

IMAGINARIOS MASCULINOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

MARIANA ANDREA MESA ATEHORTÚA

ANNY PAOLA HIGUITA ZÁPATA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2019

IMAGINARIOS MASCULINOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

MARIANA ANDREA MESA ATEHORTÚA

ANNY PAOLA HIGUITA ZÁPATA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADORAS
SOCIALES

ASESORA ACADÉMICA

NORA EUGENIA MUÑOZ FRANCO

DOCTORA EN SALUD PÚBLICA

DOCENTE DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2019

Dedicatorias

A mi madre quien nunca ha dejado de creer y escoltarme en las metas que me he propuesto y quien nunca me ha dejado de considerar una soñadora, a mi hermano mayor quien ha sido mi cómplice y sustento en la vida y a mi sobrina quien en su corta vida acompañó mis jornadas de estudio, jugando, coloreando, haciendo tareas o simplemente durmiendo a mi lado para no abandonarme

Anny Higuita

Dedico este trabajo a mi madre y a mi hija, quienes siempre me han acompañado y apoyado con sus acciones amorosas y pacientes, fortaleciéndome en mis dificultades y siendo felices por mis triunfos, ustedes me enseñaron que aunque la meta sea mía, siempre existirán personas dispuestas a andar el camino con migo, las amo.

Mariana Mesa.

Agradecimientos

Agradecimientos individuales

Agradecimientos principalmente a mi familia por brindarme comprensión y amor en los buenos y malos momentos. A mis compañeros de línea por ser generosos y compartir sus conocimientos, especialmente a Eliana Sierra quien me brindo especial apoyo y guía en mis momentos de duda y quien nunca tuvo un reproche para escucharme. A los hombres participantes de esta investigación los cuales hicieron posible este trabajo al dejarnos entrar a sus vidas y contarnos asuntos tan personales. A mi asesora Nora Muñoz por ser nuestra mediadora y guía en las dificultades que se nos presentaron. Finalmente agradezco a Mariana Mesa por entender mis formas y tiempos para estudiar, por ser tan dedicada y orientarme cuando hizo falta, por culminar este proceso conmigo pues sin ella no hubiese sido posible. Hoy agradezco a todos aquellos que hicieron esto posible de una u otra forma. Gracias.

Anny Higuita

Gratitud infinita primeramente a Dios con quien creo que todo es posible, a mi familia porque su apoyo y amor fue fundamental en el logro de este objetivo, sin ellos no hubiese sido posible llegar a este punto, a mi amada madre Gloria Lucia Atehortúa, gracias por siempre creer en mí, por tu compañía y palabras de aliento en momentos en los que pensé que no lo lograría, a mi hermosa hija Angie Katherine Montoya, quien con su sola presencia siempre me impulsó a continuar luchando por el logro de mis sueños en la búsqueda de un mejor futuro para ambas.

Gracias a mi compañera Anny Higuita, por andar con migo este camino de encuentros y desencuentros, por aprender y desaprender a mi lado, gracias por la construcción conjunta, las

noches de esfuerzo y dedicación en las que solo la disciplina nos impulsó a continuar a pesar del cansancio, compañera eres una mujer admirable.

Y gracias a todos los que me aportaron de diferentes maneras para cruzar esta meta.

Mariana Mesa

Agradecimientos conjuntos

Agradecemos a nuestra asesora Nora Muñoz, por compartirnos sus conocimientos y acompañar nuestro proceso, gracias a cada sujeto participante de esta investigación, a los varones por permitirnos entrar a su intimidad, por sus palabras sinceras y por el tiempo dedicado a nutrir nuestros conocimientos, a los profesionales participantes por darnos más que información y perspectivas, verdadera fundamentación para el desarrollo y observación del tema estudiado, gracias a todos los que de una u otra manera hicieron parte de este proyecto con sus orientaciones, apoyo y compañía.

Resumen

El presente trabajo surge de un esfuerzo académico, que nació con el fin de profundizar desde las ciencias sociales y humanas la realidad del cáncer de cuello uterino (CaCu), buscando comprender esta patología desde los imaginarios de los varones, por ser ellos los portadores de los brotes 16 y 18¹ del virus del papiloma humano (VPH), los cuales desencadenan el CaCu en las mujeres.

Con el fin de reconocer los saberes, experiencias y significados que tenían ellos sobre el tema, se estableció como objetivo general, “Comprender los imaginarios masculinos que tienen algunos hombres de la ciudad de Medellín, sobre el cáncer de Cuello uterino” Para el logro de este objetivo, se desarrolló una investigación de corte cualitativo, fundamentada en el paradigma interpretativo y fenomenológico, donde por medio de entrevistas en profundidad a ocho hombres escogidos aleatoriamente, y dos entrevistas semiestructuradas a dos profesionales, de las Ciencias sociales y Humanas y la Salud Pública respectivamente, se dio respuesta mediante dos categorías de análisis (Sexualidad y cuerpo), a los objetivos específicos, mismos que se plantearon en clave de, indagar por las concepciones que tenían los varones respecto al CaCu, identificar prácticas de cuidado con relación al desarrollo de su sexualidad y aportar a la cualificación de la intervención profesional con población masculina; remitiéndonos a una realidad concreta referida a su salud sexual y su reproducción.

¹ Por los trabajos recientes de Bosch et al³, se conocen los distintos genotipos del VPH. Un total de 15 fueron clasificados en tipos de alto riesgo oncogénico (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82); 3 de probable alto riesgo oncogénico (26, 53 y 66), y 12 de bajo riesgo oncogénico (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108). Diversos estudios han puesto de manifiesto que ciertos genotipos de VPH, en concreto el 16 y 18, están implicados en la mayoría de las lesiones precancerosas de alto grado y del cáncer cervical; así mismo, el genotipo 16 es el más frecuente entre los de alto riesgo en todo el mundo, variando su prevalencia en mujeres con citología normal entre el 43,9% en Filipinas hasta el 72,4% en Marruecos; en cuanto al genotipo 18, se encuentra en el 4,4% de las mujeres en Colombia y hasta el 27,9% en Filipinas. (Chacón, Sanz, Dolores, Morena, Díaz, Mateos & Baquero, 2006, p.311).

Así pues, los hallazgos arrojados por este proceso fueron: Que la cultura y las construcciones del entorno social en el cual habitan los sujetos (Medellín), inciden de manera directa en como ellos conciben, el CaCu, su sexualidad, sus cuerpos y su cuidado; que al centrarnos en un enfoque de género para el análisis de la salud y el cuidado, la teoría existente resulta reducida en la vinculación masculina, mientras existe abundante material que analiza las condiciones y/o situaciones femeninas; que la salud sexual y reproductiva es entendida por los varones como el equivalente a la reproducción, lo que se debe a que cultural y socialmente se encuentra instaurado un modelo en salud en el que prima la salud femenina que además se orienta a la planificación familiar; que la concepción de sexualidad y las prácticas de cuidado desarrolladas por los varones entorno a esta, se encuentran influenciadas por las relaciones de género dentro de un modelo patriarcal por lo que su masculinidad es entendida desde los estereotipos sociales, lo cual transversaliza su concepción de sexualidad e incide en las prácticas sexuales que desarrollan con sus parejas, y finalmente que los varones conciben el CaCu, como algo meramente femenino.

Palabras clave: Varones, masculinidad, sexualidad, estereotipos, cuerpo, CaCu, prácticas.

Summary

The present work arises from an academic effort, which was born with the aim of deepening the reality of cervical cancer (CaCu) from the social and human sciences, seeking to understand this pathology from the male imaginaries, as they are the carriers of outbreaks 16 and 18² of human papilloma virus (HPV), which trigger CaCu in women.

In order to recognize the knowledge, experiences and meanings that they had on the subject, it was established as a general objective, "To understand the masculine imaginaries that some men from the city of Medellin have, about cervical cancer" For the achievement of this objective, a qualitative research was developed, based on the interpretive and phenomenological paradigm, where by means of in-depth interviews with eight randomly chosen men, and two semi-structured interviews with two professionals, from the Social and Human Sciences and Public Health respectively, there was response through two categories of analysis (Sexuality and body), the specific objectives, which were raised in order to investigate the conceptions that males had with respect to CaCu, identify care practices in relation to the development of their sexuality and contribute to the qualification of professional intervention with male population; referring to a specific reality referring to their sexual health and reproduction.

² Due to recent work by Bosch et al⁵, the different genotypes of HPV are known. A total of 15 were classified into types of high oncogenic risk (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 and 82); 3 of probable high oncogenic risk (26, 53 and 66), and 12 of low oncogenic risk (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 and CP6108). Several studies have shown that certain HPV genotypes, specifically 16 and 18, are implicated in most high-grade precancerous lesions and cervical cancer; Likewise, genotype 16 is the most frequent among high-risk individuals worldwide, its prevalence varying in women with normal cytology ranging from 43.9% in the Philippines to 72.4% in Morocco; as for genotype 18, it is found in 4.4% of women in Colombia and up to 27.9% in the Philippines. (Chacón, Sanz, Dolores, Morena, Díaz, Mateos & Baquero, 2006, p.311).

Thus, the findings thrown by this process were: That the culture and constructions of the social environment in which the subjects live (Medellin), directly affect how they conceive, the CaCu, their sexuality, their bodies and their care ; that by focusing on a gender approach to the analysis of health and care, the existing theory is reduced in male bonding, while there is abundant material that analyzes the conditions and / or female situations; that sexual and reproductive health is understood by men as the equivalent of reproduction, which is due to the fact that culturally and socially a health model is established, in which female health is the priority and is also oriented towards family planning; that the conception of sexuality and the care practices developed by men around it, are influenced by gender relations within a patriarchal model so that their masculinity is understood from the social stereotypes, which translates their conception of sexuality and it affects the sexual practices that they develop with their partners, and finally that the males conceive the CaCu, as something purely feminine.

Keywords: Males, masculinity, sexuality, stereotypes, body, CaCu, practices.

Contenido

Introducción.....	2
Capítulo 1: Marco contextual.....	4
Características de Ciudad y abordajes de salud pública.....	5
Una cuestión que atañe al género.....	9
Capítulo 2: Retrospectiva, memorias del proceso.....	14
El problema, visualizando el camino.....	17
El equipaje seleccionado.....	36
Preparando la llegada (criterios previos al campo).....	38
La llegada, campo.....	40
Recogiendo la experiencia, registro sistematización, procesamiento y análisis de la información.....	43
Lo ineludible; Criterios éticos de la investigación.....	45
Sobre los compromisos.....	47
Capítulo 3: Despojando de concepciones los cuerpos masculinos.....	48
La salud sexual y reproductiva. Una estrategia educativa orientada a la prevención y no a la promoción.....	53
Capítulo 4: Masculinidad hegemónica y estereotipos, factores que determinan las prácticas cotidianas y sexuales de los varones.....	62
Práctico lo que veo y reprimo lo que siento, legitimaciones socioculturales alrededor de la sexualidad masculina.....	65
“Todo entra por los ojos”, Criterios de selección y prácticas de conquista en los varones.....	70
Prácticas sexuales de pareja, el voto de confianza y la salud sexual, desde la perspectiva masculina.....	78
Capítulo 5: Profundizando en los imaginarios masculinos, conclusiones y recomendaciones.....	86
El CaCu no se desarrolla en la próstata.....	86
EL patriarcado: Eterno maestro de la cultura.....	88
La mujer: Perpetua hipocondriaca del modelo de atención en salud.....	92
Recomendaciones.....	95
Educar:.....	95
Apelar:.....	96
Proponer:.....	97
Referencias bibliográficas.....	98
Anexos.....	107
Anexo N ° 1. Guía Entrevista en profundidad.....	107
Anexo N° 2. Guía Entrevista Semiestructurada.....	108
Anexo N° 3. Consentimiento informado.....	109

“La alegría no llega sólo con el encuentro de lo hallado, sino que forma parte del proceso de búsqueda. Y enseñar y aprender no se pueden dar fuera de ese proceso de búsqueda”

Paulo Freire

Introducción

Partiendo de la premisa de que tanto hombres como mujeres deben ser veedores de su salud y cuidado, surgió el interés por comprender los imaginarios masculinos sobre el Cáncer Cérvico Uterino CaCu, (enfermedad que según Profamilia (2017), se presenta en mujeres cuando hay un crecimiento desmedido de las células del cuello uterino, transformándolas en malignas, misma que se considera la primera causa de muerte por cáncer de mujeres en Colombia y la cuarta en el mundo).

Si bien las afectadas directas por la enfermedad son las mujeres, el interés que dio pie a la investigación, fue buscar un mayor acercamiento a las concepciones masculinas sobre el tema, intentando conocer de primera mano la perspectiva de ellos al respecto para saber cómo entendían la enfermedad y de qué manera identificaban su papel de hombres con relación a la misma.

Para dar inicio a la búsqueda investigativa se realizó una revisión bibliográfica, en la que se encontró un gran vacío respecto a la vinculación de ellos con temas de salud y cuidado, por lo que consideró necesaria la construcción de un proceso que resaltara el papel masculino sin desconocer el femenino, entendiendo que el cáncer de cuello uterino por ser una infección de transmisión sexual (ITS), compete a ambos géneros vinculándoles de manera directa; al varón por ser quien porta el virus del papiloma humano (VPH), y a la mujer por ser quien desarrolla la enfermedad del CaCu.

De esta manera se desarrolló un proceso en el que participaron 10 varones de diferentes edades y profesiones, dando cuenta de sus imaginarios sobre el tema; es necesario resaltar que el acercamiento a la concepción masculina se convirtió en un tema de equidad y reconocimiento de

derechos sexuales y reproductivos sin importar el género, pues tanto hombres como mujeres son portadores de derechos, con los cuales pueden transformar su realidad si los ejercen de la manera adecuada

Así pues la presente investigación procuró contribuir académicamente, ampliando el marco de referencia sobre el tema desde una perspectiva social y comprensiva.

Capítulo 1: Marco contextual.

Hablar de Cáncer de cuello uterino (CaCu), resulta ser y convertirse en un tema de gran responsabilidad por la trascendencia que adquiere este cuando es detectado en una mujer, más allá de ser un asunto referente al área de la salud, obtiene connotaciones que se salen de su ámbito “natural” de estudio, dado que desde el vientre tanto hombres como mujeres, adquieren vínculos sociales que conllevan una vida construida con base en un contexto lleno de colectivos humanos por los cuales transitan en el transcurrir de su vida, haciendo que tras el posible riesgo de deterioro de la salud de una persona, no solo haya un afectado directo, sino un sin número de implicados indirectos, como el núcleo familiar y social más exactamente, mismos, que pueden ayudar a minimizar o agudizar los factores de riesgo causantes de diversas enfermedades. Hablando específicamente del CaCu, un padecimiento biológicamente femenino, y teniendo en cuenta lo escrito previamente, cabe destacar que es un asunto de corresponsabilidad entre hombres y mujeres, donde no solo se debe hablar de ellas con relación a su cuerpo, su sexualidad y su cuidado, sino que es necesario vincular a los varones dado que ellos también son responsables de la salud de sus parejas en torno a la prevención de la enfermedad mediante el cuidado de su sexualidad.

Con el fin de indagar por los varones, su masculinidad y su relación con el CaCu, desde el trabajo social nos interesamos por temas vinculados a la salud pública, por lo que emerge la necesidad de preguntarse por asuntos contextuales, que permitan identificar dinámicas que pueden ir en pro o en contra de la participación de los sujetos de esta investigación, dinámicas ubicadas en un tiempo y espacio particulares que pueden incidir en el nivel de interés que tengan los hombres sobre el tema, es por esto, que a continuación, se da

cuenta de asuntos que posibilitan la identificación del objeto de estudio y del medio o contexto en el que el mismo se desarrolla.

Características de Ciudad y abordajes de salud pública

Todo fenómeno social está dotado de particularidades que están lejos de ser simples caprichos, esto debido a que toda característica de vida obedece a un entorno establecido, modificado y en constante movimiento. Indagar por los imaginarios masculinos acerca del Cáncer de Cuello Uterino, en adelante CaCu, resultaría totalmente diferente dependiendo respectivamente de los sujetos y de su lugar de origen, pues es el contexto el que construye y orienta lo que los individuos consideran como la manera adecuada de vivir sus vidas, así pues, es de total pertinencia hablar del contexto de Medellín, ya que esta es la ciudad de origen de los participantes seleccionados para esta investigación, lo que se desarrolla a continuación.

Medellín, capital Antioqueña, es la segunda ciudad de Colombia a nivel económico y poblacional en la actualidad, al contar con 2.486.723 habitantes, de los cuales el 47.1% son hombres y el 52.9% son mujeres. Hoy por hoy es importante destacar la disminución de nacimientos, pues según la gobernación de Antioquia para el año 2017 se registraron tan solo 28.284 nacidos vivos, divididos en 51.1% hombres y 48.9% mujeres, en comparación con años anteriores, como por ejemplo el año 2007, 10 años atrás, donde se reportaron 33.781 nacidos vivos, esta disminución favorece el crecimiento de la ciudad, ya que esto va en vía del desarrollo social y económico que quiere alcanzar la metrópoli, debido a que repercute en la disminución del índice de pobreza, lo que ha hecho que Medellín sea catalogada como una de las mejores ciudades del país y sea pionera en la batalla contra la pobreza y la desigualdad. (Gobernación de Antioquia, 2017).

Lo ya mencionado, no indica que la “Tacita de plata”, como también es conocida, haya tenido un comienzo fácil, pues fueron dinámicas orientadas a la búsqueda de oportunidades, las que hicieron habitar estas tierras de gente pujante. Entonces, se puede decir, que la capital surge como causa de la necesidad de quienes llegaban por el crecimiento industrial y económico, la búsqueda de oportunidades y resguardo de la violencia que fueron las principales motivaciones para que se generara la migración de la población rural y campesina a la ciudad de Medellín en el transcurso de los siglos XIX y XX, lo que hizo ahondar en el fortalecimiento de programas sociales, de salud y educación, debido a las características en común que acompañaban a la población que llegaba. Es también, a partir del siglo XIX, que Medellín comienza a ser reconocida por su catolicismo y su cultura conservadora, lo que tuvo gran influencia en los procesos de relación que tejieron los paisas en cuanto al papel que desempeñan hombres y mujeres en la sociedad, por lo cual a los hombres se les atribuyó trabajos pesados y su vida estaba mayormente por fuera de la casa mientras que las mujeres se concentraron en el cuidado del hogar y la crianza de los hijos, para este tiempo, dada la densa llegada de campesinos y los crecientes índices de natalidad (de los cuales para el momento no se tenían cifras exactas), se pone sobre la mesa, el tema de la planificación familiar y surgen programas, que no solo buscaban el control de la procreación, sino también el cuidado de la salud femenina, pues fue a ellas a quienes desde ese momento se les atribuyó cuidar la salud sexual y reproductiva no solo propia sino también de sus parejas (Alcaldía de Medellín, 2016)

Por otro lado, uno de los mayores intereses para esta indagación es revisar qué pasa en la ciudad con temas que competen a la salud pública, por lo que indagando se pudo encontrar que la Secretaria de salud de Medellín, 2017, presenta el trabajo con la ciudadanía como estrategia, que permita a los mismos evitar enfermedades por medio de hábitos de vida

saludable, donde uno de los focos centrales es posicionar los chequeos médicos preventivos y no por deterioro de la salud. Con el fin de dar cumplimiento a esto, en Medellín se promueve la adopción de siete hábitos que puedan evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra el cáncer; Estos hábitos son: Cuidado de la salud mental, promoción de espacios libres de humo, reducción del consumo de alcohol, sexualidad responsable y con sentido, cuidado de la salud bucal, consumo de frutas y verduras y actividad física.

Para adelantar estas labores, la ciudad hizo 260 alianzas con instituciones público privadas, buscando beneficios para cerca de 225.000 ciudadanos, acciones que incluyeron movilizaciones y educación en las comunas, empresas y entidades aliadas en la capital. Otras gestiones destacadas en Salud pública, muestran la capacitación de 480 mujeres en la prevención del consumo, 140 jornadas saludables para grupos poblacionales diversos (reclusos, comunidades indígenas, LGBTI, entre otros), la entrega de 1,5 millones de preservativos en puntos de dispensación en 48 lugares de la ciudad, la habilitación de 120 puntos de vacunación y la capacitación de 1.960 profesionales de salud en modalidad virtual y presencial.

Mientras que para el 2017, la secretaria de salud tuvo un presupuesto de 792.980 millones de pesos para la inversión en Salud pública y otros aspectos, de los cuales ejecutó 772.787, equivalentes al 97,4%. A diferencia del año en curso en el que se tiene un rubro asignado de 593.832 millones de pesos, los cuales se pueden acrecentar con recursos de la Nación y otras fuentes de financiación. (El tiempo, 2018)

Si bien en la ciudad se están trabajando estos asuntos, cabe decir que la Salud pública, que está relacionada con la salud sexual y reproductiva, siempre se enfrentará a otros aspectos de la cotidianidad, los cuales son cambiantes y pueden interferir en el goce del bienestar de los sujetos, a esto se puede añadir lo que la Alcaldía de Medellín, (2016), indica sobre el asunto:

Los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital. (p. 58).

Centrándonos en la salud sexual y reproductiva, la estrategia marcha, por parte del sector educativo, con la implementación de espacios donde se aborden contenidos de salud, que beneficien la vivencia de una sexualidad responsable, dentro de lo que se contemplan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), a las cuales se les hace un seguimiento constante, en ese seguimiento se encuentra, según el Plan Territorial de salud 2016-2019, que las infecciones de trasmisión sexual se registraron con más frecuencia en las comunas: Manrique. (3), San Javier 5. (13), Villa Hermosa. (8), Robledo. (7), Doce de Octubre. (6), Aranjuez. (4), Popular. (1), en la que priman, la Sífilis, Gonorrea, VIH (Sida), Herpes genital y Virus del Papiloma Humano (VPH), causante del Cáncer de cuello uterino, al enfocarnos en este y sus dinámicas en la ciudad se encuentra que, en el año 2014, la tasa de mortalidad por esta enfermedad fue de 11,3 por 100.000 mujeres, de lo que se podría decir que hay una tendencia

al incremento de la mortalidad por este padecimiento. Como factores de riesgo se cuentan varios, los más influyentes serían, la educación para la identificación temprana, el reconocimiento de señales de peligro, el acceso a los servicios de tamizaje, todo esto, para lograr un diagnóstico temprano de la enfermedad en las Medellínenses. (Alcaldía de Medellín, 2016).

Para finalizar esta breve contextualización y en concordancia con el tema, podemos decir que, en asuntos de salud Pública, Medellín se plantea como reto más próximo a resolver, la terminación del diseño del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Redes Integrales de Atención (RIAS) (El Tiempo, 2018); con el fin de mejorar el acceso a la salud, por ende, la calidad de vida de los paisas.

Una cuestión que atañe al género.

Con referencia a lo mencionado en el apartado anterior, es claro que no es posible comprender las masculinidades al margen de los procesos políticos, económicos y sociales que atraviesan su estructura de formación, por esto, se plantea este apartado con el fin de enfatizar que las masculinidades son contextuales y que se construyen de acuerdo a un determinado espacio y tiempo, cabe recordar, que no se trata solo del ahora, pues las trayectorias históricas también influyen en la formación de los distintos universos socioculturales.

