

Un análisis relacional de la participación del varón en la atención prenatal: el caso de las embarazadas adolescentes que se atienden en los servicios públicos de Salud de la ciudad de Mar del Plata

Por Cristina Mogensen *

Introducción

El presente trabajo se derivó de otra investigación en la que nos ocupábamos de analizar la “toma de decisiones” en el ámbito de la atención prenatal de las adolescentes embarazadas que se atienden los servicios públicos de salud de la ciudad de Mar del Plata. Esto nos abrió la posibilidad de interrogarnos más específicamente acerca de cómo se da la participación del varón, pareja o padre de la criatura, en el proceso de atención y cuáles son las representaciones y prácticas puestas en juego por los varones y los equipos de salud.

Tanto desde las investigaciones del campo médico como desde las del campo social, la figura del varón no ha recibido mucha atención, de hecho encontramos extensa bibliografía sobre la “maternidad adolescente”, pero son escasas las referencias a la “paternidad adolescente”. De la misma forma, las políticas y acciones de intervención de las instituciones de salud suelen estar dirigidas hacia la madre, aportando de esta forma a la construcción de la invisibilidad del varón.

El embarazo de las mujeres adolescentes recibe especial atención en los programas de los organismos nacionales e internacionales de todas las áreas **-1-**. En general, no es definido como un problema en sí mismo pero las preocupaciones se orientan a resaltar las desventajas de un embarazo temprano para el desarrollo de las potencialidades de la joven, especialmente en relación con la permanencia en el sistema de educación formal y, condicionado por esto, las posibilidades de mejorar su inserción en la estructura productiva. (OMS, 1994)

A su vez, en nuestro país la tasa de fecundidad adolescente es significativamente alta en comparación con la de las mujeres adultas (Torrado, 1993; Pantelides, 1995, INDEC, 1993). Si bien en la ciudad de Mar del Plata el fenómeno no tiene el mismo alcance que algunas provincias, aproximadamente de los 200 partos mensuales que ocurren en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI), en el que se centraliza la atención de los nacimientos del sistema público de la ciudad y la zona, el 15% **-2-** corresponden a mujeres de 18 años o menos.

Tanto en el ámbito de las políticas públicas como de las prácticas en las instituciones de salud, los controles del embarazo son considerados de suma importancia para garantizar la salud de la madre y el niño. En el caso de las adolescentes esto adquiere ciertas particularidades por tratarse de menores ante la ley, lo que significa que jurídicamente son consideradas “incapaces”, por lo tanto no se les reconoce la posibilidad de decidir. Desde los enunciados el que decide es el adulto a cargo, pero en la práctica esto no se da tan así. Entonces, la atención médica del embarazo de las jóvenes se constituye en un espacio interesante para observar, describir y analizar la interacción de las adolescentes y el equipo de salud.

Resumiendo, en la investigación central nos ocupamos de analizar las diversas maneras de participación de las adolescentes en la toma de decisiones durante su atención prenatal, las que, si bien varían significativamente, dieron lugar a coincidencias que nos permitieron delinear tres estilos diferentes en la “toma de decisiones” durante los controles prenatales.

Concluimos, además, de esa investigación que, en general, las decisiones son más la consecuencia de cómo se vive la maternidad, dependiendo de las condiciones de vida y de la organización de la rutina, antes que decisiones racionalmente tomadas.

Objetivos

En ese marco de trabajo extendimos nuestros objetivos para indagar más puntualmente la participación del varón en la atención prenatal de la adolescente y las representaciones que se ponen en juego en el ámbito de la atención médica, analizando la perspectiva de los jóvenes padres, de los equipos de salud y el espacio que otorgan las instituciones para la inclusión del varón.

Si bien nuestra investigación no partía de una perspectiva de género, creímos enriquecedor incorporar esta visión, pues consideramos que esa categoría está presente en relación a la definición de los riesgos y protecciones que establecen los actores frente a diversos procesos de salud/enfermedad, a la percepción que tienen de los síntomas y a la organización y desarrollo del proceso de atención por parte de las instituciones. Sin embargo hacemos la salvedad de que no la consideramos como una variable aislada del resto de los factores socioculturales que entran en juego en el proceso salud/enfermedad/atención y que, además, veremos que se encuentra particularmente atravesada por la desigualdad y el grupo de edad.

(...)

