y Rapp, 1995; Agigian, 2007). No obstante, al pasar de la dimensión estructural a los modos de concreción, la práctica obstétrica no concibe un modelo ideal, es decir, no hay un proceso fisiológico que pueda denominarse ‘normal’ o ‘natural’ y frente a ello, el cuerpo-sujeto es inadecuado, subóptimo e insuficiente.

Como una primera respuesta a este planteamiento, diversos enfoques han cuestionado este paradigma a través de contra-narrativas que buscan posicionar el cuerpo de la mujer en completud y plena capacidad de hacer frente al evento reproductivo, pero no como un imperativo asignado a un rol sexo-genérico, sino como un atributo que resalta el peso ontológico de la reproducción y maternidad, con ciertas características, por ejemplo, el que sea elegida, deseada, placentera, planificada, entre otros. Frente a la noción de un cuerpo insuficiente que ha de ser regulado, vigilado o intervenido, emergen ciertos posicionamientos

respecto de la humanización del parto y nacimiento, como “la importancia de tener confianza en sí misma, en su conocimiento del cuerpo y de sus procesos” o “la sabiduría del cuerpo que le permitirá parir de manera natural cuando la mujer y el bebé estén listos”, los cuales hacen patente la deriva constante de los significados en torno al embarazo, parto y nacimiento, así como el llamado a un cambio de paradigma en el que estos sean valorizados.

Desde otra perspectiva, la falibilidad que se acompañan de ambigüedades, amenazas y peligros, también puede dar lugar a una perspectiva ética, basada en su reconocimiento, como propone Ricoeur (2004) con la distinción entre el *homo fallible* y el *homo capax*. A decir del filósofo, los seres humanos nos sabemos vulnerables en tanto que necesitamos del otro para completar el sentido, lo mismo en la comunicación que en la cotidianidad, así es que tendemos a la búsqueda incesante del reconocimiento y encontramos nuestra capacidad en la alteridad. En este sentido, humanizar la atención requiere del reconocimiento de la falta, de hacerla también propia y afrontarla desde un paradigma distinto.

En primera instancia, la humanización de la atención a la salud reproductiva se erige como una demanda necesaria de diversas formas de legitimación. A decir de Rattner (2009), contempla el ámbito político, basada en la defensa de los derechos humanos; epidemiológico, al sustentar un uso adecuado de la tecnología para la salud de las personas y de las poblaciones; profesional, en relación al reconocimiento de diversos perfiles de proveedores; científico, por su referente basado en evidencia; y finalmente, alude a la legitimación de la participación y toma de decisiones de las personas en torno a su salud, haciendo énfasis en la importancia del diálogo, la relación entre usuarios y profesionales de salud, el acompañamiento, y la posibilidad de negociar y decidir sobre los procedimientos.

Para profundizar en la autonomía, Mol (2008) plantea un reto adicional al cuestionar su valor generalizable, señalando que la lógica de la elección puede menoscabar la importancia del cuidado, es decir, la posibilidad de elegir y el cuidado adecuado deberían establecer sinergia, pero la mayoría de las veces resultan contradictorias, relegando las decisiones y sus consecuencias a las personas, sin el soporte que habilita la lógica del cuidado. Junto a otras políticas de salud sustentadas en la responsabilidad individual, esta interpretación reducida de la autonomía se ha posicionado, aún en contextos en que la salud se define como bien público y social. Sin embargo, debido a su estatus legal, la atención de adolescentes requiere

de un marco de autonomía progresiva, es decir una evolución facultativa hacia la toma de decisiones y en el ejercicio de sus derechos, en donde el personal de salud tiene un rol necesario para orientar y contribuir a garantizarlos, independientemente del conocimiento o comprensión que la adolescente tenga de ellos. Además, siendo los hospitales espacios liminales, umbrales 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 lo cotidiano (Long et al, 2004), el paradigma del cuidado convoca a una dimensión vinculante y al reconocimiento de la otredad.

En este sentido, y reflexionando en torno al ámbito de la salud, Mol opone la lógica de la elección a la lógica del cuidado, partiendo de esta diferencia y definición del cuidado: “mientras que, en la lógica de la elección, la enfermedad o el padecimiento es una rara excepción, algo que no tiene que ver con «nosotros», en la lógica del cuidado, ello emerge de la condición corpórea y de la fragilidad de la vida” (2008:11). En concordancia, el cuidado está anclado en el colectivo, resaltando que una persona que solicita atención o usuaria de un servicio de salud es integrante de una familia o de uno o varios grupos sociales, y difícilmente se desvincularán del mismo para atender a sus necesidades de salud individuales. Asimismo, la autonomía y la toma de decisiones también proyecta un anclaje en esta dimensión colectiva, posibilitada o limitada por ciertos tipos de relación, de los cuáles, algunos pueden cambiar o modificarse, pero otros no. Otro elemento relevante es que una lógica del cuidado se aproxima de un modo distinto a la clasificación de las personas, en donde no se trata de agrupar individuos con categorías similares, sino que categorizar implica una diferenciación de las necesidades al interior de una colectividad determinada. En este sentido, ni la atención médica como interacción cara a cara, ni las estrategias de salud pública en un nivel poblacional pueden basarse en una aproximación homogénea e igual, pues incluso un problema de salud colectivo no se explica por la suma de las características de las personas que lo viven (Mol, 2008).

El cuidado de sí habilita la dimensión del sujeto en tanto que busca la realización de sí en su apertura a la otredad, lo cual es *de facto* un planteamiento ético y político. No se trata de una capacidad humana, sino de una estructura que engloba o da unidad a la existencia, es decir, todo lo que el ser conoce y hace, lo que le ocupa y preocupa, la teoría y la praxis, el deseo y

los impulsos son sus manifestaciones (Colomer, 2002). En su más amplia acepción, refiere al cuidado de la vida y todo aquello que la pone en predicamento, es decir, a la consciencia de nuestra falibilidad y la otredad como posibilidad y búsqueda incesante de nuestra certeza, nuestra capacidad y completud.

Para transitar de un análisis del espacio, las características y las interacciones en torno a la atención hospitalaria de la salud sexual y reproductiva en general y del embarazo, trabajo de parto y parto en la adolescencia, en particular, a una dimensión ética y política, como la que plantea la lógica del cuidado o el cuidado de sí, ha sido necesario dar cuenta de la dimensión experiencial, de la mediación de los sentidos, del estar-ahí en sentido fenomenológico y de las trayectorias, no como secuencias lineales, sino como la articulación de múltiples líneas de relato en la vida de las adolescentes y sus momentos de condensación. Pero, más allá de esto, ha sido crucial dar lugar al embarazo, parto, puerperio y la maternidad en su estatuto de acontecimiento; como un encuentro entre dos diferencias, como lo contingente, y como aquello “que no ingresa en la ley inmediata de las cosas” (Badiou y Truong, 2012:34).

Desde este recorrido, he buscado reflexionar sobre lo que sostenemos, discursiva y corporalmente cuando nos aproximamos a la sexualidad, la reproducción y la crianza, tanto desde la biomedicina, como desde las ciencias sociales, con la premisa de imaginar otras formas posibles de vinculación entre disciplinas, entre paradigmas teóricos y entre generaciones. Tomando en préstamo las palabras de Chávez y Labastida, es que concluyo esta apuesta inacabada:

“La maternidad, o mejor dicho, el maternar, no es solo una condición ontológica, biológica o exclusiva de las mujeres. Es una acción, un hacer y ante todo, una experiencia de cuidado y de sostenimiento de la vida. El maternar, siendo madres, xadres –o cualquier forma imaginable de parentesco–, reclama otras relaciones (...) quizá no se trate ni de producir ni de reproducir, sino de pensar esta relación como actos de producción: de afectos, de sentidos, de repartos, de derechos, de relaciones, de intercambios, de vida.” (2021:11)

Conclusiones

Para esta investigación planteé nueve objetivos que permitían contextualizar la problemática del proceso reproductivo en la adolescencia, desde sus condiciones de posibilidad hasta la experiencia concreta, y contemplar algunas representaciones sobre nociones y conceptos abstractos, como los derechos humanos, que son cada vez más ciudadanizados, aunque de manera diferencial. Por otra parte, estos objetivos respondían a la necesidad de comenzar a indagar en torno al objeto de investigación, de manera simultánea a la gestión de la aprobación del protocolo por los respectivos comités para poder llevar a cabo el trabajo etnográfico al interior de una institución pública de salud. Además, esta perspectiva aportaba una mirada etnográfica a un contexto local, al que, si bien puede accederse a través de la revisión documental, se enriquecía con el diálogo entablado con diversos actores sociales, cuya experiencia en el tema, así como en la interacción o investigación con población adolescente, resultaba de particular relevancia.

Una vez iniciada la estancia de campo, los objetivos seguían siendo por demás ambiciosos, sobre todo ante la incertidumbre del tipo de observación que podría realizar, la duración de la estancia y los espacios en donde se me permitiría observar e interactuar. A la manera de la etnografía clásica, que supone el acercamiento paulatino para establecer un *rapport* y posteriormente entablar lo que podemos denominar la colaboración etnográfica en campo, me fui acercando a este entorno institucional, pero también comunitario y de múltiples formas de interacciones sociales. Todo ello posibilitó la estrategia metodológica de acompañamiento que, descrito en diversos apartados, y con ello, la invocación a otras perspectivas teóricas y preguntas que pudieran guiar de manera reflexiva mi participación activa y, posteriormente el acompañamiento a las adolescentes que participaron y, en general, a muchas mujeres y adolescentes que formaban parte de la cotidianidad del espacio clínico.

Así, los objetivos que condensan una mayor densidad etnográfica, narrativa y de interacción en campo, en tanto que reflejan mi inquietud por el acercamiento a conocer la ‘experiencia’ –para referir a un suceso de la vida como es contada (Bruner, 1986)– de los profesionales de salud y de las adolescentes, se transformó en una experiencia vivida y compartida, al interior de las diferentes áreas del hospital, durante un periodo prolongado, en incluso más allá del campo etnográfico central. Con ello, estos objetivos, en conjunto con las perspectivas y

trayectorias, que denotan categorías analíticas para significar una visión retrospectiva, o una recurrencia a través del lenguaje capaz de refigurar o significar la experiencia vivida, dieron lugar a los dos argumentos centrales que permiten sistematizar y analizar la vasta información obtenida en campo.

La primera línea argumental retoma la experiencia antropológica en campo y la observación y participación desde un enfoque fenomenológico, a partir del cual es posible describir el hospital como un espacio físico y social, cuyas características se encuentran interrelacionadas y producen un modo de conveniencia funcional y un orden social, congruente con el paradigma biomédico imperante en la atención obstétrica. Para profundizar en el análisis, he sugerido algunas comparaciones entre lo observado y otros modelos de atención o algunas perspectivas críticas que lo han cuestionado en investigaciones previas. En un segundo momento, siendo de particular interés la observación en la sala de labor y de expulsión, así como el acompañamiento a las adolescentes en el trabajo de parto, parto y nacimiento, sitúo un énfasis particular en el espacio en su dimensión experiencial, en donde la percepción y los sentidos tienen un rol preponderante para dar cuenta del carácter social y simbólico de estos procesos, pero más aún, de su estatuto acontecimental y la manera en que tenemos acceso ello. El acontecimiento no se deja decir, pero nos abre una ventana de aproximación a través de los sentidos, las sensaciones, los sentimientos y emociones que dan cuenta de su carácter vinculante.

