

**CAPACIDAD DE RESPUESTA AL RIESGO DE ITS/VIH/SIDA:
HOMBRES EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO**

EDWIN ALEXANDER VÁSQUEZ SALAZAR

Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería

**Asesora
Doctora Sandra Catalina Ochoa Marín**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTA DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2011**

*A mis hermosas niñas María José y Leidy Johana.
Quienes fueron mi total motivación.
Mil gracias por su enorme paciencia;
Por su amor y apoyo incondicional;
Por ser mi familia.
Las amo.*

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos hombres que viven en condición de desplazamiento por su apoyo incondicional y sus lazos de amistad, por compartir sus experiencias de vida que contribuirán a entender la situación de otros hombres y por permitirme entrar en su mundo actual donde fui recibido con los brazos abiertos para recibir toda esa información como regalo que permitió dar fin a este trabajo de Investigación.

A mi esposa por sus largas horas de espera en soledad, sin dejar de comprender lo duro de esta aventura, por su acompañamiento, amor y apoyo incondicional en estos años.

A María José, por ser el motor de mi vida desde mis sueños, por ser mi razón de ser como anhelo de tenerla en mis brazos y compartir la alegría de ser padre.

Para mi orientadora, la Dra. Catalina Ochoa, quién de manera paciente me acompañó en todo el proceso de investigación, estimuló la pasión por la lectura y me dio la energía y el ánimo para trabajar fuertemente y con disciplina en este mundo de la investigación.

A la Universidad de Antioquia por permitirme trabajar en el Grupo de Investigación (GIPECS) como estudiante adjunto al proyecto “Vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA en hombres en situación de desplazamiento” Financiado por COLCIENCIAS a través de la Convocatoria para proyectos de investigación orientada a la solución de problemas prioritarios de salud. COLCIENCIAS 2008.

A los profesores de la Maestría por compartir de manera incondicional su conocimiento y a mis compañeros de estudio en quienes siempre encontré un brazo amigo y apoyo, con quienes compartí alegrías y tristezas en este camino espinoso, a ellos un feliz recuerdo por su amistad.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.1 DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA	12
1.2 DESPLAZAMIENTO Y VULNERABILIDAD SOCIAL	15
1.3 DESPLAZAMIENTO Y CAMBIOS DE ROLES	18
1.4 VULNERABILIDAD A ITS/VIH/SIDA Y CONFLICTO ARMADO	20
1.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES	23
2. REFERENTES TEÓRICOS	28
3. OBJETIVOS	34
4. METODOLOGÍA	35
4.1 TIPO DE ESTUDIO	35
4.2 ETAPAS DEL TRABAJO DE CAMPO	37
4.3 PROCESO DE ANÁLISIS	40
5. CRITERIOS DE RIGOR	43
6. CONSIDERACIONES ETICAS	45
7. DIVULGACION DE LOS RESULTADOS	46
8. RESULTADOS	48
8.1 QUE SE HA DICHO EN COLOMBIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HOMBRES	48
8.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO	63

8.2.1 Dinámica de la Población	69
8.2.2 La Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO) y los Albergues	79
8.3 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES	87
8.4 CONDICIONES DEL DESPLAZAMIENTO	91
8.4.1 Los efectos en la vida cotidiana	91
8.4.2 Los sentimientos	93
8.4.3 Lo más difícil	95
8.5 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD	97
8.5.1 Percepción sobre las relaciones de pareja	98
8.5.2 Deseo Sexual	100
8.5.3 Conocimiento y percepción del riesgo A ITS/VIH/SIDA.	102
8.6 CAPACIDAD DE RESPUESTA	106
8.6.1 Aspectos que limitan la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA.	106
8.6.2 Factores que favorecen la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA	110
9. CONSIDERACIONES FINALES	114
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	118
ANEXOS	133

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Acercamiento inicial a la comprensión de la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA	33
Figura 1. Modelo teórico inicial sobre la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA	38
Figura 2. Localización de zonas que atiende a la población en Condición de desplazamiento	67
Figura 3. Distribución de los barrios que conforman el área urbana del municipio de Medellín, según estrato socioeconómico. 1997	68
Figura 4. Desplazamiento forzado intra-Urbano	69
Figura 5. Mapa conceptual: Caracterización y acercamiento al contexto del desplazamiento de las familias desplazadas que asisten a la UAO y a los albergues en la ciudad de Medellín	83
Figura 6. Mapa conceptual: Resultados de Investigación capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres en condición de desplazamiento forzado	113

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Caracterización de los documentos seleccionados para el estudio.	55
Tabla 2. Características generales de los artículos publicados sobre SSR de los Hombres en Colombia (1990-2010).	57
Tabla 3. . Perfil socio-demográfico de los hombres participantes.	89

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de observación. Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres en situación de desplazamiento forzado.	133
Anexo 2. Taller sensibilización de los hombres con condición de desplazamiento sobre su salud sexual y reproductiva.	134
Anexo 3. Guía de entrevista. Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres con situación de desplazamiento forzado.	172
Anexo 4. Devolución de resultados funcionarios UAO y grupo de Hombres Corporación VIVE.	176
Anexo 5. Certificado de participación en el Coloquio Panamericano de Investigación en Salud. Florianópolis. Sep. 2010.	180
Anexo 6. Certificado de aceptación para publicación del artículo. Que se ha dicho en salud sexual y reproductiva en hombre en Colombia	181
Anexo 7. Certificado de aceptación para participación en XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería ALADEFE. Poster	182
Anexo 8. Certificado de aceptación para participación en XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería ALADEFE. Presentación Oral.	183
Anexo 9. Certificado de aceptación para presentación de trabajo en 7° Congreso internacional de Salud Pública. Medellín junio de 2011.	184
Anexo 10. Consentimiento informado. Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres en situación de desplazamiento forzado.	185

RESUMEN

Objetivo: Describir la capacidad de respuesta de hombres con situación de desplazamiento forzado frente a problemas de salud sexual y reproductiva, particularmente frente a las ITS/VIH/SIDA. **Metodología.** Se realizó un estudio etnográfico, utilizando las técnicas de observación y entrevista semi-estructurada entre marzo y noviembre de 2010. La selección de los participantes se realizó en un principio con un muestreo con propósito y luego mediante la técnica bola de nieve, hasta cumplir los criterios de saturación teórica. Se entrevistaron 19 hombres entre 18 y 60 años de edad, con y sin pareja con menos de 1 año de estar en condición de desplazamiento y que asistieran a la UAO o vivieran en los diferentes albergues de la ciudad de Medellín. Los resultados se analizaron con los lineamientos de la teoría fundamentada. **Resultados:** Se construyeron 3 categorías centrales: 1. Condiciones del desplazamiento con 3 sub-categorías (los efectos en la vida cotidiana, los sentimientos y lo más difícil) 2. Aspectos relacionados con la sexualidad con 3 sub- categorías (Percepción sobre las relaciones sexuales, deseo sexual y conocimiento y percepción del riesgo a ITS/VIH/SIDA y 3. Capacidad de respuesta con 2 sub-categorías (Aspectos que limitan la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA y factores que favorecen la capacidad de respuesta).

Conclusiones. Los hombres en condición de desplazamiento no se perciben en riesgo frente las ITS/VIH/SIDA y ante la inminente posibilidad de tener sexo, no llevan las medidas preventivas frente al riesgo de enfermar, la prevención entonces no fue un aspecto relevante y casi todos los participantes asumieron diversas conductas de riesgo en relación a su Salud sexual y reproductiva ; además su condición apremiante los impulsó a satisfacer sus necesidades básicas y sexuales por medio de establecimiento de relaciones de conveniencia y de sexo en contextos de vulnerabilidad para ITS/VIH/SIDA.

Palabras clave: Vulnerabilidad y riesgo, Poblaciones vulnerables, Roles de género, Conductas de riesgo, ITS, Capacidad de respuesta.

ABSTRACT

Objective: To describe the response capacity of men in a forced displacement situation toward sexual and reproductive health issues, particularly those relating STD/HIV/AIDS. **Methodology:** An ethnographic study was carried out by using observation techniques and a semi-structured interview, between March and November 2010. The selection of the participants was initially carried out with an intended sample, and then, by means of the snowball technique, until the theoretical saturation criteria were met. 19 men, aged between 18 and 60 years were interviewed, with or without a couple, with less than a year of being under a displacement condition and who were attending the Attention and Orientation Unit –UAO– or who were living in different shelters around the city of Medellin. The results were analyzed based on the guidelines of Grounded Theory. **Results:** 3 main categories were developed: 1. Conditions of displacement made up of 3 sub-categories (the effects of everyday life, feelings, and the most difficult aspects) 2. Issues related to sexuality made up of 3 sub-categories (Perceptions about sexual relations, sexual drive and knowledge and risk perception) regarding STD/HIV/AIDS and 3. Response capacity made up of 2 sub-categories (Issues which hinder response capacity to the risk of STD/HIV/AIDS and issues which favor the response capacity. **Conclusions:** The men, who are in a condition of displacement, do not perceive themselves at risk in issues relating to STD/HIV/AIDS and in issues relating to the imminent possibility of having intercourse, they do not take the preventive measurements in front of the risk of becoming sick, prevention then was not a key issue and almost all of the participants adopted several risk behaviors relating to their sexual and reproductive health, besides their urgent conditions drove them to satisfy their basic and sexual needs by means of the establishment of relationships of advisability and of sex, in vulnerability contexts for STD/HIV/AIDS.

Key words: Vulnerability and risk, Vulnerable populations, Gender roles, Risk behavior, STD, Response capacity.

INTRODUCCIÓN

La problemática que enfrenta la población en condición de desplazamiento forzado a causa del conflicto armado, ha generado un interés académico, político y social, en las agendas nacionales, con el propósito de comprender, abordar e intervenir sus complejidades sociales y favorecer un sano restablecimiento de sus derechos.

Para las comunidades académicas y universidades como principal organismo reproductor e innovador de conocimiento, es un reto investigar poblaciones en condición de vulnerabilidad, con el fin de comprender sus problemáticas y orientar y proporcionar insumos para el establecimiento de políticas públicas que beneficien directamente dicha población.