Las últimas dos décadas han sido etapas de grandes cambios para la ciudad de Medellín, donde se destacan por ejemplo, los cambios que la metrópoli ha tenido a nivel global en sus orientaciones políticas y económicas, pues estas, se han vuelto más globalizadas y neoliberales, hecho que posiciona a Medellín como referente, a nivel de país, y que tiene un efecto en las relaciones de género, pues los últimos años, han sido decisivos en lo que a

políticas públicas enfocadas en el género se refiere, trayendo a colación temas como: violencia contra la mujeres, equidad de género, respeto por la diferencia e inclusión y otros. Aunque falta mucho por trabajar cobra importancia el hecho de que este tipo de asuntos salgan a flote.

Lo dicho anteriormente obtiene protagonismo, debido a que Medellín ha sido considerada como una ciudad de tradiciones conservadoras y religiosas, específicamente católicas, entonces es de resaltar, que poco a poco se haya ido instalando la idea de respeto e inclusión en temas de género. Aunque esto se puede tomar como un proceso en evolución por estar respaldado por la ley, no implica necesariamente transformaciones en las dinámicas de los Medellínenses, sino que ha funcionado como algo que se respeta porque puede ser ilegal, lo que lo convierte, en un asunto más legitimado por respeto a la autoridad, que por un cambio social verdadero, así encontramos que no está bien visto que un marido golpee a su mujer, o que diga en público que la cocina es solo para mujeres y que no es un lugar para machos, o que hayan comportamientos homofóbicos, entre otros escenarios más (Muñoz, 2015); pese a esto, estas situaciones siguen ocurriendo, pues la deslegitimación de dichas acciones no transversalizan la cotidianidad de los habitantes de la urbe, quienes pueden seguir reproduciendo una cultura machista en representaciones que se transforman pero que terminan haciendo alusión al mismo sistema.

Por otro lado, al hablar de sucesos que intervinieron en las dinámicas de género en Medellín, puede decirse que, el proceso histórico que más interfirió en las mismas, fue la época de violencia, y particularmente de narcotráfico que tuvieron espacio en la ciudad. Aquí se identifican tres momentos cruciales, el primero, muestra un municipio en transformación, de pequeña urbe a una metrópoli mucho más industrializada, con la presencia de familias provenientes de la ruralidad, esto antes de la explosión del

narcotráfico. El segundo, los Medellínenses que recibieron una educación bajo parámetros, conservadores y religiosos. Después, y como tercer momento, vienen cambios con la llegada del narcotráfico, que tuvieron implicaciones en la vida de los y las jóvenes, en especial para los varones, quienes se involucraban en estas dinámicas al ser formados en una cultura con marcados elementos idiosincráticos machistas, y que tiene una fuerte insistencia por la “verraquera”, que hace referencia a que el paisa es capaz de ganarse la vida a pesar de las dificultades, y el “nunca vararse”, que se refiere al poder garantizar por parte del hombre el bienestar propio y de su familia, económicamente hablando, discurso que marcó la idea de que el hombre debía cumplir con su papel de macho proveedor y trabajador, sin importar de donde salieran los recursos, a esto hay que agregarle la falta de oportunidades que habían en el momento. Referente a esto, Muñoz dice:

La mayoría podía aspirar, a menos que lograra un título universitario, a ser un obrero o algún pequeño cargo de tipo administrativo que le podría garantizar, quizá cierta seguridad de vida, pero no un nivel de vida precisamente alto. La educación universitaria no se constituía en esa idiosincrasia como una necesidad mayor, especialmente por la inversión en dinero y tiempo que requeriría y que terminaría aplazando la posibilidad de estabilidad económica. (Muñoz, 2015. p. 132).

Lo anterior, aportó al crecimiento de las dinámicas de violencia nacientes en la ciudad, pues si bien, esto no era una invitación al crimen, dichos sucesos, terminaron configurando una serie de posibilidades y condiciones para que la promesa del desarrollo económico del narcotráfico, tuviera un impacto irreversible, tanto, para la ciudad, como para lo que significaba ser hombre y ser mujer. A esto se le suma la influencia mediática que se encargó

de masificar lo sucedido en años anteriores por medio de producciones que hacen referencia al narcotráfico.

Todos estos sucesos crearon perfiles según cada género, por una parte, el hombre se consideró como dueño de todo, hasta de la vida, teniendo una presión social hacia la violencia, una sobrevaloración de su fuerza, la necesidad constante de demostrar su hombría, etc... Las mujeres, por su parte, se enfocaron en encajar en los parámetros establecidos para ellas, llegar a ser voluptuosas, sumisas, ya que la mejor forma de vida sería pertenecerle al mejor postor. (Muñoz, 2015), lo cual incrementó la diferenciación en las labores, y el reconocimiento de unos y otros en distintos campos, para este caso el de la salud, donde se ubicó a la mujer, asignándole las labores referidas al cuidado, incluso, de los hombres, quienes quedaron por fuera de asuntos de su interés pues tienen que ver con sus derechos, su salud y su vida misma.

Así pues, en el imaginario masculino paisa, se perpetuó la idea de que ser hombre es equivalente a contar con características asociadas a lo inquebrantable y exitoso, características como: fuerza, carácter, dinero, valentía y egoísmo, son algunas de las virtudes que tiene un verdadero varón. Adicional a esto, a los hombres se les asignó el sostenimiento económico del hogar, por lo que le correspondió salir de la casa para cumplir con este deber, haciéndolos dueños del espacio público, convirtiéndolos en seres sociales y de círculos de amigos por naturaleza, en lo referido a su salud y la de su círculo más cercano, ellos no interfieren, pues en su imaginario, quienes cuidan de ellos y su familia es la mujer, representada en diferentes figuras: la mamá, la novia, la esposa, entre otras.

Siglos de una tradición cultural patriarcal, convierten al hombre, en un ser que entiende su salud sexual y reproductiva desde el estereotipo de macho, que a más mujeres y mayores

encuentros sexuales se siente más masculino, desdibujando los riesgos que este panorama puede implicar en su salud.

Capítulo 2: Retrospectiva, memorias del proceso.

Al iniciar esta investigación, se presentaron varios interrogantes con relación a las masculinidades y su sexualidad, sin embargo, luego de un proceso reflexivo sobre lo que se quería conocer realmente, se consideraron diferentes opciones y se visualizaron posibles temas que orientaran la indagación, reflexión que dio como resultado, la inquietud por conocer la perspectiva masculina en un tema de sexualidad que según lo supuesto se entendía meramente desde lo femenino, dicho tema fue entonces el cáncer Cérvico Uterino, por lo cual, este estudio se orientó a conocer lo que los varones pensaban y entendían del mismo, dado que se consideró importante la relación directa del VPH portado por los hombres con el CaCu desarrollado en las mujeres, de esta manera se buscó conocer cuáles son los imaginarios masculinos sobre el CaCu, para comprender su visión del mismo en relación con su sexualidad, en clave de construir conocimiento que fuese aportante a la cualificación de la intervención desde Trabajo Social en el área de la salud pública, desde una perspectiva relacional de género en el que se incluyeran de manera más proactiva a los varones, por esto, se optó por un proceso participativo de construcción conjunta, desde la realidad y la cotidianidad de los sujetos, enfatizando el pensamiento crítico, la reflexión constante en torno al tema de investigación como al proceso en sí mismo, y la autorreflexión de las investigadoras en el trabajo desempeñado.

Así mismo, se estimó importante la vinculación de profesionales del área de la salud y de las Ciencias Sociales y Humanas en la investigación, buscando obtener una visión integral que generara mayor conocimiento y apropiación del tema indagado, a través del reconocimiento de puntos de encuentro y desencuentro en el saber de ambas ciencias, para relacionarlos con la visión de los varones participantes, pues si bien el CaCu obedece al área de la salud por ser una enfermedad de salud pública, también compete de manera directa al

área de lo social, puesto que esta enfermedad surge de la relación de varones y mujeres en el acto sexual, y este a su vez, se da inicialmente por la interacción social entre los mismos, lo que da pie para el interés de las ciencias sociales y humanas ya que las mismas se enfocan en el estudio de las relaciones de los sujetos y su entorno social, la organización y el comportamiento de los individuos y las causales de dichos comportamientos en situaciones específicas que se relacionan con factores, culturales, económicos, sociales, familiares, etc. Todo esto con la intención de potenciar el desarrollo de los sujetos para la superación de diferentes situaciones problemáticas, podría decirse entonces, que las relaciones son el eje de lo social.

En este sentido, para este estudio se reconoce a los varones participantes como seres sociales, culturales y políticos, que cuentan con particularidades tanto en sus historias de vida como en sus condiciones contextuales y formas de ver, entender y relacionarse con la realidad de este padecimiento y a su vez con la sexualidad, con sus cuerpos y con su cuidado. Por lo anterior, esta investigación se concentró en conocer el tema de primera mano, es decir, de quienes viven y/o se relacionan con la realidad del mismo de una u otra manera, para este caso, varones jóvenes adultos y profesionales, los unos por ser portadores del virus causante del CaCu, y los otros por ser quienes tratan las causas biológicas y sociales del mismo, ya que si bien son las mujeres quienes padecen la enfermedad, el vincular la perspectiva de los varones en el tema, permite entenderlo más allá del padecimiento, observando las prácticas sexuales alrededor del mismo y también los procesos, programas e intervenciones que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, buscando de esta manera velar por los derechos tanto de hombres como de mujeres, para lograr procesos de salud más equitativos en los cuales el género no se convierta en sinónimo de desconocimiento, por la distribución de

información y el acceso a distintos programas que favorecen más a unos que a otros, es decir optando por la equidad, pues como lo menciona Muñoz, (2006):

La equidad de género debe partir de la distribución y acceso a los recursos (tecnológicos, financieros, humanos) según las necesidades particulares de cada sexo y una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres en la gestión, la toma de decisiones y las acciones en salud. (p.8)

De esta manera, la investigación fue considerada como pertinente, debido a la intención de apelar a esos procesos de equidad de género a los que se refiere la autora, en los cuales, tanto hombres como mujeres puedan contar con las condiciones necesarias para el desarrollo pleno de su sexualidad, fundamentados en la información adecuada, que les permita desarrollar prácticas de cuidado que los lleve desde su cotidianidad, a velar por su salud sexual y reproductiva y a ser conscientes de su participación en el cuidado de su pareja sexual.

Otro factor que se tuvo en cuenta para el desarrollo de este proceso, fue la viabilidad, encontrando que sí era posible debido a la relación de los procesos de salud pública con los procesos sociales, en cuanto a esto se analizó dicha relación observando que esta se da de manera directa, ya que como lo mencionan Morales, Borde, Eslava & Sánchez, (2013). “La salud enfermedad debe entenderse como un proceso dialectico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina” (p.1), esto haciendo referencia a la determinación social de la salud, la cual incluye en el estudio de la salud y la enfermedad dimensiones como la política, la económica, la social, la cultural y la ambiental.

Así mismo, el enfoque cualitativo en la investigación, posibilitó ampliamente el acercamiento a los sujetos, por lo que se fundamentó dicho acercamiento en el principio de

confidencialidad y respeto con los participantes, propiciando las relaciones dialécticas y reconocimiento de los saberes y derechos del otro, también se consideró la factibilidad de la indagación, y se encontró que se contaba con los recursos económicos, académicos, humanos y la disponibilidad de tiempo necesarios para el correcto desarrollo del ejercicio investigativo.

El problema, visualizando el camino.

Desde civilizaciones antiguas, la humanidad experimentó y padeció diversas enfermedades que se atribuían a distintas causas, como las fuerzas sobrenaturales, la voluntad de dioses o el castigo divino, esto se daba de acuerdo al momento histórico, las creencias y las construcciones culturales, que se fueron transformando a través del tiempo.

En el antiguo Egipto, por ejemplo, los médicos buscaban dar respuesta y nombre a los padecimientos y enfermedades que desarrollaban las personas, realizando estudios que se especializaban en el tratamiento de la enfermedad a través de curas como los rezos, curaciones con plantas e incluso la hechicería, de allí surgió la especialización en diferentes enfermedades existentes para entonces, sin embargo, hasta ese momento no se daban especialidades o curaciones que se relacionaran con algún tipo de cáncer o con las lesiones causadas por este, aunque al revisar la literatura médica se encontraron registros antiguos de la existencia del cáncer, esbozados en el papiro médico de Ebers (1500 a.C) y el papiro de Edwin Smith (1600 a.C), documentos en los cuales se reconocen lesiones ulcerosas y heridas en la piel que si bien no son nombradas como cáncer, debido a que etimológicamente la palabra no existía para la época, en la traducción posterior del siglo XIX, realizada por médicos orientales estas se identificaron como tumores y/o cáncer (Graña, 2015).

Posteriormente para el siglo IV a.C, Hipócrates en la teoría humoral,³ reveló el origen etimológico de la palabra cáncer, mencionando en el “Corpus Hippocraticum” lesiones ulcerosas y duras que se desarrollaban progresivamente y se extendían por los tejidos asimilando las patas de un cangrejo, a lo que llamó *καρκίνος* “karkinos”, significado técnico de la palabra griega cangrejo, con lo que se asemejaba la extensión de las lesiones en los tejidos. Luego, esta palabra se tradujo al latín como el nombre del animal e incluyendo la referencia a la úlcera maligna, esta comprensión se replicó para la traducción en castellano, aunque para este momento ya no se entendía meramente como la referencia a una úlcera maligna, sino como el término médico para referirse a una enfermedad específica, lo que podía considerarse un gran avance para la identificación y reconocimiento del cáncer como tal, posteriormente, en la época del medioevo, la oleada del cristianismo en Europa generó un alejamiento del naturalismo científico griego, por lo que el rastro del tratamiento y mención al cáncer en este momento histórico Europeo es inexistente, asunto completamente distinto para los árabes, quienes se acogieron a la medicina griega y se enfocaron en la teoría humoral, la que consistía en expulsar el “humor” alterado o corrupto del organismo, en este proceso iniciaron la cauterización con fuego y la sangría para el *zaratán*⁴.

Para la época del renacimiento se dio un regreso a las fuentes de la medicina griega y a sus prácticas, lo que no representó cambios significativos en el tratamiento del cáncer, pues este, continuaba tratándose a través de medidas aplicadas al desorden humoral y cuando se evidenciaban lesiones externas se cauterizaban con hierro caliente. (Salaverry, 2013).

³ La teoría humoral o de los líquidos del cuerpo de hipócrates, afirma que la salud del hombre depende del equilibrio entre los cuatro líquidos o humores que lo conforman: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. (Cerro, s. f).

⁴ cáncer como enfermedad y término que define al animal (Salaverry, 2013), esta era la forma conceptual de nombrar el cáncer para los árabes.

A partir del renacimiento, según lo muestra la literatura médica, se dieron innumerables esfuerzos realizados en la búsqueda de contrarrestar el cáncer en sus diferentes manifestaciones, desde el movimiento naturalista, la nueva anatomía en el siglo XVIII, el auge que tuvo la cirugía y su tratamiento terapéutico basado en la cauterización en el siglo XIX (Salaverry, 2013), hasta la implementación de la radioterapia y quimioterapia que implicaron un ataque directo a las células cancerosas en el siglo XX.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos mundiales por reducir las tasas de mortalidad causadas por esta enfermedad, para el siglo XXI el cáncer ha llegado a considerarse un problema de salud pública (Graña, 2015), dadas las distintas formas de manifestación que requieren particularidades en el tratamiento, aunque todas estas manifestaciones sean la misma enfermedad...el cáncer.

Una de estas manifestaciones es el CaCu,⁵ del cual no se encontró información histórica relevante, quizá porque el cáncer era considerado históricamente como un solo padecimiento y solo muy contemporáneamente se fueron reconociendo las distintas formas del mismo, por esto se ubicó desde la actualidad, donde se considera una de las principales causas de muerte en mujeres de diferentes países a través del mundo, como en Colombia donde según Pro familia, mueren nueve mujeres por día, debido a este tipo de cáncer una cada tres horas en promedio, siendo la segunda causa de muerte en el país para ellas. En esta misma línea, en el mundo mueren cerca de 270.000 mujeres al año, una cada dos minutos, existiendo más de 1.4 millones diagnosticadas y cerca de 500.000 nuevos casos. (Pro familia, 2017). Lo que ocasionó tratamientos, programas, charlas de promoción y prevención, y jornadas de vacunación como medios a través de los cuales se pudiese curar y prevenir el Cáncer. Sin embargo, estos

⁵ El cáncer cervicouterino, también conocido como cáncer de cuello de la matriz, es un tumor maligno que inicia en el cuello de la matriz y es más frecuente en mujeres mayores de 30 años (IMSS México, 2015).

tratamientos fueron tomados como formas de atacar la enfermedad que sufrían las mujeres, por lo cual estas acciones se orientaron mayormente a la población femenina.

De acuerdo a lo anterior, para el interés investigativo planteado, se priorizó la búsqueda por nuevas formas de entender el CaCu, desligándonos de la visión lineal de la mujer como foco de atención, y de la salud como mera ausencia de la enfermedad, por lo que se puso en el centro a los varones y a su forma de comprender el cáncer, a las maneras en la que desarrollan su cuidado y el de sus parejas, comprendiendo el autocuidado como una forma o expresión de la salud, por esto se buscó tener conocimiento de la relación que hacían los varones de su condición de hombres con una enfermedad cuya construcción histórica, social y cultural se ha asociado solo al sexo femenino, uno de los factores que impulsó mayormente este interés, fue el de interpelar por acciones más vinculantes con los varones en temas de salud sexual y reproductiva, entendiendo que estos tienen una relación directa con el CaCu, por ser portadores del VPH,⁶ sin embargo, en esta investigación optó por ir más allá de la relación biológica entre hombre- mujer- CaCu, para buscar en las concepciones masculinas el modo en el que ellos desarrollan sus prácticas sexuales y los cuidados que tienen no solo con ellos mismos sino con sus parejas a partir de dichas concepciones, pues los sujetos actúan y se relacionan con su realidad partiendo de nociones creadas en la interacción social, cultural y el momento histórico en el cual se encuentran; tal vez esta es la razón por la cual al revisar la historia y la forma de abordar el CaCu en Colombia prima lo femenino, ya que históricamente, no solo en este padecimiento sino todo tema relacionado con la salud se direcciona hacia lo femenino, lo cual

⁶ “Los papilomavirus humanos (VPH) son la causa de la infección vírica más común del tracto reproductivo. La mayoría de las mujeres y los hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento de su vida y algunas personas pueden tener infecciones recurrentes, La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas o pasan desapercibidas, y se resuelven de forma espontánea. Sin embargo, las infecciones persistentes provocadas por determinados tipos de VPH (sobre todo el 16 y el 18) pueden dar lugar a lesiones precancerosas, que, si no se tratan, pueden evolucionar hacia un CCu” (OMS, 2015, párr.4).

ocasionó que los varones hiciesen una construcción distante del reconocimiento de sus propios cuerpos, de su salud y su cuidado, pues no les correspondía si quiera velar por sus padecimientos, ya que cuando estos se enfermaban, eran las madres, hermanas, esposas, u otras figuras femeninas quienes se encargaron en todo momento de atender, porque los varones estaban para labores más importantes que el cuidado, esta mirada patriarcal impactó fuertemente la concepción que ellos hicieron de sí mismos, de sus cuerpos, de su salud, de su forma de relacionarse, expresarse o hablar de ciertos temas, pues incluso en la enfermedad el hombre no debía mostrar debilidad y que como lo menciona el refrán popular “ los hombres no lloran”, por esto la investigación que se presenta se orientó en buscar trascender esta mirada patriarcal, y construir nuevas formas de entender el CaCu, partiendo de ellos, para trabajar conjuntamente en forjar mayor consciencia de la importancia de que los varones se apropien de temas que les permitan apersonarse de su salud.

Contemporáneamente la enfermedad del Cáncer cérvico uterino, fue abordada desde el marco nacional, con la implementación de programas respaldados por políticas públicas (Política de derechos sexuales y reproductivos y política de prestación de servicios de salud), que pusieron como eje central la vinculación de todos los individuos, basándose en el enfoque de derechos y el enfoque de género, que trabaja para que el acceso a la salud se considere como un bien público inherente al ser humano, además de comprender entre otros elementos el respeto a la libertad sexual y de procreación, asegurando la debida información y elementos para que se dé una libre elección en el ámbito de lo sexual, apartándose así de la concepción de lo sexual ceñida sólo a lo reproductivo.(Salles & Tuirán, 2001).

Pese a esto, en el momento en el que se realizó la revisión de distintas fuentes de información sobre el tema, se evidenció que en los programas de promoción y prevención, el enfoque de género obedeció a lo femenino y no a las particularidades de cada género,

desconociendo el derecho y la responsabilidad que tienen también los varones en la salud sexual y reproductiva, y no solo el derecho a la salud sexual y reproductiva como tal, sino también el derecho a la información, a ser tenidos en cuenta y a participar de todo aquello que les permita el desarrollo integral de prácticas de salud y cuidado, pues si bien el CaCu, se genera por el VPH, esta infección de transmisión sexual también los compromete a ellos, además en este mismo orden de ideas es necesario comprender que tanto hombres como mujeres tienen posibilidades de padecer y desarrollar cáncer debido a factores distintos al VPH, factores como la iniciación de relaciones sexuales tempranas, el tabaquismo, la promiscuidad sexual, etc. Pueden generar distintas formas de cáncer, entre ellas el cáncer de ano o cáncer de pene, enfermedades que aunque no se conozcan tan ampliamente como el CaCu, anualmente le quitan la vida a población masculina alrededor del mundo, (OMS, 2014).

Con relación a lo anterior, se encontró que los programas de promoción y prevención tuvieron en cuenta a los hombres básicamente para fomentar el uso del condón como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), sin embargo este método resultó insuficiente, pues, aunque el VPH es una ITS no se previene totalmente con el uso del preservativo y su transmisión no necesita del contacto genital, ya que se puede dar con el simple contacto de la piel en otras partes del cuerpo como los dedos y la boca. Así pues, la notable ausencia masculina en estos programas, permitió cuestionar los parámetros sociales que legitiman la ausencia de unos y otros en temas que nos competen a todos, como lo es el tema de la salud en general y del CaCu en particular.

La omisión de una perspectiva de género integral donde se vinculen tanto a hombres como a mujeres, pueden representar un obstáculo para el desarrollo de los derechos y las responsabilidades masculinas, pues el ser hombres parece condicionar al sujeto y por tanto no se

les ubica en temas que no hagan parte de la “masculinidad hegemónica”⁷ establecida social y culturalmente, la cual decreta la dimensión activa del sujeto, utilizando guías socio históricas, que construyen su masculinidad a partir de parámetros de comportamiento que los definen como hombres, y son precisamente estos parámetros los que determinan el rol de los varones en torno a su salud y su sexualidad (Ramírez, 1998).