El segundo desarrollo argumental en la tesis está dado por las narrativas de cinco adolescentes a las que acompañé en cada uno de estos espacios y durante cada proceso y experiencia que en ellos tuvo lugar. En estas narrativas confluyen las historias de vida de las adolescentes, el tiempo compartido en los espacios de atención y sus reflexiones acerca de la experiencia de interacción con los servicios de salud y una trayectoria reproductiva tan condensada que parece más una irrupción, que un conjunto de sucesos concatenados o una progresión en el tiempo. En estas, también resaltan las características de la atención y la manera en que era percibida por ellas, el impacto que tenía en función de sus creencias, expectativas o incertidumbres y cómo iba determinando las siguientes etapas que, en un periodo muy corto de tiempo, estarían enfrentando sin posibilidad de dar marcha atrás. Con elementos similares, en este capítulo también doy lugar a los silencios, a los

acompañamientos interrumpidos, a las omisiones, la vulnerabilidad y las formas de violencia que se expresan más allá de la palabra, a pesar de ella y debido a su imposibilidad de ser nombrada, no solamente por las adolescentes, sino también por las familias, la comunidad, el personal de salud y todos quienes participamos en la configuración de un problema, como he propuesto en el tercer capítulo. De la construcción narrativa deriva la relevancia de considerar las experiencias y trayectorias de vida de las adolescentes en la atención y en cualquier tipo de intervención enfocada en su prevención, toda vez que los factores de riesgo obstétrico confluyen con las diferentes aristas de la vulnerabilidad en un entramado complejo que configura la problemática de un embarazo en niñas de 10 a 14 años y en adolescentes de 15 a 19 años.

Una vez explorada la relación entre los objetivos y los argumentos planteados, el último capítulo retoma los conceptos y categorías analíticas propuestos en el marco teórico para analizar las formas de concreción del riesgo que atraviesan tanto la configuración del espacio hospitalario y que asoman de manera continua en las experiencias y perspectivas de los profesionales en torno a la singularidad de cada uno de los casos y las narrativas que dan cuenta de ellos. Así, problematizar las nociones de cuerpo-sujeto, riesgo y vulnerabilidad a la luz de la apuesta ética y política del cuidado, pone de manifiesto que no es suficiente prevenir un embarazo en la adolescencia o apelar a las múltiples condiciones en que se hace patente lo inadecuado de ciertos cuerpos y de ciertas maternidades. Es necesario un cambio de paradigma, un nuevo orden social traducido en espacios físicos y sociales centrados en las necesidades biológicas, emocionales, sociales y culturales de las personas, así como políticas de salud centradas en las colectividades y en el sostén de los afectos, de los vínculos y de lo social.

Podría ser el cuidado un proyecto político inalcanzable, pero “si las crisis, particularmente aquellas que tienen que ver con la salud y el duelo, son algunas de las maneras centrales en que hacemos consciente nuestra falibilidad, nuestro carácter de finitud y la desestabilización del mundo y sus estructuras, el cuidado es una respuesta tangible al caos” (Kleinman, 2014:125). El cuidado, como sostén de la salud, del proyecto de vida o de una transformación social, tiene lugar en el diálogo y en la multiplicidad de voces, en el reconocimiento del otro

y en la apertura a nuevos significados que contemporicen con la sensibilidad de una época y de una generación.

Como toda investigación, el recorrido que he planteado es por supuesto inacabado y atravesado por una pandemia que, exactamente un año después de que cerrara mi estancia de campo en el hospital, pondría a prueba y desdibujaría el espacio que aquí he narrado. No he hecho mención alguna al SARS-CoV-2 en esta tesis, pues no forma parte de la experiencia en el campo, ni en la generación de la información, pero si tuvo un impacto en los productos potenciales de esta investigación, pues aun cuando sigue previsto el acercamiento para la presentación de resultados, seguramente los avances que se tenían en la implementación del acompañamiento tuvieron cambios o retrocesos. Probablemente, también habría tenido mayor posibilidad de contacto en los meses posteriores y durante la escritura de la tesis, pero tras la demora en este paso, todavía es plausible retomar el contacto para la difusión y retroalimentación de los resultados. No obstante, la distancia social se impuso de cierto modo, y fue sobre todo palpable en la pérdida de todo contacto con las adolescentes, pues la comunicación esporádica que había mantenido con algunas de ellas por mensajes de texto, cesó definitivamente en el contexto de la pandemia, al igual que con casi todos los profesionales de salud, que intentaban hacer frente a la pandemia por COVID-19.

Previo a la escritura final, traté de dilucidar qué es lo que pretendía con la publicación de una tesis y cómo abordaría un extenso trabajo de campo, que yo había imaginado como una posibilidad de reconstruir eventos y contrastarlos con el lugar, pero no había imaginado que presenciaría y formaría parte de una asombrosa y retadora cotidianidad. Concluí que pretendía una escritura que reflejara lo complejo del espacio que los profesionales de salud habitan y en donde tiene lugar el encuentro con las adolescentes, que lejos de ser espontáneo está lleno de tensiones y contradicciones, desde el esquema mismo de nuestra formación médica, hasta las formas en que las directrices internacionales y las políticas públicas son traducidas y volcadas en la atención obstétrica. Quise reflejar, desde el reconocimiento y la empatía, y no desde el juicio o la estigmatización, que no es poco lo que los profesionales de salud enfrentan en lo cotidiano, pero que hay muchos aspectos de la atención y muchas premisas de la prevención que no pueden continuar del mismo modo en que los conocemos, porque ensancha las brechas, la desigualdad y la vulnerabilidad social que, ya de por sí

enfrentan las adolescentes y otros sectores de la población. Para mí, el proceso de investigación, la intensidad del trabajo de campo, el análisis y la escritura de este proyecto fueron aprendizajes invaluable que me atraviesan personal y profesionalmente, y quería, hasta donde el lenguaje lo permite, dar cuenta de las reflexiones conjuntas con los profesionales de las diversas disciplinas que integran el equipo de salud y con las adolescentes, acerca de este problema que desde fuera hemos construido de cierto modo, y de lo que no hemos podido hacer para cambiar el panorama de las mujeres, niñas y adolescentes.

En este sentido, concluyo con una reflexión sobre las posiciones que he ocupado y desde donde me he aproximado a cada una de las etapas de esta investigación. Cuando comencé la estancia de trabajo de campo, me inquietaba la influencia que tendría mi formación médica en el trabajo etnográfico, pues, aunque yo lo sentía lejano, volver al lugar y darme cuenta de que me era familiar, fue un primer punto de inflexión. Siempre lo había hecho explícito en toda interacción en campo, y sin duda, tuvo mucho que ver en la apertura a cada uno de los espacios en donde realicé la observación y en las interacciones cotidianas. Realizar un trabajo de investigación antropológica en un campo clínico, siendo médica, me ha despertado los mismos cuestionamientos que adentrarme en la dimensión estructural de una problemática y buscar una postura crítica en la escritura, mientras me desarrollo profesionalmente en el espacio de toma de decisión y diseño de la política en materia de salud sexual y reproductiva en México.

No obstante, he encontrado en este transitar, más congenialidad y diálogo que disonancia, siendo las tensiones el punto de partida para la reflexividad, la generación de conocimiento y la intervención. El campo me acompaña todavía, aunque han pasado varios años, y se hace vigente en mi labor cotidiana: es aliciente, reto, estímulo, advertencia de imposibilidad y posibilidad al mismo tiempo. Es una intencionalidad, un *telos* y no un *a priori*. Como en las narrativas de las adolescentes, la experiencia es apertura y posibilidad de devenir y no sus amarras.

Referencias

- Accampo, E. (2006) *Blessed Motherhood, Bitter Fruit. Nelly Roussel and the Politics of Female Pain in Third Republic France*. USA: The Johns Hopkins University Press.
- Aching, M.C. y Granato, TM (2016) Good enough mother under social vulnerability conditions. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 33(1): 15-24. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000100003>
- Acero, J. (1993) *Lenguaje y filosofía*. Barcelona: Octaedro.
- Agamben, G. (1993) *Infancy and History. The destruction of experience*. London / New York: Verso.
- Agigian, A. (2007) Stratified reproduction. En: *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. George Ritzer, editor. Reino Unido: Blackwell Publishing, pp. 4835-4837.
- Aguilar, B. (2018) Metáforas en medicina. *Revista Uruguaya de Cardiología*, vol. 33, núm. 1, pp. 7-12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.29277/cardio.33.1.1>
- 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, L. (2005) *Sexual Subjects. Young people, sexuality and education*. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M.I., Suárez L, De la Vara, E., De Castro, F., Schiavon-Ermani, R. (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.
- Alvaro, D. (2010) Postfacio. En: Nancy, JL. *58 indicios sobre el cuerpo, Extensión del alma*. 2da ed. Buenos Aires: Ediciones La Cebra.
- Amuchástegui, A (2001) *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*, México, Edamex/Population Council.
- Amuchástegui, A., Parrini, R., *et al* (2009) *Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes*. México: Católicas por el Derecho a Decidir, AC.

- Archer, M. (1995) *Realist social theory: the morphogenetic approach*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Aretxaga, B. 2003. *Maddening States*. *Annual Review of Anthropology*, 32:393-410
<https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.061002.093341>
- Armstrong, D. (1983) *Political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Asociación de Antropólogos Sociales del Reino Unido, ASA (1999) *Ethical Guidelines for Good Research Practice*. [En línea] Association of Social Anthropologists of the UK and the Commonwealth. Disponible en: <https://www.theasa.org/ethics/guidelines.shtml>
- Attali, J. (1995) *Ruidos. Ensayo sobre la economía política de la música*. México: Siglo XXI.
- Atkin, L., Arcelus, M., Fernández-McGregor, A., Tolbert, K., ed. (1988) *La psicología en el ámbito perinatal*. México: Instituto Nacional de Perinatología, 398-425. }
- Atkin, L., y Givaudan, M. (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 Alatorre, J. (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.
- Augé, M. (1998) *La guerra de los sueños. Ejercicios de etno-ficción*. Barcelona: Gedisa.
- Auyero, J. (2012) *Patients of the State. The politics of waiting in Argentina*. London: Duke University Press.
- Ayús, R. y Eroza, E. (2007) *El cuerpo y las ciencias sociales*. *Revista Pueblos Y Fronteras Digital*, 2(4), 1–56. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2007.4.217>
- Badiou, A. y Truong, N. (2012) *Elogio del amor*. Buenos Aires: Paidós.
- Badiou, A. (2016) *La filosofía frente al comunismo. De Sartre a hoy*. México: Siglo XXI.
- Badiou, A. (2017) *La verdadera vida. Un mensaje a los jóvenes*. Barcelona: Malpaso.

- Baer, H., Singer, M., Long, D. y Erickson, P. (2016) Rebranding our field? Toward an articulation of health anthropology. *Current Anthropology*, 57(4): 494-510.
- Bakhtin, M. (1963) Problems of Dostoevsky's Poetics. En: Morris, P., ed. (1994) *The Bakhtin Reader: Selected Writings of Bakhtin, Mendevev, Voloshinov*. London: Arnold, p. 89-96.
- Ballesteros, C. Pay, M. y Román, C. (2012). La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista científica de enfermería*. 10.14198/recien.2012.04.05.
- Bamberg, M. (2007) *Narrative. State of the art*. Amsterdam: John Benjamine Publishing Company.
- Barcelos, C. (2014) Producing (potentially) pregnant teen bodies: biopower and adolescent pregnancy in the USA. *Critical Public Health*, 24(4): 476–488
<http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2013.853869>
- Barcelos, C. y Gubrium, A. (2014). Reproducing Stories: Strategic Narratives of Teen Pregnancy and Motherhood. *Social Problems*, 61(3), 466–481. <https://doi.org/10.1525/sp.2014.12241>
- Barra, E. (1987) El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 19, núm. 1, 1987, pp. 7-18
- Beck, U. (1992) *Risk society. Towards a new modernity*. London: SAGE.
- 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.
- Bereheny, M. y Stephens, C. (2007) Individual responsibility and social constraint: The construction of adolescent motherhood in social scientific research. *Culture, Health & Sexuality*, 9(4):333-346.
- Bereheny, M. y Stephens, C. (2010) Youth or disadvantage? The construction of teenage mothers in medical journals. *Culture, Health & Sexuality*, 12(3):307-322.
- Behruzi, R. *et al* (2010) Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors, en *Med Health Care and Philos* (2010) 13:49-58.
- Bentham, J. (1791/1989) *El panóptico*. Madrid: La Piqueta.
- Berger, P. y Luckman, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorroutu.