El grupo de investigación, la Práctica de Enfermería en el Contexto Social (GIPECS), de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, en su línea de investigación cultura y cuidado de la salud, ha adelantado diversos estudios nacionales e internacionales acerca de la movilidad poblacional (1), como es el caso de la población en situación de desplazamiento y su relación con las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)/Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La mayoría de estos estudios tuvieron como objeto de investigación el abordaje de la vulnerabilidad de las mujeres en situaciones de migración y desplazamiento; sin embargo, los resultados de los estudios previos sobre mujeres en condición de desplazamiento apuntaron a la necesidad de comprender la dinámica de los hombres en este contexto.

En el año 2008, gracias a un proyecto de mediana cuantía financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación –CODI– de la Universidad de Antioquia, se desarrolló, una investigación sobre Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA con mujeres en situación de desplazamiento forzado. Dichos resultados inspiraron la realización de esta investigación, vinculada al proyecto “Vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA con hombres en situación de desplazamiento” Financiado por COLCIENCIAS Convocatoria para proyectos de investigación orientada a la solución de problemas prioritarios de salud. COLCIENCIAS 2008. Cod. 1115-459-21499, con el objetivo de profundizar la problemática del desplazamiento y su relación con la salud de esta población.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA

El conflicto armado en Colombia afecta diferentes aspectos de la sociedad en los campos económico, político, social y cultural; es la principal causa del desplazamiento forzado interno y trae consigo desigualdades y complejidades sociales (2). Desigualdades que han sido marcadas a lo largo de la historia principalmente para los pobladores rurales, los cuales tienen menos oportunidades que aquellos que viven en las grandes urbes y además soportan el peso violento de vivir en medio de la guerra de los diferentes actores armados.

En el contexto de este conflicto, diferentes actores armados al margen de la ley, desplazan de sus tierras a los pobladores y se apropian de sus bienes, con el fin de generar presión social contra el estado; situación que durante años ha deteriorado y martirizado a gran parte de la sociedad colombiana.

En comparación con países como México y el continente de África donde se viven procesos de movilidad y migración, se puede evidenciar como en estos contextos, la vulnerabilidad social de quienes se movilizan aumenta; por un lado en África se ven tres tipos de inmigrantes: los trabajadores, que de manera similar al contexto Mexicano, son los hombres quienes buscan en otros países la posibilidad de mejorar sus ingresos y enviarlos a sus familias, enfrentando múltiples situaciones de riesgo, entre ellas las de ITS/VIH/SIDA.(3)

Otro tipo de migrantes son los refugiados, quienes emigran a otros países en busca de asilo político, en condición de opositores políticos, activistas por los derechos humanos, periodistas, etc. que huyen de un régimen amenazador; o también aquellos que por violaciones del derecho internacional humanitario durante un conflicto armado, civiles, en su mayoría mujeres y niños, se ven obligados a huir de sus hogares para protegerse de la violencia y las persecuciones.(4) Caso similar al vivido en Colombia hace más de 50 años, pero permanecen por un motivo u otro, en su propio país.

Cuando se habla de desplazamiento forzado no se alude al término de migración, este presenta características diferentes, pues se asume como situaciones que amerita trasladarse hacia otros países y refugiarse para mejorar las condiciones de vida y no se realiza necesariamente en condiciones

de inminente peligro de muerte o de pérdida de la integridad, además ocurre de manera planeada; por otro lado el desplazamiento forzado ocurre bajo condiciones de amenaza de pérdida de la vida y de manera inmediata, sin tener la posibilidad de planear la salida, esto puede ser por desastres naturales o marcados por la violencia como ocurre en el país, favorecido por el conflicto armado, lo cual lleva al desplazamiento forzado.

La diferencia entre refugiados y desplazados, radica en que a pesar que ambos grupos han abandonado sus hogares por razones similares, sea por violencia, miedo o huida frente a un conflicto armado, algunos civiles pasan a ser reconocidos como refugiados cuando cruzan una frontera internacional para buscar protección en otro país; allí son sujeto de preocupación internacional, pues el hecho de llegar a otro país implica la responsabilidad de la comunidad internacional de protegerlos y darles asistencia; ellos tienen un cuerpo bien definido de legislación y de convenciones internacionales con las que protegerles del abuso, la explotación y del retorno forzoso a su país de origen.(5)

Los desplazados internos presentan mayores dificultades y hacen frente a una situación más difícil. Estos no tienen instrumentos legales específicos a nivel internacional que los contemplen y los acuerdos generales, como las convenciones de Ginebra, a menudo son difíciles de aplicar, haciéndolos más vulnerables pues la participación del estado es mucho más escasa (6).

Los refugiados en el mundo de acuerdo con las últimas estadísticas del 2007 de la ACNUR reportaron 11,4 millones fuera de sus países y 26 millones de desplazados internos por causa de conflictos o persecución. En este mismo año, 75.300 refugiados habían sido admitidos en 14 países de reasentamiento incluyendo Estados Unidos (48.300), Canadá (11.200), Australia (9.600), Suecia (1.800), Noruega (1.100) y Nueva Zelanda (740). Según nacionalidad, los principales beneficiarios de programas de reasentamiento han sido los refugiados de Myanmar, Burundi, Somalia, Irak, la República Democrática del Congo y Afganistán (7). Los refugiados en Colombia a 31 de marzo 2006, últimos datos fueron 151 personas, y se reportó como refugiados colombianos al terminar el año 2004 (47.357) con una tendencia a aumentar esta cifra pues habían mas de (20.000) solicitudes de asilo Político en esta misma fecha (8), lo que refleja la magnitud del problema en el país.

La población en condición de desplazamiento forzado en Colombia ha sido objeto de estudio de manera multi-causal, una de ellas que preocupa a los analistas en políticas de desarrollo es la precaria economía; en el análisis de la estructura de los hogares desplazados y los hogares pobres urbanos y rurales

y de los indigentes pobres urbanos, revela que los primeros se encuentran en una posición adversa en los departamentos de recepción en comparación con los otros, además el tamaño del hogar, el número de menores de edad y la alta tasa de dependencia en la población desplazada es mucho más alta, lo que magnifica el problema de desarrollo social (9).

En Colombia el desplazamiento forzado, es una de las principales consecuencias de la violencia (10), afectó entre 1985 y 2007 a 3.940.164 personas (11), que corresponden aproximadamente a un 9% de la población del país; situación que vulnera los derechos fundamentales de dicha población (12). Según el Sistema de Información de CODHES (13), durante el año 2009, 286.389 personas fueron obligadas a abandonar sus lugares de residencia, a causa del conflicto armado y otras manifestaciones de violencia, sumando un total aproximado de 4'915.579 en los últimos 25 años, pero con un decrecimiento del 24 %, (380.863) respecto al año 2008, lo que significa que la dinámica de este fenómeno viene cambiando.

Sin embargo, el solo hecho del establecimiento de las cifras ya es una problemática para el gobierno Colombiano; según los últimos datos encontrados (CODHES), consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento, reportó en un informe de la ACNUR, que Colombia alcanzó el primer lugar en número de desplazados en el mundo, seguida por Irak y El Congo; datos revelados por la Corte Constitucional y los estudios que esta corporación ha realizado en el marco de la sentencia T-025 de 2004, situación que generó inconformidad en voceros del gobierno Colombiano pues diferentes organismos como el DANE reporta cifras menores y el SISDHES (Sistema institucional de Información sobre desplazamiento, conflicto armado y derechos humanos), reporta cifras mayores a los 4.361.355 (14).

Entre 1995 y febrero de 2005 (15), el departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín, figuran entre las regiones más afectadas por el desplazamiento forzado y se constituye como el segundo centro urbano regional más importante a nivel nacional; igualmente según la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación internacional entre 1995 y Diciembre de 2009, (16), Antioquia recibió 532.837 personas de distintas regiones del departamento en condición de desplazamiento, un 7.5% más que el semestre anterior y Medellín un 9.2% más, para un total de 168.168 personas, que corresponden a 81.733 hombres y 86.435 mujeres respectivamente.

Medellín como ciudad receptora, a lo largo de la historia se ha establecido como un centro administrativo y comercial, su urbanización no ha sido selectiva, quienes viajan de diferentes regiones, en busca de mejores

oportunidades se apropiaron colectivamente de ciertos territorios, los construyeron socialmente como nichos de sus características culturales, económicas, etc. (17)

De igual forma, quienes se desplazan actualmente a la ciudad se asientan principalmente en las periferias y en las laderas de las montañas para intentar reconstruir la vida a partir del desplazamiento forzado (18).

A esta situación, se agrega el desplazamiento forzado intra-urbano, que en Medellín-Colombia, aumentó en un 72% en el año 2010 con respecto al pasado 2009, como consecuencia de la fuerte violencia entre "actores armados ilegales" que operan en los barrios de esa ciudad (19). Esta cifra la reveló la Personería de Medellín (representación del Ministerio Público de Colombia) que señaló que los actos de violencia ocurridos en el 2010, han dejado 4.469 personas afectadas; mientras que en el año 2009 resultaron desplazadas 698 ciudadanos. Situación que muestra la dimensión del creciente fenómeno del desplazamiento en la ciudad y el país. (19)

1.2 DESPLAZAMIENTO Y VULNERABILIDAD SOCIAL

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el desplazado interno se define como toda persona o grupo de personas obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre (20).

Las principales causas del desplazamiento forzado entre otras son: las apropiaciones de tierras y bienes por parte de grupos alzados en armas, las amenazas de muerte, la obligación a salir de sus lugares de origen hacia otras regiones del país, el sometimiento de civiles señalados de pertenecer a uno u otro grupo al margen de la ley, el reclutamiento de niños y jóvenes, los atentados y los asesinatos de familiares, además la inseguridad de sufrir lesiones corporales o la muerte al vivir sobre un suelo minado (21).

