

X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 2019.

Reflexiones en el campo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Alexandra Obach King.

Cita:

Alexandra Obach King (2019). *Reflexiones en el campo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/58>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/Meg>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Reflexiones en el campo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes

Alexandra Obach King⁹⁵

Resumen: La ponencia reflexiona en torno a la política de los cuerpos adolescentes construida por la biomedicina a través de la noción biomédica de Salud Sexual y Reproductiva. Desde el enfoque de la Antropología Médica Crítica, se analizan los dispositivos de disciplina y poder que desde los programas de Salud Sexual y Reproductiva se ejerce sobre los cuerpos adolescentes, desde una perspectiva de género. Estos aspectos teóricos son discutidos a la luz de los resultados de una investigación etnográfica llevada a cabo en el año 2018. La investigación giró en torno a la observación de un Programa de Salud que rompe con la lógica tradicional de atención de adolescentes en los centros de atención primaria, a través de la instalación de trabajadores de salud de manera permanente en las escuelas. Desde una metodología cualitativa, etnográfica, se realizó observación en tres escuelas de enseñanza media del sector occidente de la Región Metropolitana del país, que cuentan con este Programa de Salud. Los resultados dejan entrever que, si bien esta estrategia de salud intersectorial logra romper con la mayoría de las barreras de acceso a salud sexual y reproductiva en adolescentes, en algunos aspectos perpetúa la ideología biomédica de control y disciplinamiento de los cuerpos adolescentes, especialmente los femeninos, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.

Palabras clave: Antropología de la Salud, Salud Sexual y Reproductiva, Servicios de Salud del Adolescente, Investigación Cualitativa

1. El cuerpo como territorio de disciplina y poder

Como antecedentes antropológicos en relación al estudio y la problematización del cuerpo están las obras de Marcel Mauss (1934), por una parte, quien desarrolló el concepto de *técnicas*

95 Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad de Desarrollo. Correo electrónico: aobach@udd.cl.

corporales para referirse al cuerpo en tanto primer instrumento y medio técnico del ser humano para habitar el mundo, desplegando con ello las primeras tipologías para abordar antropológicamente el problema del cuerpo. Por otra parte, están los desarrollos teóricos de Mary Douglas (1973) quien, desde un enfoque que realza la importancia de lo cultural y lo simbólico en sus análisis, utilizó la idea de los límites del cuerpo como metáfora del sistema social, es decir, como las referencias que demarcan las líneas definitorias entre nosotros y los otros. Más recientemente, desde la antropología médica han surgido interesantes perspectivas para el análisis del cuerpo. Entre ellas están los aportes de Csordas (1990), quien propone la categoría de *embodiment* (hacerse cuerpo) para reposicionar el lugar de la experiencia corporal como base de la cultura y el ser. A través de este concepto el autor intenta superar el dualismo mente-cuerpo y la relación objeto-sujeto, sosteniendo que la mente bien puede ser un objeto, o puede ser el sujeto cartesiano del pensamiento racional-moral-reflexivo. El cuerpo, a su vez, también puede ser un objeto (como lo es para la biomedicina) o ser el sujeto de las sensaciones y experiencias, en síntesis, como fuente de la subjetividad. Desde la Antropología Médica Crítica Lock y Scheper-Hughes (1987) proponen tres niveles conceptuales para abordar el cuerpo en tanto campo de investigación social: el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político. Este último hace referencia a las regulaciones sociales, políticas y económicas que se realizan sobre los cuerpos. Las autoras se apoyan en los planteamientos de Foucault (1991), quien sostiene que el cuerpo es uno de los principales elementos a disciplinar por parte de las instituciones de poder, entre ellas el modelo médico, las cuales lo modelan y subyugan en beneficio del desarrollo de una ideología particular. A partir de estos desarrollos teóricos se inicia un cuestionamiento respecto a la epistemología y la universalidad de los supuestos subyacentes a la teoría y la práctica de la medicina occidental (Scheper-Hughes, 1990; Barfield, 2001). Una de las preocupaciones al respecto se ha centrado en la reflexión sobre las implicancias de los conocimientos y prácticas médicas en torno a la reproducción del poder y las agendas económicas involucradas, y respecto a las ideas sobre la persona, el individuo y el yo que surgen a partir de la generación de conocimiento biomédico (Ayús & Eroza, 2007). En esta dirección diversos autores (Turner, 1992; Menéndez, 1994) han planteado que el modelo médico hegemónico históricamente ha abordado de manera diferencial los cuerpos de distintos sectores sociales, por ejemplo, los cuerpos femeninos, los cuales han sido concebidos e intervenidos con el objeto de mantener la estabilidad moral y social de las sociedades, especialmente en lo que respecta a la su sexualidad para el control sobre la capacidad reproductiva de las mujeres. Estas perspectivas ponen de manifiesto que la salud y, por ende, el cuerpo humano, se transforman en una problemática política. De acuerdo a distintos autores, la influencia de la biomedicina en la vida cotidiana de los sujetos ha ido en aumento, reforzando un proceso de medicalización como medio tanto para la implantación de dicha perspectiva sobre la salud-enfermedad, como para el control del cuerpo de los individuos, y para la generación de una política de los cuerpos (Lock & Nguyen, 2010; Comelles & Martínez, 1993; Foucault, 1991).