- 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.
- Biehl, J. y Locke, P. (2017) *Unfinished. The Anthropology of Becoming*. Durham: Duke University Press.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005) Aproximación a la Antropología de la Reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, N° 42. Julio-Agosto.
- Blum, R., McNeely, C. y Nonnemaker, J. (2001) Vulnerability, Risk, and Protection. In: Fischhoff, B., Nightingale, E., Iannotta, J. (eds.) *Adolescent risk and vulnerability. Concepts and measurement*. Washington, D.C. National Academy Press, p. 50-72.
- Bobadilla, J.L., Schlaepfer, L., Alagón, J. (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.
- Bobes, MC (1992) *El diálogo. Estudio pragmático, lingüístico y literario*. Madrid: Editorial Gredos.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Briggs, Ch. y Mantini-Briggs, C. (2016) *Tell me why my children died. Rabies, indigenous knowledge, and communicative justice*. USA: Duke University Press.
- Breton, A. (1924; 1992) *Manifiestos del surrealismo*. Buenos Aires: Argonauta.
- Brown, P. (2004) *Eve. Sex, Childbirth and Motherhood through the Ages*. United Kingdom: Summersdale Publishers Ltd.
- Bruner, E. (1986) Ethnography as Narrative. En: Turner, V. y Bruner, E. (eds.) *The anthropology of experience*. United States: University of Illinois Press, p. 139-155.
- Burin, M. y Meler, I. (2001) *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Argentina: Editorial Paidós.

- Butler, J. (2010) *Butler, Judith, Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. México: Paidós.
- Butler, J. (2016) Rethinking vulnerability and resitence. En: Butler, J., Gambett, Z. y Sabsay, L. eds., *Vulnerability in Resistance*. Durham: Duke University Press, p. 12-27.
- Butt, L. (2013) Rational Sex at the Margins of the State: Sex Work, Violence, and HIV Prevention in Papua, Indonesia. En: Addelson, N. Butt, L. y Kielmann, K. (eds.) *Troubling Natural Categories. Engaging the Medical Anthropology of Margaret Lock*. Canada: McGill-Queen's University Press, p. 58-79.
- Buvinic, M. (1988) Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. *Studies in Family Planning*, 29(2): 201-209.
- Cahn, R. (1998) The process of becoming-a-subject in adolescence. En: Perret-Catipovic, M. y Ladame, F. eds., *Adolescence and Psychoanalysis. The Story and the History*. London: Karnak Books, p. 149-160.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez López, L., Hernández Prado, B. y Villalobos, A. (2013) Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*; 149: 299-307.
- Campiglia, M. (2017) *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*. Tesis para optar por el grado de Doctora en Antropología. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Capurro, G. (2021). Witnessing the Ward: On the Emotional Labor of Doing Hospital Ethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 20:1-11
<https://doi.org/10.1177/1609406921998919>
- Cardona, L.A. (2015) Derechos de las niñas y las adolescentes: balance en el Distrito Federal. *Defensor, Revista de Derechos Humanos*, pp. 53-55.
- Carrillo, AM. (1999) Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 19:167-190.
- Carso, R.A. (1997) The Moral of the Story. En: Nelson, HL, ed. *Stories and their limits. Narrative approaches to Bioethics*. USA: Routeledge, p.232-237.

- Castel, R. (1991) From dangerousness to risk. In Burchell, G., Gordon, C. and Miller, P. (eds), *The Foucault Effect: Studies in Govern-mentality*. London: Harvester/Wheatsheaf, pp. 281–98.
- Castro R y Erviti J. 2003 Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico. *Health and Human Rights*. Vol 7 No1 (2003) pp. 90-110
- Castro R, y López Gómez A. (ed.) (2010) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM.
- Cavarero, A. (2009) *Horrorismo. Nombrando la violencia contemporánea*. México: Anthropos / Universidad Autónoma Metropolitana.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGSR. (2009) *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México: Secretaría de Salud.
- Chaves, S. C., *et al* (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5), 203-210.
- Chavez, H. y Labastida, A. (2021) *Maternar. Entre el síndrome de Estocolmo y los actos de producción*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cheng, F. (2006) *Cinco meditaciones sobre la belleza*. Madrid: Siruela. Edición en formato digital: Newcomblab, S.L.L.
- Clemente, A., Dantas-Whitney, M., y Higgins, M. (2011) “Queremos enseñarles que hay otras maneras”: los encuentros etnográficos y la enseñanza de inglés en una escuela de Oaxaca. En: Clemente, A. et al, eds. *Encuentros etnográficos con niñ@s y adolescentes. Entre tiempos y espacios compartidos*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores, p. 79-102.
- Colen, S. (1986) *With respect and feelings”*: Voices of west Indian childcare and domestic workers en New York ity. En: Cole, J. (1986) *All American Women: lines that divide, lines that bind*. Nueva York: Free Press.
- Colen, S. (1995) *Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York*. En: Ginsburg, F. y Rapp, R., ed. *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. USA: University of California Press.

- Colomer, E. (2002) El pensamiento alemán de Kant a Heidegger. Tomo III, 2ª ed. Barcelona: Herder.
- Conrad, P. (2007) The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. EUA: JHU Press.
- Consejo Nacional de Población, CONAPO (2014) Programa Nacional de Población 2014-2018. México: Consejo Nacional de Población.
- Consejo Nacional de Población, CONAPO (2015) Programa Nacional de Población 2014-2018. México: Consejo Nacional de Población, p. 115.
- Consejo Nacional de Población, CONAPO (2016) Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: Consejo Nacional de Población, p. 126.
- Consejo Nacional de Población / Secretaría General del Consejo Nacional de Población, CONAPO (2018). Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. México: Consejo Nacional de Población.
- Corbin, A. (2019) Historia del silencio del renacimiento hasta nuestros días. Barcelona: Acantilado.
- Cosminsky, S. (2012) Birth and Blame: Guatemalan Midwives and Reproductive Risk En: Fordyce, L. y Maraesa, A. Risk, Reproduction, and Narratives of Experience. USA: Vanderbilt University Press, p. 81-102.
- Costa, M. (2006) La propuesta de Merleau-Ponty y el dualismo mente/cuerpo en la tradición filosófica. A Parte Rei, Revista de filosofía, 47:1-8.
- Cruz, M. Gonzáles, J. Paulo, A. y Dorantes, P (2018) El ejercicio de la profesión médica y la comunicación médico-paciente en contextos situacionales. En: Hamui, L., Paulo, A. y Hernández, I., eds. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Manual Moderno, p. 58-99.
- Csordas, T. (1990) Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, Vol. 18 (1): 5-47.
- D'ottavio, M. y D'ottavio, A. (2021). Figuras retóricas en medicina: las metonimias y sus variantes. *Aula Universitaria*, 22:109–110. <https://doi.org/10.14409/au.2021.22.e0022>
- Das, V. (2007) Life and Words. Violence and the descent into the ordinary, USA: University of California Press.

- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75; S5-S23.
- De Moura Pontes, A.L. (2012) Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 10, núm. 2, julio-octubre, 2012, pp. 335-345
- Del Hoyo, J. y García Ruíz, J. (2009) *Higinio. Fábulas*. Madrid: Gredos.
- Dean, M. (1999) Risk, calculable and incalculable. In Lupton, D. (ed.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 131-159.
- Denzin, N. y Lincoln, Y., eds. (2011) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. USA: SAGE Publications.
- Díaz Sánchez, J. (2006) Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 11, núm. 29, abril-junio, 2006, pp. 431-457.
- Díez, F. (2021) El tacto de sí como otro: fundamentos perceptivos de una ética encarnada en la hermenéutica de Paul Ricoeur [en línea]. *Pensando: Revista de filosofía*, 12(26). Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12401>
- Dirección General de Información en Salud, DGIS (s/f). *Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Egresos hospitalarios por tipo (SSA y SESA) 2017-2019*. México: Dirección General de Información en Salud.
- Dolto, F. (1990) *La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes*. Barcelona: Seix Barral.
- Douglas, M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Dragojlovic, A. y Samuels, A. (2021) Tracing silences: Towards an anthropology of the unspoken and unspeakable, *History and Anthropology*, 32(4): 417-425. <https://doi.org/10.1080/02757206.2021.1954634>
- Dubas, JS, K. Miller, y A Petersen (2003) The study of the adolescence during the 20th century. *History of the Family* 8 (2003) 375 – 397.

- Dueck, C. e Inda, G. (2006) La teoría de la estratificación social de Weber: un análisis crítico. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 11: 05-24.
- Duek, D. (2017) *Adole-ser: Transiciones en desarrollo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Elfers, J. *et al* (2014) The Core Competencies for sexual and reproductive health. *American Journal of Sexuality Education*, 9:1, 81-98
- Elu, M. C. y Santos Pruneda, E. (2004) Mortalidad materna: una tragedia evitable, en *Perinatol Reprod Hum*, 18:44-52.
- ENFaDEA (2019) Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente. Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención. [En línea] Disponible en: <http://www.trabajosocial.unam.mx/enfadea/#tab1>
- Estrada, F. (2013) Implementación del programa de Salud Sexual y reproductiva para Adolescentes en México: Un análisis de gobernanza desde el enfoque de redes. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, México, p. 286.
- Erdmans, M.P. and Black, T. (2015) *On Becoming a Teen Mom: Life before Pregnancy*. USA: University of California Press.
- Ernaux, A. (2022) *El acontecimiento*. México: Editorial Planeta / Tusquets.
- Everson, C. (2015) "I'm a Mom too!" Stigma, Support & Contested Identities among Adolescent Mothers in the United States. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. USA: Oregon State University libraries.
- Fabian, J. (1983) *Time and the other. How anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press.
- Fabian, J. (2019) *El tiempo y el otro. Cómo construye su objeto la antropología*. Trad. Gnecco, C. Colombia: Universidad del Cauca / Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.
- Falchenberg, Å., Andersson, U., Wireklint Sundström, B., Bremer, A., & Andersson, H. (2021). Clinical practice guidelines for comprehensive patient assessment in emergency care: A quality evaluation study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 207–215. <https://doi.org/10.1177/20571585211006980>

- Fainzang, S. (2007) *Medical Anthropology in France: A Healthy Discipline* En: Saillant, F. & Genest, S., ed. (2007) *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns.* United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Farmer P, Yong Kim J, Kleinman A, Basilio M, editors. (2013) *Reimagining global health. An introduction.* United States of America: University of California Press.
- Fassin, D. (2004) Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, Volumen 40, enero-diciembre 2004, pp. 283-318.
- Fausto Sterling, A. (2006) *Cuerpos sexuados.* Barcelona: Melusina.
- Feito, L. (2007) Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra*, Vol. 30 (3):7-22.
- Feixa, C. (2006) Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 4, Nº. 2: 1-18.
- Felitti, K. (2011) FELITTI, Karina. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde*, 18(1):113-129.
- Fernández Arcila, M., HD Espinosa, WA Gallego, FR Moreno, FH Rico, NI Uribe y MM Valencia (2015) *Adolescencias, recorridos y contextos: una historia de sus concepciones psicoanalíticas.* Colombia: Fondo Editorial FCSH, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.
- Field, T. (2001) *Touch, USA: Massachusetts Institute of Technology.*
- Figueroa, JG. (1988) La presencia de los varones en los procesos reproductivos. En: Lerner, S. *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación.* México: El Colegio de México / Sociedad Mexicana de demografía, p. 163-192.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2013) *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.* Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas.
- Fordyce L and Maraesa A. 2012. *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience.* USA: Vanderbilt University Press.