La mayor parte de la población en situación de desplazamiento forzado proviene del campo, donde sus principales actividades son de origen agropecuario, con niveles de ingreso y escolaridad bajos; (22) esta población es obligada a salir de sus lugares de origen para asentarse en lugares de manera provisional e invasiva (23); estos lugares se caracterizan por ser ambientes de pobreza y hacinamiento, viviendas de mala calidad, zonas de alta

contaminación ambiental, sin acceso a servicios públicos y problemas para acceder a una alimentación adecuada (24).

De acuerdo con estadísticas de Acción Social en el año 2009 (25), Medellín recibió 152.611 personas caracterizadas por 74.362 hombres y 78.249 mujeres. La escolaridad de esta población en la básica primaria correspondió a un 20.3% y un 10.5% recibió educación secundaria. Cabe resaltar que el nivel de escolaridad y sexo en esta muestra de la población total, fue muy uniforme.

El 9.6 % de las personas eran casadas, 1.1% son separadas o divorciadas y de esta población las $\frac{3}{4}$ partes eran mujeres, el 1.7% se encontraban en estado de viudez; 36.2% eran solteras y el 8.6% vivían en unión libre. El 12.6% de las mujeres y el 10.6% de los hombres del total de la población que se desplazó hacia la ciudad de Medellín, eran cabezas de familia.

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín (26) para el año 2002, la proporción de menores de 15 años, tanto de población en situación de desplazamiento como receptora, es mas alta que la del departamento y la del país. Nueve de cada diez hogares proviene del departamento de Antioquia para esta fecha la mitad de los hogares tenía jefatura femenina.

En el mismo estudio el porcentaje de desempleo antes y después del desplazamiento en mujeres fue del 17% y 28% respectivamente, en los hombres pasó del 6 al 21%, esto indica que la magnitud del problema es más alta en las mujeres pero no se desconoce que las oportunidades para los hombres se reducen ostensiblemente en comparación con su lugar de origen.

En esta situación de estar en condición de desplazamiento forzado, su nivel de pobreza supera a los pobres dentro de los pobres, es decir que cumplen sólo con una de las cinco condiciones para la satisfacción de necesidades insatisfechas, según el Departamento Nacional de Planeación (DPN) (27). En términos de pobreza, la población desplazada en Medellín representó un 4.4% de su población total, un 9.5% de la población por debajo de la línea de pobreza y un 36% de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (28).

Un estudio del Programa Mundial de Alimentos (PMA) reportó que mas del 80% de la población desplazada en Colombia presentó de un nivel medio hasta un nivel muy alto de vulnerabilidad alimentaria; en los menores de cinco años, el 23% esta en riesgo de desnutrición y el porcentaje es mayor para los niños entre 12 y 23 meses, además mostró como la nutrición y la salud están ligadas y explican como la vulnerabilidad alimentaria se manifiesta por medio de las enfermedades, y todas sus repercusiones (29).

Los indicadores de morbilidad estimados sobre seguridad alimentaria del PMA muestran cómo 80% de los hogares reportaron una o más personas enfermas durante los 15 días anteriores a la encuesta; en la mitad de los hogares se informa que estuvo enferma una o dos personas; y en 20% se informa que estuvieron enfermas tres o cuatro personas. De estos, 62% de los hogares tuvieron una o más personas forzadas a permanecer en cama y 40% hospitalizadas (29).

Respecto a su situación de salud, las enfermedades gastrointestinales y respiratorias, los brotes y los problemas de salud mental, aparecen como principales necesidades de atención en salud; además datos sobre salud sexual y reproductiva revelan que la mitad de los hombres con vida sexual activa es menor de 32 años y al mismo tiempo el 50 % de ellos eran menores de edad; también una sexta parte de las mujeres desplazadas ya han sido madres; solo la mitad de las gestantes asisten a control prenatal y menos de la mitad de las mujeres con vida sexual activa, utiliza algún método de planificación familiar (21) lo que representa un alto riesgo para ITS/VIH/SIDA, ya que tienen grandes dificultades para influir en el comportamiento sexual de su pareja o para negociar métodos de protección, los cuales están condicionados por el ejercicio del poder, por parte de sus parejas sexuales (30).

En un estudio realizado en 3 departamentos del país sobre el desplazamiento forzado, se observó que la cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), aumentó un 31.4%, en comparación con la afiliación registrada antes del desplazamiento en el régimen subsidiado; antes del desplazamiento el 4.2% pertenecían al régimen contributivo y después de este pertenecían sólo el 0.5%; el 78.8% de la población encuestada refirió necesitar algún tipo transporte, el cual el automotor representaba el 86.6%, más del 50% manifestó que las instituciones le quedaban muy lejos y el 33% calificó como largo el tiempo de traslado (31).

El mismo estudio reportó como dificultades económicas en la población en condición de desplazamiento forzado, el pago del transporte en un 77% y en un 26.7 % el cobro de las instituciones para ser atendidos; así como también se encontró que los convenios no establecidos con las diferentes redes imposibilitó la atención y correspondió a un 14.5%; respecto a la oportunidad de la atención el 75.4 % manifestó tardanza entre la solicitud de la cita y el momento de la cita, 58.7% entre la cita y la atención, el 65.6% para la atención especializada, el 42.8% reportaron demoras dentro de la institución y el 61.6% lo fue para la atención del servicio de urgencias.

En ese mismo estudio, la continuidad de la atención de la población desplazada se vio afectada desde la consulta externa así: 1/3 de la población con cita programada asistía a la consulta, de igual manera quiénes recibieron atención pos-consulta; se prescribieron el 98.6 % de los medicamentos, pero sólo se entregó el 74.6%. Las $\frac{3}{4}$ partes de la población encuestada en dicho estudio, no tenía conocimiento acerca del Decreto 250 de 2005, que garantiza el derecho a la salud para la población desplazada y de manera insatisfecha refirieron no haber tenido solución a sus problemas de salud, de los 379 encuestados el 24.9% resolvieron satisfactoriamente sus necesidades, el 71.2% de manera parcial y el 3.9% de ninguna manera, lo que limitó aún más su posibilidad de acceso y respuesta ante problemas sanitarios (31).

Otros aspectos importantes de resaltar es que las condiciones de vida, la limitación para la inserción laboral, la dificultad en el acceso a los servicios de salud, la abrupta manera en que se da la adaptación y la escasez de recursos en situación de desplazamiento, generan dificultades y rompimientos en la estructura familiar, afectando las relaciones de equidad y género (32); además, el desplazamiento, genera crisis de orientación e identidad que se manifiesta de manera más aguda sobre los hombres, en cuanto experimentan una ruptura fuerte en su rol masculino como gestor y como figura de autoridad y respeto (33).

Estas son condiciones de grandes cambios y necesidades, que hacen más compleja la inserción de estos hombres en las dinámicas urbanas y la reconstrucción de sus vidas (34), reflejando como estas poblaciones se enfrentan a diversos factores de riesgo, que los hace más vulnerables frente a su situación actual (35).

1.3 DESPLAZAMIENTO Y CAMBIO EN LOS ROLES

Respecto a los roles de género, se entienden como el conjunto de expectativas que la sociedad tiene para hombres y mujeres sobre cómo ser, sentir, actuar y qué oportunidades esperar; expectativas que son desarrolladas por las personas, según estas se asuman como hombres o como mujeres (36).

Roles que en situación de desplazamiento forzado cuestan trabajo adoptar, cuando hay referentes culturales que se resquebrajan frente a su identidad, caso que ocurre con los varones según resultados de investigaciones (37), donde su impotencia ante la cultura de ser proveedor quiebra su papel ante la estructura familiar.

En un estudio realizado en Bogotá, se evidencia como las actitudes de los integrantes de la población en condición de desplazamiento forzado, en su diversa vulnerabilidad social, establecen cambios dentro de su grupo familiar; la mujer cambia de actitud frente a su familia y modifica su comunicación intrafamiliar que pasa de estar basada en el afecto a ser basada en el poder. Las diferencias parecen sugerir una visión del rol de género en la que el hombre detenta la autoridad y en la que el uso de la fuerza es un medio de ejercerla y, por tanto, no se percibe como problema. La percepción de su rol de género también podría explicar su mayor dificultad en adaptarse a un nuevo entorno laboral y cambios intrafamiliares (38).

Para entender estos comportamientos es necesario reconocer que las masculinidades se construyen a partir de la cultura de cada región, de las construcciones sociales, de los estereotipos masculinos, y de los patrones de comportamiento (39); comportamientos que pueden alternar, es decir, pueden no solo mantener su prestigio como hombre, sino el reconocer los derechos de la mujer, o tener habilidades para la crianza; estas nuevas posibilidades en la construcción de la masculinidad puede crear ciertas flexibilidades en las relaciones de género, pero a la vez tensiones, es decir, el reconocer a la mujer como cabeza de familia y su dependencia puede llegar a los extremos de violencia por la no aceptación, hasta temer la feminidad y alejarse de ella (40).

En consecuencia con estos aportes, otros estudios relatan cómo en el contexto del desplazamiento, el hombre pierde su rol de proveedor, su cultura de jefe protector ante la estructura familiar y con ello su confianza y seguridad (37); estas nuevas condiciones de vida para los varones según estudios aumentan los niveles de violencia intrafamiliar (41), (42); debido en parte al nuevo papel de la mujer en el desplazamiento, ahora son proveedoras en la satisfacción de las necesidades de la familia; participan en reuniones y espacios públicos y se convierten en tomadoras de decisiones; roles que antes no ejercían (43).

Este cambio de roles genera tensiones en la pareja, los varones asumen nuevas conductas ante la pérdida de su rol, siendo una de ellas el abandono del hogar (34). Este comportamiento de abandono, es asumido como una búsqueda de alternativas económicas, la ilusión de reeditar el poder masculino afectado por el desplazamiento violento y la necesidad de reconstituir los fundamentos de su autoestima y respetabilidad (34).

En estas condiciones, la búsqueda de permanencia del rol proveedor, afectado por la división sexual del trabajo, expone al varón a establecer nuevas relaciones y hogares de manera alterna (34), experimentando cambios en su

salud sexual y reproductiva exponiéndolos entre otros al riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA.