2. La Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes desde una mirada crítica

Esta política de los cuerpos construida por la biomedicina queda claramente reflejada en la noción biomédica de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) la cual, si bien conceptualmente agrupa

ambas dimensiones (salud sexual y reproductiva), en la práctica las políticas y programas de salud en este ámbito han tendido a enfocarse en la segunda y focalizar su quehacer sobre los cuerpos femeninos (Rebello & Gomes, 2009; Pearson, 2003; Sadler et al, 2011; Saewyc 2012). Dado el foco de las políticas y programas de SSR respecto a los ámbitos reproductivos, las mujeres adolescentes constituyen uno de los grupos de mayor interés, siendo sus cuerpos el locus de diversas intervenciones biomédicas. En el país, el desarrollo de políticas de salud adolescente es bastante reciente. A partir del año 2008 se comenzaron a crear los denominados Espacios Amigables para la atención de salud de adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años de edad en atención primaria (Minsal, 2017; Hardee et al., 2017), basados en un modelo promocional y preventivo de salud, con especial énfasis en la atención de SSR (Minsal, 2008). Si bien esto representa un avance en materia de salud adolescente, se constata que estos servicios reproducen la atención de SSR como ámbito exclusivo de mujeres, centrado en lo reproductivo, limitando el acceso de los varones adolescentes a estos servicios de salud. Así, por ejemplo, en el año 2014, de la población de 15-19 años del país que recibió algún método anticonceptivo en la red pública de salud, un 98,3% fueron mujeres y solo un 1,7% hombres (Dides & Fernández, 2016; Obach et al., 2018). Cabe destacar que las atenciones en salud adolescente se inscriben en una lógica biomédica donde primero una ideología altamente heteronormativa y adultocéntrica (Duarte, 2000; Chávez, 2014), invisibilizando a los/as adolescentes en tanto sujetos sociales (Duarte, 2000) Desde este enfoque la adolescencia tiene escasa participación en la toma de decisiones, se les otorga un rol pasivo y se les aborda desde una perspectiva de riesgo o peligro (Krauskopf, 2015), centrando las acciones en la prevención y eliminación de los problemas o peligros a los que se ven expuestos, más que en el fomento de su desarrollo integral (Krauskopf, 2004). Junto con lo anterior, los objetivos implícitos de las políticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes tienen por función controlar la sexualidad y reproducción de este grupo, subordinando a las mujeres a los ámbitos de salud reproductiva y, en mucho menor grado, contemplando su salud sexual, término que, como sostiene Ortale (2008), parece cuestionable por su connotación biomédica y su inducción a proponer la existencia de conductas sexualmente sanas.