Esta investigación propuso por lo tanto un punto de quiebre, con el fin de cuestionar asuntos relacionados con el papel desempeñado por los varones en temas de salud, particularmente su salud sexual y reproductiva, con el fin de conocer a través de ellos y de sus vivencias, cómo conciben su sexualidad, sus cuerpos y que acciones llevan a cabo para su cuidado, partiendo de la concepción de una enfermedad específica, (para este caso el CaCu), con esto se buscó reconocer en ellos los parámetros de comportamiento que permitieran tener claridades sobre distintos asuntos con relación al tema, asuntos como, el papel desempeñado por ellos en su salud sexual y reproductiva, el cuidado que tienen de la misma, la existencia o no de comunicación entre las parejas sobre temas de sexualidad y qué tan asertiva era esta comunicación, también y teniendo en cuenta que el VPH es una ITS, se buscó conocer qué tanta apropiación tienen ellos del condón como método de prevención para las ITS, si saben qué es el VPH y sus consecuencias, y si conocen el cáncer de cuello uterino y el por qué relacionar su salud sexual y reproductiva con este, también se esperó entender qué importancia tiene para los hombres el reconocimiento de la enfermedad y de la repercusión de la misma en sus vidas y las de sus parejas.

⁷ La masculinidad tradicional, llamada más exactamente masculinidad hegemónica (MH), no es solo una manifestación predominante, sino que como tal queda definida como modelo social hegemónico que impone un modo particular de configuración de la subjetividad, la corporalidad, la posición existencial del común de los hombres y de los hombres comunes, e inhibe y anula la jerarquización social de las otras masculinidades, más aún en estos tiempos de globalización homogeneizante donde esta MH también lo es, (Bonino, 2002. p.1).

El abordaje de temas de salud y enfermedad desde las ciencias sociales y humanas, hizo necesario tener en cuenta los procesos culturales y sociales, instaurados por ciertas estructuras e instituciones que atraviesan la vida cotidiana de los sujetos y construyen las diferentes realidades que viven y comparten con otros sujetos, (Salles & Tuirán, 2001). Esto fue necesario, debido a que la forma de atención a la salud de hombres y mujeres, esta dictada por dichas estructuras e instituciones, que finalmente desde su concepción priorizan o no a una población sobre otra dependiendo del tema atendido.

Por otro lado, y como se había mencionado anteriormente, existen roles establecidos socialmente tanto para hombres como para mujeres, lo que da fuerza a estructuras como el patriarcado⁸, sistema de ordenación social, que claramente no interviene solo en el poder público, sino en otras estructuras como la familiar, lo individual y lo colectivo de hombres y mujeres, lo que se relaciona con el papel que se le da a unos y otros socialmente en el ámbito de la salud, papel que es otorgado a cada uno de los géneros atravesado por un contexto que les ubica y les permite actuar en el mundo, dotándoles de símbolos y significados, hecho que les define y orienta sus patrones de comportamiento, de esta manera, el papel de los varones en la salud tiene una configuración socio-cultural y un modelo ideológico hegemónico, que legitima los saberes y acuerdos comunes en la acción comunicativa de los individuos (Postigo, 2001). Aunque en medio de una realidad cambiante lo masculino se ha ido reconfigurando continuamente, en dirección a un pensamiento más holístico, donde la ética del cuidado se proyecta como un asunto de corresponsabilidad, lo que posibilita entender que no hay acciones auto referidas y que toda

⁸ PATRIARCADO: “Etimológicamente significa gobierno de padres lo que puede indicar el establecimiento de una organización un control social donde el hombre tiene la autoridad otorgada por su virtud de masculinidad. Esta concepción ha convertido en un modo cultural encaminar las acciones y los pensamientos de la sociedad hacia lo viril, el patriarcado se estipula como algo “natural” y por ende aceptable en cada comunidad” (Osorno; Restrepo; Sanchez; Tórres, 2011.p. 10)

acción realizada afectará en el bienestar o malestar de quienes nos rodean. (Figuroa & Flórez, 2012).

En la indagación que se realizó, se evidenció un gran vacío teórico sobre la participación de los varones en temas relacionados con el CaCu y en su vinculación a los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, este tema según los resultados de la búsqueda bibliográfica, se centró en la mujer como foco de atención de la enfermedad y en la citología como principal herramienta de prevención de la misma, por otra parte, aunque se encontró que la promoción es un tema presente en la “Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos” el objetivo de esta se centró mayormente en el goce de la sexualidad y en el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de manera equitativa, libre e igualitaria; dejando de lado el reconocimiento del cuerpo y el autocuidado como prácticas que promueven y mantienen la salud, de esta manera es notorio que los conceptos e imaginarios sociales desde donde se piensa el asunto, van en la misma dirección, ignorando la necesidad de medidas que no solo partan desde la prevención de la enfermedad, sino que se direccionen al alcance del bienestar, a partir de acciones autónomas y responsables sobre la sexualidad.

Ejemplo de lo anterior, es que en Colombia culturalmente hombres y mujeres piensen que el cuidado de la vida sexual y reproductiva no va más allá de la prevención de un posible embarazo no deseado, lo que se transformó en una de las principales motivaciones, por no decir la única, que impulsa el uso de métodos anticonceptivos, como el condón, siendo este último el método anticonceptivo por excelencia, puesto que aparte de prevenir embarazos también previene distintas ITS, algunas que llegaron a ser de conocimiento “popular” por su alta promulgación en los distintos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como el VIH(Sida), la gonorrea, sífilis, herpes genital, y otras que aunque están presentes y latentes como amenaza no resuenan tanto en el medio, este es el caso VPH, del cual se habla pero no se

muestra de tal forma que quede clara la relación que tiene este con el desarrollo del CaCu. Fue precisamente este hallazgo lo que alimentó el interés de profundizar en el conocimiento de los varones y su papel respecto al CaCu, por lo cual se ahondó en algunas tendencias encontradas relacionadas con el tema como, *Masculinidades, CaCu, sexualidad, salud sexual y reproductiva, salud pública y Trabajo social*.

En la tendencia de *masculinidades* se encontraron estudios académicos latinoamericanos desde principios de los noventas, el auge de este tema fue catalogado como una “producción teórica emergente” (Ramírez, 1998). La construcción de nuevas masculinidades se dio a partir de avances obtenidos por las teorías feministas, sin dejar de reconocer el protagonismo de algunos hombres en el escenario de un cambio sociocultural; sin embargo en el seguimiento del tema en pro de conocer más sobre masculinidades, se encontró un balance poco alentador, en cuanto al interés de incluirlos en temas de cuidados de la salud, lo más cercano a la construcción de identidades masculinas desde este ámbito, hacían referencia a asuntos como; la formación que obtienen los hombres a partir del desarrollo de su sexualidad y la relación de esto con el análisis del poder, la reconfiguración de las masculinidades, el significado de ello y sus implicaciones en la socialización de nuevas identidades; la crítica al sistema patriarcal aceptado como estereotipo estándar a seguir; el hombre como un instrumento de la guerra, identidades que se erigen a partir de todas las manifestaciones de violencia y finalmente las homosexualidades masculinas.

De acuerdo a esto, se concluyó que existe una preferencia en las indagaciones por los estudios que se preguntan por el patriarcado, sentando posturas críticas hacia este como modelo a seguir, y centrados en esa crítica con el fin de romper la reproducción de lo mismo, surgieron también estudios en torno a la defensa de los derechos de los hombres, de su libertad de escoger su preferencia sexual, y replanteando la masculinidad en la búsqueda de un trato igualitario para ambos sexos, en este sentido, destacaron estudios como: “Hombres, masculinidades y

homofobia: apuntes para la reflexión desde lo conceptual y de lo político”, (Nascimento, 2014), “Masculinidad Hegemónica e identidad masculina”. (Méndez, 2002), “Hacerse hombre. La construcción de masculinidades desde las subjetividades: un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos” (Muñoz, 2015).

En esta misma línea destacaron algunos estudios y artículos realizados por Muñoz, N, en torno a la salud y el cuidado de los varones, los mismos fueron: “Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios” (2006), “ Apuntes para el debate sobre el cuidado de sí en la salud masculina como construcción sociocultural (2010) y “Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico (2012), estos, marcaron una diferencia en los hallazgos, dado nuestro interés indagatorio por conocer temas de salud desde la perspectiva masculina, en pro de apelar por sus derechos, referente a esto y aunque el hallazgo fue valioso y aportante para la indagación, se consideró muy importante preguntarse sobre la ausencia masculina en el ámbito de la salud, y se vio la necesidad de una reconfiguración mental sobre el tema, en clave de entender como dicha reconfiguración, podría llevar a acciones más incluyentes ya que aportaría en favor de hombres y mujeres, con el objetivo de construir el bienestar de manera conjunta en cuanto a la prevención de la enfermedad.

Avanzando en la búsqueda de la construcción teórica existente, en torno a las masculinidades se encontraron distintos estudios que abordaron el tema desde diferentes intereses, por mencionar, algunos de ellos fueron: “Un panorama en torno a las masculinidades en Medellín 1980-2007”(Pérez,2008),“los imaginarios de mi masculinidad” (Pérez & Murillo, 2008), “Masculinidades fluidas” (Cuartas, 2017), “Masculinidad: reto al cambio” (Pérez & Zapata, 2000), “Conflictos y varones: su percepción frente a la reparación” (David & Galvis, 2013), “Los hombres del palenque: Una etnografía de la masculinidad”(García, 2003), “Machos, maricas y otras extravagancias” (Cano & Ramírez, 2013).

En cuanto al *CaCu*, se hallaron estudios abordados desde la mujer y para la mujer, correlacionados al acceso, conocimiento y prevención de la enfermedad, en estas tendencias destacaron: (Carmona, N, 1997) “Ideas irracionales de las estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia frente a la citología vaginal como prueba del cáncer de cuello uterino” esta propuesta investigativa buscó abordar las ideas que tenían las mujeres que cursaban un pregrado en la universidad de Antioquia sobre la citología, como método de detección temprana del Cáncer cérvico uterino, y los resultados fueron el desconocimiento existente sobre la enfermedad y la falta de práctica de la citología por parte de las mujeres entrevistadas como medida preventiva para distintas ITS.

En esta tendencia también se encontraron estudios enfocados en cuestionar la implementación de los programas de promoción y prevención, como, “Calidad del programa de detección temprana y control del cáncer de cuello uterino en hospitales públicos ubicados en municipios con altas tasas de mortalidad.” de (Tamayo, Henao & Noreña, 2012) quienes realizaron un estudio descriptivo sobre la calidad de los programas de detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino en los hospitales públicos, entregando porcentajes obtenidos en la investigación que revelaron: la capacitación del personal, recursos técnicos, recursos financieros, recursos físicos, evaluación de los procesos y satisfacción de las usuarias, en su estudio descriptivo fue evidente la no vinculación de lo masculino, aunque se enunció la relación del VPH con el CaCu.

Concerniente a las tendencias en *salud sexual y salud reproductiva*, se encontraron estudios en dos áreas de gran importancia para el desarrollo de la investigación propuestas, estas fueron la salud pública y el Trabajo social, en *salud pública*, se ubicaron algunos estudios como: “Contenidos de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva en los municipios del área metropolitana” (Rodríguez, 2014), “Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva

para adolescentes” (López & Hernández, 2009), “Relaciones entre los actores institucionales que trabajan en salud sexual y reproductiva con jóvenes” (Robayo, 2008); Y en trabajo social se rastrearon estudios como: “Educación en materia de salud sexual de los jóvenes varones de la Universidad de Antioquia” (Londoño, Ortega & Rúa, 2012), “Salud sexual y reproductiva; Sensaciones, emociones y sentimientos” (Mejía, 2008), “Promoción de la salud sexual, salud reproductiva y prevención del cáncer de cuellos uterino con población joven, atendida por el programa sol y luna” (Betancur & Álvarez, 2012).

Al finalizar el rastreo bibliográfico preliminar se obtuvieron claridades sobre algunas tendencias existentes, lo que permitió ubicar que los estudios desde el área de la salud pública estaban direccionados a, el análisis de la política pública, de salud sexual y reproductiva, del impacto de esta política, su implementación y la evaluación de los resultados obtenidos a través de distintas estrategias implementadas desde la política.

En las tendencias dadas desde *trabajo social*, se observó que desde esta área, se dio mayor importancia a la política pública de salud sexual y reproductiva en cuanto a vivencias, percepciones, escenarios y educación que recibieron hombres y mujeres cuando se implementó la misma, en este sentido, se observaron diferentes críticas a esta política pública debido a que si bien en ella se menciona el goce del libre ejercicio de la sexualidad, este libre ejercicio solo fue propuesto desde la relación de la genitalidad con la reproducción, sin hacer diferenciación alguna, es decir, que se hablaba de libre ejercicio de la sexualidad solamente desde la planificación, como si el fin último de la sexualidad solo fuese la reproducción dejando de lado el goce, el disfrute, el cuidado, el conocimiento del propio cuerpo y del de la pareja, etc. Y otros asuntos que son innegablemente importantes al hablar del libre ejercicio de la sexualidad; por lo que enfocar el tema solo desde la planificación, no debería ser la única forma de abordarlo, ya

que la elección de tener hijos o no, solo es un matiz de la libertad y los derechos sexuales y reproductivos.

Por lo mencionado en el párrafo anterior, la propuesta desde esta investigación, fue trascender del tema de la sexualidad vinculada a lo meramente reproductivo, observando la misma desde un ámbito más social, relacional e inscrita al deseo, por esto se buscó estudiar los comportamientos y prácticas de los sujetos, optando por crear conciencia de corresponsabilidad, generar apropiación del bienestar y cuidado desde el yo con el otro y viceversa, para lograr esto resultó muy importante acercar a los hombres a un tema y enfermedad como el CaCu, mismo que les concierne de manera directa, pero que según lo supuesto se veía distante a ellos, por esto el interés en conocer sus imaginarios pues es claro que las concepciones, imaginarios y relaciones que se dan en torno a un tema, siempre están determinados por cada sujeto, desde su cultura, su familia, el momento histórico en el que vive, la sociedad en la que se encuentre inmerso y el orden establecido que dentro de esta se dé.

En las tendencias sobre *imaginarios*, los estudios que se logró encontrar, se ubicaban principalmente en las Ciencias Sociales y Humanas, entre las disciplinas de estas ciencias, que más se preguntaban por los imaginarios, fueron la psicología y el trabajo social, por lo cual destacaban temas como: contextos políticos, armados, familiares, rurales, urbanos, acompañados del protagonismo de juventudes, adolescentes y estudiantes e identidades sexuales, sobre esto fue posible referenciar el trabajo “Todo entra por los ojos: Imaginarios del ideal estético de hombres y mujeres que construyen los y las jóvenes de los grados 10 y 11” (Uribe & Soto, 2007), el cual expone, la forma en que los jóvenes construyen sus identidades a partir de la particularidad de sus realidades, sin embargo, al preguntarnos por estudios que abordaran los imaginarios relacionados al CaCu, en las Ciencias Sociales no se halló información.

A diferencia de los hallazgos en el área de la salud, en donde se pudo encontrar que desde la escuela de bacteriología fueron vinculados los imaginarios que tenían los varones en cuanto a la salud sexual y femenina, en el estudio: “Imaginarios masculinos acerca de la salud sexual femenina y la citología cervicovaginal. Jericó-Antioquia” (Mejía, 2005), en el cual se habló de las percepciones generadas por los varones cuando sus parejas salían a realizarse la citología.

Fue la revisión bibliográfica realizada y las tendencias identificadas, las que abrieron aún más la posibilidad de abordar el tema propósito de la investigación desde el trabajo social, con el objetivo de generar conocimiento útil en la aplicación de nuevas dinámicas entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud, para fomentar el pensamiento equitativo desde la perspectiva relacional de género, y para buscar el reconocimiento y la valoración de los derechos sexuales y reproductivos, tanto de hombres como mujeres, y también para comprender que la salud va más allá de lo biológico, convirtiéndose en un proceso social, algo que supera lo individual pasando a lo colectivo y viceversa, puesto que existen condiciones históricas, sociales, culturales y políticas que inciden en la salud de los sujetos, este reconocimiento de lo social en la salud se viene gestando desde el siglo XVII en la Europa Occidental, y desde el siglo XVIII en Latinoamérica, pero aunque en ese momento histórico se daban pequeñas pinceladas sobre el tema, fue hasta el siglo XIX, con la revolución industrial y los cambios sociales dados por esta, que se empezó a hablar de la salud como fenómeno social, en ese momento se crearon diferentes perspectivas que abordaron lo social en la salud de una manera sistemática y científicamente fundada, lo que generó la configuración de dos enfoques epidemiológicos a mediados del siglo XX, estos enfoques surgieron pensando en lo mismo de manera diferente, el primero surgió del saber epidemiológico clásico con la OMS, la cual creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), misma que reconoció que la manera como las personas enferman y mueren está determinada por sus condiciones de vida, y como segundo enfoque, la epidemiología social

latinoamericana, la que se creó como propuesta alternativa a la epidemiología clásica, base de la determinación social de la salud (DSS-L), la cual defiende que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, (Morales, borde, Eslava & Sánchez, 2013). Entender lo anterior y acogernos a la perspectiva de la determinación social, es decir entendiendo la salud enfermedad como un proceso dialectico, cuyas condiciones deben ser analizadas en contexto, dio fuerza al interés de abordar un tema de salud desde las ciencias sociales, específicamente desde el trabajo social, lo que otorgó validez a la pregunta sobre **¿Qué imaginarios han construido algunos varones de la ciudad de Medellín, en torno al cáncer de cuello uterino?**

De acuerdo con esta pregunta, fue definido como **Objetivo General** de la investigación, “Comprender los imaginarios masculinos que tienen algunos hombres de la ciudad de Medellín sobre el Cáncer de Cuello Uterino”. Para el logro de este objetivo se construyó una ruta a través de objetivos específicos que permitiesen el cumplimiento del mismo, estos objetivos específicos fueron, “Indagar por la concepción que tienen los varones respecto al CaCu”, “Identificar las prácticas de cuidado que tienen los varones participantes en relación a su sexualidad y al CaCu”, “Aportar a la cualificación de la intervención profesional con población masculina, mediante el análisis de realidades concretas referidas a su salud sexual y reproductiva”.

En pro del cumplimiento de los objetivos propuestos se definió un referente conceptual que permitiera visualizar ampliamente el espectro del campo estudiado, de tal manera que se posibilitara la comprensión de la realidad de los sujetos de forma cualitativa, por lo que surgieron unas categorías de análisis inicial, que dadas las características de la investigación cualitativa en algún momento específico fueron redefinidas para posibilitar el estudio, estas categorías fueron:

Cuerpo: Esta categoría permitió contemplar diferentes asuntos, ya que el cuerpo como categoría es considerado como algo más que una entidad material orgánica y espiritual y es entendido como una construcción simbólica y social, una entidad holística, biológica, psíquica y cultural, todo cuerpo es cultural y porta las inscripciones narrativas de la historia y la cultura de los sujetos, este se define como una entidad corpórea, una forma específica de la subjetividad que se vincula con los contextos sociales y culturales. El cuerpo es la encarnación del sujeto, en tanto es el resultado de los procesos intelectuales y del modo como estos han disciplinado el movimiento, el pensamiento y la acción (Arredondo, 2010).

El preguntarnos por el cuerpo, permitió visualizar asuntos que, si bien son construcciones culturales, se tramitan y tienen significado a través del mismo, asuntos como las masculinidades, la cual, según Muñoz, (2006):

Es una construcción cultural que se reproduce socialmente y, por ello, no puede definirse fuera del contexto social, económico e histórico. Esa construcción se desarrolla a lo largo de toda la vida, con la intervención de distintas instituciones (la familia, la escuela, el Estado, la religión, los medios de comunicación, etc.) que moldean modos de habitar el cuerpo, de sentir, de pensar y de actuar el género. (p. 24).

Esos modos de habitar el cuerpo desencadenan formas de habitar el mundo, maneras de relación e interacción con los otros, con la realidad misma y prácticas de vida.

Las prácticas son el resultado de la relación entre la forma en la que los sujetos conocen el mundo, la historia en la cual están inmersos y las prácticas a las que se ven abocados como producto de procesos de subjetividad y de influencia de las estructuras sociales materializadas en las instituciones como la

familia, el estado, la escuela, etc... las prácticas están determinadas por el contexto social en el que se desarrollan. (Mazo, 2016, p.44, 45).

De esta manera, la categoría de cuerpo nos permitió observar la relación de los hombres participantes con sus propios cuerpos, su concepción respecto al mismo y las prácticas desarrolladas en torno a su sexualidad, lo que dio paso a la **Sexualidad** como categoría de análisis, para lo cual se partió de la concepción dada por la OMS, misma que expone la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida la cual abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual que se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. (OMS,2006). Reconocer esta categoría de esta manera facilitó observar el asunto de forma integral, es decir entendiendo la sexualidad como algo inherente al ser humano que si bien hace referencia al acto sexual, va más allá del encuentro entre cuerpos, pues contiene en sí misma expresiones de pensamiento sobre las cuales se dan modos de relacionamiento de los sujetos consigo mismos, con sus cuerpos y entre unos y otros, dicho de otro modo, la cultura, la sociedad, la concepción del cuerpo y la relación con éste, la construcción histórica, social y las particularidades de cada sujeto, tienen suma relevancia en cómo cada uno desarrolla su sexualidad y el papel que se asume frente a las prácticas sexuales. Por tanto, cuando se llega al acto sexual existe una cantidad de factores externos que contribuyen al mismo, por esto también se consideró la **salud sexual y reproductiva** como parte del referente conceptual, dado que la misma se entendió como un proceso que es parte del ciclo vital humano y como un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; que no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad y que requiere un enfoque respetuoso y positivo

hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho (Mazarrasa & Gil, 2004).

Vale la pena mencionar, que la salud también tiene en si misma factores sociales, culturales y políticos que inciden en la vida de los sujetos, como se mencionó en un inicio, sin embargo para este ejercicio se consideró entenderla no como lo contrario a la enfermedad, sino como una construcción que se da día a día, desde la cotidianidad, desde el buen vivir y desde el cuidado de sí, “es posible pensar que el cuidado de sí está directamente relacionado con la salud, como elemento fundamental del proceso vital humano, a través del cual creamos y co-construimos, nos reproducimos socialmente mediante las interacciones sociales y desarrollamos por ende, una estructura de cuidado que nos permite continuar la travesía de la vida, la cual permanentemente requiere nuestra atención para su mantenimiento por tiempos más prolongados.”(Muñoz, 2007, p.72). De esta manera la categoría abrió el espectro visual a asuntos relacionales e individuales de los varones.

Las categorías propuestas se consideraron a la luz del construccionismo social o relacional y a la perspectiva relacional de género y se aplicaron a la comprensión de la realidad específica.

El construccionismo social o relacional por concebir el discurso no como un reflejo o un mapa del mundo sino, como un producto de la interacción (Magnabosco, 2014, p.225). Posibilitó entender que aquello que los sujetos mencionaron, reconocieron y adoptaron como parte legítima de sus vidas, no es un asunto aislado del mundo que les rodea, sino que todo lo que hace parte del discurso de un sujeto, de sus acciones y de su realidad, todo de lo que este se apropie y

convierta en parte de su cotidianidad, surge en la relación con otros, las creencias, imaginarios, discursos e incluso acciones, se ven reconfiguradas constantemente por la interacción, de esta manera no existen purismos en el pensamiento, los imaginarios, el discurso o las acciones individuales, pues todo es una construcción colectiva. Tomar este referente como base, permitió observar las relaciones de los sujetos y comprender sus acciones como un subproducto de los procesos sociales, lo que permitió dar importancia a la experticia individual y a los relatos de cada individuo sin dejar de observar lo colectivo, es decir, el contexto social y cultural en el cual estos habitan.