1.4 VULNERABILIDAD A ITS/VIH/SIDA Y CONFLICTO ARMADO

La compleja relación entre VIH/SIDA y el conflicto armado, aún no está bien documentada. Sin embargo, una publicación reciente afirma que el conflicto está directamente relacionado con el incremento en la infección del VIH/SIDA (44), y en este contexto hay pocos estudios que hablan específicamente de cómo el hombre responde al riesgo a ITS/VIH/SIDA.

Dichos estudios fueron realizados en los países más pobres y en ellos en las poblaciones más afectadas por la pobreza, como lo reporta en UNFPA 2008, donde las consecuencias operan de manera más aguda en poblaciones con alta vulnerabilidad social, no solo por la pobreza, sino por la inequidad en las jerarquías, la clase social, el sexo o las distinciones étnico-raciales, entre otros aspectos.

De acuerdo con el estado del arte sobre el VIH y SIDA en el 2005, último informe, se reportó que la epidemia de VIH/SIDA ha sido la causa de más de 25 millones de muertes en el mundo; se estimó que para la fecha habían 40.3 millones de personas conviviendo con VIH o con SIDA y que en 2005 cerca de 5 millones contrajeron la infección; para el 2006 39,5 millones convivían con la infección un 36.7% más que el año inmediatamente anterior y para el 2007 hubo una reducción del 16% gracias a la evaluación de la epidemia en países donde se ha trabajado sobre los comportamientos de riesgo y el impacto de la incidencia de la infección y la mortalidad (45).

De acuerdo con el estudio anterior, la epidemia del VIH en América Latina se ha mantenido estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en 2007 fue 100. 000, lo que elevó a 1,6 millones el número de total de personas que viven con el VIH en esta región.

En Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, las infecciones por el VIH continúan concentradas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (46). En los países andinos la epidemia se concentra principalmente entre este grupo poblacional (HSH); sin embargo, en Colombia se observa una

progresiva tendencia a la generalización de la epidemia, particularmente en las regiones donde la transmisión por contacto heterosexual predominaba ya desde comienzos de los noventa (47).

Según un estudio de García (48), en Colombia el proceso está cambiando del patrón de transmisión homosexual a transmisión de coito heterosexual, en los departamentos de la región del caribe, en mayor proporción en mujeres menores de 24 años respecto al grupo de hombres de la misma edad. La razón de casos hombre: mujer ha descendido en el país de 20:1 en 1987 a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003; en algunos departamentos de la Costa Caribe este indicador es actualmente cercano a 1:1. Lo que evidencia que los hombres están igualmente vulnerables a dicha epidemia respecto a la mujer.

El comportamiento de la notificación de casos por entidad territorial entre 1983 y el 2005 ha sido variable. El 62.5% de total de casos notificados en el período 1983-2005 proceden en su orden de Bogotá con 10.942 casos 23.88% del total y de los departamentos de Valle con 10.290 casos 22.46% y de Antioquia con 7.425 casos 16.21%, regiones del país en las que se concentra el 37.9% de la población colombiana (49).

La mortalidad por VIH en el departamento de Antioquia, ha mantenido una tasa regular desde el año 2000; para el año 2010 se presentaron 249 casos de muerte por VIH en el departamento que corresponden a una tasa de 4.1 por cada 100.000 habitantes, 22 casos menos respecto al año inmediatamente anterior. La ciudad de Medellín representa el mayor número de casos respecto al resto de municipios del departamento de Antioquia y del valle de aburra, correspondiente a 135 casos que representan una tasa de 5.8 por cada 100.000 habitantes, mucho mayor que en la totalidad del departamento y muy similar respecto al año anterior (50).

Los datos estadísticos que arrojaron los diferentes estudios en el mundo y el país, reflejan la magnitud de la epidemia y a su vez expresan con detenimiento atención en poblaciones vulnerables como son las poblaciones con condición de desplazamiento.

En últimos datos, ONUSIDA 2005, documentó que el desplazamiento forzado, con relación al conflicto social que vive el país, ha sido también asociado con el crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA. Comparan la condición de migrante como un hecho que ha sido ampliamente asociado a nivel global con una mayor vulnerabilidad a la infección y a padecer complicaciones médicas por VIH/SIDA (51); estas condiciones de migración se dan generalmente en circunstancias de pobreza e implican el desarraigo y separación de las normas

socioculturales instituidas; de acuerdo con estas aseveraciones la condición de víctima lleva a que estas personas reduzcan su percepción del riesgo frente a algunos problemas y por tanto sean más vulnerables a la infección por VIH/SIDA.

El desplazamiento forzado se encuentra asociado con marginalidad, hacinamiento y exclusión social; aumenta los factores de vulnerabilidad y limita las posibilidades de desarrollo social y económico lo que constituyen una población particularmente vulnerable al VIH/SIDA (52).

La vulnerabilidad ante estas enfermedades puede ser entendida como el grupo de acciones o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por el VIH, que involucran por lo menos a dos personas, una de las cuales ya se encuentra infectada (53).

Dicha vulnerabilidad está determinada por una amplia gama de factores que toman diversos valores de acuerdo con el contexto en que se encuentran las personas. Algunos de estos factores son de carácter personal (percepción subjetiva del riesgo, aislamiento de los canales de información), otros relativos a los servicios existentes en prevención, atención y apoyo, y otros relativos a las normativas de los grupos sociales, que pueden influir negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud (54).

Para Delor y Hubert (55), la vulnerabilidad hace relación a la capacidad de reconocer la trayectoria de vida, y sus interacciones en un contexto donde confluyen y la identificación del impacto de las contingencias. A partir de una Matriz propuesta por ellos la vulnerabilidad se explica en términos de niveles de inteligibilidad de una situación social de vulnerabilidad en 3 fases. La primera consistente en la trayectoria de una situación desfavorable, la segunda en la interacción de varias trayectorias y tercero el contexto donde confluyen estas trayectorias.

Cada individuo vive a lo largo de su existencia diferentes acontecimientos y los vive de acuerdo a su adaptación a dicho cambio, además varios de estos individuos pueden compartir las experiencias cuando son afines, la manera cómo interactúan estos individuo depende de su posición y estatus y del contexto siendo este la mayor influencia mayor para la interacción de las trayectorias. (55)

La otra vulnerabilidad de la que habla los autores, no es la tradicional denigrante situación económica y de desarraigo, sino que hay formas fundamentales de humillación a las que las personas pueden ser sometidas,

como los son el maltrato físico y el abuso sexual y todo acto en contra de la voluntad. La particularidad del maltrato físico no radica no solo el dolor producido sino la sensación de haber sido expuestos e indefensos frente a otro sujeto, esto altera lo más profundo de su identidad social, en términos modernos denigran su honor o status (55).

De acuerdo con lo expuesto por los autores, este nivel de vulnerabilidad altera su autoestima, por la pérdida de valores culturales e imposibilita poner un valor social a sus propias capacidades, llevando a desestimaciones colectivas y rompimiento de identidades sociales individuales. Entonces las dimensiones socioculturales y simbólicas de una situación se describen de manera objetiva en el significado del sentido comúnmente dado por todos y el significado particular dado por cada individuo.

Por otro lado en Colombia algunos aspectos contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA y están relacionados con el contexto socioeconómico nacional, tales como la situación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, la situación de pobreza, el desempleo, el conflicto armado, y el desplazamiento forzado (52).

Según UNAIDS el conflicto armado que vive Colombia, está conformado principalmente por hombres que viven bajo régimen militar, conviven en un ambiente de machismo, de excesiva valoración de la fuerza, de relaciones coercitivas con la comunidad y con una amplia movilidad hacia diferentes regiones lo que favorece el abuso, el comercio sexual y el sexo transnacional.

Estudios sobre migración (56), reportan que esta experiencia, rompe lazos sociales y se asocia a menudo con la separación familiar, genera aislamiento, marginalidad, exclusión social, hacinamiento, sentimientos de frustración, angustia y tristeza y se acompaña de depresión, desidia y vagancia, además de aumentar el consumo de alcohol, drogas y uso frecuente del mercado sexual, incrementando el riesgo de ITS/VIH/SIDA (57). Situaciones que se manifiestan en el proceso de desplazamiento forzado de acuerdo con una investigación reciente en Colombia (58).

1.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES

Las diferentes conductas asumidas en una condición de indefensión, pueden afectar aspectos de la salud sexual y reproductiva (SSR), definiéndose esta como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y que no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o

enfermedad” (OMS 2002); sino que debe contemplar el respeto y la libertad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras libres de coerción, discriminación y violencia, aspectos que se pueden presentar en la SSR de los hombres como consecuencia de la dinámica del desplazamiento forzado.

Diferentes estudios acerca de los comportamientos y conductas masculinas (59), (60), la percepción de riesgo frente a ITS/VIH/SIDA (61) y la capacidad de responder a las mismas (52), muestran como la relación de estas enfermedades en diversas situaciones pueden afectar al varón (62), (63) de manera significativa, pero no hay un abordaje de lo anterior cuando se está en condición de desplazamiento.

Estudios sobre la salud sexual y reproductiva de la población en condición de desplazamiento, enfatizan en la satisfacción de las necesidades sexuales, como parte de un proceso de restauración de derechos de ciudadanía, donde el tema principal es la respuesta de las mujeres frente a el atropello de los hombres (64), pero invisibiliza al hombre, respecto a sus propios derechos y necesidades (65). Además, algunos organismos internacionales resaltan la necesidad de participar al hombre de la salud sexual y reproductiva (SSR), como aspecto fundamental de desarrollo para la equidad en salud, como la Conferencia de las Naciones unidas para el medio ambiente (Rio de Janeiro 1992), la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo (66) y la cuarta conferencia Mundial sobre la mujer (67).