La presente ponencia busca, a partir de los resultados de un estudio etnográfico, cuestionar la construcción de la salud sexual y reproductiva que el sistema médico realiza sobre los cuerpos adolescentes, y dar cuenta de una estrategia en salud particular que escapa de la lógica biomédica antes descrita.

3. Sobre el trabajo de campo

La ponencia se basa en un estudio etnográfico realizado en tres escuelas de enseñanza media de una comuna del sector occidente de la Región Metropolitana de Chile. Las escuelas fueron seleccionadas ya que en ellas se implementa un Programa de Salud que aborda la SSR de adolescentes fuera del espacio tradicional de atención de salud biomédica como lo son los Centros de Atención Primaria. El Programa observado ha introducido a personal de salud al interior de las escuelas de manera permanente, con el fin de superar las barreras de acceso a atención de salud de adolescentes que se producen en los centros asistenciales, y otorgar atención clínica directa

en las escuelas, así como actividades de promoción y prevención de salud en el aula, entre otras actividades.

El trabajo de campo se realizó en el año 2018 y las técnicas de investigación utilizadas fueron: observación participante de la dinámica del Programa observado en las tres escuelas abordadas; entrevistas semi-estructuradas con a) informantes clave, b) personal de salud que está inserto en las escuelas, c) profesores de las tres escuelas, y d) alumnos y alumnas de las escuelas; grupos de discusión con b), c) y d). Todas las observaciones se registraron en diarios de campo, y las entrevistas y los grupos de discusión en audio. Se realizaron un total de 48 entrevistas, 42 entrevistas individuales semi-estructuradas, y 6 grupos de discusión.

Se incluyó a adolescentes de entre 15 y 19 años, utilizando un muestreo opinático, siguiendo criterios pragmáticos y de factibilidad (Vásquez et al, 2005). Durante el trabajo de terreno la muestra se intencionó con el fin de incluir a mujeres embarazadas y hombres con parejas en gestación, o que ya habían sido madres/padres, así como también adolescentes sin hijos; adolescentes de pueblos originarios y de otras nacionalidades; y que se identificaran con diferentes orientaciones sexuales. El material fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático. El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud al que pertenece la comuna abordada. Todos los participantes recibieron información sobre los objetivos y procedimientos del estudio: los mayores de edad firmaron un consentimiento informado, y los menores de edad (17 años y menos) un asentimiento informado y además se pidió el consentimiento de sus padres.

4. Estrategia de implementación de SSR con adolescentes desde un enfoque intersectorial

El Programa de salud observado en el estudio ha desarrollado una estrategia que consiste en la instalación de los equipos de salud al interior de las escuelas, a través de la creación de las denominadas “aulas de bienestar”, lo cual implica una suerte de traslado de Espacios Amigables al interior de las escuelas (manteniendo en paralelo los Espacios Amigables tradicionales en los consultorios de la comuna). Bajo este modelo, los equipos de salud pasan a ser parte de la escuela y realizan tanto acciones de promoción y prevención en las aulas, como atención directa a los/as adolescentes. Entre los principales aspectos destacados por los diversos actores entrevistados destacan: (i) Acceso permanente de adolescentes a profesionales de salud; (ii) Empoderar a los y las adolescentes a través de la entrega de información; (iii) Inicio de métodos en las escuelas; (iv) Entrega de preservativos en las escuelas; y (v) Talleres en aula. A continuación, se reflexiona en torno a cada uno de estos puntos:

4.1. Acceso permanente de adolescentes a profesionales de salud

Al estar los trabajadores de salud insertos en las escuelas éstos están disponibles de manera permanente para los/as alumnos/as. Esta disponibilidad rompe con la lógica vertical de la atención biomédica donde el acceso a trabajadores de salud por parte de adolescentes se debe adecuar a la disponibilidad de horas, las cuales generalmente son en horarios en que este grupo está en las

escuelas. La instalación de trabajadores de la salud en las escuelas permite superar muchas de las barreras de acceso a atención de SSR en adolescentes propias de los centros de atención de salud, como lo son los espacios y horarios restringidos de atención. A diferencia del Centro de Salud, en las escuelas el personal de salud interactúa con los/as adolescentes en el aula, en las salas de bienestar y en los recreos. Tal como sostiene una de las matronas entrevistadas:

Entonces siempre me ven me ven en los talleres, nos vemos en los recreos, entonces además de atender todas estas consultas específicas de matrona de repente el cómo está, si tuvo una pelea en la casa, si tuvo alguna situación con el pololo con la polola. Entonces esa conversación se da en el box o en os patio, dependiendo de la situación.

Una de las diferencias más destacadas -entre la atención en los centros de salud y las escuelas- de acuerdo a los diversos actores entrevistados, tiene que ver con la confianza que se establece entre el personal de salud y adolescentes en las escuelas, dado que en estos contextos comparten el territorio escolar, construyendo un vínculo. Dicho vínculo es más difícil de ser construido en los centros de salud ya que las citas de atención son restringidas, lo que limita la generación de lazos. Esto último es de crucial importancia en la atención de salud adolescente ya que corresponde a una etapa de la vida en la que se requiere que los adultos estén accesibles a los jóvenes, disponibles y en actitud de entrega. Esto con el fin de generar en ellos/as la confianza necesaria para que compartan sus mundos y sus necesidades en SSR. Como sostiene una adolescente entrevistada:

Es todo diferente, porque aquí por ejemplo hay confianza. Aquí te demuestran confianza, te ayudan mucho, cosa de que yo no me lo esperaba, o sea yo aquí me esperaba típico, de todo médico 'ah, toma, aquí tení que tomarte estos, estos y esto, tení que comprarte esto', y se dejaba pasar, como 'ya toma y ándate'. Pero no, aquí como que te acogen, te ayudan, te preguntan, se preocupan y como que hacen muchas cosas (...), el personal es amable y muy amoroso.

4.2. Empoderar a los y las adolescentes a través de la entrega de información

Uno de los focos del Programa está puesto en empoderar a los/as adolescentes a través de la entrega de información en ámbitos de sexualidad. Esto en el marco de un contexto nacional con escasa educación sexual, y de mala calidad de ésta en opinión de docentes, trabajadores de salud y adolescentes. Por esto mismo, el Programa se focaliza en la entrega de información con el fin de que los/as adolescentes puedan tomar decisiones en base a la evidencia y no solo en base a la socialización que se produce entre pares, canal más utilizado por adolescentes para informarse sobre sexualidad. Como comenta una de las psicólogas entrevistadas:

Nosotros nos enfocamos en entregarles todos los conocimientos necesarios para que sepan cuáles son los factores de riesgo que pueden estar asumiendo al momento de tomar cierta determinación y, a su vez, eh... entregarles todas las herramientas para que esta decisión sea bien o mal tomada sea con todas las precauciones necesarias ya sea con uso del condón además de otro método.

Una matrona entrevistada añade:

(...) homosexual o bisexual, les explico y cuando todavía veo dudas en sus caras yo les digo no te tienes porque definir ahora, tranquilo, piénsalo, dale una vuelta, pero antes de decidir o de hacer algo piensa bien tu decisión, o sea tienes que estar seguro si quieres probar con un niño perfecto, pero tienes que estar seguro y con cuidado.

La entrega de información se focaliza en las acciones de consejería y, sobre todo, en las actividades en aula que se desarrollan a través de talleres, las cuales se llevan a cabo desde la enseñanza básica. Con esto, se espera que niños y niñas sean socializados desde la primera infancia en temáticas de sexualidad: “Pero con el tema de los talleres bueno yo ya llevo más de un año trabajando acá eh, pasa que como ya conocen el tema desde mucho antes que han venido a iniciar método, antes de iniciar actividad sexual”.