Por otro lado, **la perspectiva relacional de género**, permitió “La comprensión de las inequidades sociales asociadas a las diferencias genéricas, instaladas en las formas de organización de la sociedad, aportando a la explicación de las consecuencias que estas tienen para hombres y mujeres” (Muñoz, 2014. p.89). Así se buscó dilucidar los aspectos de la realidad que influyeron en la construcción de los imaginarios que tienen los varones sobre el CaCu, pues estos por su condición de hombres tienen formas distintas de ver el mundo.

El equipaje seleccionado.

Dada la realidad estudiada, la investigación realizada fue de corte cualitativo, pues se buscó el acercamiento abierto a la realidad misma y a los sujetos, reconociendo el valor y el significado de la experiencia de cada individuo dentro de la indagación, puesto que fueron ellos con sus saberes, sentires, aportes y vivencias los que dieron sentido a la reflexión sobre el tema, permitiendo la construcción de conocimiento y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

La investigación de corte cualitativo privilegió la interacción, la charla, el asombro, la discusión constructiva y el aprendizaje permanente, por lo cual se consideraron los enfoques interpretativo comprensivo y fenomenológico, como los pertinentes a la hora de tener un

acercamiento a las vivencias de cada sujeto, pues como lo menciona Martínez.(2011), la fenomenología se preocupa por la comprensión de los individuos y de la realidad subjetiva, comprendiendo los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los actores sociales en el marco de su proyecto del mundo; en este sentido, los enfoques seleccionados permitieron conocer las experiencias de vida, los pensamientos, los significados e imaginarios que dan sentido a las conductas de cada participante en su vida cotidiana relacionándolo con el tema indagado.

En este sentido, se optó por estrategias que posibilitaran la comprensión del discurso de cada sujeto, considerando incluso los gestos y silencios que permitiesen conocer esas visiones de mundo particulares en cada participante, esto se logró a través del **análisis del discurso como estrategia metodológica** pues, “Analizar los discursos que circulan en nuestra sociedad se ha constituido en un objetivo importante y en una clara tendencia de las Ciencias Sociales y Humanas. Ello tiene mucho que ver con la valoración epistémica del lenguaje y la importancia teórico-metodológica que han adquirido los estudios del discurso, en el marco de lo que se conoce como el Giro Lingüístico” (Santander, 2011, p. 207).Esta estrategia, permitió entender que en el discurso de los sujetos convergen aspectos particulares, sociales, políticos y culturales, mismos que se relacionan complejamente y dan validez a formas de pensar, de actuar y entender la realidad, impactando la interacción de los sujetos entre sí y con su entorno.

Así pues, se apostó por la palabra como objeto de análisis y expresión directa del pensamiento de los sujetos, para entender su forma de ver el mundo y la manera en la cual cada uno interactúa con su realidad, por esta razón y con el fin de hacer un registro adecuado de la información, se eligieron técnicas de recolección que permitieron el acercamiento a los sujetos y posibilitaron la libertad de expresión de los mismos a través del diálogo abierto y tranquilo entre investigador y participantes, de esta manera se usaron, la revisión documental como preparación

previa al campo investigativo para tener conocimiento del tema abordado, las entrevistas en profundidad, (ver anexo # 1), con los participantes para profundizar con cada uno en lo que resultase necesario y la observación para no perder ningún detalle o expresión que hiciese parte vital de las respuestas de los entrevistados, y finalmente se usó la entrevista semiestructurada con un profesional de las Ciencias de la Salud y un profesional de las Ciencias Sociales y Humanas, como técnicas de recolección de la información.

Preparando la llegada (criterios previos al campo).

Previo al trabajo de campo, el tipo de muestra privilegiado fue el muestreo por conveniencia, por razones de practicidad y tiempo con la investigación, pues como lo menciona Sandoval (2002):

El muestreo por conveniencia tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados. (p.124).

De acuerdo con el autor este tipo de muestreo, permitió elegir a criterio a los sujetos y elementos que se consideraran representativos para la investigación buscando ser eficientes eficaces y efectivos en el proceso, entendiendo la eficiencia como el manejo adecuado, del tiempo y de los recursos, económicos y humanos para el logro de los objetivos, eficacia, como el logro de esos objetivos propuestos y efectividad como el logro de los objetivos en el menor tiempo posible dando buen uso de los recursos. En este orden de ideas, los recursos fueron la fundamentación teórica, el tiempo disponible por parte de las investigadoras y de los participantes, el acompañamiento de un asesor en el proceso investigativo, el material

bibliográfico que permitió nutrir la indagación y la posibilidad de contar fuentes de información de primera mano (varones que quisieran participar en el proceso) y de segunda mano (profesionales que aportaran información importante para la mejor comprensión de lo estudiado), sin embargo, para ser objetivos se establecieron unos criterios de selección que se tuvieron en cuenta con los participantes, estos fueron:

- Fuentes de primera mano.

Género: Masculino por ser los sujetos del interés investigativo

Identidad sexual: Hombres heterosexuales y/o bisexuales, este criterio se basó en la necesidad para objetivos de la investigación de que los varones participes de la muestra, tuviesen un vínculo sexual con mujeres, teniendo en cuenta la correspondencia entre la relación sexual, el VPH y el CaCu.

Edad: Los participantes en este proceso, fueron hombres adultos jóvenes, entre 20 y 40 años de edad, ya que se buscaba obtener respuestas claras sin importar el conocimiento o desconocimiento del tema, y se suponía que los varones en esta edad contaban con mayor claridad en asuntos como la apropiación de sus cuerpos, de su sexualidad, y de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, entre ellas el CaCu.

Lugar de residencia: Medellín.

Por último, se aclaró que los sujetos participes en el proyecto investigativo lo harían de manera voluntaria

- Criterios de selección para las fuentes de segunda mano.

Las fuentes de segunda mano seleccionadas fueron dos profesionales; uno del área de la salud, y otro de las ciencias sociales y humanas, sin importar género, identidad sexual o edad, ya que con esta fuente lo que se buscaba, era una opinión

experta sobre el tema estudiado, para la triangulación de la información durante el análisis posterior

De acuerdo a los criterios de selección establecidos, los participantes en la investigación fueron ocho hombres; siete heterosexuales y uno bisexual, con edades entre los 20 y 40 años, residentes en la ciudad de Medellín.

Y dos profesionales, un Trabajador Social y un salubrista público, para un total de 10 sujetos participantes

La llegada, campo.

La revisión documental permitió disponer de la información precisa suficiente y pertinente para el desarrollo investigativo, esta fue la base vital del inicio del proceso, en el cual se realizó el rastreo previo para dar cuenta de algunos antecedentes e investigaciones al respecto, buscando la fundamentación teórica para ampliar el campo de conocimiento sobre el tema, con lo que se logró la delimitación del objeto de estudio, vale la pena mencionar que fue preciso realizar la revisión documental durante todo el proceso y de manera constante, como elemento complementario, ya que en algunos momentos se necesitaron claridades y reorientaciones, así se pudo incorporar la información requerida en momentos específicos, tomada de libros, tesis, revistas, informes, manuscritos, etc. Debidamente citados y referenciados.

Al iniciar el trabajo de campo, se estableció contacto directo con los hombres que se consideraban posibles participantes, a través de llamadas telefónicas y/o visitas, y luego de contextualizarles acerca de la investigación y de los fines últimos de esta, unos expresaron su interés en participar, otros al contrario dijeron no contar con la disponibilidad para hacerlo y en algunos casos fue imposible el contacto, por lo cual se inició el proceso con los que podían y querían. En este sentido se sortearon diferentes obstáculos propios de la investigación cualitativa

y la construcción con sujetos, obstáculos como dificultades para agendar el tiempo y/o los espacios de entrevistas, dificultades en los encuentros debido a la inasistencia de los participantes por variadas ocupaciones, reprogramación de los encuentros, asunto que retrasó el proceso; sin embargo, finalmente se contó con el tiempo y la disponibilidad de los varones para la realización de las sesiones necesarias en la entrevista en profundidad.

Las primeras sesiones de las entrevistas fueron orientadas a algunas categorías específicas, aunque dadas las particularidades de cada sujeto entrevistado, en algunos casos fue posible abarcar todas las categorías propuestas, debido a que algunos hablaron mucho y otros muy poco, la información de las primeras entrevistas fue sistematizada posteriormente a las mismas, lo que permitió analizar la información para reflexionar en torno a la manera en la cual se habían desarrollado las primeras sesiones en cada caso, con el fin de direccionar las segundas sesiones y profundizar en la información según la necesidad investigativa con cada sujeto para cumplir los objetivos.

Como se mencionó anteriormente, las entrevistas en profundidad fueron realizadas en dos sesiones con cada participante respectivamente, sesiones en las cuales se desarrollaron conversaciones fluidas orientadas por preguntas abiertas que permitieron a los sujetos hablar de manera fluida, haciendo uso de un lenguaje natural y expresiones cotidianas en las respuestas, aunque dicha fluidez por parte de ellos exigió en algunos casos reorientar algunas preguntas, o cambiar la forma en la cual se planteaban, apuntando a no perder el hilo conductor u objetivo de la entrevista y conservando las particularidades de cada individuo, igualmente los sitios de las entrevistas fueron acordados con cada uno según las necesidades y tiempo del cual dispusieran.

Las entrevistas realizadas fueron fundamentadas y mediadas por consentimientos informados firmados previamente por cada participante (ver anexo # 3), en estos consentimientos se aclararon asuntos como la intencionalidad del estudio, los criterios éticos respecto a la identidad de los sujetos, y el tratamiento y divulgación de la información,

Las sesiones de cada entrevista también estuvieron transversalizadas por principios como la escucha, el respeto, la empatía, la honestidad, la transparencia y la confidencialidad, en estas se dio suma importancia a la observación, ya que las expresiones no verbales también hacen parte del discurso de los sujetos, pues las mismas pueden decir mucho sobre lo que el individuo está hablando sobre un tema en particular, con esto se buscó observar la comodidad o incomodidad de los sujetos con las preguntas, su interés o desinterés e incluso identificar si estas eran claras, ya que en algunos momentos las expresiones de sus rostros posibilitaron evidenciar que no quedaba muy claro lo que se estaba preguntado, hecho que se tomó como una oportunidad para reorientar o cambiar la manera en la que se preguntaba, para permitir la comprensión de los participantes y generar mayor seguridad en sus respuestas; luego de dos sesiones con cada participante y del análisis de la información obtenida en la totalidad de las entrevistas, se consideró que era suficiente información para el logro de los objetivos trazados en la investigación, por lo cual se dieron por terminadas las sesiones.

Por otro lado, para tener mayor ilustración sobre el tema investigado, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas, empleadas con profesionales, uno del área de la salud y otro de las Ciencias Sociales y Humanas.

En el contacto con profesionales los vínculos y relaciones creadas con docentes y compañeros en la academia resultaron elementos muy importantes, pues se abrió la posibilidad de

buscar a dos a profesionales que tuviesen el tiempo y el interés de participar de manera voluntaria, aportando a la investigación con su conocimiento; para ambos casos el mayor obstáculo fue el tiempo, ya que debido a las diversas ocupaciones de un profesional y estando en la Universidad el tiempo era limitado, sin embargo ambos profesionales estuvieron dispuestos y abiertos en el momento de las entrevistas, aportando desde su construcción personal y profesional

Estas entrevistas se dieron en una sola sesión con cada profesional, y se buscó a través de la charla intencionada y amena generar la expresión libre de los entrevistados, lo que permitió conocer sus posturas frente al tema en cuestión y a algunas categorías propuestas como cuerpo, cuidado de sí y salud sexual y reproductiva, al final la información dada por los expertos permitió ampliar la visión y tener otra perspectiva sobre el tema investigado, lo que fue clave al momento de analizar y triangular la información.

Recogiendo la experiencia, registro sistematización, procesamiento y análisis de la información.

Para sistematizar y organizar la información fue necesario hacer uso de distintas herramientas, en las que se ubicaron los datos cualitativos obtenidos en la totalidad de las entrevistas, con el fin de visualizar y clasificar de forma clara las categorías y subcategorías planteadas en la investigación para un análisis riguroso y adecuado.

Inicialmente las entrevistas de los varones participantes, fueron transcritas de manera inmediata, evitando así la acumulación, distorsión o pérdida de la información, lo que permitió hacer seguimiento a las particularidades y aspectos emergentes en cada entrevista y los puntos de encuentro en la totalidad de las mismas. A continuación la información transcrita fue clasificada,

organizando las entrevistas de cada individuo en una matriz con categorías y subcategorías (sexualidad, cuerpo, masculinidades, prácticas, salud sexual y reproductiva, cuidado de sí) identificadas con colores, posteriormente las matrices individuales se reorganizaron en una matriz general que contenía la información total de las entrevistas, organizadas también en las mismas categorías y subcategorías, fue en esta última matriz en la que luego de un análisis exhaustivo, se concluyó que existía la información suficiente para el cumplimiento de los objetivos del estudio, por lo cual no fue necesario realizar más sesiones en las entrevistas a profundidad.

Por otro lado, la información de las entrevistas semiestructuradas con profesionales, fue transcrita y organizada en matrices individuales, ubicando las categorías y subcategorías propuestas (cuerpo, salud sexual y reproductiva y sexualidad), en este caso no fue necesario englobar las matrices individuales en una matriz general, puesto que el interés era visualizar la opinión de cada profesional desde su experticia, para luego relacionar y observar las entrevistas de los varones a la luz de dichas opiniones expertas y de la teoría misma; con esto fue posible identificar durante el análisis, encuentros y desencuentros, acuerdos y desacuerdos, entre la teoría, la narración de los varones y la opinión de los profesionales; vale la pena mencionar que el análisis de la información para este proceso, fue realizado a través del análisis del discurso, y de la triangulación de los datos aportados por las distintas fuentes, (Revisión documental, teoría, entrevistas con varones y entrevistas con profesionales, notas de observación). mediante la triangulación se confrontó y verificó la información obtenida en diferentes momentos de la indagación y desde distintas perspectivas, lo que permitió comprobar la similitud o divergencia entre fuentes, es decir que, se amplió el marco visual y comprensivo sobre el tema estudiado, para llegar a una conclusión final asertiva.

Lo ineludible; Criterios éticos de la investigación.

Esta investigación partió del reconocer que, todo ejercicio profesional desde el trabajo social debe responder a las necesidades de los sujetos y dar cuenta de sus realidades reflejando la verdad, lo que hizo necesaria la reflexión permanente entre teoría y realidad y el compromiso constante de acciones crítico reflexivas, en cuanto a la forma en la que se estaba desarrollando el proceso, con la intención de no caer en subjetivaciones y distorsiones de los sucesos.

Otro asunto fundamental, fue tener muy presentes las implicaciones y responsabilidades vinculadas a estudios sociales, que comprometen la participación de personas, ya que se entiende que estas merecen un trato digno, respetuoso, honesto y seguro, que no atente de ninguna manera contra su integridad personal y/o su desarrollo relacional y social, por tanto, en el trabajo investigativo se establecieron relaciones horizontales y circulares en las que primó el reconocimiento del otro y de su saber, sin dejar de lado la propia postura ética e integridad profesional, buscando siempre el equilibrio en la interacción, posibilitando aprender, desaprender, construir, de construir y reconstruir conjuntamente para el aporte de nuevas comprensiones y/o dimensiones sobre el tema estudiado.

En este sentido, la postura ético política de las investigadoras se fundamentó en la reflexividad constante sobre la investigación, con el fin de realizar un ejercicio consciente del papel de los sujetos y de nosotras mismas en la indagación, y si bien por el enfoque de la investigación se apuntó al reconocimiento de los derechos de los varones y al conocimiento de sus imaginarios sobre el CaCu, la equidad se hizo necesaria en la búsqueda de un nuevo horizonte en la forma de entender el CaCu, ya que el objetivo de indagar sobre el tema se encaminó a que todos los sujetos sin importar su sexo puedan hacer uso de sus derechos, cumplir sus responsabilidades y tener las mismas oportunidades apuntando a la justicia social, la cual buscamos permanentemente como trabajadoras sociales en formación y en futuro en nuestro

quehacer profesional, pues nos formamos y trabajamos por el reconocimiento de los individuos y colectividades en sus diferencias y derechos.

Así pues, esta indagación sentó sus bases éticas en el código de ética profesional de trabajadores sociales en Colombia siguiendo los elementos que se establecen en el capítulo 3, artículo 5 con el fin de velar por un desempeño investigativo en el cual la equidad y los derechos humanos individuales y colectivos ocuparon el primer lugar.

Artículo 5.

Trabajo Social. Como profesión de compromiso y responsabilidad con los seres humanos y con la sociedad, inculca en el profesional el deber de respetar y anteponer a sus actuaciones profesionales los derechos humanos individuales y colectivos o de los pueblos, consagrados tanto en la Declaración Universal como en la Constitución Nacional de Colombia y los convenios y tratados internacionales; además los principios y valores construidos desde la ética civil, consistente en el mínimo de valores y normas que los miembros de una sociedad moderna comparten desde su pluralidad (Consejo Nacional de trabajo social,2013, p.26).

De esta manera se adoptaron como principios rectores la empatía, el respeto, la honestidad, la transparencia y la confidencialidad

Empatía: Establecida como norma para la relación con los sujetos, fue sumamente importante al momento de entablar el vínculo y desarrollar las entrevistas

Respeto: Fue fundamental para el reconocimiento de las diferencias y la construcción de relaciones dialógicas, “todas las personas son iguales en dignidad, merecen igual consideración y respeto, sea cual fuere su raza, edad, condición social, opción sexual y procedencia; esto se expresará en la no discriminación y en el establecimiento de relaciones dialógicas y de equidad”, así mismo el respeto por la palabra y opinión del otro y el uso del lenguaje respetuoso, permitieron la interacción amigable.

Honestidad: La honestidad usada con claridad al momento de expresar el interés investigativo, los objetivos y alcances del mismo y la manera en la cual se daría tratamiento a la información, así mismo, la honestidad fue importante en lo que los participantes expresaron en cada entrevista, fuese información de su parte o preguntas sobre asuntos que no les eran claros

Transparencia: Asociada a la honestidad y el respeto, resultó de suma importancia, pues permitió la comprensión de los vinculados, por lo que en todo momento se usó la expresión abierta y puntual de la intencionalidad de la investigación lo que posibilitó la participación clara y consiente de los varones.

Confidencialidad: El respeto por la privacidad de las personas fue un elemento vital para mantener la relación y conservar aquello que los sujetos prefirieron no compartir, por lo que se garantizó el uso debido de la información y se dio la posibilidad del pseudónimo para garantizar la privacidad y tranquilidad de los participantes, sin embargo ninguno lo solicitó, pues expresaron estar tranquilos y cómodos con el proceso.

Sobre los compromisos

Teniendo en cuenta lo anterior, este proceso investigativo contribuye a la comprensión de la subjetividad de los hombres participantes y de sus imaginarios, sobre un tema que normalmente les es extraño, por lo cual, permite tener un nuevo horizonte en la comprensión del CaCu, desde lo social, y una nueva perspectiva de análisis de cómo son vinculados los varones a temas como éste, por otro lado el análisis de esta realidad concreta permite aportar a la cualificación de la intervención en temas de salud sexual y reproductiva.

Capítulo 3: Despojando de concepciones los cuerpos masculinos.

Sin duda alguna la concepción que tiene cada sujeto de su cuerpo⁹, responde a una cultura y a un sin número de significantes que aporta la misma para la construcción del carácter y rol social de cada persona en determinada sociedad, que según sus dinámicas internas, dota al cuerpo (masculino o femenino), de herramientas que acompañan y dan sentido al transcurrir de la vida de quien las porta. Si bien el género¹⁰ no es el tema central de este capítulo, se debe tener en cuenta, que al estudiar una categoría como cuerpo, el género se convertirá en un asunto transversal en el discurso que a continuación se presenta, puesto que hombres y mujeres, cimientan sus vidas en las relaciones que tienen el uno con el otro, sumándole importancia a destacar la construcción de ambos en referencia a lo que se es, en lo que se diferencian y que les permite identificarse frente al sexo opuesto.

En este sentido se puede decir que, cada persona, tanto hombres como mujeres, obedecen a una verdad biológica que es innegable y que a simple vista es el principal motivo de sus diferencias concretas, mismas, que ciñen a los sujetos, pues es el sexo lo que determina generalmente la apariencia que se le quiere o debe dar al cuerpo en su aspecto visible, en su aspecto físico. Sin buscar ahondar en los estereotipos que se construyen en torno a los cuerpos de

⁹ Dentro de la multiplicidad de modos de construir el cuerpo como objeto de estudio presente en los estudios socio-antropológicos, pueden reconocerse tres grandes tendencias o niveles de análisis (...) en la primera el cuerpo es visto como producto de un conjunto de sistemas simbólicos socialmente compartidos y atravesado por significaciones que constituyen la base de su existencia individual y colectiva (...) Una segunda tendencia entiende al cuerpo como lugar de inscripción de los discursos sociales, atravesado por dispositivos de disciplinamiento, normalización, vigilancia y control (...) Desde las ciencias sociales surge el interés por resaltar las dimensiones simbólicas de lo corporal, definiendo al cuerpo como una construcción social que se realiza fundamentalmente a través del lenguaje. De este modo, el cuerpo de las ciencias sociales emerge como un constructo de carácter simbólico o lingüístico (Mármol & Sáez 2011.p.2)

¹⁰ (Lamas, 1999, p. 84) citado por (Araya, 2013, p. 42) dice: “El género es el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es propio de los hombres (lo masculino) y lo que es propio de las mujeres (lo femenino)”

hombres y mujeres y sin pretender generalizar, pues siempre habrá cabida a la diferencia, resulta recurrente, social y culturalmente, identificar en las mujeres una búsqueda constante del perfeccionamiento de su apariencia, que desde el patriarcado obedecería a la necesidad de complacer a los hombres, por su parte los varones, sin importar si son o no atractivos (dentro de lo que se considera serlo) tienden a demostrar seguridad ante la presencia del sexo opuesto. Los anteriores ejemplos situados en un contexto tradicionalista como el paisa los plantea (Muñoz, 2014):

“los marcos de la tradicionalidad “paisa” estaban constituidos por unos fuertes parámetros de género donde los hombres tenían amplias libertades, participaban de manera activa de la esfera pública, eran coquetos y mujeriegos, pero también y sobre todo “verracos” y proveedores... hoy, después de la caída de las grandes redes del narcotráfico, casi podríamos afirmar que se instituyó una representación de las mujeres basada por un lado en el ser madre y esposa, sumado a la obligatoriedad de ser bella bajo los parámetros ya descritos. No en vano, Medellín es la principal ciudad del país en todo lo relacionado con cirugías y procedimientos estéticos, en especial, para mujeres” . (p. 136, 137).