Respecto al comportamiento de los hombres con relación a las ITS/VIH/SIDA se encuentra que muchos hombres se sienten obligados a participar en comportamientos de riesgo, con el fin de demostrar su masculinidad y actuar en la manera que sea mayormente aceptado (60), además parecen ser más propensos al deseo de tener prácticas sexuales de riesgo (62).

Los jóvenes de sexo masculino son quienes desempeñan un papel central en aspectos de las enfermedades de transmisión sexual. Estadísticamente suelen tener más parejas sexuales y presentar más prácticas de riesgo que las mujeres (63); este comportamiento sexual desprotegido no se explica solamente por la falta de educación sexual o de acceso a condones, tiene también su origen en las creencias, actitudes y prácticas instituidas en la sociedad con relación al ejercicio de la sexualidad (52).

La responsabilidad de los hombres en sus conductas sexuales debe apuntar a la disminución de la exposición al riesgo de ITS/VIH/SIDA ya que cada vez, son más las mujeres expuestas a estas enfermedades como resultado de las

conductas sexuales de riesgo de sus parejas o como efecto de violaciones sexuales contra ellas (66).

De acuerdo con las relaciones de poder, los hombres son quienes toman las decisiones; la percepción femenina sobre el poder se caracteriza por la pasividad y del sub-ordinamiento de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se caracteriza por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control casi total de las interacciones (52). Los hombres en su posición privilegiada de negociar, frente a la organización del acto sexual, deciden qué actos son seguros y cuáles no; pueden o no controlar sus necesidades y acceden a múltiples parejas sexuales sin percatarse del riesgo de enfermarse (68), (48).

Las conductas de riesgo de los varones, en las que se evidencia el no uso del condón, magnifica la problemática frente a las ITS/VIH/SIDA. Estudios muestran que el uso del condón para los hombres en las relaciones estables, conduce a una situación de desconfianza entre la pareja, cuestiona la lealtad, y la importancia dada a la definición de un matrimonio ideal, (69), (70) por lo que es habitual usar el método de barrera con parejas ocasionales y no con la habitual (32).

En un estudio realizado con hombres heterosexuales, los motivos que más frecuentemente se adujeron para no usar siempre el preservativo fueron: pensar que ellos no llevaban a cabo prácticas sexuales de riesgo, tener sexo solo con sus parejas incluyendo sus parejas femeninas, no tenerlos a la mano, la pérdida de la sensibilidad, estar enamorado y la percepción de que interrumpen las relaciones sexuales (71).

Ante esta situación, la manera como responden los hombres especialmente los heterosexuales frente al riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA, no está bien documentada, la literatura ofrece alternativas que están en contraposición con la construcción de su masculinidad, por ejemplo el acrónimo AFP (Abstinencia, Fidelidad y preservativo), alejan al hombre de una participación activa en los programas de salud sexual y reproductiva (52).

Algunos estudios mencionan que los referentes culturales que definen la sexualidad masculina como indomable, (el hombre no debe despreciar oportunidades para el contacto sexual) postulan al hombre a tomar riesgos como elemento esencial de su masculinidad y actúa de manera desfavorable frente a su capacidad para protegerse y proteger a sus parejas sexuales (61).

Los hombres consultan menos al médico por vergüenza y temor acerca de su salud sexual, recurren a otros medios de información como el Internet debido a la carencia de servicios específicos para ellos (61); ante el deseo de ser vistos como hombres duros, evitan la asistencia médica para evaluación de sus necesidades en salud (60), incluso temen ser catalogados como hombres débiles, cuando presentan alguna enfermedad (72); por consiguiente, estas expresiones de masculinidad frente al proceso de salud y en especial al de salud sexual y reproductiva, se convierten en obstáculos para responder efectivamente ante el riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA.

También, para justificar aún más el problema en estudio, se realizó una revisión sistemática acerca de qué se ha dicho sobre la Salud Sexual y Reproductiva de los Hombres en Colombia, encontrándose diversas oportunidades de investigación sobre el tema con diferentes tipos de población.

Dicha revisión muestra como resultados la necesidad de estudiar a fondo los adolescentes colombianos de áreas rurales y urbanas, teniendo en cuenta aspectos socioculturales propios de cada región del país; también cabe anotar que no se encontraron artículos que hablen específicamente de la SSR de hombres de negros ni indígenas; de igual forma las poblaciones vulnerables en condición de desplazamiento y habitantes de la calle, reflejan la ausencia de estudios en esta área, y presentan una brecha enorme para la atención en salud; además la mayoría de ellos viven en el nivel más bajo de pobreza por lo que la posibilidad de preocuparse por su salud sexual y reproductiva es desvanecida frente a la satisfacción de necesidades como la de alimentación y vivienda (73).

Las circunstancias mencionadas, respecto a la salud sexual de los hombres, han recibido un abordaje desde diferentes marcos teóricos y se han analizado desde la antropología social (74), la psicología (75) y la salud pública (76). De acuerdo con literatura analizada; es poca la literatura que incorpora referentes teóricos desde la enfermería en el contexto del desplazamiento; por ende este estudio pretende aportar a la comprensión de la SSR desde el conocimiento de la capacidad de respuesta de los hombres en condición de desplazamiento frente a ITS/VIH/SIDA, apoyándose en las teorías de adaptación de Roy (77), de transición de Meleis (78), y la teoría de Incertidumbre de Mishel (79).

Los elementos que aporta la teoría de transición de Meleis, el cuidado de la salud a partir de la teoría de Incertidumbre de Merle y la teoría de adaptación de Roy (77-79), permiten abordar la situación del desplazamiento, desde la disciplina de la enfermería; constituyen un referente para establecer políticas de cuidados en este contexto, y aportan a la comprensión del desplazamiento

forzado en sus diferentes formas, especialmente en el impacto que tiene sobre los hombres en dicha situación, y su relación con la capacidad de responder frente al riesgo de ITS.

Comprender entonces la capacidad de respuesta de los hombres en condición de desplazamiento frente a ITS, a la luz de las teorías de enfermería mencionadas, no sólo tiene un gran significado, sino que abre un nuevo escenario para abordar un problema nacional que trae consigo un sinnúmero de dificultades que requieren de profundidad y análisis.

En este estudio la pregunta que guió la investigación fue:

¿Cuál es la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres en condición de desplazamiento forzado?

2. REFERENTES TEÓRICOS

Preguntarse sobre la capacidad de respuesta a ITS/VIH/SIDA de hombres en condición de desplazamiento tuvo como referentes las teorías de enfermería sobre la transición, la adaptación y la incertidumbre y otras desde la antropología como la vulnerabilidad y el riesgo.

Todas las características reflejadas y condiciones asumidas por la población en condición de desplazamiento mencionadas en la descripción del problema, permiten entrever, un proceso de transición obligado, que establece cambios en sus vidas en diversos aspectos, a nivel individual y familiar, en los roles, las relaciones, las habilidades y los patrones de comportamiento, y que también se pueden ver considerados en los elementos de estudio de Meleis en su teoría de transición de mediano rango (80), esta transformación corresponde a un proceso de transición, el cual se define como un proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad, se van transformado en respuesta a cambios más amplios de índole demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico (2).

La teoría de Meleis, define la transición como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otra. El resultado de la interacción entre persona y medio ambiente, implica cambios en el estado de salud, la relación de los roles, las expectativas y las habilidades, donde se busca que las personas alcancen niveles de crecimiento y estabilidad, frente a los sucesos que afrontan; además afirma que la contribución de enfermería es alcanzar la meta desde y hacia el bienestar (78), (81).

Estudiar el desplazamiento tomando como referente el modelo de transición de Meleis, permite que el profesional de enfermería se acerque a un fenómeno social y contribuya a la meta de bienestar, desde dos pilares fundamentales de la teoría de transición: las condiciones de transición y los patrones de respuestas; a partir de estos, el énfasis se hará en la situación de salud de acuerdo con los significados, su capacidad de interacción y la capacidad de responder a diversos problemas de salud en especial al riesgo de ITS.

Consecuentemente, la transición genera sentimientos de angustia, temor e incertidumbre que hace que las personas reaccionen afrontando las circunstancias, evadiéndolas o aislándose, provocando una inhabilidad para darse cuenta del significado de la situación, minimizando las consecuencias,

evitando el recuerdo, proyectando en otros su miedo a causa de un evento inesperado como es el desplazamiento forzado (82) (83).

La incertidumbre se define como la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con una enfermedad y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud, debido a la escasez de información y conocimiento (79).

Las personas en condición de desplazamiento se ven inmersas en diferentes situaciones que les genera incertidumbre y este sentimiento puede ser valorado en similares condiciones el desarraigo, el despojo y el cambio abrupto de sus vidas como consecuencias del desplazamiento, trae consigo la incertidumbre permanente que puede ser valorada de una manera positiva o negativa, de acuerdo con el ambiente (84) y pueden afectar importantemente la capacidad de respuesta de los hombres en esta condición frente al estado de iliquidez, desempleo, falta de vivienda e inhabilidad para la manutención de su familia, entre otros.

El proceso de afrontamiento a la adversidad, derivada de dicho cambio repentino y la incertidumbre que genera la situación de desplazamiento, lleva a las personas a establecer conductas adaptativas frente a la situación actual, por consiguiente las actitudes tomadas y el nuevo comportamiento que se genere en la población, conlleva a nuevas situaciones de respuesta, sean positivas o negativas, que determinan resolución de necesidades y oportunidad de mejoramiento de su condición actual, las cuales son mediadas por el contexto social y el entorno, como lo explica Roy en su teoría de adaptación (77).

La imagen que se tienen del grupo y el entorno social y cultural, aportan significativamente a la dinámica del desplazamiento en estos hombres, pues se conforman como una comunidad de características similares, en contextos de vulnerabilidad, que se enfrentan a vivir en situaciones de precariedad en la ciudad, donde son estereotipados como generadores de violencia y como una carga, más que como sujetos de derecho; por consiguiente, se afectan la integridad de su identidad.