Junto con lo anterior, se trabaja con las familias y las comunidades para generar una red de apoyo informada en temáticas de sexualidad adolescente. Al como cometa una trabajadora social entrevistada:

(...) los papás llegan diciéndote no sé qué hacer con el niño y yo parto preguntándole a él ¿Por qué quiere que yo atienda al niño si al fin y al cabo el problema lo tiene directamente los papás? Entonces ahí también se ha generado está red de apoyo y o derivaciones hacia los apoderados.

4.3. Inicio de métodos y entrega de preservativos en las escuelas

Uno de los aspectos más valorados por todos los actores entrevistados tiene que ver con el inicio de métodos anticonceptivos y la entrega de preservativos en las escuelas. Nuevamente a través de esta estrategia se superan barreras de acceso a atención de salud adolescente en SSR, aun cuando los implantes aún deben ser colocados en los centros de salud. De igual manera la posibilidad de acceder al inicio de métodos en las escuelas significa que las adolescentes tienen mayor capacidad de decisión sobre sus cuerpos, toda vez que pueden elegir el momento y el tipo de método por el que quieren optar, si es que así lo desean. Al respecto una matrona sostiene: “Yo acá inicio método y hago controles del método (...) Podemos iniciar eh inyectable, eh píldora anticonceptiva, eh, generalmente le implante lo tenemos que derivar”.

Junto con lo anterior, la entrega de preservativos en las escuelas también rompe con barreras propias de acceso a estos dispositivos en los centros de salud, tanto porque los adolescentes varones escasamente acceden a estos, o bien porque desde una construcción de género tradicional y altamente machista, en los centros de salud los preservativos no son comúnmente entregados a las mujeres adolescentes. En las escuelas observadas se pudo constatar que los adolescentes varones acuden recurrentemente a las salas de bienestar a pedir condones donde la matrona u otro profesional del Programa que esté accesible. A través de la entrega de los preservativos, los trabajadores de la salud aprovechan de acceder a los adolescentes varones realizando consejería con ellos, lo que genera un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género. Tal como comenta una psicóloga entrevistada:

(..) aquí la que entrega condones en el establecimiento es la matrona. Si yo entrego algún condón por ejemplo es porque ya la consejería con la matrona ya está hecha, ya hay un precedente que el niño tiene vida sexual activa por lo tanto necesita resguardo porque sé que no va a ir un día jueves o viernes al consultorio, prefiero pasarle los tres condones, no me voy a complicar, pero siempre con una consejería de por medio (...) no es que yo le vaya a preguntar cuando los va a ocupar ni con quién los va a ocupar pero si le tengo que explicar para qué porque es importante el uso.

Junto con lo anterior, a través de la observación participante se puede constatar que también se realiza entrega de condones a las adolescentes mujeres, lo cual democratiza el acceso a este sistema de protección y rompe con la lógica de género imperante en el sistema de salud donde se asume que la protección a través de los condones es asunto exclusivo de los hombres. Una matrona sostiene: “(...) imagínate yo reparto unos sesenta setenta preservativos al mes”.