La atención prenatal

Hablar de la forma de referirse a la atención médica programada durante la gestación daría pie a una investigación en sí misma. En nuestro medio, desde la perspectiva biomédica se la denomina “*controles del embarazo*”, podemos ver claramente el concepto cargado de significación si lo comparamos con el término sajón que refiere a “*cuidados prenatales*”, es por eso que nosotros preferimos nombrarlo genéricamente como “*proceso de atención prenatal o del embarazo*”.

Desde la perspectiva antropológica, el período prenatal interesa particularmente porque permite vislumbrar un extraordinario proceso de medicalización en acción (Browner y Press, 1996). Ese espacio de interrelaciones que ofrece la atención médica durante el embarazo en las mujeres adolescentes es muy propicio para indagar el desarrollo de un proceso a través del cual examinar el rol que juegan los legos en la construcción del campo del “*conocimiento autorizado*” -3-. Nos podemos preguntar, por ejemplo, cómo participan las mujeres y sus parejas en ese proceso de expansión de la medicalización que mencionábamos y, también, indagar cómo juega la tecnología en la construcción del conocimiento “*autorizado*” y cómo, en los hechos, ella ayuda a conducir ese proceso de medicalización, a lo largo del cual los actores toman constantemente decisiones, negocian significados y establecen acuerdos sobre la validez y la legitimidad de las prácticas y los discursos.

La población

Tanto en la investigación central como en el presente trabajo, para captar las desigualdades socioeconómicas y culturales del grupo elegimos seguir a Torrado -4- (1993), en la delimitación empírica de las Categorías Socio-Ocupacionales (CSO). De esa forma encontramos que en toda la población, tomando en cuenta el grupo familiar de origen de las jóvenes y el grupo familiar de origen de sus parejas, predomina un alto componente de “*trabajo informal*” -5-. Esto, está claramente presente en los dos grupos relevados, el que se atiende en el hospital -6- y en el del centro de salud -7-; aunque adquiere, en cada uno, configuraciones distintas por las características institucionales y por la localización geográfica.

En el caso del Centro de Salud municipal, localizado en la zona portuaria, gran parte de la población de todos los estratos se encuentra vinculada a la actividad pesquera, tanto en su faz extractiva como a la de procesamiento industrial, en forma directa o indirecta -8-.

Al tratarse de una actividad estacional ya de por sí, la organización del trabajo (tanto asalariado como autónomo) está condicionada por altibajos habituales en el nivel de empleo. Esta si-

tuación se potencia con períodos de mayor o menor incidencia de la “*informalidad*”, vinculada sobre todo al procesamiento en establecimientos clandestinos que trabajan con personal en negro y que, por lo tanto, no tienen cobertura social. En los períodos de trabajo asalariado pueden acceder a los servicios de las obras sociales pero, según lo que hemos podido registrar, la inestabilidad de la cobertura hace que las adolescentes prefieran, por ejemplo en el caso de la atención del embarazo, asistir al centro de salud. Pero, si les es posible, esas mismas mujeres prefieren atenderse el parto a través de la obra social, para lo cual es necesario permanecer todavía a cargo de alguno de sus padres. Esto se pone en evidencia, entre los quince varones entrevistados, de manera tal que, sólo uno, de veinte años y trabajo asalariado en una fábrica tenía la posibilidad de proveer de obra social a su pareja, pero, al no estar casados, la joven no podía acceder al beneficio.

Tomando en cuenta las parejas, cuarenta y cinco, de las cincuenta y una adolescentes de la investigación central **-9-**, indagamos que aproximadamente el 60 % de esos jóvenes mantenían relaciones ocupacionales con familiares. Esto actúa facilitando el ingreso de las generaciones más jóvenes a la Población Económicamente Activa (PEA). Así también, en la muestra de quince jóvenes entrevistados en profundidad predomina un porcentaje similar. Pero, los que tienen esa posibilidad, de contar con el elemento facilitador de la familia para el ingreso a cualquier actividad productiva, sólo lo pueden hacer a partir de los niveles más bajos, lo que implica remuneraciones que no alcanzan para la subsistencia totalmente independiente.

En relación directa con esta situación económica estructural, está el fenómeno relativamente nuevo que en el lenguaje común se conoce como “*pareja con cama afuera*”, y en términos más técnicos “*pareja no conviviente*”. Este fenómeno, que se enmarca en las nuevas formas de familia, en la actualidad se presenta en parejas de todas las edades y niveles sociales, pero en nuestra población tiene directa relación con los recursos económicos y más específicamente los habitacionales. Aproximadamente un cuarto del total (cuarenta y cinco) de los jóvenes que manifiestan estar en pareja se hallan en parejas en las que cada uno de ellos continúa viviendo con sus respectivas familias, esto se plantea como una estrategia para distribuir los gastos y para evitar los costos de la constitución de un nuevo hogar. La tendencia observada es que, si la pareja permanece, el nacimiento del hijo representa un estímulo para llegar a la convivencia, pero esa convivencia cuando se concreta es, en general, con algún familiar, es decir, en situación dependencia.