De igual forma el modo de adaptación en función del rol; es un modo de adaptación social, cuyo propósito se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad; la necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social, es la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así

saber cómo actuar. De esta manera el aporte de esta teórica al desplazamiento forzado, permite entrever aspectos relacionados con el comportamiento de los varones, que de manera indirecta refuerzan algunas conductas de riesgo, sin embargo los aspectos que estudian los comportamientos a fondo de estos varones, tendrían un enfoque psicológico más que de soporte social. (77)

Para Roy (77), la adaptación se refiere al proceso y resultado por el que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, deciden integrarse con su entorno en un sistema cuya finalidad es la de reaccionar ante diferentes estímulos para mantener su integridad. Según Roy, el objetivo de los profesionales de enfermería es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de sus cuatro modos de adaptación, y aplicada al contexto del desplazamiento forzado, permite que los profesionales usen dicho proceso de atención, para proporcionar cuidados de enfermería y acercarlo a un sano proceso de adaptación.

Los modelos de adaptación según Roy, agregado a algunos elementos a partir de la teoría de incertidumbre de Mishel; coinciden con que la meta del profesional apunta a lograr la adaptación de las personas expuestas a situaciones difíciles, estas complementan las condiciones de transición en la teoría de Meleis y permiten comprender algunos patrones de respuesta con relación a la situación de desplazamiento y la salud sexual y reproductiva. (77) (79).

Reconocer el desplazamiento forzado y analizarlo desde estos referentes, permite un abordaje desde la disciplina de enfermería frente a la exposición a un sin número de situaciones de riesgo que se materializan y terminan lesionando la integridad de los hombres y sus familias, dejando a esta población más vulnerable frente a nuevas situaciones adversas.

Las personas en situación de desplazamiento, son vulnerables por su estado de indefensión ante la incapacidad de responder a posibles eventos que ocasionen o ponen en riesgo su integridad física y moral; dicha vulnerabilidad se expresa claramente en la problemática actual del desplazamiento.

Otro concepto importante para analizar la situación de desplazamiento forzado en estos hombres, es la vulnerabilidad, esta hace referencia al carácter de las estructuras e instituciones económico-sociales y al impacto que éstas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social; (85) para la comisión económica para América Latina y del Caribe (CEPAL 2002), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente,

permite una delimitación de segmentos de la población, que por el hecho de actuar según un patrón de conducta común, tiene mayor probabilidad de enfrentarse a un evento dañino (86).

Otros autores en congruencia con lo anterior, sugieren que la vulnerabilidad es un fenómeno que se produce históricamente y se puede conceptualizar como el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas (sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación de desplazamiento y nivel socioeconómico), colocan a los individuos en situaciones que pueden limitar su capacidad para prevenir y responder ante una infección por VIH, por ejemplo. De esta manera sostienen que la vulnerabilidad es una condición que se adquiere y que depende de las condiciones estructurales en que se desenvuelven las poblaciones en esta condición (30).

Para dar claridad a estos dos conceptos Caro (87), aplica una visión más completa para el análisis de vulnerabilidad, respecto a la capacidad de respuesta y las habilidades adaptativas; estas dependen de los activos que disponen los actores, (sean estos, la comunidad, el hogar, las personas), como de los mecanismos de apoyo externo a los que tienen acceso. El apoyo externo puede venir del estado o de los movimientos ciudadanos y las organizaciones de la sociedad civil. En cuanto a la adaptación se refiere es a la aceptación al cambio de manera pasiva, pero de manera activa supone ajustes internos para reducir o eliminar las adversidades (88). Además por activos se entiende el conjunto de recursos, materiales e inmateriales, sobre los cuales los individuos y los hogares poseen control y cuya movilización, permite mejorar su bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida o bien, disminuir su vulnerabilidad (89).

“La vulnerabilidad social debe entonces considerar la presencia de activos, tanto del individuo como de la familia y la comunidad, así como la existencia de una estructura de oportunidades, dando lugar a la elaboración de políticas sociales y de asistencia social más completas y de largo alcance” (88).

Otros autores como Bronfman et al (90), habla de la vulnerabilidad en términos de desprotección de grupos de personas, frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de necesidades básicas y derechos humanos, en razón de sus recursos económicos, sociales y legales.

Para Bronfman et al (91), la vulnerabilidad, representa configuraciones socioculturales, que se dan como resultado de interacciones entre los actores

sociales, políticos y de salud. Para ellos la diferencia entre riesgo y vulnerabilidad radica en que uno apunta a una probabilidad y evoca conductas individuales que reflejan los comportamientos y la vulnerabilidad apunta a un indicador que expresa inequidad y desigualdad social.

Para que haya un daño o lesión, es necesario que haya ocurrido un evento o situación adversa que supera la capacidad de respuesta ante el mismo, ya sea debido a la ausencia de defensas idóneas o a la carencia de fuentes de apoyo externas y una inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario generado por la materialización del riesgo (92).

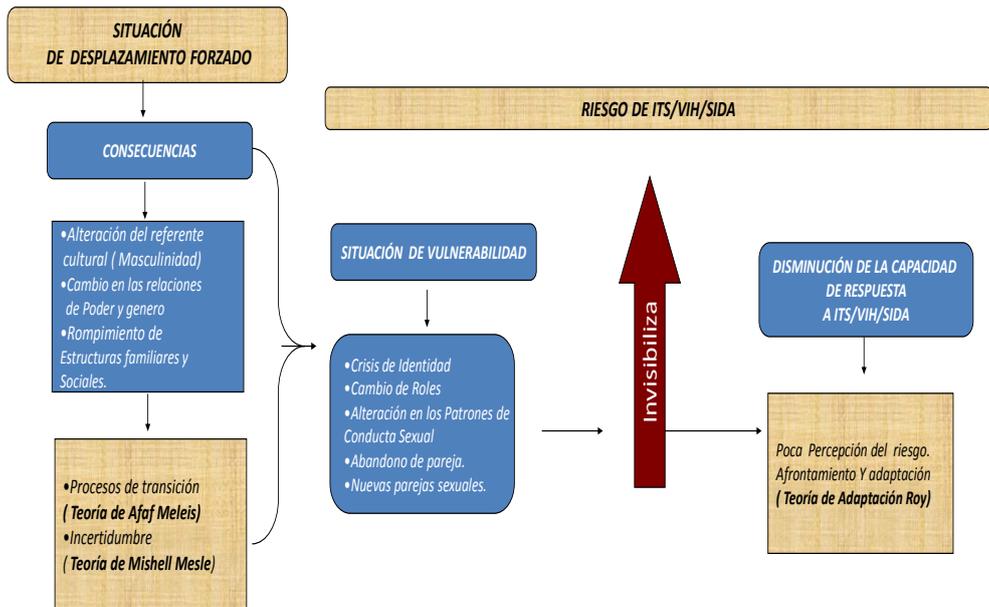
Dichos eventos dañinos, o circunstancias adversas son llamados riesgos; cuando se habla de riesgo se refiere a la posibilidad de que una ocurrencia o presencia de un evento, característica o proceso, involucre efectos adversos para la comunidad, hogar, persona, empresa, ecosistema, etc. El riesgo no alude a un acontecimiento intrínsecamente negativo, sino a uno que puede generar daño o incertidumbre y cuyas consecuencias pueden ser ambiguas o mixtas, combinando adversidad y oportunidad (88).

Aplicado al campo del SIDA, el concepto de vulnerabilidad, amplía el horizonte de los estudios, acciones y políticas dirigidos a controlar la epidemia, ya que supera la noción de riesgo individual (traducido en acciones dirigidas a “grupos de riesgo” y “comportamientos de riesgo”) para acceder a una nueva comprensión de la vulnerabilidad social (93), que intenta superar el concepto clásico de riesgo por uno más integral, que incluye el estudio de los contextos e interacciones sociales.

Con estos referentes teóricos que aporta la disciplina de enfermería y las ciencias sociales al contexto del desplazamiento, podemos comprender la capacidad de respuesta de hombres en situación de desplazamiento; se abren entonces nuevas corrientes de intervención e investigación comunitaria que permite no solo a los profesionales de enfermería hacer parte de los estudios de salud pública, sino enriquecer sus teorías que al día de hoy fundamentan su que hacer disciplinar.

Figura 1. Acercamiento inicial a la comprensión de la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA.

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de hombres en situación de desplazamiento forzado



Mapa Conceptual; acercamiento al problema. Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en Hombres con condición de desplazamiento forzado.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la capacidad de respuesta de hombres en situación de desplazamiento forzado frente a problemas de salud sexual, particularmente frente a las ITS y al VIH/SIDA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar una revisión sistemática acerca de los conocimientos de salud sexual y reproductiva de hombres en Colombia, con el fin de contextualizar la problemática del trabajo de investigación.

Analizar el significado de la experiencia de estar en condición de desplazamiento forzado, frente a los problemas de salud sexual y reproductiva.

Conocer la percepción de riesgo a ITS/VIH/SIDA de los hombres en situación de desplazamiento que viven en los albergues de acción social localizados en la ciudad de Medellín.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

A lo largo de la historia, la ciencia a partir de las observaciones ha generado una gran diversidad de conocimientos que sustentan las bases y referentes teóricos de una disciplina; la producción de dicho conocimiento se logra a partir de las investigaciones cuantitativas y cualitativas, donde la diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales (94). El análisis cualitativo es inductivo y abierto, su objetivo es generar conceptos o categorías (95); se puede decir que mientras que la metodología cuantitativa ofrece una representación matemática del mundo, la cualitativa es comprensiva y narrativa.

La investigación cualitativa ha contribuido a la calidad del cuidado de la salud y es fundamental para estudiar fenómenos que de manera cuantitativa no son posibles de explicar, por esta razón este tipo de investigación y sus diferentes metodologías como la etnografía, la teoría fundamentada o la fenomenología, ha tenido un gran impacto no solo para los sociólogos, sino para el estudio de las ciencias en la salud.

Esta investigación optó por el método de investigación cualitativo etnográfico, pretendió participar en la vida de las personas durante un periodo de tiempo determinado, en situaciones donde se comparte la misma experiencia y donde se pudo ver cómo viven, como actúan, en que trabajan, cambios en sus vidas a raíz de una nueva experiencia, con el fin de recoger información acerca de sus vidas y plasmarlas en un contexto interpretativo de los datos.