Haciendo un contraste de lo anterior con el construccionismo social, teoría base de esta investigación, se presentarán los relatos de los hombres entrevistados, que logran evidenciar dentro de sus dinámicas, estereotipos cargados por ellos desde su nacimiento hasta el día de hoy, llevándonos a reconocer e identificar, por medio de su oralidad, un mundo que resulta ser su verdad de la vida y que se forja mediante la relación que construyen cotidianamente con los otros, volviendo automáticos algunos comportamientos concurrentes en la cultura en la que se encuentran inmersos, por lo que se generalizan ciertas conductas que atraviesan sus cuerpos. Un

ejemplo de ello es la seguridad sobre el aspecto físico, donde sus cuerpos les resultan ser algo positivo, que los hace verse y sentirse bien, ya que el mismo corresponde a lo que ellos consideran ser un varón. Así lo mencionan algunos:

“Lo que yo reflejo o desde mi punto de vista, para mi es positivo, yo me veo como hombre y me siento así...” (Entrevista# 8)

“A mí me gusta mucho mi cuerpo, me siento cómodo” (Entrevista# 2)

“Me siento orgulloso de mi cuerpo, eso sí... porque tengo muy buena autoestima y me gusta, a mí me gusta mi cuerpo. Yo me veo en el espejo y... usted si está muy lindo... amaneció muy lindo hoy.” (Entrevista# 4)

De esta manera, se vuelve reiterativo dentro de los hombres consultados, encontrar sujetos que hablan de sentirse cómodos con su apariencia. Dentro de ese sentir los entrevistados, ubican sus aparatos reproductores como la principal razón que los hace diferentes a las mujeres, lo que da valor a lo expuesto en la categoría cuerpo, pues nos permite ubicar el pene como el símbolo que socioculturalmente hace sentir realmente varón a un sujeto del sexo masculino. Lo anterior dio pie para que ellos hicieran alusión a las diferencias existentes entre los dos aparatos reproductores, de quienes aseguran, que el órgano femenino es más enfermizo, mientras que el masculino resulta ser más resistente. Aquí cabe destacar las siguientes afirmaciones:

Miren que ustedes tienen periodo, cierto, y el periodo implica muchas cosas, a ustedes les exigen unos chequeos de rutina más, de mayor cantidad que al hombre, la mujer de por sí tiene que ir más al médico que el hombre, porque en realidad tiene como unos periodos para ciertas revisiones de partes de su cuerpo. (Entrevista # 6)

A partir de mi cuerpo es que saldría el tema de si soy hombre o no, cumple el papel primordial, pues si yo no me veo como hombre biológicamente, difícilmente me identificaría como uno, porque sería estar tratando de encasillar en algo que no veo, entonces, digamos que necesito ver mi cuerpo para precisamente actuar de tal forma. ...es la mujer quien lleva por dentro el útero, bueno el sistema reproductivo, entonces es mucho más difícil detectar algo a simple vista, el hombre lo lleva por fuera (Entrevista #8)

Estas afirmaciones, nos permiten reflexionar desde un enfoque de género, sobre las construcciones sociales, dadas, alrededor de las relaciones tejidas por hombres y mujeres; y de cómo dichas relaciones, pueden favorecer o desfavorecer todo lo que gira en torno al cuerpo y la salud del mismo. La jerarquización de los géneros y los diferentes roles que socialmente se le han asignado a cada uno de ellos, complejizan el reconocimiento por parte de los varones, de la importancia del cuidado de sus cuerpos, esto reflejado en las dinámicas culturales paisas, con la figura del hombre fuerte, cuidador y que reprime toda muestra de sentimiento que pueda generar algún tipo de duda sobre su carácter varonil socialmente aceptado, en este sentido cabe anotar que cualquier tipo de demostración de debilidad física puede tomarse como señal de pérdida de su coraje, puesto que la fragilidad no es tomada como parte del ser hombre, esa fragilidad esta consignada en el sexo opuesto.

Las siguientes palabras serian un ejemplo de esto:

Cuando estoy enfermo pues trato de curarme solo, de no ir casi al médico... para yo ir al médico me tengo que, estar muy enfermo, incluso no me trato ni una gripa o cosas así, pero algo que si le puede generar a uno alerta, por

ejemplo, sería encontrar alguna irregularidad en mi órgano sexual, pues porque ya si se preocupa uno, en el resto del cuerpo pues tendría que ser algo muy grave, un sarpullido o algo así que uno diga ¡uy no! voy a ir al médico, a hacerme un chequeo porque puede ser algo grave (Entrevista #1)

Cuando hablamos de un enfoque de género, vale la pena aclarar, que no solo partimos de lo femenino como el género, que históricamente se ha reconocido como reprimido, sino que lo entendemos como el enfoque que nos permite comprender a los hombres como sujetos que también han sido reprimidos histórica y socialmente, por estar inmersos en culturas tradicionalistas, en este caso, la cultura paisa, que les lleva a cohibirse de toda muestra de debilidad, volcándolos a un estado constante de fragilidad en todo lo que se refiere a asuntos de su salud, pues como lo hablan ellos, son las mujeres quienes necesitan atención preventiva sobre sus cuerpos por ser más delicadas, debido a las condiciones biológicas y patológicas que presentan, lo que es completamente distante a la condición de sus cuerpos por ser masculinos, ya que ellos se conciben como siempre fuertes y sanos, acudiendo a su masculinidad inquebrantable, para resolver y superar toda adversidad física que pueda presentarse, dejando entre ver que la represión no solo ha sido femenina, sino que en cuestiones de salud, lo masculino se despojó de todo sentimiento de cuidado provisorio, dando cabida a las desigualdades en la salud por razones de género.

En relación con la perspectiva de género, la fenomenología nos permite ubicar tendencias como parte de un fenómeno social que nace de la construcción histórica que han tenido hombres y mujeres dentro del contexto paisa, donde por delegación de tareas a cada uno de ellos, el hombre ha quedado desprovisto de cualquier cuidado temprano que deba darle a su cuerpo, las prácticas de cuidado de los varones, quienes fundamentalmente consideran que siendo hombres,

solo necesitan ir al médico después de cierta edad a realizarse exámenes puntuales, dan cuenta de cómo tradiciones instaladas en la sociedad repercuten en la buena o mala salud de los sujetos, volviéndose un asunto a trabajar, pues si tenemos en cuenta que a las mujeres se les inculca su cuidado integral desde muy pequeñas y que la salud es un derecho fundamental para todas las personas, dicho desconocimiento, se convierte en una inequidad social.

Lo anterior, da pie para la identificación de tendencias que parten de lo dicho por los entrevistados. La primera tendencia, sitúa al cuerpo como elemento fundamental para la representación masculina, donde, culturalmente será el pene su símbolo más importante; alrededor de este, los varones construirán su seguridad y confianza física, haciendo que los hombres tengan una relación estrecha con sus cuerpos centrada en generar un aspecto rudo y varonil frente a los demás, se podría hablar entonces, de una relación superficial, pues el cuidado de la salud de sus cuerpos no está dentro de sus prioridades; Como segunda tendencia se ubica lo biológico como el factor privilegiado ante los padecimientos o enfermedades físicas, ya que según se observó en los apartados de las entrevistas anteriores, los hombres conciben sus cuerpos como inmunes a la mayoría de enfermedades solo por el hecho de nacer varones, mientras que por la naturaleza del cuerpo femenino, estos son más vulnerables, hecho que hace que requieran más atención.

La salud sexual y reproductiva. Una estrategia educativa orientada a la prevención y no a la promoción.

La Salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres, parte de todas las acciones que van dirigidas al cuidado libre y responsable de la sexualidad¹¹, aunque hay una autonomía en ese

¹¹ “El término ‘sexualidad’ se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades del sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores,

cuidado, se debe tener en cuenta que las malas decisiones respecto a este, pueden repercutir negativamente en el círculo social más cercano, por lo que la salud sexual y reproductiva, se convierte en un asunto de corresponsabilidad de unos con otros.

La salud sexual y reproductiva es conceptualizada por Mazarrasa como:

“El estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho” (Mazarrasa & Gil. 2004)

Con esto, queda claro, que hablar de salud sexual y reproductiva, es hablar de una condición integral, compuesta por asuntos biológicos, mentales y emocionales, concernientes al individuo, en su aspecto social y colectivo, pues la sexualidad se da en la interacción de sujetos que desarrollan una vida sexual que debe estar fundamentada en unos derechos y deberes, para el alcance del disfrute y la garantía de la salud de todos y todas.

Vinculando lo anterior, con lo dicho por los sujetos entrevistados, se puede decir que, estos conciben su salud sexual y reproductiva con relación a elementos presentes en lo cotidiano de sus vidas, cotidianidades como, colores según su género, posturas corporales, actividades, deportes, entre otras, cobran sentido por medio de instituciones que instituyen generación tras

actividades prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.. en resumen, la sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.” (Arango, 2008. s. f).

generación un orden social, la iglesia, la escuela y la familia, serían algunos ejemplos de ellas. En este sentido cobran gran relevancia los procesos formativos y lo que en ellos se reproduce y se enseña, pues es allí donde se empiezan a nombrar y reconstruir esas formas y maneras de ser hombre y mujer. A lo mencionado, los participantes atribuyen el concepto de sexualidad, salud sexual y reproductiva que tienen, pues la disposición respecto al tema, va en concordancia con lo experimentado, por lo que se vuelve muy recurrente que ellos mencionen, por ejemplo, la manera en que se les educa desde diferentes puntos y en distintos momentos de sus vidas, con la finalidad de que ellos asuman una postura frente a su salud sexual y reproductividad, así pues, los sujetos hacen referencia a la educación recibida desde:

-La familia:

En la casa a las niñas y los niños, sobre todo a las niñas, no se les enseña la educación sexual, las mamás y el sistema, las mamás sobretodo, les prohíben tener sexo, los hombres las controlan solo para que tengan sexo con ellos y con nadie más, cierto, ellos como hombre si pueden con varias, es decir no hay educación, simplemente se cosifican nuevamente (Entrevista# 10)

Se enseña así, porque de pronto es la forma en la que se formaron nuestros padres o la humanidad, o la comunidad en sí con la que hemos convivido (Entrevista # 6).

-Las Instituciones Educativas:

Desde sexto, en un colegio que estude, teníamos una materia que se llamaba educación sexual, era una materia completa, pues era todo el año, ahí la profesora era muy abierta, si no que uno como peladito de sexto, no sé, de once

años, pues ve esos temas todavía y se ruboriza y le da como risa, bueno, más bien pena, pero como era una clase normal, la profesora ilustraba, tenía sus gráficas y sus imágenes, a ese se le puede tomar como el primer acercamiento en cuanto a charlas de ese tipo. Ya después, en noveno, mi profesor de biología, también abordó el tema, y como era muy, muy cercano a nosotros nos brindaba como ese tipo de charlas, nos explicó sobre temas con ITS o ETS, entonces, en cuanto al tema si nos brindaron charlas, pues más bien clases y... para mi fueron, no sé, como suficientes ilustrativamente. (Entrevista # 8).

-La cultura

Yo creo que se sigue unos patrones culturales dependiendo de dónde viva la persona (Entrevista # 2)

De pronto no sé si la cultura haga que yo no vaya al médico, lo que sí sé es que puede generar una cultura que haga que yo vaya al médico, eh, porque yo no voy al médico, porque no he escuchado campañas, cosas así como de un chequeo médico, por ejemplo, para la mujer hay campañas para el cáncer de mamá, para que se hagan la citología, entonces me imagino que muchas mujeres cuando escuchan este tipo de campañas pues dirán: ve debería hacerme la citología, o algo así, pero no escucho como una campaña que le diga a uno como hombre, chequeate periódicamente o algo (entrevista # 1)

En este punto, el construccionismo social es un referente clave para la lectura de estos contextos, pues desde él, nos permitimos identificar y descubrir la manera en que participan los sujetos en la estructuración de lo que conciben como su verdad, y a partir de ello, lo que

naturalmente debe darse en el medio que los involucra, medio donde se mecanizan prácticas, por lo general, de una manera inconsciente e involuntaria. Como parte de la interpretación que hacemos sobre la manera en que se desarrolla la salud sexual y reproductiva en los hombres, señalamos la institucionalidad como espacios representativos para los individuos, donde se permite la reproducción de prácticas educativas legitimadas, que constituyen el hilo conductor para que el orden cultural establecido no mute y se mantenga. Así pues, se debe a los procesos educativos paisas, desde diversas áreas, las percepciones y concepciones que tengan los hombres sobre la salud sexual y reproductiva, pues son estos procesos los que acompañan a los sujetos desde su vínculo más cercano, su hogar, y que continúan en lo consecutivo de sus vidas desde diferentes entornos, donde compartiendo con otras personas que son educadas en el mismo contexto, perpetúan tradiciones irrefutables.

Al ser la salud un derecho fundamental para hombres y mujeres, su promoción desde el modelo de salud, se vuelve fundamental para que este derecho sea ejercido. Respecto a esto los profesionales entrevistados, uno desde las Ciencias sociales y humanas y el otro desde la Salud pública refieren que:

El modelo educativo en salud... está estructurado en la prevención de la enfermedad y a quién le da la enfermedad a la mujer, cierto, entonces cuando es un sistema educativo que te dice que a ellas es a las que les da esto y es a quienes les puede pasar esto otro, se pueden morir, se pueden enfermar, pueden dejar de ser fértiles, pueden no ser funcionales para la estructura de un hogar porque entonces no podrían tener hijos, no puede tener otras cosas, entonces yo como hombre me desligo (Entrevista # 10).

No hay una cultura de la educación sexual y de la prevención de estas enfermedades, es más yo no entiendo, yo sé que los cuerpos han cambiado, no sé qué va pasar, yo no entiendo como no se producen más enfermedades de ese tipo, o sea cuando uno conoce la historia, uno se pregunta cómo a estos pelados no se les pega nada, estos pelados de qué están hechos, de látex? porque es que uno no entiende como a ellos y a ellas no se les trasmite más enfermedades, obviamente yo me imagino que se transmiten más enfermedades de las que uno cree, porque nadie va a salir a decir, ay tengo una enfermedad de transmisión sexual, obvio, yo creo que es mucho más de lo que nosotros creemos, pero yo creo que es mucho menos de lo que podría ser, o sea porque es que es una cosa, ese cambio de pareja, ese sexo, el problema no es que sea masivo y desenfrenado, el problema es que sea tan desprotegido, con tanta irresponsabilidad (Entrevista # 9).

Estas palabras pueden generar una alerta debido a que en la contemporaneidad, y según los relatos de los varones participantes de esta investigación, los hombres ven en el sexo una oportunidad que no se debe desaprovechar, ya que la cultura así se los enseña y en ese deseo de incluirse dentro de lo que ellos consideran propio (su cultura), se pueden cometer descuidos, que se traducen en riesgos para su salud sexual y reproductiva. Este tema que es reconocido y planteado desde los profesionales, con preocupación, resalta las formas de cuidado inducidas desde el modelo de salud, pues según los entrevistados, la educación suele quedarse corta para los riesgos existentes sobre la salud sexual y reproductiva.

Dados los hallazgos de esta investigación y teniendo en cuenta la importancia que le da el construccionismo social a la institucionalidad, hablaremos del sistema de salud, el cual también tiene una relación directa con lo que construyen los individuos. El sistema de salud no se enfoca

en crear una verdadera conciencia del cuerpo y la salud, antes de que esta se deteriore por motivos de una enfermedad, lo que se hace evidente en la manera insistente de jornadas y campañas que se realizan para el cuidado de ciertas patologías, en donde el foco se centra en mostrar los efectos negativos de las enfermedades, y no, en enseñar lo que es la enfermedad como tal, lo que genera temor, más que apropiación y conocimiento sobre los temas. De allí podríamos asumir, que debido a que las campañas, en su gran mayoría, están dirigidas a mujeres, sean ellas las que tengan más posibilidad y deber social de crear hábitos y prácticas de cuidado cotidianos que potencien su salud y reduzcan la posibilidad de padecer alguna enfermedad. En este sentido, como socialmente son las mujeres “las que más se enferman”, los hombres naturalizan el hecho de estar distantes, lo que relatan tranquilamente, expresando que si una enfermedad no los afecta de manera directa, en la forma en la que se da o se desarrolla, no tendrán la necesidad de involucrarse, ni sentirse excluidos, como lo menciona uno de los varones participantes de la investigación.

Cuando uno se pone a hablar de estos asuntos, yo no creería que es exclusión, porque realmente no me veo afectado por eso en este momento, no me siento afectado, yo creería que es restarle un poquito menos de protagonismo y dejar ahí en desventaja frente a todo el tipo de campañas que hacen en pro de la mujer, pero no siento que me esté afectando porque igual yo tengo la responsabilidad de cuidar mi cuerpo, entonces yo puedo acudir al médico por X o Y situación y el médico igual me va decir que tengo, como vamos a tratarlo, esto o lo otro. (Entrevista #8).

Lo anterior, desde una perspectiva de género, puede revelar la manera en la que se desequilibran las balanzas a favor de las mujeres en cuanto al acceso a la información relacionada

con la salud sexual y reproductiva, y como desfavorecen, en los mismos asuntos, a los hombres, es en este punto donde la distribución social de roles juega un papel fundamental, pues en esa distribución la salud no le concierne al varón, por lo que la construcción social que se da alrededor de la salud pierde todo sentido para ellos, lo que causa una indiferencia inconsciente, pues no es que ellos decidan de manera consciente ser apáticos a los procesos que pasan por el cuerpo de las mujeres, sino, que son indiferentes, incluso, a las patologías que pueden ser desarrolladas en sus propios cuerpos, lo que termina siendo un peligro para su salud física, sexual, reproductiva y en últimas para sus vidas, pues algunos varones asumen el rol de simples acompañantes, pero no se interesan mucho en preguntar más a fondo sobre lo que pasa en sus parejas, y sobre que tienen que ver ellos con tales padecimientos, (como en el caso del CaCu) y si estos les pueden afectar de alguna manera.

Después de esto, queda destacar la opinión del profesional de la Salud pública, que en pocas palabras sintetiza una de las conclusiones esenciales de este capítulo:

Desafortunadamente los modelos de salud sexual, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están exclusivamente enfocados hacia las mujeres, tal vez porque están respondiendo a una idea cultural, patriarcal, una sociedad que ha legitimado la posesión de la mujer como responsable y emporada de sus procesos médicos y ha dejado un poco de lado esa responsabilidad masculina (Entrevista # 10).

Para finalizar, vale la pena repensarse los modelos educativos, pues allí cobran fuerza las distribuciones atribuidas al género, donde se puede lograr interpelar acciones y procesos diferentes que posibiliten la participación de los varones, y la apropiación de estos sobre sus

cuerpos, sobre su salud sexual y reproductiva y su participación en temas que definitivamente les competen, como es el caso del CaCu, entendiendo que es un asunto que se enseña y reproduce, y que mientras se hace, se crean implicaciones, implicaciones que repercuten en el bienestar, tanto personal, como el de pareja.

Capítulo 4: Masculinidad hegemónica y estereotipos, factores que determinan las prácticas cotidianas y sexuales de los varones

Para hablar de masculinidad es necesario decir que esta se entiende como:

Una experiencia compleja que se construye colectivamente, permeada por los códigos, prácticas, discursos e ideologías que son incesantemente (re)producidas por la cultura y que afecta de manera diferente a hombres, mujeres e instituciones sociales como la familia, la escuela y los sistemas de gobierno. (Nascimento, 2014, p.43).

Por esto, no es posible hablar de la masculinidad de los varones participantes en la investigación, sin tener en cuenta su contexto social, cultural e histórico, ya que es el fundamento sobre el cual ellos nutren la concepción que tienen de su masculinidad, en este sentido los participantes hablan de su masculinidad desde una relación directa con la sexualidad y con el ser “machos”, respondiendo a ciertos estereotipos¹² implantados a través de la cultura, que establece formas específicas sobre el comportamiento de hombres y mujeres, lo que ellos no desconocen y nombran abiertamente

Haber, masculinidad, podría entenderse como un imaginario que tenemos, no solamente hombres, porque realmente las mujeres también tienen una idea sobre el tema, y es como la forma de responder del hombre ante ciertas situaciones y ciertas expectativas que se crean respecto a esto, qué quiero decir

¹² Los estereotipos son simplificaciones dicotómicas que reflejan prejuicios (...) y contienen expectativas que conforman roles. El rol femenino supone atributos asociados con la maternidad, la expresión emocional, el cuidado y la sumisión. Por su parte, el rol masculino destaca el dominio, la capacidad de decisión y el control. (Colin, 2013 & Ragúz, 1996. Citados por; Moreno, Soto, Gonzales y Valenzuela 2017. p. 167).

con eso, la forma en que vas a desarrollar tu carácter, tus formas de expresarte con las demás personas, formas de expresar cariño, de demostrar o no mostrar debilidades, entonces digamos que para mí la masculinidad viene siendo como eso (Entrevista # 8).

Lo anterior permite observar que algunos varones piensan que para hablar de masculinidad no es preciso hacerlo solo con hombres, pues las mujeres también tienen idea del tema, ya que ellos asumen que existen unas pautas básicas que los identifican dentro de la sociedad como masculinos, y que estas pautas no solo están claras en sus imaginarios sino, en los del colectivo, incluyendo al sexo opuesto, lo que realmente devela que en la sociedad existen imaginarios a través de los cuales se instauran micro machismos¹³ con los que se etiquetan de maneras particulares a hombres y mujeres, definiendo lo que es “adecuado” para unos y otros, delimitando incluso la emocionalidad y el sentir dependiendo del género, en este sentido la demostración de emociones, la sumisión, la sensibilidad, temores y demás corresponden a las mujeres, y la fuerza, la protección, la dominación y el mando, pertenecen a los hombres por ser el “sexo fuerte”, estos micromachismos se presentan a lo largo de la vida de los sujetos, siendo aceptados y replicados desde diferentes instituciones como la familia, en la cual desde la infancia, a través de la educación se instauran sexismos que enseñan a los niños que no pueden mostrar debilidad ni llorar porque eso no es masculino, como lo menciona Morgade 2001; citado por Araya 2003:

¹³“Los Micromachismos son prácticas de dominación y violencia masculina en la vida cotidiana, del orden de lo "micro", al decir de Foucault, de lo capilar, lo casi imperceptible, lo que está en los límites de la evidencia... (...), Es decir, los micromachismos, son microabusos y microviolencias que procuran que el varón mantenga su propia posición de género creando una red que sutilmente atrapa a la mujer, atentando contra su autonomía personal”. (Bonino, s, f, p. 3).

El sexismo utiliza al sexo como criterio de atribución de capacidades, valoraciones y significados creados en la vida social, ordenando a la realidad con los cajones “esto es lo femenino” “esto es lo masculino”. El sexismo es una forma de discriminación ya que, como otras discriminaciones es una práctica que tiende a encorsetar a las personas en parámetros impuestos (p.43).

Con esto, es claro el porqué de la influencia de la cultura heterosexista, patriarcal y hegemónica en el imaginario de los sujetos, cultura instaurada y legitimada a través del tiempo por lo cual ellos toman como naturales los parámetros consolidados para ser hombres.