Se hace imprescindible aclarar que el grupo de adolescentes embarazadas que pueden definirse como de alta vulnerabilidad social **-10-** se encuentra poco representado pues son las que llegan muy tardíamente a la consulta, generalmente cuando falta muy poco para el parto y sin haber hecho ninguna consulta previa de atención del embarazo. La mayoría refiere saber que “*para tener el bebé hay que ir al hospital*” y no a la salita. No hay conocimiento ni demanda de las prácticas rutinarias o menores durante el embarazo, como por ejemplo la vacunación. Representan un pequeño grupo en la muestra, por más que hay alta incidencia de embarazo adolescente entre ellas. Basándonos en los casos que hemos podido seguir en la investigación central, se puede decir que la ausencia del varón es casi una constante y es, a la vez, uno de los factores que ayuda a construir la situación de vulnerabilidad social **-11-**.

Principales resultados

En función de lo expuesto en último término se entiende por qué los varones entrevistados que estuvieron presentes durante la atención prenatal no pertenecen al sector más marginal. Esto, además, guarda consistencia con la apreciación que realizan ginecólogos, obstetras y pediatras: la participación del varón en el ámbito de la consulta médica aumenta con el estrato social y el nivel educativo. Todos los profesionales del equipo de salud **-12-** de las instituciones donde trabajamos coinciden en que, en la práctica privada de las clínicas o consultorios particulares, la presencia y participación del varón es mucho más acentuada y ya está incorporada a las rutinas de atención.

Otros hallazgos nos hablan de la coexistencia entre los varones de distintas representaciones que podrían ordenarse en un continuo, desde los que consideran que el embarazo y su atención son exclusivos del ámbito de lo femenino hasta quienes discuten el lugar secundario otorgado que se les otorga en el seguimiento de la gestación. Entre los primeros, sólo uno de los quince jóvenes entrevistados (de veinticuatro años) definió al embarazo como algo primordialmente femenino, pero no excluyó su responsabilidad en él, sino que definía su papel como: *“yo la tengo que cuidar a ella, para que haga sus cosas”*.

Al profundizar la entrevista, pudimos captar que en este joven estaba muy presente la imagen del padre tradicional como proveedor, pero desentendido de las cuestiones operativas del embarazo y la crianza, que eran identificadas como de la órbita de la mujer.

Resulta ilustrativo en este punto detenernos un momento a explicar las distintas formas de ingreso del varón a la consulta, por ejemplo en el caso que relatamos antes, cuando el médico interroga a la adolescente acerca de cómo vino, ella menciona que su pareja la acompañó y está afuera, ante esto el profesional con total espontaneidad exclama *“¡pero!!!!...decile que pase, él es el padre”*.

Hay unanimidad total en los equipos de salud con los que trabajamos en facilitar la introducción del varón en la consulta, cuando esta no se concreta pudimos ver que se debe más a situaciones que tienen que ver con las prácticas y con lo operativo -13- y no con las creencias que sostienen los profesionales.

Entonces, el ingreso espontáneo del varón acompañando a la adolescente ya nos da un indicio acerca de su posición respecto de la atención. Indagando sobre esto, nueve de los varones manifestaron que no dudaron en que les correspondía entrar, cinco expresaron que aunque querían hacerlo y consideraban que era adecuado, tenían miedo que no se correspondiera con las normas de la institución (en especial en el caso del hospital) por lo tanto sólo entraron cuando fueron llamados. Sólo el varón del ejemplo refirió que creía que la consulta no era un ámbito para el hombre: *“.....por si la tiene que revisar y todo eso.....”*

Podríamos asociar las formas más directas y activas de participación con los nueve padres que entraron espontáneamente y luego con los otros cinco que, después de la introducción de la primera vez, ingresaban directamente al consultorio. Consideramos significativos la realización de comentarios y preguntas a lo largo de la consulta, como así también la fluidez en el trato y la posibilidad de explayarse en otros temas, se trate tanto del campo de la salud como de otros tópicos.