La etnografía según Boyle (97) se centra en un grupo de personas que tienen algo en común, como su lugar de trabajo, estilos de vida o creencia religiosa; para comprender el comportamiento de estos grupos es necesario conocer su contexto, para comprender los significados sociales en que está imbuido (97). Mediante la técnica de la observación y la entrevista, se intenta re-describir las prácticas de los sujetos en un contexto cultural, que recoja elementos importantes para el discurso narrativo e interpretativo de un grupo de individuos que comparten experiencias similares (98). Este estudio con relación a la SSR de los hombres, en un contexto de vulnerabilidad provocado por un desplazamiento forzado, propendió conocer lo que hacen, dicen y piensan personas con lazos culturales y sociales; que intercambian visiones, valores y

patrones de comportamiento, bien, de tipo social, cultural, económico y religioso.

El acceso al grupo de participantes en condición de desplazamiento forzado, se logró a través del contacto con directivos de la UAO (Unidad de Atención y Orientación a la Población con Condición de desplazamiento), por parte del grupo de investigación la Práctica de Enfermería en el Contexto Social (GIPECS), adscrito a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, quién previamente realizó trabajos sobre la vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA en mujeres en condición de desplazamiento en la (UAO), y en los Albergues.

Previa comunicación con la líder de Proyectos para la atención de la población en condición de desplazamiento y autorización para la realización de la diferentes actividades investigativas, se logró acceder al campo investigativo, inicialmente un proceso de reconocimiento a la sede central UAO, ubicada en la Comuna 13 de Medellín, sector San Javier, donde operan diferentes oficinas, tales como el SISBEN (Sistema General de Identificación de Beneficiarios), Registro de notificación de desplazamiento, Carnetización, ayudas de Emergencia entre otras.

En esta localidad se identificó el proceso de atención a la Población en condición de desplazamiento, desde el momento en que ingresan, hasta que son reubicados en uno de los albergues u hogares de paso, autorizados. Dicho proceso de atención tiene diferentes propósitos para diferentes personas en dicha condición, y clasifican a los grupos de personas de acuerdo al tipo de desplazamiento, grupo familiar, y necesidades de los mismos.

Las personas que requerían ayuda Inmediata, fueron reubicados en 3 albergues ubicados en el Sector Prado Centro (Barrio de la ciudad de Medellín).

De los cuales a la fecha sólo está abierto uno; los albergues hacia donde se reubicaban las personas con requerimiento de atención Inmediata se denominaban **ASOPU (Asociación de personas Unidas)**, ubicado en carrera 43 N°59-79, Comuna 9; **ASOAMDESP (Asociación y Amigos de los desplazados)**, Ubicado en la carrera 41 N°60 -15 en la comuna 8 y **CORPORACIÓN VIVE** Ubicado en la Carrera 50 N°63- 38 en la Comuna 10.

En estas localidades, previo reconocimiento de los sitios en compañía de funcionarios autorizados para dar continuidad a la atención, fue permitido el acceso a los lugares donde habitan los hombres con sus respectivas familias con condición de desplazamiento. Con consentimiento de las autoridades

pertinentes se logró permanencia en los diferentes albergues para observación, observación participante y realización de taller de sensibilización y realización de entrevistas.

Los participantes fueron 19 hombres que cumplieron con los siguientes criterios de selección: encontrarse en situación de desplazamiento forzado con tiempo menor a 1 año; que residieran en los albergues administrados por la UAO. (de acuerdo a la literatura y datos administrados por la UAO, son personas que esperaban en promedio de 8 a 12 meses para su reubicación; esto permitió acercamiento a la realidad del proceso de desplazamiento a su llegada a Medellín y el tiempo de permanencia hasta lograr su reubicación. En el momento de la realización del estudio y de acuerdo con cambios legales y administrativos en el 2010 fueron cerrados 2 de los albergues y el tiempo de permanencia de la población en condición de desplazamiento cambió de 8 a 12 meses a 3 y 4 en los albergues, tiempo en el que se desarrollo el trabajo de investigación, ya que culminando el tiempo de albergue a estos se les suministraba ayuda para pago de arriendo y mercado, por lo que iniciaban otro proceso del desplazamiento.

Se pretendió que fueran varones entre 18 y 60 años de edad, ya que la población infantil requiere otro foco de atención o quizás una nueva investigación y hasta los 60 años pues se esperaba comprender la Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes, adultos y adultos Jóvenes que estuvieran residiendo en los albergues administrados por la UAO; además ser hispanohablantes y que aceptaran voluntariamente participar de la investigación.

4.2 ETAPAS DEL TRABAJO DE CAMPO

Inicialmente se realizó un reconocimiento de las instituciones, para identificar el área geográfica, vías de accesos, y seguridad personal. También se pretendió conocer y describir la manera cómo viven en su cotidianidad, espacios de hacinamiento, espacios de esparcimiento, características de su convivencia, cómo se relacionan, conductas y comportamientos, flujo de personas, relaciones familiares, alimentación, horarios de estadía, entre otras.

Se planteó un primer momento de observación no participante, esta técnica permitió la recopilación de datos, y consistió en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes y a la gente en el contexto real en donde desarrolla normalmente sus actividades (99). La observación

permitió reconocer la localidad y normatividad de los albergues, el espacio dónde viven, cómo se alimentan, dónde duermen, horarios de entrada, horarios de salida, comercio dentro y fuera del albergue consumo de cigarrillo, y comportamientos masculinos y femeninos frente a relaciones de pareja entre otros. (Ver anexo 1)

Se utilizó diario de campo para realizar anotaciones de cada momento en el estudio exploratorio, tanto en la observación no participante como participante de las diferentes reflexiones y conversaciones de diferentes personas en el contexto entre ellas mujeres, hombres y funcionarios de las entidades públicas.

La observación participante y no participante se llevó a cabo durante 4 meses, 12 horas semanales para un total de 192 horas. Se entró al campo identificándome como estudiante de la Universidad de Antioquia, lo que permitió el reconocimiento, confianza y aceptación por parte de varios miembros de la población, mostrando ser alguien que realizaba trabajos para la universidad de Antioquia, sin aparentar ser algún tipo de amenaza para ellos, ya que son desplazados por la violencia y una de las principales causas de dicho desplazamiento, son las amenazas de muerte, lo que puede generar temor en ellos frente a desconocidos preguntando por su situación.

La condición masculina permitió un acercamiento de una manera más idónea a los participantes para negociar el rol, como menciona Taylor y Bodgan (100), se pretendió entonces establecer un equilibrio entre la realización de la investigación y el contacto con los participantes, para generar en los mismos confianza y por ende favorecer la empatía (100).

En este segundo momento donde la observación se hizo participante se compartieron experiencias, se establecieron múltiples conversaciones sobre diferentes temas, con hombres y mujeres, de manera prudente se habló de los objetivos del estudio de la investigación y el interés en su participación del mismo.

Con el objetivo de acercar a la población a la investigación, previa autorización de la parte administrativa de los albergues, se planeó estratégicamente la realización de un taller de sensibilización cuyo propósito fue generar en los hombres que residen en los albergues que cobijan Acción social, reflexiones acerca de la sexualidad y su masculinidad, como primer paso en la identificación de problemas que se pueden invisibilizar en la situación del desplazamiento y su vez preparar el camino para obtener información de la manera mas favorable de acuerdo a los temas seleccionados para el estudio. .

Para la realización del taller “*sensibilización de los hombres en situación de desplazamiento sobre la salud sexual y reproductiva*” se convocó a diferentes hombres residentes en los albergues, con la colaboración de los líderes de los mismos. Líderes quienes eran así reconocidos por los coordinadores del albergue y con quienes ya habían realizado diferentes actividades al interior de la institución; ellos generalmente llevaban mayor tiempo de estancia al interior del albergue y conocían parcialmente sus derechos, pero participaban activamente de las actividades educativas y organizativas dirigidas por la UAO. De igual forma fueron ellos quienes al conocer la intención de la realización del taller, convocaron a otros hombres de diferentes albergues quienes aceptaron participar de esta actividad.

El taller se realizó en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. A las personas que participaron en dicho taller, se les suministró el transporte desde y hacia los albergues.

El total a reunir dependió del número de hombres que a la fecha residían en los albergues y que quisieron participar de la actividad académica; las características de estos participantes fueron, hombres mayores de 18 años y menores de 60 años, casados o no y que tuviera menos de 1 año de estar en situación de desplazamiento. (Ver Anexo 2)

Mediante esta estrategia se logró acercamiento a las perspectivas de vida del grupo desde el interior del mismo, permitiendo captar no sólo preocupaciones a partir de su situación de desplazamiento, sino también algunos aspectos relacionados con la SSR que por su condición masculina serían difíciles de abordar, conocer y menos aún de comprender. Al finalizar la actividad se realizó una presentación breve de los objetivos de la investigación y se invitaron a participar de las entrevistas para dicho trabajo de investigación.

La entrevista semi-estructurada, fue otra de las técnicas utilizadas que permitió obtener información de los otros, de manera expresa; esta, es una conversación entre dos personas, donde se busca obtener información, opiniones, conceptos, y significados de determinado tema para cumplir un propósito específico (99).

La manera como se dan las entrevistas, depende de la estructura de la conversación, puede ser de manera abierta y libre, en donde se permite al sujeto a entrevistar hablar de lo que quiera sin interrumpir, solo centrándolo en un tema específico; es como una conversación no formal, donde se habla y se escucha y a la vez se comparten opiniones (99). Para esta investigación se realizó la entrevista semi-estructurada, con base en una guía de preguntas que

condujo el tema de investigación, pero permitiendo la expresión de los entrevistados acerca temas específicos a profundizar.