- Foucault, M. (1966/2004) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1975/2002) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1977/2011) *Historia de la Sexualidad. Vol. I La voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1982) / Álvarez-Uría, ed. (1994) *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones la Piqueta.
- Frank, G. (1986) On embodiment: a case study of congenital limb deficiency in American culture. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 10:189-2019.
- Freyermuth G. (2003) *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Instituto Nacional de las Mujeres / Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas.
- Freyermuth, G., Luna, M. y Muños, J. (2016) *Numeralia 2014. Mortalidad materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / CIESAS.
- Gadamer, H.G. (1989) *Truth and Method*. 2nd ed. London: Continuum Publishing Group.
- Gálvez, A. (2012) *Failing to See the Danger: Conceptions of Pregnancy and Care Practices among Mexican Immigrant Women in New York City*. En: Fordyce, L. y Maraesa, A. *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*. USA: Vanderbilt University Press, p. 37-58.
- Gammeltoft, T. (2016) *Silence as a Response to Everyday Violence: Understanding Domination and Distress through the Lens of Fantasy*, *Ethos* 44(4): 427-447.
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. (2014) *Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study*. *BJOG*; 121(1):40-48.
- García Hernández, G. (2014) *Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja*. Iztapalapa, *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 77:13-53
- García Hernández, G. (2016) *Mi hijo, lo mejor que me ha pasado en la vida*. México: Instituto Mexicano de la Juventud

- García Jordá, D. y Díaz Bernal, Z. (2010) Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*; 2010 36(4)330-336.
- Garro, L. y Mattingly, Ch. (2000) *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. USA: University of California Press.
- Gaviria S, Chaskel R. (2013) Embarazo en adolescentes de América latina y el caribe: impacto psicosocial. *Precop SCP*, 12(3):5-16.
- Ginsburg, F. y Rapp, R. (ed.) (1995) *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. Berkeley, University of California Press.
- Giorgi, A. y Giorgi, B. (2003) The Descriptive Phenomenological Psychological Method. En: Camic, P., Rhodes, J., Yardley, L., (eds.) *Qualitative Research in Psychology. Expanding perspectives in methodology and design*. Washington: American Psychological Association, p. 243-274.
- Glenn, EN (1994) Social constructions of mothering: a thematic overview. En: Evelin N. Glenn, Grace Chang y Linda R. Forcey, eds. *Mothering. Ideology, Experience and agency*. Great Britain: Routledge, p. 1-32.
- Gobierno de México (2020). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2020. México: Gobierno de México. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Gómez, P.I., Molina, R. y Zamberlin, N. (2011) Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.
- González-Ulloa, P. (2019) *Panorama del embarazo adolescente en la Ciudad de México. percepciones desde las y los adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Miguel Ángel Porrúa.
- Good, B. (1994) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Goodwin, D., Pope, C. Mort, M. y Smith, A. (2003) Ethics and ethnography: An experiential account. *Qual Health Res* 2003; 13: 567.

- Gordon, D. (1988) Tenacious assumptions in Western Medicine. En: Lock, M. y Gordon, D., ed. Biomedicine examined. Países Bajos: Kluwer Academic Publishers, pp. 19-56.
- Gravlee C. (2011) Research design and Methods in medical anthropology. Singer M, Erickson P (editors). A companion to medical anthropology. Wiley-Blackwell Publishing, United Kingdom.
- Green, J. y Thorogood, N. (2004) Qualitative Methods for Health Research. London: SAGE Publications.
- Grosz, E. 1994. Volatile bodies: Towards a corporeal feminism Bloomington: Indiana University Press
- Guber, R. (2001) La etnografía, método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Haines, D. (2017) An introduction to sociocultural anthropology. Adaptations, structures, meaning. USA: University Press of Colorado.
- Hall, GS (1904) Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education, Vol. I. New York: D. Appleton and Company.
- Hamal, M., Dieleman, M., De Brouwere, V. et al. 2020 Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. Public Health Rev 41, 13 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00125-6>
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (2007) Ethnography. New York: Routledge.
- Hamui, L. (2011) Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social, en Cuicuilco, No. 52, septiembre-diciembre, 2011, pp. 51-67.
- Hamui, L. (2016) ¿Cómo analizar las narrativas del padecer?: Construcción de una propuesta teórico-metodológica. Revista CONAMED; 21(2):60-65.
- Hamui, L. (2018) Principios y práctica de la comunicación médico-paciente. En: Hamui, L., Paulo, A. y Hernández, I., eds. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Manual Moderno, p. 1-37.
- Hamui, L. (2019) Entramado teórico-metodológico en la investigación de las narrativas del padecer. En: Hamui, L. Vargas, B, Fuentes, L. González, J. Loza, T. y Paulo, A. Narrativas del padecer.

- Aproximaciones teórico-metodológicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Manual Moderno, p. 1-38.
- Hanna, B. y Kleinman, A. (2013) Unpacking Global Health: Theory and Critique. En: Farmer, P. et al (2013) Reimagining global health. An introduction. Estados Unidos: University of California Press.
- Hardy, S y Wiedmer, C., eds. (2005) Introduction: Spaces of Motherhood. En: Motherhood and Space. Configurations of the maternal through politics, home, and the body. United Kingdom: Palgrave Macmillan, p. 1-14.
- Heidegger, M. (1927) Ser y tiempo. (Trad. Rivera, J.E., 1997) Chile: Editorial Universitaria.
- Hernández Castillo, R.A. (2015) “Hacia una antropología socialmente comprometida desde una perspectiva dialógica y feminista”. En Leyva, X. et al (2015) Prácticas otras de conocimiento(s). Entre crisis, entre guerras. México: Cooperativa Editorial Retos/ Programa Democracia y Transformación Global/ Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas/ Talleres Paradigmas Emancipatorios-Galfisa/ Proyecto Alice/ Taller Editorial La Casa del Mago. Tomo II, pp. 83-106.
- Hersch Martínez, P. (2013a) Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria, en Salud Pública de México, Vol. 55, No. 5, septiembre-octubre.
- Hertenstein, M. et al (2006) Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6(3): 528–533.
- Honneth, A. (1995) The Struggle for Recognition. The Moral Grammar of Social Conflicts. Great Britain: The MIT Press.
- Howes, D., ed. (1991) Sensorial Anthropology. En: The varieties of sensory experience. A sourcebook in the anthropology of the senses. Canada: University of Toronto Press.
- Howes-Mischel, R. (2012) Local Contours of Reproductive Risk and Responsibility in Rural Oaxaca. En: Fordyce, L. y Maraesa, A. Risk, Reproduction, and Narratives of Experience. USA: Vanderbilt University Press, p. 123-140.
- Huerta-Cordova, V., Clemente, A., y Córdova-Hernández, L. (2019). Etnografía Colaborativa: somero estado de la cuestión de los trabajos sobre y con niños/as y jóvenes en México. Interlocución, producción de conocimiento y coautoría. *Revista del Cisen Tramas/Maepova*, 7 (2), 247-280.

- Husserl, E. (1950 / 1996) *Meditaciones cartesianas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Iglesias, J. (2013) Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2013; XVII(2): 88-93.
- Illich, I. (1975) *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Ingold, T. (2000) *The Perception of the Environment. Essays on livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge.
- Ingold, T. (2011) *Being alive. Essays on Movement, knowledge, and description*. New York: Routledge.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011) *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. México en Cifras [En línea] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09#>*
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017a) *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares 2016. Principales resultados*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017b) *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (s/f) *Prontuario de información geográfica delegacional de los Estados Unidos Mexicanos. La Magdalena Contreras, Distrito Federal, Clave geoestadística 09008*, México: INEGI.
- Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES (2019). *Trazando la ruta: embarazos subsecuentes en Adolescentes, Informe 2018*. México: Instituto Nacional de las Mujeres / Instituto Nacional de Salud Pública.
- Iosif, A. (2019) *Medicine and the Senses: Bodies, Technologies, and the Empowerment of the Patient*. En: Howes, D., ed. *A cultural history of the senses in the modern age*. London: Bloomsbury Academic, p. 149-172.
- Ipas (2018) *Violencia sexual infantil en México: Un problema de salud pública y derechos humanos*. México: Ipas.

- Iphofen, R. (2015) Research Ethics in Ethnography/Anthropology. [En línea] European Commission, DG Research and Innovation. Disponible en: <https://www.ahrecs.com/resources/research-ethics-in-ethnographyanthropology>
- Jacorzynski, W. y J. Sánchez Jiménez (2013). Ética y antropología: un nuevo reto para el siglo XXI, en *Desacatos*, núm. 41, enero-abril 2013, pp. 7-25.
- Jaffré, Y. (2012) Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa, en *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20(1): 3–18.
- Jay, M. (2009) Cantos de experiencia. Variaciones modernas sobre un tema universal. Buenos Aires: Paidós.
- Jeremiah, E. (2006) Motherhood to Mothering and Beyond: Maternity in Recent Feminist Thought. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 8 (1/2). pp. 21-33.
- Josselson, R. (2013) Interviewing for qualitative inquiry. A relational approach. Nueva York: The Guildford Press, pp.206.
- Kanes, L. (2005) The Maternity Hospital: Blueprint for Redesigning Childbirth. En: *Motherhood and Space. Configurations of the maternal through politics, home, and the body*. United Kingdom: Palgrave Macmillan, p. 76-86.
- Katz, B. y Simonds, W. (2005) The Birthplace. En: *Motherhood and Space. Configurations of the maternal through politics, home, and the body*. United Kingdom: Palgrave Macmillan, p. 87-104.
- Kirchengast, S. (2016) Teenage pregnancies: A worldwide social and medical problem. Laratta R (editor) *An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues*. IntechOpen, DOI: 10.5772/65462
- Kohlberg, L. (1992) *Psicología del desarrollo moral*. España: Descleé de Brouwer.
- Korbin J and Anderson-Fye E. 2011. Adolescence Matters: Practice- and Policy-Relevant Research and Engagement in Psychological Anthropology. *Ethos*, 39(4); 415-425.

- Khaskheli, M. N., Baloch, S., & Sheeba, A. (2014). Iatrogenic risks and maternal health: Issues and outcomes. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(1), 111–115. <https://doi.org/10.12669/pjms.301.4062>
- Kleinman, A. Das, V. y Lock, M., eds. (1997) *Social suffering*. USA: University of California Press.
- Kleinman, A. (2014) *The Search for Wisdom: Why William James still matters*. En: Das, V. et al (eds.) *The Ground Between, Anthropologists Engage Philosophy*. USA: Duke University Press.
- Kleinman, A. (2016) *The toolkit. Why ideas matter (Six Social Theories) and Caregiving*. Curso en línea: *Global Health Case Studies from a Biosocial Perspective*. Estados Unidos: Universidad de Harvard.
- Kramer, L y Lancaster, J. (2010) Teen motherhood in cross-cultural perspective, *Annals of Human Biology*, 37:5, 613-628, DOI: 10.3109/03014460903563434
- Lacadée, Ph. (2018) *El despertar y el exilio. Enseñanzas psicoanalíticas sobre la adolescencia*. Barcelona: Gredos/RBA Libros (ed. digital).
- Lafont, C. (1997) *Lenguaje y apertura del mundo. El giro lingüístico de la hermenéutica de Heidegger*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lakoff A. 2008. *The Generic Biothreat, or, How We Became Unprepared*. *Cultural Anthropology*, 23: 399-428. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2008.00013.x>
- Lamas, M. (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG / UNAM / Porrúa.
- Lartigue, T. y Vives, J. (1990) Factores psicológicos del embarazo en la adolescencia. *Umbral XXI*, 4:65-66.
- Labov, W. (1972) *The transformation of experience in narrative syntax language in the inner city. Studies in the Black English Vernacular*. Estados Unidos: University of Pennsylvania Press.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1980) *Metaphors we live by*. USA. University of Chicago Press.
- Lanceros, P. (2006) *Espacio*. En: Ortiz.Osés, A. y Patxi Lanceros (dir.) *Diccionario de la Existencia. Asuntos relevantes de la vida humana*. México: Anthropos / CRIM-UNAM, pp. 200-202.