Todos sabemos lo que nos diferencia pero describirlo es un poco complicado, pues para mí... lo que diferencia un hombre de una mujer, físicamente son los rasgos, la fuerza y psicológicamente los sentimientos, las mujeres son como más sentimentales y todo eso. (Entrevista #1).

En este sentido puede decirse que sobre la concepción de masculinidad existen acuerdos sociales, históricos y culturales que instauran una masculinidad hegemónica¹⁴ es decir, unas formas de ser masculino en las que se establecen directamente relaciones de poder de unos cuerpos sobre otros, lo que supone ventajas y desventajas para unos y otros, pero al fin y al cabo, estas concepciones se encuentran legitimadas y naturalizadas de tal manera que se habla de un sexo fuerte y un sexo débil, en el que cada quien debe actuar de acuerdo al perfil establecido y acomodarse a lo que dicta el modelo hegemónico, lo que autoriza un orden social y unas

¹⁴ “La masculinidad hegemónica no es fija, ni es la misma en todas las sociedades ni a través de los tiempos. Es la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en el sistema de relaciones de género dominante en determinado momento histórico. Masculinidad que se convierte en norma y se incorpora a las subjetividades de hombres y mujeres, es la que guía procesos sociales formales e informales que aprueban su reproducción, es la masculinidad que se ensalza y se destaca, es aquella que se expone como la forma “natural” de lo masculino y se estructuran dispositivos para legitimar su dominación” (Bourdieu, 2000. Citado por; Ramírez & García, 2007. p. 8).

ideologías que se imponen legitimando la concepción de que solo existe una forma de ser hombre, una forma universal e invariable que no permite a los varones otras formas de entenderse, de sentirse y de expresarse por miedo a ser tachados como poco hombres o “maricas”.

Me he cohibido, uno a veces se siente que le faltó algo, pero al igual me siento normal, tampoco apenado porque no fui tierno, digámoslo con una situación. Tampoco decir a es que yo no fui tierno con esta situación porque de pronto decían que yo era un marica. Sí, me he cohibido un poco... por esa imagen que el hombre debe ser un hombre fuerte y poco afeminado, digámoslo así, cierto, no con características muy tiernas, porque entonces ya dirían que es un hombre débil. (Entrevista #6).

En este sentido el cohibirse emocionalmente no es la única manera de procurar mantener la imagen de su hombría y masculinidad, sino que también se presentan otros asuntos con relación a su sexualidad, en la que se desarrollan acciones para mantener la hombría desde la demostración del poder y la experiencia sexual y de la virilidad a lo largo de la vida, lo que se desarrolla más ampliamente en el próximo apartado.

Práctico lo que veo y reprimo lo que siento, legitimaciones socioculturales alrededor de la sexualidad masculina.

Para hablar de sexualidad, es necesario decir, que es un concepto amplio que ha sido fuente de estudios, debates y discusiones, dados, en distintos ámbitos sociales y científicos a través del tiempo, lo que hace imperativo partir de una postura coherente con nuestro interés

investigativo por consiguiente, para abordar el tema en este caso, retomamos a Tuñón y Eroza (2001), quienes aseveran que para hablar de sexualidad:

Es importante hacer referencia a los aportes que la categoría de género ha hecho a los estudios en torno a la sexualidad, así como los rasgos que comparten ambos campos temáticos y que explican su perenne relación: tanto el género como la sexualidad son construcciones sociales y culturales: una, el género, del sexo biológico con el que nacen las personas, y la otra, la sexualidad, del placer que generan los contactos e intercambios corporales. Afirmar que son construcciones sociales y culturales implica que en primer lugar, ninguna de las dos es “natural”, y que es la cultura la que le da al género masculino más valor que al femenino. (p. 214).

En este sentido, puede decirse que, tanto hombres como mujeres, comprenden su sexualidad partiendo de esas construcciones socioculturales que determinan de acuerdo al sexo biológico, los parámetros de comportamiento sociales y los patrones normativos en cuanto a los roles y formas de relacionarse con el otro, es por esto, que conforme a esas relaciones de género, los sujetos configuran los significados de su sexualidad y establecen lo apropiado o inapropiado para unos y otros, de ahí que la mujer por poseer un útero, esté limitada a una sexualidad con carácter meramente reproductivo, en tanto que los varones usan su sexualidad como el medio para demostrar su masculinidad y tener legitimidad social.

Mientras la cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano, también la sexualidad llega a definir y a engarzarse con esta noción dominante y “biologizada” del género: las mujeres son para tener hijos, los hombres buscan el placer sexual. La “naturalidad” desde este punto de vista está dada en la práctica heterosexual a partir de la noción de complementariedad de los sexos para la reproducción. Esto explica la fácil y

falaz sustitución de género por sexo, de sexualidad por reproducción, y de salud sexual y reproductiva por planificación familiar. (Tuñón y Eroza, 2001. p. 215).

Lo anterior evidencia la necesidad de entender la sexualidad más allá de la procreación, comprendiendo la vida sexual como el goce y el disfrute personal y de pareja, sin que la reproducción esté de por medio, esta visión posibilitaría para ellas más libertad en su sexualidad y para ellos mayor conciencia de sus cuerpos y por ende, de los cuidados que deben tener con el mismo, pues la noción biologizada de sexualidad no es dada solo desde la reproducción histórica y cultural, sino que esta misma, permea otros ámbitos como lo normativo en el área de la salud, desde la cual se promueven programas que buscan prevenir enfermedades fundamentados, en esa visión biologizada, trabajando desde la distribución de géneros pero no velando por la equidad de los mismos, esto se manifiesta en asuntos como la forma en la que se abordan temas relacionados con el cuerpo, la sexualidad y los métodos anticonceptivos, en donde se promueven mayormente anticonceptivos para el cuidado reproductivo de las mujeres y para ellos, el preservativo como método de barrera para las enfermedades de transmisión sexual, pero esto se queda corto si pensamos que los varones también pueden usar métodos anticonceptivos, que no sean solo el condón y conocer otras medidas de prevención para el cuidado de su salud sexual y el de sus parejas, sin embargo, la manera de concebir la sexualidad y de promover la misma por algunas entidades de salud, influye en el uso de medidas de prevención en la sexualidad masculina y también en como conciben ellos algunas enfermedades como el CaCu, abordado institucionalmente como algo que compete solo a ellas.

Continuando con la reflexión sobre el concepto de sexualidad, esta es entendida por los varones participantes en la investigación, desde la masculinidad hegemónica y las relaciones de género mencionadas anteriormente, ya que ellos la entienden como el equivalente al acto sexual y

la remiten permanentemente al órgano reproductor, esta concepción se fundamentada principalmente en aspectos sociales y culturales. En este sentido se presenta una generalidad en los participantes, quienes a través de sus expresiones físicas y verbales presentaron concepciones referentes no solo a su sexualidad, sino también a otros asuntos, evidenciando varios estereotipos sobre los cuales establecieron prácticas y conductas referentes a sus modos de vida, a la apropiación de sus cuerpos, a la expresión de sus emociones y dolencias físicas, a la relación interpersonal, a la dinámica de pareja, al acto sexual y su salud sexual y reproductiva como tal, lo que muestra, que si bien los varones remiten la sexualidad solo al acto sexual, tienen una gran influencia exterior social y cultural sobre lo que piensan, muestra de esto son esos estereotipos encontrados en sus relatos, en donde emergían asuntos referidos al género Masculino, femenino, y a lo que está socialmente legitimado en la actuación de unos y otros, esto repercute en la manera en la que ellos entienden su sexualidad, pues se sienten hombres solo si actúan dentro de los criterios establecidos culturalmente desde la masculinidad hegemónica que les dice que prácticas desarrollar y cuáles no, por lo cual ejercen una sexualidad desentendida de sus necesidades emocionales, mentales y relacionales, enfocadas solo en el disfrute sexual, pues así lo establece la cultura en la cual están inmersos, es en este punto donde cobra vital importancia asuntos como, el tamaño del miembro, la expresión de ternura, la forma de conquistar, etc., Por otro lado también existen algunos hombres que conciben la sexualidad de manera distinta

La sexualidad se logra evidenciar de una manera más física, en cuanto a exteriorizarla con las personas, ya al tema interior ya si, sería como, la forma de ser de la persona, de relacionarse, de como ella interactúa respecto a situaciones afectivas con los demás, pero digamos que es algo más del interior de la persona, (Entrevista # 8).

Si bien este participante expresa una concepción un poco más amplia de la sexualidad, la misma es todavía un poco limitada, debido a que la sexualidad conlleva asuntos que se desarrollan a lo largo de la vida y que van más allá de lo biológico, trascendiendo a aspectos sociales culturales e históricos que se multiplican y legitiman en las interacciones sociales, familiares y las acciones individuales de cada sujeto, como lo menciona Weeks, (1998), citado por Martínez, (2005):

Entendemos a la sexualidad como un constructo social, más que como una definición o una situación meramente biológica. Esto significa que, a partir de las características físicas con las que el individuo nace, se va ‘inventando’, social e históricamente, una forma de vivir y ser de acuerdo con esa conformación biológica. La sexualidad, por tanto, constituye una serie de “creencias, relaciones e identidades históricamente conformadas y socialmente construidas—”. (p. 34).

Esta visión de sexualidad multidimensional, es también aceptada por instituciones como la OMS, la cual reconoce la sexualidad como

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores

biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Todo lo anterior permite tener claridades frente a lo que es la sexualidad y los aspectos que nutren el concepto, para comprender mucho mejor por qué de la sexualidad masculina es reducida y enfocada en lo genital.

Así pues, y como se mencionó en capítulos anteriores, la educación juega un papel principal en lo que entienden los hombres de su sexualidad, pues es a través de la misma que se establecen ciertas formas estereotipadas, heterosexuadas y heteronormadas, de actuación en la realidad y la vida de los sujetos, de esta manera se puede decir, que los varones participes en este proceso entienden la sexualidad, como el acto sexual pasado por el órgano genital, que es fundamental para sus vidas, pues no conciben la misma sin actividad sexual, por lo cual, establecen prácticas en pro de su sexualidad desde diferentes puntos de su realidad cotidiana.

“Todo entra por los ojos”, Criterios de selección y prácticas de conquista en los varones.

Es claro que, para los hombres de esta investigación es necesario tener una pareja estable o esporádica para desarrollar sus prácticas sexuales, sin embargo, los criterios de selección que tienen para elegir, no van más allá de los mismos estereotipos sexistas mencionados anteriormente, en este sentido aparecen asuntos como:

Bueno estamos hablando de cuerpo, sexualidad y todo, uno, como hombre quiere una vieja, culona, caderona...senos grandes... hablemos de la vagina, una vagina grande, puede ser un clítoris grande, bueno, a otros les puede gustar, una flaca, una gorda, entonces...ya cada uno... pues busca lo que le gusta ,

personalmente me gustan las mujeres que tengan los pechos y que tenga los pezones grandes, pues uno las quisiera pues duritas paraditas, Si, porque yo por decir a una vieja bien flacuchenta, bien fea , yo no le voy a decir ey mamita, tal cosa, ve esto, no, imagínese, O sea ahí queda, es como usted comerse algo que no le guste, así debe ser uno y así con las mujeres (Entrevista #5).

En lo anterior, es evidente que al momento de elegir pareja sexual, la belleza se convierte en algo simbólico y los varones trazan criterios de selección fundamentados en el aspecto físico, correspondiente al estereotipo de la mujer voluptuosa como factor determinante para llegar al acto sexual, lo que a su vez dadas las construcciones sociales, afirma su hombría y masculinidad, pues la pareja seleccionada debe responder a un cuerpo estéticamente bello, una imagen erotizada construida socialmente, aceptada, legitimada, instaurada y replicada en distintos grupos humanos y en distintas épocas... En la modernidad por ejemplo, son los medios de comunicación los que difunden y consolidan estereotipos de cuerpos socialmente aceptados (Ventura, 2000), Esta lógica se reproduce e instaura en los sujetos incluso desde la infancia, con asuntos como, las muñecas y muñecos que acompañan los juegos infantiles y que siempre muestran una figura esbelta, con lo cual, sutil y sistemáticamente se define desde lo físico lo que debe ser masculino y femenino, lo atractivo, lo sensual y lo refutable, dejando de lado asuntos tan importantes como la salud, tema que surge incluso desde ese estereotipo implantado, como lo menciona Ventura (2000), citado por Cocinamo (2011):

Resulta una triste paradoja que las formas irreales/ideales de la muñeca Barbie sean las que llevan cuarenta años impresas en el inconsciente de varias generaciones (...) si lda Barbie fuera humana tendría unas medidas imposibles:

100-45-80, no tendría la menstruación a causa de su delgadez y padecería trastornos psicofísicos de todo tipo. (p.56).

Con esta cita, queda claro que más allá de los estereotipos físicos, impuestos a través del tiempo, emergen asuntos primarios en temas como la sexualidad, el cuerpo, las relaciones y el autocuidado, pese a esto, el asunto estético aunque puede ser superficial, es un ítem importante para elegir pareja en la mayoría de varones de esta indagación, asunto que puede generar alertas en cuanto a la salud y el cuidado, ya que la apariencia física no devela necesariamente el estado de salud de las personas, menos cuando hablamos de salud sexual, por lo cual, si un varón elige a su pareja sexual únicamente porque responde a un estándar físico, podría decirse que no es su salud sexual lo que prima al momento de elegir, sino lo relacionado con la apariencia, (sin que esto quiera decir que una mujer voluptuosa y bella no sea sana). Sin embargo, como ya se mencionó, el cuidado no solo hace referencia a lo estético, sino que conlleva asuntos de autocuidado, que precisan del conocimiento del otro, en tanto somos sujetos en constante relación e interacción, así como también la conciencia del propio ser, de las propias necesidades, y de la reciprocidad en las relaciones, como lo menciona Vanegas(2015):

El cuidado, y más que este el auto-cuidado, es el basamento de la conciencia como llamado de sí mismo, y aunque este fenómeno transita a cuidado de los otros su fuente co-existe en el sí mismo, pues cómo podemos pensar en cuidar a los otros si no es de la experiencia del cuidado consigo mismo. La conciencia de la salud exige una cultura del cuidado a partir de la formación que nace del oírse a sí mismo, a partir del diálogo interno que cada ser humano construye en su propia intimidad, para nuestro caso, a partir de la experiencia de la dinámica salud-enfermedad, a partir de la conciencia del cuerpo inmerso en el

fluir temporal, a partir de la conciencia de nuestra existencia en relación con lo otro y con los otros, como sujetos de un mismo mundo, de un mismo territorio, contemporáneos de un mismo tiempo, compañeros de generación.(p. 9).

Por otro lado, continuando con los criterios de selección que desarrollan los varones para elegir a su pareja sexual, estos también se dan fundamentados en estereotipos relacionados con asuntos externos no vinculados a la salud, en los que emergen estigmas sociales direccionados a cierto tipo de comportamientos en personas específicas de acuerdo al género, para este caso las mujeres, quienes son definidas o rotuladas de “serias o grillas” de acuerdo a la forma de vestir, la expresión verbal, o el tiempo que se lleven en aceptar un encuentro sexual.

Pues no sé, por ejemplo una mujer de chores, hay shorts de shorts, eso combinado con la blusa, con la expresión verbal, pues puede que no sea una “grilla”, pero algunos hombres tenemos eso en la cabeza que si se viste así pues..... grilla y perra es casi la misma maricada, pero cuando uno ve que la mujer es muy fácil, que la mujer lo da fácil eso es una mujer grilla, y los hombres somos todos grillos, pero nosotros discriminamos es a las mujeres. pues visualmente todo entra por los ojos, a unos les gustan así y otros de otra manera, pero personalmente si a mí no me parece atractiva pues es donde el ojo empieza a seleccionar, entonces cuando la mujer no es la mujer que a usted le parece bonita, físicamente o pues como viste, usted casi que evita sacarla a rumbear por ejemplo, y pasa también cuando usted ve de pronto a una mujer muy mamacita, muy organizada, y usted tampoco se va a guevoniar por allá, porque usted sabe que tampoco va a ganar ahí nada entonces es por los dos lados. (Entrevista # 3).

Con relación con esto, surgen diferentes asuntos; el primero es, la clasificación que dan los varones a las mujeres que seleccionan para relacionarse según el culto al cuerpo, en donde la mujer “bonita” resulta ser un trofeo para la masculinidad y la que se considerada “fea” se evita *“El ojo empieza a seleccionar, entonces cuando la mujer no es la mujer que a usted le parece bonita, físicamente o pues como viste, usted casi que evita sacarla a rumbear por ejemplo”*, con lo mencionado por este sujeto, es claro que el cuerpo de hombres y mujeres está cargado de un contenido simbólico y cultural que atraviesa las relaciones entre los mismos, relaciones en las que se incluye y excluye de acuerdo a la apariencia.

Otro asunto que se evidencia es, la división social de género, y la censura ante ciertos comportamientos socialmente aceptados para hombres y negados a las mujeres, como los encuentros sexuales esporádicos y la posibilidad de tener varias parejas sexuales al tiempo, *“los hombres somos todos grillos, pero nosotros discriminamos es a las mujeres”*, esto refleja que existen fenómenos sociales, como los es la “promiscuidad” sexual masculina, que se convierten en colectivos y realidades cotidianas instauradas, a tal punto, que se legitiman y encajonan los comportamientos e identidad sexual de los sujetos de acuerdo a lo biológico, como lo menciona Szasz (s.f), quien menciona que, según algunos estudios sobre sexualidad, ciertos comportamientos son interpretados como reafirmaciones de la identidad masculina, mientras existen significados de la sexualidad que se asocian con la afirmación y la legitimidad social de las mujeres. De esta manera los patrones normativos diferenciados para cada género afectan los comportamientos e inciden en la concepción de cuidado para hombres y mujeres, en este caso para los varones quienes conciben como positivo “ser perros”, es decir, tener varias parejas sexuales paralelamente, pues a mayor número de encuentros y parejas mayor afirmación de su masculinidad como se evidenció en el discurso de ellos, cuando expresaban que una mujer

“perra”, es menospreciada porque esta expresión hace referencia a un insulto, pero para un hombre el ser perro es sinónimo de triunfo, pues socialmente la connotación de la palabra cambia radicalmente.

Es que cuando usted le dice a un man perro, eso es un alago y ya decirle perra a la mujer es denigración, en últimas están haciendo lo mismo pero no sé, la sociedad nos está haciendo así el machismo será, la desigualdad (Entrevista #3).

Entre nosotros los hombres decir perro es símbolo de triunfo, como un hombre perro es... ¡uy perro! te estas llevando a la que vos querés, pero entre los hombres el decir perra es como decir no se meta con esa vieja, esa vieja no vale, pero perro en el hombre es como ese man vale mucho, él es el pro, el teso en eso. (Entrevista # 2).

Este tipo de concepciones, reflejan que en ellos se dan prácticas que a pesar de ser culturalmente aceptadas y calificadas como positivas, pueden incrementar el factor de riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual y otras; riesgo que se genera no por el hecho de tener relaciones sexuales con diferentes parejas, sino, por el descuido y el poco uso de métodos de protección que se da en el afán de los momentos previos al placer sexual, pues según ellos, los hombres son más propensos a tener relaciones sexuales esporádicas por ser más “calentosos y arrechos” y les es muy difícil negarse a una propuesta de sexo casual, mientras que las mujeres son más “juiciosas” en ese sentido y pueden abstenerse más.

Esta concepción expone los imaginarios machistas y las construcciones culturales y sociales mencionadas anteriormente, evidenciando que en cuanto a la salud sexual, el cuidado en muchas ocasiones se deja al azar, pues no en todos los casos se planifican los encuentros ni se

cuenta con los recursos necesarios para el autocuidado y el de la pareja, lo que incrementa la posibilidad del contagio en ambos.

A ver a uno de hombre le dicen vamos y ¡vamos pues! es raro cuando sinceramente uno dice no, pero digamos que si uno le plantea esta misma inquietud a una mujer ella le puede, por decirlo así un 50% en probabilidades de que sí y otro 50% en que no por diferentes cosas, porque a uno de hombre en el momento le importa un carajo cualquier cosa, la mujer, creo yo, reitero, piensa un poquito más todo tipo de situaciones y la oportunidad que se brinde (...) creería yo que es más el hombre el que fácilmente pueda acceder... el hombre es más calentoso por no decir que es más arrecho, que sinceramente le va acceder mucho más fácil al tema sexual que una mujer, (Entrevista # 8).

Con todo lo anterior, es claro que, los significados y criterios de selección sociales influyen las actitudes frente a la prevención de enfermedades, pues en algunas ocasiones las prácticas no son reflexionadas con relación a las consecuencias y repercusiones para la salud propia o de pareja, esto quedó evidenciado al consultar a los participantes sobre ¿qué harían en caso de contagiarse o contraer alguna ITS en encuentros esporádicos?, a lo que varios sujetos solo hicieron mención y reconocimiento de una institución específica a la que pueden remitirse en el caso de necesitar atención relacionada con su salud sexual y reproductiva

Yo creo que el estado tiene una entidad que se llama Profamilia, creo que es planificación y todo eso, pero allá también le brindan asesorías, si usted, en el caso mío (...) no los conozco porque no nunca he estado allá, pero si lo he oído mencionar. (Entrevista #5).

Se me viene en este momento a la cabeza Profamilia, a donde uno va a que lo asesoren, no me sé la dirección, allí llegando al parque del periodista, y uno va allá y allá lo asesoran, yo sé a dónde ir el día que tenga muchas dudas o que me esté pasando algo. (Entrevista # 3).

De esta manera es evidente la poca apropiación del cuidado de salud sexual y reproductiva en los varones, pues solo hicieron mención de esta institución y lo nombraron como algo lejano, es decir, ven la posibilidad de contagio como ajena a ellos, adicional a esto, lo nombraron como el lugar al cual se acercarían si se enferman.

Pues no se alguna hinchazón, un dolor, algún fluido, o que se vea distinto, por ejemplo una vez sí asistí a una revisión, pero fue porque me machuqué una “güeva” entonces pues era obvio (Entrevista # 3).

Esto refleja que no lo apropian como un lugar al que puedan ir previamente a cualquier padecimiento, como forma de promocionar su salud, conocer más sus cuerpos y los métodos preventivos y cuidados que pueden desarrollar con sus parejas, para tener una vida sexual activa, plena y saludable, pues frente a la prevención en salud sexual, los varones no tienen una conciencia y apropiación de hábitos saludables como el realizarse chequeos médicos para hacer seguimiento de su salud y no para curar su enfermedad (a excepción del examen de próstata) ya que lo único que los lleva a una consulta médica es sentirse verdaderamente mal o algún asunto que ellos consideren grave.

Prácticas sexuales de pareja, el voto de confianza y la salud sexual, desde la perspectiva masculina.

Sobre las prácticas en la relación de pareja surgen dos asuntos principales, el primero es sobre la necesidad que tienen los varones de una vida sexual activa, para considerar que su relación es saludable y que todo está bien.