Desafíos en la instalación de un Programa Intersectorial para adolescentes

Junto con los avances en materia de acceso de adolescentes a SSR, el Programa observado evidencia una serie de desafíos en lo que respecta a la instalación de estrategias intersectoriales para la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como derechos sexuales y reproductivos en adolescentes. A través de la observación y las entrevistas se pudo constatar las dificultades que conlleva en articular a dos culturas, como lo son la cultura docente y la de salud, para que confluyan en un trabajo conjunto. El territorio donde se desarrolla la estrategia observada son escuelas, en las cuales impera la cultura docente con sus características particulares. La inserción de trabajadores de la salud en este contexto no ha sido simple ya que existe resistencia por parte de ambos sectores en cuanto a la presencia del *otro*. Los docentes se resisten al quehacer de trabajadores de salud, principalmente en el aula. Poco entienden unos y otros sobre la manera de actuar y de pensar sobre los/as adolescentes. Esto hace que, si bien el Programa observado genera cambios en la manera de abordar los cuerpos adolescentes desde una perspectiva de SSR, continúe imperando una visión propia de la *cultura biomédica* por parte de trabajadores de la salud. Dicha cultura es difícil de transformar, sobre todo en un contexto como el nacional donde el trabajo intersectorial es escaso y, cuando se produce, como en el caso de este Programa, la interacción entre los diversos sectores es más formal que se fondo

Reflexiones finales

El Programa recién descrito da cuenta de una estrategia novedosa para la atención de SSR de adolescentes. La estrategia busca romper con la lógica sectorial de atención de salud y se abre al territorio donde habitan los/as adolescentes, en este caso particular, en las escuelas. Esto resulta particularmente pertinente en un país como Chile, donde la formación de 12 años es obligatoria y la deserción escolar llega sólo al 9,5% en enseñanza media, lo que permite deducir que se puede encontrar al 90,5% de los y las adolescentes en los establecimientos educacionales (Mineduc,

2017). Entre las fortalezas de este modelo, los equipos de salud destacan el poder estar presentes y disponibles para los/as adolescentes de manera permanente. Esto genera un vínculo de confianza entre equipos de salud y adolescentes que no se logra en los consultorios, ya que la cotidianidad compartida les permite desarrollar un vínculo de intimidad que se considera crucial para lograr una SSR exitosa. Aun así, cabe destacar que, de acuerdo a lo observado y a las entrevistas realizadas, en el Programa descrito se sigue reproduciendo una SSR adolescente enfocada principalmente en los aspectos reproductivos, muy centrada en la prevención del embarazo y no así en el desarrollo de una sexualidad plena en adolescentes. Esto tiene que ver con un aspecto cultural de nuestra sociedad, donde parte de la oposición a la implementación de servicios de SSR para adolescentes y jóvenes, y educación sexual en las escuelas, se ha vinculado con una negación de la sexualidad de los/as adolescentes (Obach, Sadler & Jofré 2017). Junto con lo anterior, se observa que a pesar de los avances que significa para los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes la instalación de equipos de salud al interior de las escuelas, el Programa emana desde el sector salud y, por lo mismo, reproduce -aunque en menor grado que en los consultorios- la ideología propia del sistema biomédico respecto a la generación de estrategias de control respecto a los cuerpos adolescentes. Si bien se busca fomentar el empoderamiento de los/as adolescentes en los ámbitos de la sexualidad, dicho empoderamiento nace desde un discurso biomédico, con intereses propios del sector salud, los cuales van en la línea de determinar acciones sanas versus aquellas consideradas como riesgosas para la salud de la población. Esto nos lleva al campo de la biopolítica, en tanto concepto que analiza la manera en que el Estado y sus instituciones, entre ellas el sistema médico, organiza y manipula las categorías centrales de la biología humana a través de diversos dispositivos de poder en beneficio de sus intereses y autoafirmación (Giorgi & Rodríguez, 2007). Esto remite a la clásica discusión antropológica de la distinción entre naturaleza y cultura. Bajo la mirada de la biopolítica, se puede decir que la naturaleza no se puede desvincular de los sistemas de poder, por esto mismo aspectos tan centrales como el cuerpo y el control de la vida se transforman en temas políticos y económicos. En tiempos pasados el sistema de poder que regía a la naturaleza era la religión. Hoy, en cambio, prima la medicalización del cuerpo en tanto ámbito de control de la naturaleza (Agamben, 2007). Los sistemas expertos médico-científicos han colonizado todos los ámbitos de la vida, desde los ámbitos públicos hasta los privados, siendo en parte una de las fuerzas que han transformado la vida privada de los sujetos en temas políticos, es decir, en políticas de la vida (Bauman, 2002). Así, la medicalización de la vida misma, afirmada por Ivan Illich en la década de los 70, está más presente que nunca en nuestras vidas.