- Lazzaro, AI (2017) Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. *Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales*, vol. 20, núm. 3, pp. 82-94
- Le Breton, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión, pp. 254.
- Le Breton, D. (2012) *La edad solitaria. Adolescencia y sufrimiento*. Santiago, Chile: LOM ediciones.
- Lefebvre, H. (1980) *Space and Mode of Production*. En: Brenner, N. y Elden, S., eds. (2009) *State, Space, World. Selected essays. Henri Lefebvre*. USA: University of Minnesota Press, p. 210-222.
- Lefebvre, H. (1991) *The production of space*. United Kingdom: Blackwell.
- Lerner, S. (1998) *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México: El Colegio de México / Sociedad Mexicana de demografía.
- Loizidou, E. (2016) *Dreams and the political subject*. En: Butler, J., Gambett, Z. y Sabsay, L. eds., *Vulnerability in Resistance*. Durham: Duke University Press.
- Long, D., Hunter, C. y S. Van der Geest. (2008) Introduction. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology and Medicine*, 15(2):71-78.
- López Medina, F.J. (2014) *La noción de cuerpo en las fenomenologías de Maurice-Merleau-Ponty y Xavier Zubiri*. Tesina de grado, Máster Universitario en Filosofía Teórica y Práctica, Especialidad de Historia de la Filosofía y Pensamiento Contemporáneo. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, pp. 108.
- Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Última década*, 22(40), 11-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>
- Lupton, D. (1999a) *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: University Press.
- Lupton, D. (1999b) *Risk*. London: Routledge.
- Lupton, D. (2003) *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*, 2nd ed. Reino Unido: SAGE Publications.

- Luttrell, W. (2003) *Pregnant bodies, fertile minds. Gender, race, and the schooling of pregnant teens.* New York: Routledge.
- Luttrell, W. (2011). Where inequality lives in the body: Teenage pregnancy, public pedagogies and individual lives. *Sport. Education and Society.* 295-308. doi: 10.1080/13573322.2011.565962.
- Mackenzie, C., Rogers, W. y Dodds, S., eds. (2013) *Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy,* New York: Oxford University Press.
- Malkki, L. (2010) *Children, Humanity, and the Infantilization of Peace.* En: Feldman, I. and Ticktin, M. eds. *In the Name of Humanity.* Durham: Duke University Press.
- Mantovani, N. y Thomas, H. (2014). Stigma, intersectionality and motherhood: Exploring the relations of stigma in the accounts of black teenage mothers 'looked after' by the State. *Social Theory & Health.* 12. 10.1057/sth.2013.19.
- 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.
- Marotta, M. (2005) *MotherSpace: Disciplining through maternal and discursive.* En: *Motherhood and Space. Configurations of the maternal through politics, home, and the body.* United Kingdom: Palgrave Macmillan, p. 15-34.
- Martin, E. (2001) *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction.* Boston: Beacon Press.
- Masiá-Clavel, J. (2015) *Animal Vulnerable. Curso de Antropología Filosófica.* Madrid: Trotta.
- Massey, D. (1994) *Space, place, and gender.* USA: University of Minnesota Press.
- Marzano, M. (2007) *La philosophie du corps.* Paris: Presses Universitaires de France.
- McLuhan, M. (1964), *Understanding Media. The Extensions of Man.* New York: New American Library.
- McNeill, D. (2005) *Gesture and Thought.* USA: University of Chicago Press.
- Mead, M (1939) *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa.* España: Planeta Agostini.
- Menacho, M. (2008). *Cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto en René Descartes.* V Jornadas de Sociología de la UNLP. Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

- Mendoza González, Z. (2009) La Salud materno-infantil en un contexto intercultural: El proceso reproductivo. Yachay Tinkuy Salud e interculturalidad en Bolivia y America Latina. Bolivia: Edición Prohisaba.
- Menéndez, E. (2009) De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1993) Fenomenología de la percepción. Barcelona: Editorial Planeta Agostini.
- Miller S, Abalos E, Chamillard M, *et al.* (2016). Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide. *Lancet* 388(10056):2176-2192.
- Mol A. 2008. The Logic of Care. Health and the problem of patient choice. New York: Routledge.
- Mollborn, S. (2017) Teenage Mothers Today: What We Know and How It Matters. *Child Dev Perspect.* 11(1): 63–69. doi:10.1111/cdep.12205.
- Montes de Oca Barrera, L.B. (2016) Una ventana epistémica a la (inter) subjetividad. Las potencialidades del método etnográfico. *FQS* 17(1), Art. 8.
- Morris, P., ed. (1994) The Bakhtin Reader: Selected Writings of Bakhtin, Mendevev, Voloshinov. London: Arnold.
- Mucci, M. (2007) La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante? *Psicología, Cultura y Sociedad*, p. 61-78.
- Muñoz, G. (2012). Trayectorias reproductivas y maternidad de mujeres jóvenes en situación de calle: experiencias de desigualdad y violencia de género. Tesis para optar al grado de maestra en antropología social. México: CIESAS.
- Muñoz, G. (2014) Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la Ciudad de México. En: Sánchez Bringas, Á. (coord.) (2014) Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana / Editorial Itaca.
- Muñoz G. 2020. Huellas de las morbilidades maternas extremas y violencias más allá del espacio clínico: trayectorias de atención y queja médica como procesos hacia la construcción de

ciudadanía reproductiva. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
DOI: <http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804176/Index.html>

Muñoz, L. *et al* (2013) The motherhood experience in the context of social vulnerability: a comprehensive approach to social phenomenology. *Rev. Latino Enfermagem*, 21(4):913-9.

Naciones Unidas (2015a) Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Nueva York; Naciones Unidas. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Naciones Unidas (2015b) Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo. ONU [En línea] Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Nancy, JL. (2006a) *La mirada del retrato*. Buenos Aires: Amorrortu.

Nancy, JL (2006b) *Noli me tangere*. Ensayo sobre el levantamiento del cuerpo. Madrid: Minima Trotta.

Nancy, JL. (2007) *Listening*. USA: Fordham University Press.

Nancy, JL. (2010) *58 indicios sobre el cuerpo, Extensión del alma*. 2da ed. Buenos Aires: Ediciones La Cebra.

Nancy, JL. (2015) *A título de más de uno*. Jacques Derrida. Sobre un retrato de Valerio Adami. Madrid: Trotta.

Nelson, E. (1983). *The Eskimo about Bering Strait*. Washington, D.C.: Smithsonian Institution Press.

Nieto, A.J. (2013) Parto humanizado, en *Memorias del 1º Simposio de Actualización en el Cuidado Perinatal. Manejo interdisciplinario y humanizado*. Fundación Valle de Lili, Colombia http://www.valledelili.org/sites/default/files/files/03_%20PARTO%20HUMANIZADO.pdf

Nightingale, E. y Fischhoff, B. (2001) Adolescent Risk and Vulnerability: Overview. In: Fischhoff, B., Nightingale, E., Iannotta, J. (eds.) *Adolescent risk and vulnerability. Concepts and measurement*. Washington, D.C. National Academy Press, p. 1-14.

Nunes, M. (2014) From application to implication in medical anthropology: political, historical and narrative interpretations of the world of sickness and health. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(2): 1-18.

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015) Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el Adolescente (2016-2030). [En línea] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- Organización Mundial de la Salud, OMS / WHO (2015) Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2018) El embarazo en la adolescencia. Nota de prensa [En línea] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud / World Health Organization (2018) WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
- Ots, T. (1994) The silenced body - the expressive *Leib*: on the dialectic of mind and life in Chinese Cathartic healing. En: Thomas Csordas (ed.) Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self. United Kingdom: Cambridge Studies in Medical Anthropology, núm. 2. Cambridge University Press, pp. 116- 138.
- Palma, I. (2003) Paternidades entre los jóvenes: la "evasión" como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente. En: Olavarría, J., comp. Varones adolescentes: Género, identidades y sexualidades en América Latina. Chile: FLACSO.
- Paltved, C. y Musaeus, P. (2012) Qualitative Research on Emergency Medicine Physicians: A Literature Review. International Journal of Clinical Medicine, 3, 772-789. doi: 10.4236/ijcm.2012.37A136.
- Paricio del Castillo, R. y Polo, C. (2020) Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2020; 40(138): 33-54 doi: 10.4321/S0211-57352020002000.
- Patton, M.Q. (2015) Qualitative Research and evaluation methods. California: SAGE Publications.
- Perez-Baleón GF y Lugo M. (2019a) Características de la persona con quien las mujeres tienen un embarazo en la adolescencia. México: UNAM-ENTS / Fundación Gonzalo Río Arronte.
- Pérez-Baleón GF y Lugo M. (2019b) ¿Cuál es la relación entre el embarazo adolescente y la educación? México: UNAM-ENTS / Fundación Gonzalo Río Arronte.

- Pérez Baleón, F. y Lugo, M. coord. (2020) Los claros y oscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Orfila Valentini.
- Pérez Baleón, F. y Sánchez Bringas, Á. coord. (2020) Los claros y oscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cualitativo. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Orfila Valentini.
- Petersen, A. y Wilkinson, I. (2008) *Health, Risk and Vulnerability*. London: Routledge.
- Petryna A. 2006. Globalizing Human Subjects Research. In Petryna, Adriana; Lakoff, Andrew; Kleinman, Arthur, eds. *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press; 2006: 33-60.
- Podestá, R. (2007) Encuentro de miradas. El territorio visto por diversos autores. México: Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe.
- Puig, L. (2004) Polifonía lingüística y polifonía narrativa. *Acta poética*, 25(2): 377-417.
- Quattrochi P & Magnone N. (comp.) 2020. *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús DOI: 10.18294/9789874937506
- Quecha Reyna, C. (2015). Niñas cuidadoras en contextos migratorios. El caso de las poblaciones afrodescendientes en la Costa Chica de Oaxaca. *Cuicuilco*, 22 (64), 155-175.
- Quiroga, S. (2005) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo del objeto*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rattner, D. 2009. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework, *Interface*, 13(1).
- Recalcati, M. (2018) *Las manos de una madre. Deseo, fantasmas y herencias de lo materno*. Barcelona: Anagrama.
- Rich, A. (1996) *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. USA. W.W. Norton and Company.
- Rice, T. (2013) *Hearing and the hospital. Sound, listening, knowledge, and experience*. USA: Sean Kingston Publishing.
- Rico Montoya, A. (2013). Percepciones de niños y niñas zapatistas: guerra, resistencia y autonomía. *Argumentos*, 26 (73), 57-78.