Si, si por ejemplo hay una pareja y uno de los dos no quiere tener encuentros sexuales el otro se tiene que ver afectado, porque finalmente las relaciones amorosas van vinculadas a las relaciones sexuales, o al contrario pues las relaciones sexuales van vinculadas a las relaciones amorosas, entonces si uno de los dos no quiere practicar la sexualidad, entonces ya estamos hablando de que no hay una vida sexual sana, pues porque no la hay, entonces ya eso traerá otros problemas internos en la pareja, pero sí, tiene una afectación claro, pues...Es que imagínese usted con un novio o una novia que no le quiera dar nada, no sé, la pone a pensar ¿o no?. (Entrevista # 1).

En este sentido surge el segundo asunto, el cual es que, si bien al iniciar las relaciones sexuales con la pareja, los varones hacen uso del preservativo como barrera de protección y método de planificación, con el pasar del tiempo y el aumento de confianza en la relación esta práctica se pierde, ya que si la relación es estable no se considera la protección como algo necesario, sobre todo si la pareja está planificando pues al no existir la posibilidad del embarazo se deja de usar como método de barrera contra las ITS,

Si no hay riesgo no hay que usar condón, ese es el imaginario pues, entonces el hombre si tiene una pareja estable con esa pareja puede tener sexo sin

condón, cierto, como si no hubieran riesgos más allá, además el condón te protege de no tener hijos, de que tu pareja no quede en embarazo, pero entonces si la mujer planifica mucho menos van a usar condón, entonces es una cosa muy complicada porque entonces los hombres terminan descargando todo nuevamente en las mujeres, si la mujer planifica y ella es muy juiciosa y muy fiel pues con ella no usa condón (Entrevista # 9).

(...)Mi pareja anterior, tenía un dispositivo, entonces yo con ella no me cuidaba, (Entrevista # 4)

Lo anterior es cuestionable, debido a que primeramente se equipara salud sexual a planificación familiar como se había mencionado en apartados anteriores, y segundo, porque se deja la salud sexual en manos de la pareja con base en la confianza, una confianza fundamentada en el desconocimiento, pues algunos varones expresaron no saber nada sobre la vida sexual de sus parejas previa a ellos, y también mencionaron no tener idea sobre la existencia de algún tipo de infección de transmisión sexual silenciosa de parte de ellos, debido a que algunos brotes tardan incluso años en manifestarse, por esto dicen que tanto ellos como sus parejas podrían estar enfermos y no saberlo, lo que si bien les genera inquietud, lo solucionan usando preservativo durante los primeros encuentros sexuales y dejando esta medida de cuidado con el tiempo y la confianza generada en la pareja.

Yo creo que sí debería tener uno un poco más de cuidado, porque así como uno no conoce el pasado de ella, tampoco ella conoce el de uno, entonces debería uno cuidarse más, por eso es que uno las primeras veces siempre es con

preservativo porque hay cosas que se demoran un tiempo en aparecer. (Entrevista # 1).

Si yo voy a tener una sexualidad con alguien que de pronto apenas este conociendo pues me cuido, si me entiende, pero si yo ya veo que es una mujer estable que está conmigo entonces ya es diferente (Entrevista # 4).

Hoy en día tiene usted sus condoncitos, obviamente usted se tiene que cuidar ¿no? Inicialmente usted cuando consigue novia se cuida ya después, pues yo no me cuido, pero un ejemplo con x persona uno no le va dar el voto de confianza, porque le puede pegar a usted lo que sea. (Entrevista # 5).

Paralelamente a la confianza generada por la estabilidad y el tiempo de relación, surge la confianza en la fidelidad de la pareja como elemento decisorio, al momento de no tomar medidas preventivas frente a posibles enfermedades de transmisión sexual, y es que pareciera que el tener una pareja sexual estable, desdibuja que existen otros riesgos que pueden amenazar la salud, de ellos y de sus parejas como sería el caso del VPH, el cual, si no existe el uso de condón por parte de ellos y los exámenes preventivos por parte de ellas se puede transmitir, desarrollando el CaCu, pero incluso los varones reconocen que ante otros asuntos distintos a prevenir un embarazo los cuidados son mínimos cuando se está en pareja

Los cuidados tampoco son muchos, en pareja al comienzo de la relación, cuidaba mis relaciones sexuales con condón, hoy en día pues después de seis años y medio hace mucho rato que no utilizo condón, mi novia si se cuida con las pastillas de planificar, pero se cuida es de un embarazo no de otras enfermedades, ¿de otras enfermedades como nos cuidamos?... pues simplemente

tenemos relaciones solo ella y yo, por lo menos hasta donde yo sé no hay otras personas en la relación, entonces esa es la forma en la que considero que nos cuidamos (Entrevista # 3)

Reflexionando en lo anterior, es curioso ver como a lo largo de esta investigación los varones han reconocido ser, mujeriegos y promiscuos por naturaleza, pero al momento de hablar de las prácticas sexuales de pareja, esto parece desaparecer pues ellos dicen ser fieles como forma de cuidarse a sí mismos y a sus parejas, y al mismo tiempo esperan fidelidad por parte de ellas, lo que podría interpretarse como que se vislumbra cierta consciencia de la reciprocidad en las relaciones sexuales, por lo que se justifica dar el “voto de confianza” ya que dentro de la relación sexual de pareja, están permitidas prácticas que no se llevarían a cabo en algo esporádico.

Ella puede tener prácticas que incidan directamente en mí, pues claro, o yo y que incidan directamente en ella, por ejemplo, que estando con uno sean promiscuos, entonces eso puede generar un riesgo para uno, el desaseo también puede generar un riesgo para uno, porque si la pareja no se realiza un buen aseo desarrollará una infección o alguna cosa que finalmente lo tiene que afectar a uno también, (...) Sí, hay prácticas que el uno o el otro pueden desarrollar que afecten a la pareja (Entrevista # 1)

Hay prácticas que uno no va a desarrollar con cualquier persona, pues se necesita como un poco más de confianza de conocer un poco más a la otra persona para poder desarrollarla, por ejemplo en el sexo oral, (...), yo creo que

el sexo oral requiere como un poquito más de confianza en la otra persona

(Entrevista # 1).

Seguidamente es preciso mencionar que, alrededor de la vida de pareja y la sexualidad se construyen subjetividades y significados que orientan la manera de sentir y pensar respecto a ciertos asuntos y prácticas de pareja, por lo cual, lo que es permitido en una relación puede ser censurado en otra, en este caso, se dan acuerdos que orientan el hacer sexual debido a las percepciones que tienen los sujetos de lo que es adecuado o inadecuado, estas subjetividades se encuentran llenas de significados e imaginarios que dan sentido a las acciones de los individuos, y aunque son subjetivos están contruidos socialmente, lo que permite llegar a acuerdos a través de la interacción, como lo mencionan West y Turner (2011), citando a Blumer (1969), “El significado se crea en una interacción entre las personas(...)y solo puede existir cuando las personas comparten las interpretaciones de los símbolos que intercambian en la interacción” (p.83), así pues, las interpretaciones, símbolos o para este caso los imaginarios individuales, al ser compartidos dan significado a lo que se hace. En esta indagación y según el análisis de la información, se encontró que para algunos varones, solicitar a su pareja pruebas de salud sexual, o invitarla a realizarse exámenes preventivos, significaría un insulto o una muestra de desconfianza, por lo que se abstienen de hacerlo, en este mismo sentido, si es su pareja quien solicitara tales exámenes sería tomado por ellos de la misma forma, pues como lo mencionan, si existe confianza en la pareja eso no es necesario.

Sería incomodo, no sé cómo la otra persona va a reaccionar, o sea, si a mí me lo dijeran quedaría como...¿qué me ves cara de que me meto con todo el mundo o qué?, incluso si yo le fuera a decir eso a otra persona, me imagino que respondería con un ¡qué!, ¿es que usted qué tipo de persona cree que soy yo o

qué?, creo que responderían en un tono agresivo o algo así, porque es que de cierta manera es como si le digieras a la persona te estas metiendo con cualquiera o algo así. (Entrevista # 2).

De esta manera si bien, existe la limitación en preguntarle a la pareja por estos asuntos, también se encontró en este estudio y dado nuestro interés exploratorio, que existe la necesidad de que lo hagan, es preciso que pregunten a sus parejas y que se pregunten a sí mismos sobre su salud sexual y reproductiva, ya que si reflexionamos lo mencionado en la cita anterior respecto al VPH y al CaCu, estas perspectivas de silencio ante la duda, de no conversa sobre temas de salud sexual en pareja, fortalece aún más el desconocimiento y los imaginarios que los varones puedan tener sobre asuntos como el Cáncer de cérvix, el VPH, y otro asuntos que competen a los dos , de ahí que se dieran comentarios como los siguientes.

No sé, me gustaría saber si de pronto el cáncer de cuello uterino lo trasmite el hombre, porque eso, no lo sabe uno, o sea puede ser que la mujer este con el hombre, y ella puede estar aliviada y al estar con el hombre y empieza la enfermedad, pero no sé, me gustaría saber eso. (Entrevista # 4)

Bueno del virus del papiloma humano tengo cosas por encima, no tengo claro muy bien esto, pero sé que en el hombre no muestra como sintomatología, en la mujer sí, que también se trasmite por vía sexual y que como no se trata a tiempo, puede evolucionar a un cáncer si no estoy mal, pero no tengo más conocimiento y el Cáncer de Cuello uterino lo relaciono a la mujer por la misma anatomía de la persona, pues los hombres no tenemos útero. (Entrevista # 8)

Estas dudas, suelen quedar en el aire primeramente, porque son temas que no hacen parte del dialogo cotidiano de pareja, y en segundo lugar porque como se ha mencionado durante todo este escrito, la información sobre Salud Sexual y reproductiva llega masivamente a las mujeres y si ellos no conversan con ellas sobre el tema, ni reciben la información de primera mano, es decir de las instituciones encargadas del asunto, entonces, queda el vacío en ellos, lo que desde nuestra perspectiva se convierte en una violación a sus derechos, debido a la falta de una perspectiva de género en salud en donde prime la equidad y todos y todas tengan acceso a la información clara, lo que permitiría que ambos puedan tomar conciencia y acciones de protección y cuidado consigo mismos y con sus parejas, y que si hablamos de ITS, ambos están en riesgo y ambos deben asumir posturas responsables frente al tema, como lo nombró uno de los participantes.

Me imagino que las enfermedades que pueda desarrollar ella, las voy a tener yo, entonces mi condición de hombre seria la misma condición de la mujer, ¿no?, pues el riesgo de contagiado es igual, y las dos personas tendríamos que hacer algo. (Entrevista # 3).

Finalmente y para concluir este capítulo, vale la pena mencionar algunos asuntos tratados en los apartados que lo conforman con relación al tema que nos atañe, “*los imaginarios masculinos sobre le CaCu*”, por lo cual queda por decir que, la masculinidad entendida desde el modelo hegemónico, transversaliza las concepciones de sexualidad de los varones la cual se construye a partir de estereotipos sexistas, que son aplicados desde las conquistas sexuales esporádicas hasta las relaciones de pareja, y generan que en asuntos de salud sexual y reproductiva, en temas que competen a hombres y mujeres como el CaCu, se presente

desinformación, poco interés e imaginarios como, que el CaCu solo le interesa a la mujer porque es ella quien tiene Útero, cuando en realidad es un asunto de corresponsabilidad.

Capítulo 5: Profundizando en los imaginarios masculinos, conclusiones y recomendaciones.

Con el fin de concretar y darle cierre a este proceso, nos proponemos en los siguientes apartados desarrollar, los hallazgos de esta investigación cualitativa realizada desde una perspectiva masculina, hacemos especial referencia a este capítulo pues teniendo en cuenta la construcción ya hecha en los anteriores, y apoyándonos en las mismas, dedicamos este espacio a profundizar en el análisis respecto a, cuáles son los principales imaginarios masculinos sobre el CaCu y las razones de los mismos.

El CaCu no se desarrolla en la próstata.

Para dar inicio a este apartado, retomaremos la idea referida a la ausencia constante de los varones en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, lo que genera su falta de conocimiento sobre las infecciones y enfermedades de transmisión sexual en general, tanto si son padecidas por las mujeres o por ellos mismos, por lo cual se da una constante de desconocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y otros.

Una de las variantes para que esto se presente específicamente con el CaCu, es el hecho de que la enfermedad no pasa por los cuerpos masculinos en el desarrollo del padecimiento como tal, lo que causa que no la conciben y si llegan a hacerlo lo asuman como algo ajeno a su condición de varones, pues normalmente la conocen por medio de la televisión o escuchan campañas en donde ellos no son mencionados, ya que se habla específicamente del útero y de la condición biológica femenina, lo que unido a otros asuntos como, el desconocimiento que tienen los varones de sus cuerpos y de lo que pasa con él y en él, genera algunos de los principales imaginarios existentes en ellos sobre el tema; por en cuanto a sus cuerpos se puede decir que si

bien existen algunos varones que tienen una relación estrecha con el mismo, en el sentido de cuidar su apariencia, alimentarse “bien” según los gustos individuales y lo que cada quien considera sano, y también haciendo ejercicio, esto no responde más que a una relación superficial no interiorizada, debido a que la totalidad de los varones participantes reconocieron no asistir al médico como un hábito de cuidado y de seguimiento a su salud, sino en los momentos en los que sienten algún dolor que los obliga a tratarse, es decir, que finalmente es la dolencia la voz a través de la cual ellos prestan atención a sus cuerpos más allá del verse bien, a excepción del examen de próstata, del cual ellos sí hicieron un reconocimiento.

Lo único que había escuchado del tema específico en los hombres, es el cáncer de próstata, que con ese, ahora que lo mencionas, sí, ha escuchado uno por ahí una campaña, como para que se hagan los exámenes después de los cuarenta (Entrevista # 1).

En lo anterior se observa que en cuanto a la próstata, existe una interiorización de la necesidad de realizarse el examen a los cuarenta, momento que les genera temor, como se observó, en el análisis del discurso y según el lenguaje corporal de los varones al hablar del tema, pues ellos relacionan el examen anal con la pérdida de su masculinidad, aunque reconocen que este finalmente, hace parte de la planeación de sus cuidados a cierta edad, pero y ¿Qué antes de este momento? Sencillamente ellos asumen esa postura de machos siempre sanos porque tienen un cuerpo voluptuoso y “bien alimentado”.

De esta manera se evidencia que sí, es posible generar conciencia previa a los padecimientos o la enfermedad en los varones, pues independientemente de los temores creados alrededor de este examen, el mismo se legitima por cuenta de prácticas como la mención

cotidiana del procedimiento para ellos, en este sentido, si bien las relaciones construidas desde el género vuelven un tabú toda actividad relacionada con su ano, al considerarse un atentado contra la hombría, resulta contradictorio que sea ese mismo medio quien les haga ver el examen de próstata como un ejercicio para prevenir la enfermedad en la madurez.

Veo difícil hacerme el examen, pero hay que hacerlo, por lo mismo que hablamos, así como a la mujer se le ha metido a la cabeza que se tienen que hacer la citología, los hombres también tenemos eso en la cabeza, sabemos que a determinada edad tenemos que hacernos el examen, tenemos que pasar por eso
(Participante # 3)

En esta medida, cabe resaltar la forma en que las relaciones sociales influyen en la toma de decisiones sobre la manera en que se conlleva la atención de la salud, y como cooperan las distribuciones de género en esta, para que exista un cuidado inmutable para las féminas y una atención e ingreso tardío para ellos en temas de salud, es decir, que se fragmenta la atención, orientándola de manera sexista, lo que causa desinterés de hombres en relación con la salud de las mujeres y viceversa, pues si el cáncer de cuello uterino y sus detonantes se nombrasen de manera general a hombres y mujeres, quizá los varones lo tendrían tan interiorizado como el cáncer de próstata, pero la atención en salud enfocada a lo femenino obstaculiza este tipo de procesos, lo que se desarrolla más ampliamente en otro apartado.

EL patriarcado: Eterno maestro de la cultura.

Como lo resaltamos en los apartados de un capítulo anterior, la educación juega un papel preponderante en las dinámicas sociales dadas dentro de un contexto, pues esta será impartida de acuerdo a la verdad acomodada desde un modelo específico, para la realidad país el patriarcado

genera incidencia en los imaginarios masculinos sobre el CaCu, pues desde el mismo se responsabiliza a la mujer y se des responsabiliza al hombre en cuestiones que competen a ambos géneros, cuestiones como: embarazos, infecciones de trasmisión sexual, cuidado de la salud y otros temas en los que tendrían que haber procesos educativos que propendan por vincular a ambos sexos. Referente a esto, actualmente nos encontramos cruzando un proceso histórico marcado por el reconocimiento de inequidades de género a causa de la reproducción del modelo patriarcal, inequidades profundizadas en su mayoría desde las mujeres, situación que ha dejado de lado la necesidad de ahondar en las implicaciones que han tenido las masculinidades en el desarrollo del mismo sistema, concerniente a esto se puede anotar que, dentro de esas dinámicas la salud sexual y reproductiva sigue siendo un asunto ajeno a ellos, lo cual indica que la información brindada sobre el tema se presenta de manera escasa, por lo que la educación se vuelve un asunto que se entrega de acuerdo al género, afectando los derechos de unos y otros en razón de su genitalidad.

Paralelamente a lo anterior, la educación de hombres y mujeres ha estado fundamentada en un modelo de relaciones de poder y sexismo, donde se cree que el hombre es fuerte y la mujer es débil, un modelo que propende la conservación de una masculinidad hegemónica donde al hombre no se le permite sentir, ni expresar la más mínima muestra de debilidad, ni siquiera en momentos de padecimiento y dolor, por lo que estos asumen una postura de cuidado enfocada en su virilidad, en sus órganos genitales y en la prevención de no dejar en embarazo a una mujer.

Si uno está con alguien en quien confía y conoce, el condón se puede usar solamente para evitar el embarazo, pero hablando de sexo casual y conociendo que uno está sano, el preservativo se usa para la protección de uno, entonces es más para protegerme y para evitar el embarazo, sería diferente si uno portara una

infección o enfermedad y fuera consciente de eso, entonces se usaría para proteger a la otra persona (Entrevista # 1).

Lo anterior, refleja la postura que algunos varones tienen frente a su cuidado, postura transversalizada por creencias que los vuelven lejanos de su salud y que se corrobora en la manera en que se educa. Cuando profundizamos en la relación dada entre el desarrollo del CaCu y la educación, nos encontramos con varios asuntos que respaldan el hecho de que para ellos esta enfermedad sea prácticamente desconocida. El primer tema que podemos resaltar sería la educación dada desde casa, pues es allí inicialmente donde se empiezan a consolidar esas maneras de ser niña y niño, inofensivas prácticas empiezan a dotar de sentido cualquier tipo de acto inocente que gira entorno a la crianza de ellos, entonces en este momento de sus vidas, se les asigna un color y ciertos roles, que se profundizan a través de juegos donde difícilmente veras al niño jugando de enfermero y si bien, se les entrega el rol de cuidador de ellas, esta tarea gira entorno a la defensa de su integridad física, que no se lastimen o que alguien más las maltrate, asuntos meramente superficiales, porque de lo ligados a la salud poco se hablan o practican, a ellas por otra parte, se les induce desde niñas el cuidado integral, tanto personal como de quienes las rodean; un segundo asunto que interfiere en el abordaje de este tema, son las relaciones sociales que se dan en el círculo social más cercano de los hombres, allí los vínculos que se tejen con sus pares (otros varones), se vuelven de gran influencia, pues en sus procesos educativos cobra gran valor reafirmar la masculinidad obtenida o que se está construyendo con terceros, esto entendido, como lo nombramos en apartados anteriores, por el carácter competitivo que asumen ellos en referencia a otros hombres, así, dentro de esa verdad en construcción, la salud sigue siendo un asunto de ellas y para ellas, de esta manera las mujeres representan un ser sexuado al cual se protege de no embarazar, pero en razón del cuidado de la libertad masculina,

dejando variedad de cosas a la deriva al no generar conciencia de las implicaciones de una salud sexual y reproductiva responsable; Como tercer punto y por último, el sistema de salud en prevención de la muerte de mujeres por causa del CaCu, ha desvinculado a los varones de toda campaña realizada para la promoción de dicho padecimiento, dirigiendo toda la atención a ellas, hecho que imposibilita que los mismos se eduquen con la finalidad de que la educación impartida, se convierta en un instrumento para el logro de beneficios e igualdad para ambos sexos.

Teniendo en cuenta lo anterior, nos encontramos con hombres que consciente o inconscientemente reproducen una doctrina cultural que les ha sido impuesta desde su niñez por medio de la educación

Al hombre le enseñan que se ponga condón para no embarazar a la muchacha, a la muchacha le dicen que se cuide porque tiene un montón de cosas más que puede contraer más allá de quedar en embarazo... no es lo mismo una persona que esté informada en el tema, que recibió una educación que le brinda la oportunidad de conocer todo este tipo de asuntos, a una persona que simplemente no tuvo la oportunidad. (Participante # 8)

Al hombre prácticamente se le enseña a usar el condón solamente, porque el factor de riesgo es el pipi y este es lo único que hay que cuidar, pero si no hay riesgo no hay que usar condón, ese es el imaginario, entonces el hombre si tiene una pareja estable con esa puede tener sexo sin condón, cierto, como si no hubieran riesgos más allá, además el condón te protege de no tener hijos, de que tu pareja no quede en embarazo (Entrevista # 9).

Estas formas de educación fundamentada en la masculinidad y feminidad hegemónicas, establece roles que se insertan en la cultura incluso desde que los sujetos se encuentran en el vientre, ya que desde antes del nacimiento existen colores, ropa, juguetes y formas específicas para hombres y mujeres, esta cultura de género dominante y género dominado tiene un conjunto de características estereotipadas jerarquizadas y naturalizadas a tal punto que los sujetos lo asumen como su forma de vivir en la cotidianidad y en la sexualidad de lo que surge que ellos no muestren interés por compartir la responsabilidad sobre los padecimientos femeninos, ya que son ellas las culturalmente responsables del cuidado, además de que son ellas las que biológicamente se enferman más y por eso son ellas quienes se deben revisar, porque así se les ha enseñado.

La mujer: Perpetua hipocondriaca del modelo de atención en salud.

La educación ligada a la cultura del hombre dominante y el modelo de salud enfocado en la atención femenina, han generado tensiones entre los varones y su forma de vivir su salud sexual y reproductiva, ya que por un lado desde la cultura se hace énfasis en la capacidad y fortaleza de los hombres, mientras que desde modelo de salud se hace énfasis en la debilidad y enfermedad de la mujer, lo que ellos aceptan y legitiman en su diario vivir con asuntos tan simples como no quejarse ante algún dolor físico, por lo que asumen posturas de desinterés ante temas que promuevan su salud y cuidado, ya que esto les corresponde desde siempre a ellas, y es que cotidianamente incluso, cuando el varón se enferma es la mujer quien lo cuida y quien se apropia del tratamiento que él debe seguir, este es el reflejo de un discurso dado desde el patriarcado como modelo hegemónico y constructo social, instaurado históricamente en Colombia, modelo que dictó lo correspondiente a la mujer y al hombre en temas como la salud.