En relación con esto, resultó demostrativa para la construcción del *conocimiento autorizado* la posición de los varones que, en casi todos los casos tendían mediante su participación a reafirmar y legitimar el saber médico. Esto se ponía particularmente en evidencia cuando en el espacio de la consulta aparecían referencias a saberes y prácticas acerca de la salud y, en particular sobre el embarazo, que no pertenecen al modelo médico y que generalmente se vehiculizan a través de las mujeres mayores de la comunidad, como son las madres, suegras, abuelas y tías.

Si aparecían confrontaciones entre

“...mi mamá me dijo que me lavara con malva...”

el varón que decía

“...yo le dije que no anduviera haciendo esas cosas, que aunque sea viniera a preguntarle....”

era el médico quien terciaba a favor de la inclusión o corrección diplomática de alguna práctica errónea con el claro objetivo de no aparecer como beligerante o descalificador hacia los saberes considerados populares.

De esta forma los profesionales de los equipos de salud con los que nos tocó trabajar promueven continuamente prácticas de inclusión que no cuentan con el apoyo institucional, sino

más bien, contradicen las políticas institucionales. Un punto en el que esto se hace visible, y nos atrevemos a decir, que adquiere su máxima expresión, es la cuestión de las ecografías y los monitoreos.

En la práctica médica privada el gran espacio de inclusión del varón se realiza alrededor de las ecografías, lo que nos habla, además, del profundo impacto de la tecnología sobre los aspectos relacionales. Los relatos de todos los actores (profesionales o pacientes) coinciden en asignar un importante peso simbólico a “...ver al bebé...”.

Al consultorio privado suelen asistir maridos, abuelas e hijos menores y para el resto de los familiares y amigos se cuenta con el video que se repite en casa cuantas veces sea necesario. Podemos anticipar que se están constituyendo rituales alrededor de estas prácticas, sin embargo en el caso de la atención pública no se cuenta con equipos de última generación y en general no los tiene el obstetra y/o ginecólogo en su consultorio sino que se debe sacar un turno aparte, que siempre se demora y que depende de un servicio más general de diagnóstico por imágenes, que no se mueve al ritmo de la atención prenatal sino al del resto de las patologías.

En ese contexto los varones suelen negociar con los médicos los turnos para las ecografías y/o monitoreos de modo tal de poder estar presentes. De las cuarenta y cinco parejas, treinta y nueve estuvieron presentes por lo menos en una ecografía, de los quince trabajados en profundidad sólo dos no pudieron asistir a ninguna porque tenían estrictas limitaciones laborales.

Las razones para querer estar durante las ecografías se centran todas en el bebé, sólo en forma muy secundaria algunos mencionan el acompañamiento a la madre, un joven de 17 años nos dijo con seguridad: “...quiero conocer a mi hijo...”

La generalidad de las respuestas apuntaban a rescatar el momento de la primera ecografía como el momento en que el hijo se corporiza, nos arriesgamos a decir que se trata de una suerte de “*bautismo social*” o de “*nacimiento virtual*”, momento que muchos de los jóvenes señalan como del verdadero reconocimiento de su paternidad

“...yo lo miraba y decía eso es mío, ... tiene deditos...”

“...*la mujer lo siente desde el primer momento, hasta que la panza crece no te das mucha cuenta, pero cuando lo ves tan clarito, y ahí sí ...*”

Nos comentaba una médica de otra sala municipal, de un barrio más periférico que el que nosotros investigamos, que se considera afortunada porque cuenta con un ecógrafo en su consultorio, en relación con esto nos decía:

“...especialmente con las adolescentes, se me vienen todos a ver la ecografía, parece una romería, vienen los tíos, que a veces tienen 15 años como ellas....el otro día tuve ocho en el consultorio....”

Aquí también, como ocurrió en la investigación central respecto de las adolescentes y la toma de decisiones, la forma que toma la participación del varón en la atención prenatal está condicionada por las representaciones que tengan acerca de la paternidad.

Aun al interior del grupo de quince padres, (recordemos que sus edades eran entre diecisiete y veintiséis años), pudimos establecer diferencias entre los grupos de edad. Los más jóvenes, de diecisiete y dieciocho años ponían en evidencia en los distintos momentos de la consulta actitudes que podrían ser consideradas más “*femeninas*” o maternas, es decir que se alejan del modelo tradicional de paternidad.