- Ricoeur, P. (1999) *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós.
- Ricoeur, P. (1986) *Filosofía de la voluntad*. Vol I Lo voluntario y lo involuntario. Buenos Aires: Docencia.
- Ricoeur, P. (2004) *Finitud y culpabilidad*. Trad. Cristina de Peretti, Julio Díaz Galán Julio and Carolina Meloni. Madrid: Trotta.
- Riessman, K. (2008) *Narrative methods of the human science*. USA, California: SAGE Publications
- Romero, L. (2016) *Impulsa Medicina programa para prevenir el embarazo adolescente*. Gaceta UNAM, Número 4,816, ISSN 0188-5138, septiembre de 2016, pp. 4-5.
- Ristić, A.J., Zaharijević, A. y Miličić, N. (2021) Foucault's Concept of Clinical Gaze Today. *Health Care Anal* 29, 99–112 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00402-0>
- Rodríguez, P.U. (2014) "Mirar" y "ser mirado" en la doctrina del amor de Kierkegaard: una lectura de *Las obras del amor* desde el concepto de reconocimiento. *Cuadernos de filosofía*, 62:5-19.
- Romani, F., Quispe-Huayta, J. y Rodriguez-Briceño, P. (2007) Percepción sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 12(1):11-15
- Romo-Medrano, K. (2009) *Missing bodies: Experiences of pregnancy loss in a public hospital in Mexico City*. Amsterdam Masters in Medical Anthropology, Universiteit van Amsterdam.
- Rossi, I. (2007) *Anthropology between medicine and society: Swiss health interfaces*. En: Saillant, F. & Genest, S., ed. (2007) *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*. United Kingdom: Blackwell Publishing, pp. 212-230.
- Rossi, I. (2018) La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? En: Hamui, L., Paulo, A. y Hernández, I., eds. *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Manual Moderno, p. 38-57.
- Rüdiger, S. (2003) Prólogo. En: Sloterdijk, P. *Esferas I*. Madrid: Siruela.
- Salas, M. y Torres, P. (2016) El silencio y las interrupciones: narrativas en la consulta médica familiar. *Revista CONAMED*, 21(2):85-89.

- 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>
- Sami-Ali, M. (1990) *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. Argentina: Amorrortu editores.
- Sami-Ali, M. (1997) *El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático*. Argentina: Amorrortu editores.
- Sánchez Bringas, A. (2015) Género, cuerpo y reproducción: desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas. En: *Heurísticas del cuerpo. Consideraciones desde América Latina*, Elsa Muñiz coord., La Cifra Editorial, México D.F., pp. 151-180.
- Sánchez Díaz MR y Montoya YA (2019) Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. *Boletín CONAMED*, 5(25):53-64.
- Sánchez Jiménez, J. (2013). Clave y cóncave. La codificación ética del desempeño antropológico, en *Desacatos*, núm. 41, enero-abril 2013, pp. 65-84.
- Sánchez Jiménez, J. (2014) *Un clamor de voces. Dialogismo y narrativas del riesgo en Molango*. México: CIESAS / Publicaciones de la Casa Chata.
- Sánchez Jiménez, J. (2021) *Aspiraciones y trayectorias educativas. Las vidas disruptivas de los jóvenes en educación media superior en Ameca, Jalisco, Cuajinicuilapa, Guerrero y Xalapa, Veracruz*. México: CIESAS / Plaza y Valdés Editores.
- Sartre, L.P. (1943/1993) *El ser y la nada*. Buenos Aires: Alianza editorial.
- Savage, J (2007) *Teenage. La invención de la juventud 1875-1945*. Edición electrónica (2018) Madrid: Desperta Ferro Ediciones SLNE.
- Scheper-Highes, N. (1992) *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. USA: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987) *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology* en *Medical Anthropology Quarterly New Series*, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41.
- Schiavon, R. (2014) *Morbilidad y mortalidad por aborto: Cómo usar la evidencia de los sistemas de información en salud. México como estudio de casos*. México: IPAS / Comité Promotor por una Maternidad Segura en México [En línea] Disponible en:

<http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/590/Raffaella%20Schiavon.pdf?sequence=1>

Schlögel, K. (2007) En el espacio leemos el tiempo. Sobre historia de la civilización y geopolítica. Madrid: Ediciones Siruela.

Silverman, R. & Baglia, J. (2015) Communicating Pregnancy Loss: Narrative as a Method for Change. EUA: Peter Lang Publishing Inc.

Scott S, Prior L, Wood F, Gray J. Repositioning the patient: the implications of being 'at risk'. Soc Sci Med. 2005 Apr;60(8):1869-79. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.020. PMID: 15686817.

Secretaría de Salud (1987) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (1993) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (2008) Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: Secretaría de Salud, p. 51.

Secretaría de Salud (2012) Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (2014) Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes 2013-2018. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2015) Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (2016a) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México: Diario oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (2016b) Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico. México: Secretaría de Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

- Secretaría de Salud (2017) Consulta de Unidades Médicas y Servicios [En línea] Portal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, México, Disponible en: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/> [Acceso: 13-01-17]
- Secretaría de Salud (2014 / 2019) 2014; 2019. Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de bajo Riesgo”. México: Secretaría de Salud.
- Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, SSPDF (2019) Directorio de Servicios Amigables. [En línea] Disponible en: http://sersalud.cdmx.gob.mx/sspcdmx/salud_sexual.php [Acceso: 20-02-19]
- Seda, J.A. (2007). Ética profesional y metodología con relación al trabajo etnográfico con personas internadas con retraso mental. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007, pp.6-10.
- Sesia, P. (2009) “El potencial del programa Oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: Una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social. En: Freyermuth, G. y Sesia, P. (coord.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 43-54.
- Sesia, P., Van Dijk, M. y Sachse, M. (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. México: Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, pp- 241-266.
- Shanahan, Michael J.; Erickson, Lance D.; & Bauer, Daniel J. (2005). One Hundred Years of Knowing: The Changing Science of Adolescence, 1904 and 2004. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 383-394.
- Shilling, C. (1993) *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Sheriff, Robin. (2000) Exposing Silence as Cultural Censorship: A Brazilian Case. *American Anthropologist* 102(1): 114-132.
- Sierra, C. (2006) Cuerpo. En: Ortiz.Osés, A. y Patxi Lanceros (dir.) *Diccionario de la Existencia. Asuntos relevantes de la vida humana*. México: Anthropos / CRIM-UNAM, pp. 112-116.

- Skolbekken, J.A. (2008) Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality. En: Petersen, A. y Wilkinson, I. (eds.) *Health, Risk and Vulnerability*. London: Routledge, p. 16-29.
- Sloterdijk, P. (2000) *El pensador en escena. El materialismo de Nietzsche*. España: Pre-Textos.
- Smith, L. y Kleinman, A. (2010) Emotional engagements: Acknowledgement, advocacy, and direct action. En: Davies, J. y Spencer, D. (eds.) *Emotions in the field. The psychology and anthropology of fieldwork experience*. USA: Stanford University Press, p. 171-187.
- Smith-Oka, V. (2012) "They Don't Know Anything": How Medical Authority Constructs Perceptions of Reproductive Risk among Low-Income Mothers in Mexico. En: Fordyce, L. y Maraesa, A. *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*. USA: Vanderbilt University Press, p. 103-122.
- Spinoza, B. (2007) *Ética demostrada según el orden geométrico*. España: Editorial Tecnos.
- Stanton, M.E., Kwast, B., Shaver, T. McCallon, By Koblinsky, M. (2018) Beyond the Safe Motherhood Initiative: Accelerated Action Urgently Needed to End Preventable Maternal Mortality. *Global Health: Science and Practice*, 6(3):408-412; <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00100>
- Stern, C. (1997) El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2): 137-143.
- Stern C. (2004) Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10(39):129-158.
- Stern, C. (2012) El "problema" del embarazo adolescente: contribuciones a un debate. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.
- Stern D. *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, 1995.
- Suárez-López L, de Castro F, Hubert C, de la Vara-Salazar E, Villalobos A, Hernández-Serrato MI, et al. (2019) Atención en salud materno-infantil y maternidad adolescente en localidades menores de 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex.*, 61:753-763.

- Swartz A, Colvin C, Harrison A. (2018) The problem or the solution? Early fertility and parenthood in the transition to adulthood in Khayelitsha, South Africa. *Reproductive Health Matters*, 26(54):145-154.
- Swartz, M., ed. (2015) *Tratado de semiología. Anamnesis y exploración física*. USA: Elsevier.
- Szasz, I. (2012) Prólogo. En: Stern, C. (2012) El “problema” del embarazo adolescente: contribuciones a un debate. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.
- Szendy, P. (2015) *En lo profundo de un oído. Una estética de la escucha*. Chile: Ediciones Metales pesados.
- Taussig M. 1991. *The Nervous System*. New York: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203397244>
- Tedlock, D. (1991) “Preguntas concernientes a la antropología dialógica”. En: Reynoso, C. (ed.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. México: Gedisa, pp. 275-287.
- Téllez Infantes, A. (2013) El análisis de la adolescencia desde la antropología y la perspectiva de género. *Interacções*, No. 25, pp. 52-73 (2013)
- Terranova, N. (2020) *Adiós fantasmas*. Barcelona: Libros del Asteroide.
- Tiburcio, T. Ávila, H., Quintos, R. y García Cardona, M. (1995) Embarazos en la adolescencia: influencia de algunos atributos sociales. *Perinatol. reprod. hum* ; 9(1): 37-45.
- Trueba, G. (2019) *Comunicación personal. Sesión clínica del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras*. México.
- Tuan, Y. (1977) *Space and Place. The perspective of experience*. USA: University of Minesota Press.
- Urribarri, R. (2015) *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Urroz, R. (2018) Reseña de Nogué, J. (ed.: 2018). Yi-Fu Tuan. *El arte de la geografía*. *Investigaciones Geográficas*, 97: 1-3. doi: 10.14350/rig.59806
- Valdés Gázquez, M. (2021) Vulnerabilidad social, genealogía del concepto. *Gazeta de Antropología*, 2021, 37 (1), artículo 01 · <http://hdl.handle.net/10481/68424>

- Van der Geest, S. y Finkler, K. (2004) Hospital ethnography: introduction. *Social Science and Medicine*, 59:1995-2001.
- Van Loon, J. (2008) Governmentality and the subpolitics of teenage sexual risk behavior. En: Petersen, A. y Wilkinson, I. (eds.) *Health, Risk and Vulnerability*. London: Routledge, p. 48-65.
- Vega, R. (2016a) Hacia la justicia sociocomunicativa: trabajo de campo multi-situado, teoría transnacional e hiper-auto-reflexividad, *Revista CONAMED*, VOL. 21 Supl. 2, pp. 76-80.
- Vega, R. (2016b) *Supranational Citizenship: (Im)mobility and the Alternative Birth Movement in Mexico*. USA: UC Berkeley Electronic Thesis and Dissertations.
- 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.
- Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez López L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara-Salazar E. (2015) Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Mex*, 57(2):135-143.
- Vimalesvaran, S., Ireland, J., Khashu, M. (2021) Mind your language: respectful language within maternity services. *The Lancet*, 397: 859-860.
- Warren Ch, Njuki R, Abuya T et al (2013). Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:21
- Wedekind, F. (1891/1954) *Despertar de primavera*. Drama en tres actos. Argentina: Editorial Quetzal.
- Weir, L. (2006) *On the threshold of the living subject*. Oxford: Routledge.
- Weller, R (2017) “Salvaging Silence: Exile, Death, and the Anthropology of the Unknowable.” *Anthropology of This Century* [En línea] Disponible en: <http://aotcpres.com/articles/salvaging-silence>.
- Wertz, R. y Wertz, D. (1989) *Lying in: A story of childbirth in America*. Expanded edition. USA: The Free Press.

- Wind, G. (2008) Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, Vol. 15, No. 2: 78-89.
- Wittz, A. (2000) Whose Body Matters? Feminist Sociology and the Corporeal Turn in Sociology and Feminism. *Body & Society*, 6(2):1-24. <https://doi.org/10.1177/1357034X00006002001>
- Yardley, E. (2008) Teenage mothers' experiences of stigma. *Journal of Youth Studies*, 11(6):671-684.

Anexo I. Carta de registro de protocolo de investigación



Ciudad de México, 12 de septiembre de 2017.
Oficio No. SSDF/DGPCS/DEI/SECI/JUDI/1796/17.
ASUNTO: Registro de protocolo de investigación.