Fue en esta distribución de tareas, donde el varón quedó aislado del cuidado de su salud negándole la posibilidad de ser veedor y actor de la misma, porque ellos se consideran siempre

sanos y fuertes, mientras que la mujer quedo como cuidadora de los padecimientos ajenos y de los propios, lo que se fundamentó en sus condiciones biológicas como lo mencionan, Borrell, García y Martí (2004):

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres incluyen las diferencias biológicas. Así, los distintos sistemas genitourinarios, como las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, desempeñan un papel en la morbilidad y la mortalidad diferenciales entre hombres y mujeres. Algunos ejemplos de las diferencias biológicas que afectan a la salud pueden ser las influencias hormonales en las mujeres sobre la osteoporosis y las fracturas, el cáncer de mama, las enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto. (p.1).

Esta postura significó una desigualdad en salud para ambos sexos, ya que a la mujer le fue entregada mayor responsabilidad y se le dio mayor acceso a programas de promoción, con lo que se des responsabilizó al hombre mientras se le redujo la atención al considerarse que no necesitaba la misma atención,

Observamos que la salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y las mujeres⁵

Por lo anterior podría decirse, que el modelo en salud no es coherente o aplicable la realidad de algunos sujetos, ya que no está pensado para hombres que se enfermen mucho

aunque esto suceda, y tampoco está pensado para mujeres sanas aunque estas lo estén, de esta manera se incrementan las prácticas de descuido en los varones quienes no promocionan su salud desde la cotidianidad y desde hábitos saludables, sino que esperan a curar la enfermedad cuando ya la están padeciendo, lo que es un riesgo pues incrementa la posibilidad de sufrir enfermedades generales e infecciones de transmisión sexual y de no descubrirlo hasta que esté tan avanzado que ya no tenga tratamiento, ni retroceso, lo que se menciona se hace posible, dado el énfasis de la salud en la mujer que ofrece una gran cantidad de servicios y programas para que de una u otra forma generen en ellas prácticas de cuidado, mientras que para ellos no existe mucho que les permita ejercer su derecho a la salud sexual de manera consiente y contando con la suficiente información, lo que está tan instaurado en ellos que parece natural según su discurso.

A veces para desarrollar cierto tipo de derecho la gente se los deja vulnera porque simplemente no sabe que los tiene, no los conoce, falta de educación, falta de instrucción en el tema o simplemente falta de diligencia de parte de ellos mismos en buscar la información, entonces pasa con derechos como la salud, el derecho a la vida, derecho a la libertad sexual y reproductiva, pero digamos que por parte de la sociedad va depender mucho en que sector te encuentres y que tanta información tengas sobre el tema si eres alguien que conoce del tema, vas a luchar un poquito más por esos asuntos que otra persona que simplemente no sabe que eso existe y todo pasa como si fuese normal (entrevista # 8).

Con esto es evidente que la desinformación influye no solo en como entienden los varones ciertas enfermedades, sino también en cómo hacen valer sus derechos de acuerdo a la información que tengan, lo que finalmente incide en la participación y acceso a programas de salud y prevención, otro asunto que emerge respecto a la información, es que los varones no

tienen claridades frente al CaCu y lo qué es en sí mismo, por lo que lo generalizan, y lo entienden como una manifestación más de cáncer, sin comprender las particularidades del mismo con relación al VPH, además ellos conciben el VPH, como una enfermedad sin vínculo alguno con el CaCu, lo que incrementa los imaginarios sobre el mismo, cuando dicen que es un asunto completamente aislado a su condición de hombres y que por tanto no les compete en ninguna manera, pues en ultimas es la mujer quien lo desarrolla y de eso deben encargarse ellas que lo padecen y el sistema de salud que lo atiende.

Recomendaciones

Finalmente tras las conclusiones sobre los resultados arrojados por la investigación, con la que se buscó “comprender los imaginarios masculinos sobre el CaCu”, para aportar a la comprensión y cualificación de la intervención de realidades específicas con varones desde el trabajo social, se hacen algunas recomendaciones en clave de contribuir y dar respuestas a algunos asuntos.

Educación: Es claro el rol de educadores que tenemos los trabajadores y trabajadoras sociales, por esto y teniendo en cuenta el resultado investigativo sobre el desconocimiento que tienen los varones de sus cuerpos, de sus derechos en salud sexual y reproductiva y de las diferentes infecciones de transmisión sexual entre ellas CaCu y VPH, es imperante generar procesos educativos desde el trabajo social en salud, en los cuales se propenda por la equidad, incorporando seriamente la perspectiva de género desde temas investigativos hasta la intervención, con el fin de construir nuevas perspectivas de hombres y mujeres en torno a su sexualidad y a su salud sexual y reproductiva, iniciando por generar una concepción de los mismos (salud sexual y sexualidad), fuera de los marcos hegemónicos, en la que la salud sexual no se equipare a planificación, ni la sexualidad sea igual al acto como tal, sino que sea entendida

como la relación humana que requiere el conocimiento del propio cuerpo y del otro, de los derechos que se tienen al respecto, y de los riesgos y las formas preventivas de cuidado recíproco, donde tanto mujeres como hombres pueden experimentar placer libremente, es decir, una sexualidad libre de estereotipos, que posibilite el empoderamiento de unos y otros, en este caso de los hombres desde su condición de varones en la apropiación de sus cuerpos, el conocimiento de sus derechos y la búsqueda pertinente y temprana de la información necesaria para la promoción de su salud, esto es posible, solo si se problematizan los estereotipos sociales y de género, que han marcado el modelo en salud, a través de la generación de nuevos procesos educativos, acordes a la realidad de los sujetos, a los cambios sociales, culturales y contextuales actuales que piden a gritos una reconceptualización sobre asuntos claves como la salud, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

Apelar: A la transformación social y cultural, reflexionando sobre la mirada sexista y biologizada, que se ha dado desde los diferentes programas y procesos de salud sexual y reproductiva, buscando nuevas formas de ser y hacer, lo que requiere una articulación permanente entre la educación y los procesos de salud, no una educación basada en el miedo, para que las personas no hagan o no ejerzan ciertas prácticas, sino una educación que permita a hombres y a mujeres conocer con claridad, cuáles son sus derechos y deberes, qué pros y contras tienen sus acciones sexuales sobre su salud, y qué responsabilidad hay en la salud del otro o la otra, es decir, no partir de la prohibición sino de la libertad y el conocimiento, una libertad en la cual no se estigmatice ni a hombres ni a mujeres por desarrollar su sexualidad libremente, sino donde se vele por que ellos y ellas ejerzan su sexualidad con responsabilidad individual y colectiva, pues al final del asunto la realidad es que, como seres humanos cada individuo tiene la posibilidad de enfermar y dado que somos seres sociales en constante interacción, existe la

probabilidad de ser el contagiado o el portador de diversas enfermedades o padecimientos, entonces todos tenemos la misma necesidad de saber qué hacer, como hacer y cuando hacer.

Por lo anterior es preciso humanizar los procesos de salud, desarrollando una postura crítica frente al modelo instalado y las acciones que desde allí se implementan, generando acciones conjuntas, (entre el trabajador social, el equipo de trabajo, y los sujetos), que llevan a reflexiones institucionales sobre las formas de hacer, para que desde la intervención profesional se logre aportar en la garantía de derechos, el acceso a la salud y a la información, y el desarrollo libre y responsable de la sexualidad de todos y todas.

Proponer: Procesos y desarrollar acciones donde se reacomoden las responsabilidades en el cuidado sin que todo recaiga de nuevo en la mujer, vinculando lo masculino en ámbitos en los que normalmente no se vinculan, para la garantía de derechos y la atención equitativa e igualitaria para todos.

Para esto es posible crear cuestiones, discusiones y espacios de construcción colectiva, donde se problematicen y relacionen asuntos que aunque por naturaleza se relacionan, son tratados cotidianamente como asuntos aislados; este estudio es un ejemplo, desde el cual se vinculó a los varones a un tema ampliamente estudiado desde la perspectiva femenina, con el fin de acércalos a esa realidad que les compete, para generar conciencia de su relación con la misma, conciencia que les lleve a implementar acciones de cambio y mejora cotidianos, que finalmente con la práctica se conviertan en hábitos de vida saludable para con ellos mismos, con sus parejas y con la sociedad en general.

Referencias bibliográficas

-Arango, I. (2008). Sexualidad humana. Recuperado de:

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Sr6CAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=definición+de+sexualidad&ots=E5gXkp_Jl&sig=LHQGb1crrOkYcuuKc5rSGRCtiBk#v=onepage&q=definición%20de%20sexualidad&f=false

-Araya, S (2003). Relaciones sexistas en la educación. Revista educación. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/html/440/44027105/>

-Betancur, C. & Keith, M. (2012). Promoción de la salud sexual, salud reproductiva y prevención del cáncer de cuello uterino con población joven, atendida por el programa sol y luna de la E.S.E. Metro salud en la ciudad de Medellín. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín

-Bonino, L. (S, f). Micromachismos: la violencia invisible en la pareja .PDF. Recuperado de: https://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity_mens/micromachismos_0.pdf

-Borell, C. García, M & Martí, M. (2004) La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Scielo*, Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002

-Cardona, J., Puerta, J. & Flórez, J. (2012). Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: Revisión sistemática. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Carmona, N. (1997). Ideas irracionales de las estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia frente a la citología vaginal como prueba del cáncer de cuello uterino. Medellín, 1997. Medellín.

Castañeda, K. (2015). Comparación del desempeño entre de la citología convencional de rutina y la genotipificación de VPH 16/18 para detectar lesiones de alto grado (nic2+) en mujeres referidas a colposcopia, Medellín 2015. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Castillo, J., Naranjo, J. (Diciembre de 2003-Julio de 2004). La comprensión de los grupos sociales, Imaginarios colectivos y representaciones sociales. *Revista: Ánfora*. (18). 11.

-Castro, M. & Arellano, M. (Enero, 2014). Redes de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *Revista la ventana* (39), 05.

-Cerro, S. (s.f). Los temperamentos hipocráticos. Recuperado de:
<http://www.sandracerro.com/files/Articulos/artic-teorias/Hipocraticos.pdf>.

-Cocínamo, G. (2011). Consumidos, sumidos en la sociedad consumista. PDF. Recuperado de: <https://gabrielcocimano.files.wordpress.com/2011/03/consumidos.pdf>

-Concejo nacional de Trabajo social. (2013). Código de ética profesional de los trabajadores sociales en Colombia. Bogotá. Edición: Grupo editorial Ibáñez.

-Chacón, J. Sanz, I. Dolores, R. Morena, M. Díaz, E. Mateos, M & Baquero, (2006) Detección y genotipado del virus del papiloma humano de alto riesgo en muestras de lesiones cervicales. PDF. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-deteccion-genotipado-del-virus-del-13102266>

-Escobar, J., Bonilla, F. Grupos focales: Una guía conceptual y metodológica. Universidad del bosque, cuadernos hispanoamericanos de psicología. Vol. 9, N°1, 51-67.

-Figuroa, J. & Flores, N. (2012). Prácticas de cuidados y modelos emergentes en las relaciones de género. La experiencia de algunos varones mexicanos. *Revista la ventana* (35), 04.

-Franco, L. (2010). Calidad del programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino en hospitales públicos ubicados en municipios con altas tasas de mortalidad. Antioquia-Colombia 2010. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín.

Figuerola, J (2013). Los procesos educativos como recurso para cuestionar modelos hegemónicos masculinos.PDF. Recuperado de: <http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/adolescentes/0043.pdf>

-Garcés, I., Rubio, D. & Scarinci, I. (2012). Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómicos medio y bajo. *Revista facultad de Salud pública* (01), 30

-García, E., Gonzales, S., Quiroz, A., Velásquez, A. (2002). Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa. Medellín. Editorial: Ediciones Fumlam.

-Gaviria, M. (2013). Evaluación de la infección con el virus de EPSTEIN-BARR como posible co-factor de riesgo en cáncer de cuello uterino de mujeres del departamento de Antioquia. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Gergen, K. (2013). El construccionismo Social de Kenneth Gergen. Recuperado de: <http://kennethgergen.blogspot.com.co/>

-Gobernación de Antioquia. (s.f). Vida saludable y condiciones no transmisibles. Recuperado de: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/capitulo-2-vida-saludable-y-condiciones-no-transmisibles-2/pagina-1-vida-saludable-y-condicones-no-transmisibles/>

-Gobernación de Antioquia. (s.f). Enfermedades crónicas. Recuperado de: <http://www.dssa.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/salud-publica/item/570-enfermedades-cronicas>

-González, C. & Richardson, D. (Octubre-Diciembre 2005). Incidencia del virus del papiloma humano en la consulta de la clínica de patología de cérvix del hospital Luis Eduardo aybar. Santo domingo, Rep. Dom. Enero 2003-Enero 2004. *Revista ciencia y sociedad* (4), 30.

-Gómez, et al (2014) Diversidades y decolonialidad del saber en las ciencias sociales y el Trabajo social. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000047.pdf>

-Graña, A. (2015). Breve evolución histórica del cáncer. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/carcinos/v5n1_2015/pdf/a06v05n1.pdf

-Helem, S. (2011). El estudio de caso: Teoría y práctica. Ediciones Morata S, L. Londres.

-IMSS Mexico. (2015), Cáncer cérvico Uterino recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-cervico-uterino>

-Lamas, M. Ideas feministas de nuestra América. PDF. Recuperado de: <https://ideasfem.wordpress.com/textos/k/k05/>

-Leyva, G. (1999). Perspectivas contemporáneas en la teoría social .México D.F: Editorial Ducere. (Pag,65-87).

-Martinez, C. (2005). El esquema cultural de género y sexualidad en la vida cotidiana. Una reflexión teórica. PDF. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/694/69410202.pdf>

-Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de la corporación internacional para el desarrollo educativo*. No. 8. Recuperado de: <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/download/64/53>.

Mármol, M & Sáez, M (2011). ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuerpo desde las ciencias sociales?. PDF. Recuperado de <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/1058/1050>

-Mazarrasa, L., Gil, S. Salud sexual y reproductiva. Recuperado de: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

-Mazo, A. (2016). Prácticas y significados sobre masculinidad en hombres del municipio de Alejandría – Antioquia. Trabajo de grado para optar por el título de Trabajador Social. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Mejía, M. (2005). Imaginarios masculinos acerca de la salud sexual femenina y la citología cervicovaginal Jericó Antioquia. Trabajo de grado para optar al título de especialista en citología ginecológica. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Méndez, L. (2002). Masculinidad Hegemónica e identidad masculina. (Archivo PDF). España. Recuperado de:

<http://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/viewFile/102434/153629>

-Minsalud. (2010). Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. PDF. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

-Minsalud. (2013). ABC del cáncer en Colombia. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>

-Minsalud. (2013). Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

-Minsalud. (2005). Política nacional de prestación de servicios de salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

-Morales, M. (Febrero 2012). El estructuralismo constructivista y las prácticas en trabajo social. *Revista Prospectiva* (17).

-Morales, borde, Eslava & Sánchez, (Febrero 2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista Unal*, Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/35624/46272>

-Moreno, Soto, Gonzáles y Valenzuela. (2017, 21 de marzo). Rompiendo con los Estereotipos: Una experiencia educativa con enfoque de género en una escuela básica. *Revista de estudios y experiencias en educación*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2431/243153684011.pdf>

-Muñoz, N. (2010) Apuntes para el debate sobre el cuidado de sí en la salud masculina como construcción sociocultural. *Revista Poiesis*, Universidad Católica. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/111/97>

-Muñoz, N. (2012). Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Revista PCS*. Recuperado de: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/141>

-Muñoz, N. (2014). La construcción de las subjetividades, masculinas. Aportes para el trabajo social. *Revista: Diversidad y de colonialidad del saber en las ciencias sociales y el trabajo social*. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Muñoz, N. (2006). Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios. Trabajo de grado para optar al título de magister en salud colectiva.

-Muñoz, H. (2015). Hacerse hombre. La construcción de masculinidades desde las subjetividades: un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos.

-Nascimento, M. (2014). Hombres, masculinidades y homofobia: apuntes para la reflexión desde lo conceptual y de lo político, PDF. Recuperado de: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/conexoespsi/article/view/569/503> p 19

-Organización panamericana de la salud (2013) El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568&Itemid=40592&lang=es

-Osorno, M., Restrepo, J., Sánchez, Z., Torres, Y. (2011). Los imaginarios de mi masculinidad. Trabajo de grado para optar al título de trabajadoras sociales. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Pérez, L. (2008). Un panorama en torno a las masculinidades en Medellín 1980-2007. Trabajo de grado para optar por el título de Antropóloga. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Postigo, M. (2001). El patriarcado y la estructura social de la vida cotidiana. Revista Interdisciplinar de filosofía.

-Profamilia. (2015). ¿Qué es una infección de transmisión sexual?. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/preguntas-y-respuestas/infecciones-de-transmision-sexual-its/?id=1>

-Ramírez, R. (1998). Masculinidades. Revista de Ciencias Sociales. No. 04

-Rodríguez, M (2015). El cuerpo femenino como un fenómeno social y cultural.PDF. Recuperado de:

<https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/20021/AgudeloRodriguezMariaFernanda2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

-Ronderos, M., Paternina, J. & Duran, R. (1991). Normas técnicas y administrativas. Guía de implementación y control de cáncer de cuello uterino. Revista

-Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. (Pág. 137-141). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100026&script=sci_arttext

-Sandoval, C. (2002). Investigación Cualitativa. Bogotá.

-Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis del discurso. (PDF). Recuperado de:
<http://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n41/art06.pdf>

-Szasz, I. (2015). Sexualidad y género algunas experiencias de investigación en México. PDF. Recuperado de:
<http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/index.php/investigacion-sobre-sexualidad-en-mexico-sexualidad-y-genero-algunas-experiencias-de-investigacion-en-mexico-szasz-ivonne/>

-Secretaría de Salud de Medellín, Alcaldía de Medellín. Plan Territorial de Salud 2016-2019. Rev Salud Pública de Medellín 2016; 6(num 1):8-203

-Sentencia C-355. (2006). Relativa al delito de aborto. Recuperado de:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>

-Stern, C., & Figueroa, J. G. (2001). Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. México, D.f.: Coedición: Programa salud reproductiva y sociedad, centro de estudios demográficos y de desarrollo Urbano: Centro de estudios sociológicos, programa interdisciplinario de estudios de la mujer. México. (Pág. 93-145).

-Tamayo, L., Henao, L., & Noreña, C. (2012). Calidad del programa de detección temprana y control del cáncer de cuello uterino en hospitales públicos ubicados en municipios con altas tasas de mortalidad. Antioquia-Colombia 2010. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín

-Tamayo Ortiz, H. (04 de Enero de 2018). En 30% se descongestionaron las urgencias en Medellín, el año pasado. La secretaría de Salud de la ciudad presentó su balance de 2017 y los

retos de 2018. El Tiempo, S.P. Recuperado de:

<http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/balance-de-salud-en-medellin-en-2017-167676>

-Taylor & Bogdan. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Novagrafik,S.L.(Pág,20-24)

-Tunón, E, & Eroza, E. (2001). Género y sexualidad adolescente. La búsqueda de un conocimiento huidizo. PDF. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59855109>

-Valencia, M. (2013). Otra cara del cáncer cervicouterino: Un análisis desde la clase social y la cultura de género. Tesis de Doctorado. Universidad de Antioquia. Medellín.

-Vanegas JH. Editorial. La conciencia de la salud como expresión del cuidado. Hacia promoc. Salud. 2015; 20(2): 9-10.PDF. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000200001

-Viveros, M., & Garay, G. (1999). Cuerpo, diferencias y desigualdades. Santafé de Bogotá: Utópicas ediciones. (pág. 111-127).

-Wets, R & Turne, H (2011), Teoría de la comunicación, análisis y aplicación.PDF. Recuperado de <http://usc2011.yolasite.com/resources/02%20WEST.pdf>

-Xolocotzi, A. (2010). Aparecer y mostrarse. Notas en torno a la “fenomenología” en Hegel y Heidegger. Revista de filosofía de la universidad del norte.

Anexos.

Anexo N ° 1. Guía Entrevista en profundidad.

Objetivo: Desarrollar una conversación enfocada a la obtención de información subjetiva, con el fin de dar respuesta a los objetivos de “Indagar por la concepción que tienen los varones respecto al CaCu e Identificar las prácticas de cuidado que tienen los varones participantes en relación a su sexualidad y el CaCu”.

Dirigida a: Varones heterosexuales y/o bisexuales, entre los 20 y los 40 años de edad, que decidan participar en el proceso de manera voluntaria.

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Lugar:** _____

Aspectos a relacionar: Para la entrevista buscaremos desarrollar el tema por medio de preguntas relacionadas con las categorías de: de cuerpo y salud sexualidad y las subcategorías de salud sexual y reproductiva y masculinidades buscando conocer cuáles son las prácticas y el cuidado de sí que desarrollan los varones.

Preguntas:

1. ¿Qué piensa usted de la sexualidad?
2. ¿Qué conoce de los derechos sexuales y reproductivos?
3. ¿Cómo cuida usted su sexualidad y de su cuerpo?
4. ¿Qué información conoce sobre las ITS (infecciones de transmisión sexual)?
5. ¿Qué es para usted el Cáncer cérvicouterino?
6. ¿Cómo relaciona su condición de hombre con el Cáncer cérvicouterino?

Anexo N° 2. Guía Entrevista Semiestructurada.

Propósito: Complementar la información acudiendo a hombres expertos, reconociendo la importancia y validez que su experiencia profesional puede generar a nuestra investigación, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación y lograr “Aportar a la cualificación de la intervención profesional con población masculina, mediante el análisis de realidades concretas referidas a su salud sexual y reproductiva”.

Dirigido a: Hombres profesionales expertos en temas relacionados con CaCu, masculinidades, cuidado de sí, sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Fecha: _____ **Hora :** _____ **Lugar:** _____

Aspectos a relacionar: Para la entrevista buscaremos desarrollar el tema por medio de preguntas relacionadas con las categorías de cuerpo, salud sexual y reproductiva y la subcategoría de sexualidad.

1. ¿Desde su experiencia profesional, como conciben los varones el CaCu, y de qué manera lo relacionan con su condición de varones?
2. ¿Qué estrategias se usan para que los varones desempeñen de manera consciente su sexualidad y el cuidado de sus cuerpos y el de sus parejas?
3. ¿Cómo aportaría a la salud sexual de los varones. el estar mayormente vinculados en temas que tienen que ver con la prevención del CaCu?
4. ¿De qué manera se relaciona la promoción y prevención del CaCu, con los derechos sexuales y reproductivos de los hombres?

Anexo N° 3. Consentimiento informado**Fecha** _____

Yo,.....,

identificado con numero de cedula.....de.....manifiesto

que recibí información clara y completa sobre el objetivo de la investigación “ Imaginarios masculinos en la universidad de Antioquia sobre el CaCu” desarrollada por las estudiantes de trabajo social, Anny Paola Higueta Zapata y Mariana Andrea Mesa Atehortúa.

Me quedan claros los criterios de selección por los que soy participante de esta entrevista, conozco el manejo que darán a la información que voy a brindar y comprendiendo las finalidades académicas de la misma, por voluntad propia doy mi consentimiento, para ser entrevistado, grabado y para que la información por mi brindada sea publicada siguiendo los parámetros de confidencialidad previamente establecidos.

Firma: _____**Cédula:** _____