En varios de los casos investigados estuvimos presentes en la consulta posterior al parto, en donde se revisan los puntos de la episiotomía y se indica generalmente anticoncepción oral, los varones entonces son los encargados de llevar al bebé en los “*repollitos*” mientras el médico revisa a la madre; observamos en casi todos los casos que ellos prodigan mimos y besos al bebé y lo muestran a las asistentes y enfermeras del consultorio las que legitiman con sus elogios la actitud paternal del joven. En este juego de interrelaciones se construye una nueva forma de paternidad que cuestiona los modelos tradicionales vigentes.

Conclusiones

Más allá de los hallazgos específicos, nos interesa resaltar la evidencia de diferencias significativas al interior del género y de la clase de edad, lo que cuestiona los estereotipos vigentes, por ejemplo, los que refieren a los adolescentes, tanto varones como mujeres, como sujetos irresponsables, inmaduros e incapaces de hacerse cargo del cuidado de su hijo y permite ratificar que es válida la implementación de la perspectiva del actor siempre y cuando consideremos un enfoque relacional que pueda dar cuenta de las condiciones de desigualdad y diferencia que se expresan no sólo a través de los diferentes actores sino, sobre todo a través de las relaciones construidas entre los mismos.

Así también, los modelos institucionales que rigen la atención no dan lugar fácilmente a la inclusión del varón en las prácticas que tienen que ver con la atención del embarazo y que se continúan con el parto. Queda librado al voluntarismo de los miembros del equipo de salud el hacer visible la presencia del varón, desde el momento mismo de completar la historia clínica hasta la culminación del seguimiento. Con esto queremos decir que más allá de la disposición positiva a participar registrada en los varones, la última palabra que efectiviza la inclusión sigue estando en poder del equipo, particularmente el médico y su asistente, esto es evidencia de la asimetría que todavía permanece al interior del modelo médico y que a su vez se ratifica en la continua necesidad de negociación de espacios de decisión que deben llevar adelante los adolescentes en las instituciones públicas de atención de la salud.

Notas

* **Cristina Mogensen.** Antropóloga, Docente Investigadora de la Univ. Nac. de Mar del Plata. Este trabajo se derivó a partir de los hallazgos de la Tesis de Maestría de FLACSO, dirigida por la Dra. Ana Domínguez Mon, La Atención Prenatal De Las Adolescentes Embarazadas: Aspectos Socioculturales De La "Toma De Decisiones" (2000) y en el marco del UBACYT S0933 del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género.

-1- OPS, OMS, UNICEF, UNESCO, BM, CEPAL, etc.

-2- Estimación sobre los datos proporcionados por el Servicio de Estadística del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI), Centro de Cómputos. Aclaramos que el Programa estadístico con que se maneja la institución tiene como objetivo recoger los datos de atención del servicio, no los de la población; por lo tanto la división de la población en grupos etarios de 10 a 14 y 15 a 24 años dificulta el análisis que nos hubiera interesado.

-3- Jordan (1977) mostró a través del análisis de los cuidados perinatales y el parto en cuatro culturas, el proceso a través del cual la autoridad biomédica sobre el campo reproductivo es socialmente construida, puesta en juego y reforzada. Para este propósito acuña el concepto de "conocimiento autorizado" el que define como las reglas que alcanzan más peso que otras "ya sea porque explican mejor el estado del mundo para los fines inmediatos (eficacia) o porque están asociados con fuertes poderes estructurales (superioridad estructural), y a veces por ambas razones". Jordan plantea que en escenarios no jerárquicos los individuos eligen entre diversos grupos de reglas igualmente legitimadas o formas de conocimiento. En situaciones de desigualdad estructural, sin embargo, un juego de reglas o formas de conocimiento a menudo adquiere autoridad, devaluando y deslegitimando otras.

-4- Seguimos a Torrado en la forma de agrupar las diversas CSO para constituir un "estrato social" porque tiene en cuenta aspectos simbólicos de dichos colectivos en nuestra cultura, sin dejar de lado una sólida validación empírica, aun en las diferencias dentro de cada clase social como son los estratos "autónomo" y "asalariado".

-5- Se consideran posiciones ocupacionales "informales" aquellas que ocupan los asalariados precarios y los trabajadores marginales.

-6- Estrato Medio 14%; Obrero Cal. 51%; Obrero No Cal. 15%; Trabj. Marg. 20%.

-7- Estrato Medio 16%; Obrero Cal. 60%; Obrero No Cal. 13%; Trabj. Marg. 11.

-8- Encontramos toda una serie de actividades técnicas que necesitan de menor o mayor calificación según los casos, y que también dependen de la pesca directa o indirectamente, por ejemplo: soldadura, pintura, reparación de artes de pesca, mecánica diesel, frigoríficos, etc., en la que se desempeñan en general pequeños cuentapropistas.