MTRA. EN C. BIANCA FERNANDA VARGAS ESCAMILLA
MAESTRA EN CIENCIAS
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS,
CAMPO DISCIPLINARIO DE ANTROPOLOGÍA EN SALUD, UNAM
Presente

Con relación al proyecto de investigación titulado: *“Construcción sociocultural del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria”*, que remite para evaluación de procedencia, le comunico que la **Subcomisión de Investigación y Bioética de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México**, lo considera de información relevante y con riesgo mínimo, toda vez que de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, *“la información identificatoria (personal) se encuentra desvinculada de la información sustantiva para el estudio y solo se requiere para validar la información”*, amén de las normas éticas, morales y los acuerdos internacionales que se aplican a la discreción y secrecía en el ejercicio de la profesión médica, así como la seguridad de la información genética. Por lo anterior, ha dictaminado la **aprobación**, asignándole el número de registro: **404-110-02-17**.

En ese sentido y con el propósito de brindar un mejor apoyo a sus actividades, debo señalarles que los apoyos que solicitan para su proyecto, deben ser gestionados directamente en la Unidad de Atención que se requiera, ante el titular que corresponda, quién decidirá libremente la participación de su unidad, de la misma manera que el personal operativo que desee involucrarse, considerando como prioridad el servicio y la atención a los usuarios.

ATENTAMENTE.


DRA. RAQUEL GÓMEZ GUERRERO
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN CONTINUA E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

c.c.p. Archivo.

RMM



SECRETARÍA DE SALUD
Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial
Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Educación Continua e Investigación

Alameda N° 23, 3° Piso, Col. Niñojes, C.P. 03810
Del Distrito Juárez, Tel. 51321200 Ext. 1302 y 1335
df.gub.mx
sebud.df.gub.mx

Anexo II. Formato de consentimiento informado

NOTA: Los formatos fueron adaptados a una sola página en la versión impresa.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Profesionales de salud)

Ciudad de México, a

	Día		Mes		Año

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **“Construcción sociocultural del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria”** que se realiza en esta institución y cuyo objetivo general es: Explorar las construcciones socioculturales acerca del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria, a partir de las experiencias, perspectivas e interacciones entre profesionales de salud y mujeres adolescentes atendidas en un Hospital Materno-Infantil público de la Ciudad de México, que permitan plantear estrategias de prevención y atención pertinentes para este grupo específico.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los objetivos mencionados consisten en:

1. Estar presente durante la observación e interacción en las diferentes áreas y actividades de la institución.
 2. La participación en una o varias sesiones de entrevista en profundidad con duración aproximada de una a dos horas.
 3. Acceso a la consulta de expediente clínico.
 4. Registro mediante notas y grabación de audio.
 5. Algunos fragmentos de estas entrevistas pueden ser publicados de manera textual (anónima) y las conclusiones de esta investigación formarán parte de la tesis doctoral de la investigadora, así como conferencias y artículos.
- *Esta investigación no incluye pruebas psicológicas, evaluaciones o intervenciones médicas de ningún tipo.

También sé que entre los posibles riesgos y efectos para mi persona pueden estar que:

Durante las observaciones y entrevistas los temas abordados pueden ser sensibles por lo que pueden generar estrés o tensión emocional.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

1. Tener mayor conocimiento acerca de las experiencias y perspectivas de los profesionales de salud en torno al proceso reproductivo en la adolescencia.
2. Aportar al diseño de estrategia de atención y prevención que impacten positivamente en este grupo de edad.

Es de mi conocimiento que mi participación es voluntaria y será libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

En todo momento se preservará el anonimato mediante el uso de claves o pseudónimos (nombres falsos) Los registros originales se resguardarán y este consentimiento firmado será resguardado por separado de sus datos de entrevista.

Asimismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podrá consultarlo con el Dr. José Luis Sánchez Monroy (Jefe de Enseñanza e Investigación), al teléfono: _____ quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución.

En caso de que decidiera retirarme, la relación laboral o académica con la institución no se verá afectada de ninguna manera.

Muchas gracias por responder a la solicitud y aceptar colaborar en este estudio.

Nombre.		Firma:
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del testigo.		Firma:
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del testigo.		Firma.
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del Investigador responsable. Bianca Fernanda Vargas Escamilla		Firma.
Domicilio: Ejército Nacional 1162-302, Polanco, C.P. 11510, Cd. de México. biancavescamilla@gmail.com	Teléfono	5529098005

c. c. p. Participante

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Mujeres participantes u otros/as)

Ciudad de México, a

Día	Mes	Año			

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **“Construcción sociocultural del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria”** que se realiza en esta institución y cuyo objetivo general es: Explorar las construcciones socioculturales acerca del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria, a partir de las experiencias, perspectivas e interacciones entre profesionales de salud y mujeres adolescentes atendidas en un Hospital Materno-Infantil público de la Ciudad de México, que permitan plantear estrategias de prevención y atención pertinentes para este grupo específico.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los objetivos mencionados consisten en:

1. Estar presente durante la observación e interacción en las diferentes áreas y actividades de la institución.
2. La participación en una o varias sesiones de entrevista en profundidad con duración aproximada de una a dos horas.
3. Acceso a la consulta de expediente clínico.
4. Registro mediante notas y grabación de audio.
5. Algunos fragmentos de estas entrevistas pueden ser publicados de manera textual (anónima) y las conclusiones de esta investigación formarán parte de la tesis doctoral de la investigadora, así como conferencias y artículos.

*Esta investigación no incluye pruebas psicológicas, evaluaciones o intervenciones médicas de ningún tipo.

También sé que entre los posibles riesgos y efectos para mi persona pueden estar que:

Durante las observaciones y entrevistas los temas abordados pueden ser sensibles por lo que pueden generar estrés o tensión emocional.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

1. Tener mayor conocimiento acerca de las experiencias y perspectivas de las mujeres adolescentes sobre el proceso reproductivo.
2. Aportar al diseño de estrategia de atención y prevención que impacten positivamente en este grupo de edad.
3. Consejería o acompañamiento.

Es de mi conocimiento que mi participación es voluntaria y será libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

En todo momento se preservará el anonimato mediante el uso de claves o pseudónimos (nombres falsos) Los registros originales se resguardarán y este consentimiento firmado será resguardado por separado de sus datos de entrevista.

Asimismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con el Dr. José Luis Sánchez Monroy (Jefe de Enseñanza e Investigación), al teléfono: _____ quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Muchas gracias por responder a la solicitud y aceptar colaborar en este estudio.

Nombre.	
---------	--

(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		Firma:
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del testigo.		Firma:
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del testigo.		Firma.
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del Investigador responsable. Bianca Fernanda Vargas Escamilla		Firma.
Domicilio: Ejército Nacional 1162-302, Polanco, C.P. 11510, Cd. de México. biancavescamilla@gmail.com	Teléfono	5529098005

c. c. p. Participante

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).

Anexo III. Instrumentos de investigación

a. Guía para revisión de expedientes

Perfil sociodemográfico

VARIABLE / INDICADOR	VALOR DE REGISTRO	CONSIDERACIONES
Número de expediente	Numérico	
Edad	Número entero	
Estado civil	Texto	Se especifica el tiempo de la unión o matrimonio, si aparece.
Familiar responsable	Texto	
Lugar de origen	Texto	
Lugar de residencia	Texto	
Religión	Texto	
Unidad de referencia	Texto	
Ocupación	Texto	
Escolaridad	Texto	Considera el grado máximo aunque no hay completad el nivel educativo.
Ingreso mensual	Número entero	No en rango
Nivel socioeconómico	Indicador (0, I, II)	Clasificación institucional (trabajo social)
Índice de marginación	Cualitativo (alta, media, baja)	Clasificación institucional (trabajo social)
Edad de la pareja	Número entero / texto	En algunos sólo aparece la referencia “mayor o menor de edad”

*Registro en tabla de Microsoft Word®.

Perfil epidemiológico

VARIABLE / INDICADOR	VALOR DE REGISTRO	CONSIDERACIONES
Número de expediente	Numérico	
Antecedente obstétrico	Número (compuesto) G/P/A/C	Número total de Gesta (G); de los cuales: Parto (P); Aborto (A); Cesárea (C).
Consultas de control prenatal	Número entero / símbolo	Positivo, no especificado (+) No aplica (-)
Diagnóstico de ingreso	Texto	
Días de estancia intrahospitalaria	Número entero	
Procedimiento / vía de resolución	Texto	
Afecciones previas al embarazo	Texto	También analizada como factores de riesgo.
Complicaciones en el embarazo	Texto	
Complicaciones en el trabajo de parto / parto	Texto	
Complicaciones en el puerperio	Texto	
Recién nacido	Texto	Único (U); Gemelar (G); Múltiple (M)
Valoración APGAR	Número (compuesto)	Muestra dos valores: calificación al minuto / a los 5 minutos
Peso del recién nacido	Número entero	
Complicaciones en el recién nacido	Texto	Clasificación institucional (trabajo social)
Anticoncepción pos-evento obstétrico	Texto	
Formatos consentimiento informado	Símbolo	Si (+); No (-)

*Registro en tabla de Microsoft Word®.

La revisión de expedientes se complementa con notas en el diario de campo, como información adicional.

b. Guía de observación

SITUACIÓN A OBSERVAR	REFERENTES	REGISTRO
1. Observación participante y no participante en espacios públicos externos a la institución hospitalaria		
a) Eventos, espacios de diálogo o foros (gubernamentales, no gubernamentales o académicos) relacionados con la problemática.	<ul style="list-style-type: none"> - Entidad que organiza el evento - Audiencia participante - Perspectiva desde la que se aborda el problema 	Notas en diario de campo Registro fotográfico o audio. Materiales impresos
2. Primer acercamiento a las áreas comunes del hospital		
a) Entorno hospitalario como espacio físico	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución del espacio físico. - Infraestructura - Condiciones materiales - Recursos humanos 	Notas en diario de campo Esquemas
b) Entorno hospitalario como espacio social	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas organizativas - Normatividad - Horarios y tiempos destinados - Relaciones interpersonales 	Notas en diario de campo
c) Sujetos en interacción	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar actores sociales que interactúan en cada área (profesionales de salud, estudiantes, pacientes, familiares, administrativos, auxiliares, etc.) 	Notas en diario de campo
3. Observación interactiva dialógica en las áreas de interés		
a) Prácticas de atención en el embarazo, parto y posparto dirigidas específicamente al grupo de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a la atención hospitalaria (requisitos de ingreso, permanencia, referencia, etc.) - Apego o limitantes en relación a las Normas Oficiales, Guías de Práctica clínica, protocolos internos de atención. - Disponibilidad y necesidad de recursos humanos, materiales y de infraestructura. - Prácticas vinculadas al enfoque de riesgo en la atención - Diferencias entre la población adolescente y el resto. 	Notas en diario de campo

b) Interacción interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción diferencial entre diferentes grupos de actores sociales. - Aspectos que influyen en las dinámicas de interacción: formación profesional, adscripción institucional, edad, género, entre otros. - Relaciones de colaboración y principales causas de tensión. 	Notas en diario de campo
c) Comunicación y relaciones interpersonales entre los profesionales de salud y las mujeres adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje verbal - Lenguaje no verbal (proxemia, gestualidad, movimiento) - Aspectos que favorecen u obstaculizan la comunicación con las mujeres adolescentes. 	Notas en diario de campo
4. Observación en el entorno comunitario (externo a la institución hospitalaria)*		
a) Domicilio o espacios físicos que frecuenta	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación geográfica - Condiciones materiales - Seguridad del entorno 	Mapa de ubicación Esquemas Notas en diario de campo
b) Dinámicas del grupo social	<ul style="list-style-type: none"> - Integrantes del grupo social - Relaciones intergenéricas - Relaciones intragenéricas - Relaciones intergeneracionales - Relaciones de cooperación y principales conflictos 	Familiograma Notas en diario de campo
c) Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Personas que integran la red inmediata y mediata - Manifestaciones de apoyo 	Esquema Notas en diario de campo

c. Guías de entrevista

Profesionales de salud

Las siguientes preguntas constituyen una guía para la interacción y diálogo con los profesionales de salud que se realizará durante la estancia en las diversas áreas, pues tienen la finalidad de relacionar los saberes y perspectivas de los actores sociales con lo que se está observando en la práctica cotidiana. No obstante, algunas preguntas requieren de mayor privacidad o de ser respondidas con mayor profundidad, por lo que se destinará un tiempo y lugares específicos con cada interlocutor participante. Los diálogos que sucedan serán registrados en el diario de campo, mientras que las entrevistas en profundidad serán grabadas en audio, previo consentimiento informado.