De esta manera, si bien el Programa observado es destacado en tanto buena práctica en salud adolescente, sobre todo en lo que respecta a SSR de adolescentes ya que busca generar estrategias que apuntan hacia un mayor participación y derechos de los/as adolescentes en los ámbitos de la SSR, sigue rigiendo en el Programa el paradigma biomédico, con su lógica colonizadora de los cuerpos humanos, en este caso el cuerpo de adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2007). La inmanencia absoluta. En Giorgi y Rodríguez (Comp.). *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 59-92.
- Ayús, R & Eroza, S. (2007). El cuerpo y las ciencias sociales. *Revista Pueblos y Fronteras Digitales* [en línea].
- Bauman, S. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Chávez, MC. (2014). La estigmatización de la adolescencia como grupo poblacional en riesgo y sus repercusiones en la construcción de ciudadanía. *Sinética*, 42. Guadalajara: Universidad Jesuita de Guadalajara.
- Dides C & Fernández, C (eds.). (2016). *Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016*. Santiago: Miles Chile.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Duarte, K. (2000). ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *Última Década*, 13, 59-77.
- Comelles, J.M & Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Foucault, M. (1991). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México D.F: Siglo Veintiuno.
- Giorgi, G & Fermín Rodríguez. (2007). *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Hardee K, Croce-Galis M, Gay J. (2017). Are men well served by family planning programs? En *Reproductive Health*, 14(1),14.
- Krauskopf, D. (2015). Los marcadores de juventud: La complejidad de las edades. *Última década.*, 23 (42),115-128. Doi: 10.4067/S0718-22362015000100006.
- Krauskopf, D. (2004). Perspectivas sobre la condición juvenil y su inclusión en las políticas públicas. En Gerber, E y Balardini, S. *Políticas de juventud en Latinoamérica. Argentina en perspectiva*. Buenos Aires: FLACSO-Argentina/Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- Lock, Ma. & Vinh-Kim N. (2010). *An anthropology of biomedicine*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Mauss, M. [1934] (1991). Técnicas y movimientos corporales. En Mauss, M. *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos, 337-356.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación, ¿qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Ministerio de Educación. (2017). *Presentación Retención Escolar*. Recuperado de: <http://media.mineduc.cl/presentacion-3/> Revisado el 30 de mayo 2017.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.

- Ministerio de Salud de Chile. (2008).** *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- Obach A., Sadler M., Aguayo F., Bernales M. (2018).** Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Publica*, 42(24). Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.124>
- Obach A, Sadler M, Jofré N. (2017).** Necesidades en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev. Salud Pública*.19(6), 848-854.
- Ortale, M. (2008).** Aportes de la antropología médica a la reflexión sobre las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a madres adolescentes en la Argentina. En *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: De las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas.
- Pearson S. (2003).** Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions. *Fam Plann Reprod Health Care*, 29(4),194-8.
- Rebello L., Gomes R. (2009).** Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 653-60.
- Sadler M., Obach A., Luengo X., Biggs A. (2011).** *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud.
- Saewyc, EM. (2012).** What About the Boys? The Importance of Including Boys and Young Men in Sexual and Reproductive Health Research. *J Adolesc Health*, 51(1), 1-2.
- Scheper-Hugues, N. (1990).** Tres propuestas para una antropología médica crítica. *Social Science & Medicine*, 30(2), 189-197.
- Scheper-Hughes, N & Lock, M. (1987).** The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 1(1), 6-41.
- Turner, B. (1992).** *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. New York: Routledge.
- Vázquez M., Ferreira M., Mogollón A., Fernández M.J., Delgado M.E., Vargas I. (2005).** *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.