-9- Sólo seis no tenían pareja.

-10- En la investigación central, Mogensen (2000) las caracterizamos como el grupo de "indefensión aprendida" retomando un concepto de Seligman.

-11- Todos los casos pertenecen al sector marginal y no completaron el EGB 2, todas las que se identificaron como analfabetas o que sólo saben leer y escribir pertenecen a este grupo, en muchos de los casos, además, está presente el desamparo o abuso. En general residen en los barrios más pobres de la ciudad, son migrantes recientes o hijas de migrantes. Es el grupo más desfavorecido en la distribución del capital material y cultural. La trayectoria de todas estas jóvenes está marcada por la fractura de los vínculos primarios (sea por sesión, abandono o abuso) que suele concluir en la institucionalización. Esta historia condiciona a su vez una relación casi inexistente con las formas institucionalizadas de atención de la salud, la mayoría no recuerda cuando recibió atención médica antes del embarazo y si la recibió se debió a algún episodio agudo, que en sí mismo no aportó a la construcción del conocimiento incorporado sobre el cuidado de la salud.

-12- Psicólogas, terapistas ocupacionales, trabajadoras sociales, fonoaudiólogas, etc., aclaramos que nos referimos en género femenino porque en ambas instituciones, casi la totalidad de los miembros del equipo no médico está compuesto por mujeres.

-13- Excesiva lista de pacientes, alguna embarazada descompuesta en el consultorio contiguo, presencia de los visitantes médicos o algunas intromisión ocasional que perturba el hilo de la consulta.

Bibliografía

Browner y Press (1996) "The Production Of Authoritative Knowledge In American Prenatal Care", en: Medical Anthropology Quarterly Jun.96

Cardaci, Dora (1999) "El enfoque de la salud desde el género", en: Rev. Mujer Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 4/99.

Climent, G. et al. (2000) "Maternidad adolescente: desigualdades sociales y marginación", en: Domínguez Mon, Ana, Federico, A. et.al La salud en crisis: Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales compiladores (Bs.As. Ed. Dunken)

Figuroa Perea, G. (1998) "Algunas propuestas analíticas para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva, Valdéz y Olavarría, (compiladores) en: Masculinidades y equidad de género en América Latina (Chile FLACSO).

Geertz, Clifford 1995 (1973) La interpretación de las culturas (Barcelona: Gedisa)

INDEC (1993) Infancia y condiciones de vida.(Bs.As. Argentina).

Infesta Domínguez, Graciela (1996) "Las adolescentes frente a la maternidad", en: La Salud en Debate. (UBA Instt. Gino Germani)

Jordan, Brigitte (1977) "Birth in four culture: A Cross-Cultural Investigation in Yucatan, Holland, Sweden an the United State". 4th ed. Prospect Heights, IL Waveland Press.

Konterlnik, I. Y Jacinto, C., comp. (1996) Adolescencia, pobreza, educación y trabajo (Bs.As. Losada. UNICEF).

Malinowski, Bronislaw 1973 (1922) *Los Argonautas del Pacífico Occidental* (Barcelona: Península)

Menéndez, Eduardo (1997) "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad", en: *Revista Relaciones* (Col de Michoacán. CIESAS) N°69, invierno 1997.

Mogensen, Cristina (2000) *La Atención Prenatal de las Adolescentes Embarazadas: Aspectos Socioculturales de la "Toma de Decisiones"* Tesis de Maestría (Bs.As FLACSO)

OMS (1994) "Salud Reproductiva: Problemas Mundiales"

Pantelides, Cerrutti (1992) "Conductas reproductivas y embarazo en la adolescencia" Cuadernos de CENEP N°47.

Pantelides, Gelstein e Infesta Domínguez (1995). *Imágenes de género y conducta reproductiva en la Adolescencia*. Cuadernos del CENEP N° 51.

Torrado, Susana (1993) *Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas* (Bs.As. Ed.La Flor).

Mogensen, Cristina. Un análisis relacional de la participación del varón en la atención prenatal: el caso de las embarazadas adolescentes que se atienden en los servicios públicos de salud de la ciudad de mar del Plata. *En libro: Jornadas Gino Germani*. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Bs Aires, Argentina. 2000. p. 11.

RED DE BIBLIOTECAS VIRTUALES DE CIENCIAS SOCIALES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE, DE LA RED DE CENTROS MIEMBROS DE CLACSO. <http://www.clacso.org.ar/biblioteca>