1. ¿Qué guías y protocolos rigen la atención?
2. ¿Cuál es el procedimiento de admisión?
3. ¿Cuál es el procedimiento de consentimiento informado?
4. ¿Qué aspectos legales son relevantes en la atención de este grupo?
5. ¿Cuáles son los aspectos más relevantes en la atención de las adolescentes durante el control prenatal? ¿Durante el trabajo de parto? ¿Durante el nacimiento? ¿Durante el posparto?
6. ¿Cómo se lleva a cabo la consejería en planificación familiar?
7. ¿Cuáles son las principales diferencias en la atención de este grupo de edad?
8. ¿Cuáles son las principales dificultades para la atención?
9. ¿Cómo participa la institución en las actividades de prevención?
10. ¿Cuál es su experiencia personal en la atención de mujeres adolescentes?
11. ¿Cuáles son los riesgos identificados en este grupo de edad?
12. ¿Cómo se valora el riesgo de las mujeres adolescentes?
13. ¿En qué se diferencia la atención de las adolescentes con respecto a otras mujeres?
14. ¿Hay alguna diferenciación por edad?
15. ¿Cuáles son las principales dificultades al brindar atención a este grupo?
16. ¿En qué momento(s) se presentan con mayor frecuencia?
17. ¿Qué se podría hacer para enfrentarlas?
18. ¿Qué herramientas o competencias de su formación profesional han sido útiles para brindar esta atención?
19. ¿Los derechos sexuales y reproductivos son relevantes en la atención obstétrica? ¿Por qué?
20. ¿Las adolescentes (menores de edad) pueden considerarse sujetos de derechos?

21. ¿Las adolescentes pueden tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?
22. ¿Es necesaria la participación de las y los jóvenes para tener acceso a mayor información?
23. Desde su experiencia, ¿por qué el embarazo en la adolescencia se considera un problema?
24. ¿Puede relatarme una experiencia de atención de mujeres adolescentes que haya tenido?

Adolescentes

Las siguientes preguntas clave o detonantes constituyen la guía para la entrevista en profundidad con las colaboradoras etnográficas. Aunque durante la estancia de trabajo de campo en la institución puede haber diálogos o algunas entrevistas breves de acercamiento, este tipo de entrevistas requiere de un espacio privado en donde la participante se sienta cómoda, esto puede ser en un área habilitada en el hospital o fuera de éste. Estas entrevistas pueden requerir de varias sesiones con una duración variable y serán registradas a través de grabación de audio, previo consentimiento informado.

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Cuál es su estado civil?
3. ¿Con quién(es) vive?
4. ¿Estudia o trabaja?
5. ¿Participa en entornos comunitarios?
6. ¿A quién(es) acude cuando tiene algún problema de salud?
7. ¿A quién(es) solicita información sobre temas de salud?
8. ¿En qué entorno siente más apoyo?
9. ¿Estas relaciones se transformaron con el embarazo?
10. ¿Quién(es) fueron sus principales acompañantes durante el embarazo?
11. ¿Quién la acompaña o acompañó en su estancia hospitalaria?
12. ¿Qué información consideró importante durante las consultas de atención prenatal?
13. ¿Recibió información sobre signos de alarma?
14. ¿Cuáles eran o son sus principales dudas?
15. ¿Qué recursos utilizaba para resolver sus dudas?
16. ¿En algún momento le dijeron que su embarazo era de riesgo?
17. ¿Qué aspectos de la vida cotidiana considera peligrosos?
18. ¿Qué medidas toma para enfrentarlos?
19. ¿Cómo describiría la atención durante su embarazo, parto y/o posparto?
20. ¿Qué expectativas tenía?

21. ¿Contaba con otros recursos de atención?
22. ¿Por qué consideró importante acudir al hospital?
23. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos en el acceso a la atención a la atención?
24. ¿Cómo fue la relación con el personal de salud?
25. Sobre la trayectoria reproductiva:
 - a) Información sobre sexualidad y reproducción
 - b) Información sobre métodos anticonceptivos
 - c) Consejería especializada sobre planificación familiar
 - d) Información sobre enfermedades de transmisión sexual
 - e) Información sobre prevención de violencia en las relaciones.
 - f) Ideas, opiniones acerca de la sexualidad (propias y del grupo social)
 - g) Ideas, opiniones acerca de la reproducción y la maternidad (propias y del grupo social)
 - h) Ideas, opiniones acerca de la etapa de la adolescencia (propias y del grupo social)
 - i) Expectativas de la vida adulta (estudios, trabajo, familia, etc.)
 - j) Relaciones de noviazgo
 - k) Inicio de vida sexual activa
 - l) Uso de métodos anticonceptivos
 - m) Número de parejas y duración de las relaciones
 - n) Características de las relaciones
26. Para cada embarazo:
 - a) Edad
 - b) Estado civil
 - c) Rol de la pareja
 - d) Impacto en la familia y redes cercanas
 - e) Diagnóstico
 - f) Decisión de continuarlo / alternativas para su interrupción
 - g) Control prenatal
 - h) Recursos de atención
 - i) Trabajo de parto
 - j) Puerperio
 - k) Complicaciones
 - l) Maternidad y crianza
27. Sobre los derechos sexuales y reproductivos y la toma de decisiones:
 - a) ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

- b) ¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes?
- c) ¿En dónde ha obtenido esta información?
- d) ¿Qué elementos considera importantes para tomar decisiones respecto a su salud?
- e) ¿Es necesaria la participación de las y los jóvenes para tener acceso a mayor información?

d. Cuestionario para estudiantes

El objetivo de este cuestionario es tener una primera aproximación a las perspectivas y experiencias de los estudiantes de medicina acerca del proceso reproductivo en la adolescencia y la atención de mujeres en este grupo de edad (10 a 19 años) que contribuya al estudio antropológico de la problemática descrita en la literatura como “embarazo adolescente”. Las respuestas son anónimas y su participación es completamente voluntaria.

I. De acuerdo con su formación médica y su experiencia personal, por favor responda a los siguientes planteamientos:

Edad: _____ Sexo: Mujer () Hombre () Estado civil: _____

Universidad: _____ Semestre: _____ Asignatura: _____

1. En su experiencia como estudiante, ¿ha interactuado, durante su práctica, con mujeres adolescentes embarazadas? Si () No ()
2. En su experiencia personal, ¿ha interactuado, en su familia o comunidad, con adolescentes embarazadas? Si () No ()
3. Durante su formación médica, ¿ha recibido información específica sobre la atención de adolescentes? Si () No ()

4. ¿Las mujeres adolescentes (10 a 14 años) tienen mayor riesgo durante el embarazo?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

5. ¿Las mujeres adolescentes (15 a 19 años) tienen mayor riesgo durante el embarazo?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

6. ¿Las adolescentes (menores de 18 años) pueden elegir un método anticonceptivo, sin consentimiento de un tutor?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

7. ¿Las adolescentes (menores de 18 años) pueden elegir un método anticonceptivo definitivo (oclusión tubárica bilateral), sin consentimiento de un tutor?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

8. ¿Las mujeres jóvenes (mayores de 18 años) pueden elegir un método anticonceptivo definitivo (oclusión tubárica bilateral), independientemente del número de hijos que tengan, o si no los tienen? Si () No () No sé ()

¿Por qué?

9. ¿Las adolescentes (menores de 18 años) pueden firmar el consentimiento informado?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

10. ¿Las adolescentes (menores de edad) pueden considerarse sujetos de derechos (por ejemplo, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, etc.)?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

11. ¿Sería necesario que la atención obstétrica fuera diferente según la edad de la mujer?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

12. ¿Los derechos sexuales y reproductivos son relevantes en la atención obstétrica?

Si () No () No sé ()

¿Por qué?

13. ¿Por qué considera que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud a nivel nacional?

14. Desde su perspectiva, ¿cuáles son las posibles causas del embarazo en la adolescencia?

Anexo IV. Informe de productos relacionados con la investigación

1. Ponencia: **“Between rights and risks: Reproductive healthcare for adolescent women in Mexico City”**.

116th Annual Meeting of the American Anthropological Association.

Washington DC, EEUU. (Noviembre, 2017)

2. Ponencia: **“El proceso reproductivo en la adolescencia: un problema de salud, un problema social. Una aproximación desde la antropología médica”**.

Sesión General de la Sociedad de Salud Pública de la Ciudad de México.

Hospital General 20 de Noviembre, Ciudad de México (Mayo, 2018)

3. Ponencia: **“Antropología y medicina: atención de la salud reproductiva e investigación en contexto clínico”**.

Sesión General del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras

Ciudad de México (Agosto, 2018)

4. Ponencia: **“Embarazo en adolescentes: Género y otras desigualdades en salud sexual y reproductiva”**

Sesión de capacitación de la Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Ciudad de México (Agosto, 2018)

5. Ponencia: **“Construcción sociocultural del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria”**

Foro de Investigación 2018 de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Hospital General Xoco, Ciudad de México (Septiembre, 2018)

6. Ponencia: **“Del biopoder al cuidado de sí: la presencia de Michel Foucault en la antropología médica”**.

Mesa de debate: Reflexiones críticas sobre el pensamiento de Michel Foucault.

Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México (Noviembre, 2018)

7. Taller: **“Autoestima y empoderamiento en la adolescencia”**.
Dirigido a mujeres de la Comunidad para Mujeres Adolescentes de Tlalpan, Dirección de servicios Médicos Legales y en Centros de Readaptación Social
Secretaría de Salud, Ciudad de México (Enero, 2019)

8. Ponencia: **“Aproximación antropológica del proceso reproductivo en la adolescencia y sus implicaciones en la atención hospitalaria”**.
Seminario: Embarazo de adolescentes desde la perspectiva del Derecho y Trabajo Social.
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Ciudad de México (Enero, 2019)

9. Capítulo de libro: **La palabra y el acontecimiento: una dimensión experiencial de la narrativa y el padecer**.
En: Hamui, L., Vargas, B., Fuentes, L. González, J., Loza, T., Paulo, A. (2019)
Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas. México: Manual Moderno / UNAM

10. Ponencia: **“Proceso reproductivo y adolescencia: prevención como meta, atención como cotidianidad”**.
24th Congress of the World Association for Sexual Health and XII Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología. “Building bridges in sexual health and rights”.
Ciudad de México (Octubre, 2019)

11. Ponencia: **“¿Por qué te embarazaste? ¿Qué, no jugaste con muñecas? Experiencias en torno a la atención del embarazo en adolescentes en un hospital público”**.
VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología.
Uruguay, Montevideo / Modalidad virtual (Noviembre, 2020).

12. Artículo: **Atención del proceso reproductivo durante la adolescencia en un hospital materno-infantil de la Ciudad de México: una aproximación desde la etnografía hospitalaria**.

Coautoría: Roberto Campos Navarro, Graciela Beatriz Muñoz García
En proceso de dictamen por la Revista Scripta Ethnologica (Agosto, 2022)