Los temas que dieron sentido a la entrevista son: las características socio-demográficas, los motivos del desplazamiento y sus efectos en la vida cotidiana, la historia sexual, las características de la pareja y la familia, los antecedentes de ITS y el desplazamiento con relación a la salud sexual y reproductiva. (Ver Anexo 3)

La selección de los participantes se hizo de manera progresiva, al principio un muestreo con propósito, que consistió en seleccionar el mejor informante para los requerimientos del estudio Morse (101) y luego mediante la técnica bola de nieve en la cual un hombre que participó en el taller o de la entrevista, estableció contacto con otros hombres y los invitó a participar de la investigación.

Según lo recomendado el número de entrevistas se hizo hasta cumplir la saturación de la muestra, es decir cuando las entrevistas con las personas no producen ninguna comprensión auténticamente nueva, en análisis e interpretación, lo que denomina Bertaux como saturación teórica de los datos o del conocimiento (102), este estudio requirió 19 entrevistas.

Las entrevistas fueron realizadas en espacios de privacidad y de seguridad para cada uno de los participantes, previa autorización de las entidades que cobija Acción social y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Fueron llevados a espacios como el jardín botánico, el parque de los pies descalzos, el parque de los deseos, instalaciones de la universidad y en el albergue donde residían. Estas entrevistas fueron grabadas en formato digital y fueron transcritas textualmente para la organización de los datos.

4.3 PROCESO DE ANÁLISIS

El análisis de los datos se realizó con los lineamientos de la teoría fundamentada, codificación, abierta, codificación axial y codificación selectiva, (103). Dicho proceso analítico de la Información, comenzó con uno de los procesos cognitivos inherentes al análisis de los datos: comprender; comprender se convierte en la primera parte de este análisis, donde se evoca toda la información obtenida de las lecturas críticas de la literatura sobre el tema y la justificación que se realizó en el contexto teórico del estudio, para luego contrastarla con las observaciones de los escenarios, y la narrativa de las

reflexiones o conjeturas derivadas de las entrevistas y del diarios de campo (104).

En esta primera parte del análisis se transcribieron fielmente las entrevistas y luego se comparó las grabaciones por parte del investigador, se digitalizaron algunas notas de campo y memos analíticos de acuerdo a las experiencias vividas por el investigador en el trabajo de campo, también se reunieron diferentes memos en fichas bibliográficas.

En un segundo paso, se procedió a la lectura meticulosa de las entrevistas y de manera general, identificar los principales temas que emergieron de la narrativa de los participantes y compararlos con las demás entrevistas transcritas.

La lectura minuciosa y juiciosa de los datos estableció una comprensión del significado de la información que arrojó dichos datos, meticulosamente mediante la segmentación, cuya finalidad fue separar apartes de escritos (unidades de análisis) (105) y adjudicarle un código o etiqueta para analizarle y compararle de acuerdo a una propiedad o elemento común de una manera densa que permitió reunir los fragmentos de los datos y crear categorías de análisis. Las unidades de análisis y códigos vivos se representan en el texto en letra cursiva, entre comillas y e negrilla, según el caso, además se respetó la intensión de los participantes de expresarse en algo específico, por lo que se le guardo fidelidad al dato y entre comillas se plasmaron diferentes expresiones de los participantes. Los relatos de los participantes extraídos para comprender diversas situaciones fueron nominados con un código único para la ubicación de los relatos (ENT) Entrevista, (P) Párrafo; Ejemplo ENT1/P3.

Posterior se hizo un análisis temático y se reorganizaron los diferentes temas o categorías con el fin de establecer asociación entre categorías y sub-categorías para formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos y de acuerdo a los memos analíticos realizados durante la codificación abierta, y junto a la interpretación y comprensión de los fenómenos encontrados a partir de las categorías descriptivas y analíticas se reescribieron memos más elaborados que sirvieron de base para la narrativa final. Posteriormente en un segundo proceso cognitivo, sintetizar, definido por Morse (104), como la capacidad del investigador para fundir varios casos o historias o experiencias con el fin de describir los comportamientos o patrones típicos del grupo; Coffey y Atkinson (105), como la forma de explorar la composición de cada conjunto codificado, trascender los datos fácticos y definir con cautela la manera como estos se comparan hasta llegar a conceptos derivados de múltiples relatos interpretativos desde lo ético para re-contextualizar y

fundamentar la teoría emergente. Con el fin de integrar y refinar la teoría, algunos datos durante el análisis variaron en sus dimensiones, lo que requirió realizar búsquedas bibliográficas sobre los hallazgos y realizar nuevas entrevistas profundizando sobre el fenómeno con el fin de saturar los datos.

5. CRITERIOS DE RIGOR

Se pretendió que los resultados reflejaran una imagen lo más completa posible, clara y representativa del fenómeno de desplazamiento forzado y su relación con la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres que recibieron ayuda de emergencia en la ciudad de Medellín, para ello fue necesario acceder a los diferentes escenarios de estancia de los hombres en condición de desplazamiento con el fin de conocer el contexto sobre el cual se desenvuelven, que para fines de esta investigación, fueron la Unidad de Atención y Orientación a la población en condición de desplazamiento (UAO) y los respectivos albergues de estancia transitoria; en estos lugares fue necesario realizar observaciones para conocer y contextualizar de manera plena el problema.

De acuerdo con el tema seleccionado a estudiar específicamente en hombres, se logró mayor empatía con el conjunto de participantes, pues mi condición masculina favorecía el Rapport y acercamiento a los diferentes escenarios donde estuvieran estos personajes; además, se les permitió expresarse en su propio lenguaje respecto al relato de sus experiencias como se menciona en el diseño metodológico.

Como técnicas de recolección de la información se utilizó las notas de campo, el diario de campo, la observación participante y la entrevista, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas; estas técnicas se utilizaron en diferentes momentos de la investigación.

En todo momento la posición del investigador fue imparcial y aún con la empatía ganada con los participantes del estudio, se mantuvo el status investigativo dentro de las relaciones al interior del grupo.

La realización de las entrevistas se llevó a cabo en la mayoría de las ocasiones en lugares alejados de su lugar de albergue, se realizaron en espacios al aire libre, en sitios públicos y que garantizaran privacidad y seguridad para los participantes. La transcripción de las entrevistas se realizó inmediatamente para conservar la mayor fidelidad de los datos, teniendo en cuenta lo que se dijo y como se dijo, además se revisaron las grabaciones para comparar lo transcrito y obtener los mejores datos de manera fehaciente.

Como la credibilidad de la información puede variar mucho y los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las cosas, se realizó en primera instancia un taller con diferentes hombres de los albergues, como se explicó en el diseño metodológico; el taller no

sólo permitió sensibilizar a los hombres sobre su salud sexual y reproductiva, sino que permitió conocer la mejor forma de llegar a la mejor información, relacionada con la salud sexual de los hombres, además se pudo identificar participantes mucho más interesados y mas abiertos con el tema por lo que se seleccionaron como informantes claves.

La revisión de los procedimientos para el procesamiento y análisis de los datos, memo y mapas conceptuales, fueron revisados periódicamente por parte de la asesora, además en diferentes escenarios académicos en compañía de diferentes docentes investigadoras se compartió los frutos de este estudio en donde se realizaron deferentes cambios aducidos a su respectiva experiencia que favorecía el buen curso de la investigación.

En el análisis de los resultados se agregaron apartes de las diferentes entrevistas como evidencia de los aspectos planteados por el investigador como datos primarios y frescos, que ofrecen al lector ejemplos extraídos y que son considerados como más creíbles (107).

6. CONSIDERACIONES ETICAS

Según la resolución 8430 de 1993 (108) la investigación que se realizó, representó un riesgo mínimo para los participantes ya que la información que se suministró fue de manera voluntaria y anónima. Según la declaración de Helsinki (109) de la Asociación Médica Mundial y la declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (110) proclamada en 2005, esta investigación respeta los siguientes principios: proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de cada uno de los hombres entrevistados para el propósito investigativo de la Facultad de Enfermería.

El proyecto y el método del estudio con dichos varones se describen claramente en esta investigación y se evaluó por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia para su aprobación antes de comenzar su desarrollo.

En éste proyecto se realizó un consentimiento informado escrito respecto a la decisión de participar de la investigación. Esta investigación respeta los principios éticos fundamentales de autonomía, justicia, benevolencia. Además, a los participantes se les informó acerca del propósito del estudio y se obtuvo consentimiento informado por escrito para la realización de las entrevistas con el fin de garantizar que no se vulneraran los derechos de de confidencialidad y anonimato (108); no se registraron los nombres propios de personas; las entrevistas tuvieron un código único, sólo conocido por el investigador y se realizó en lugares que garantizaron la privacidad y tranquilidad, además fueron grabadas en formato digital, y se resguardaron en archivos del GIPECS dentro de la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. (Ver Anexo 10).

7. DIVULGACION DE LOS RESULTADOS

Previo compromiso con los coordinadores de los albergues y posterior a la realización y análisis de la información obtenida en el taller de sensibilización, se realizó un informe acerca de las principales dificultades y preocupaciones que sentían los hombres con relación a la Salud Sexual y Reproductiva. Dicho informe contenía elementos validos para continuar trabajos de capacitación y fortalecimiento de conductas desfavorables en esta población.

De acuerdo con el análisis de los datos obtenidos derivados del trabajo de campo, se propuso hacer devolución de los resultados inicialmente con funcionarios administrativos de la Unidad de Atención y Orientación a la población en condición de desplazamiento forzado; para este encuentro se participó a todas aquellas personas que trabajaban en los diferentes albergues y diferentes UAOs de la ciudad que a la fecha se encontraban activos, también la líder de proyectos y la coordinadora de Bienestar Social, invitaron a funcionarios de Acción Social, la cual es la entidad del Gobierno Nacional que busca movilizar a Colombia para superar la pobreza extrema, avanzar en la reconciliación y liderar la agenda de cooperación internacional del país. Dentro de sus principales objetivos está desarrollar acciones con víctimas de la violencia y el desplazamiento, encaminadas a garantizar retornos y entregar la reparación administrativa cuando corresponde (106); también participó una funcionaria de Metro-salud, cuya labor se encuentra ligada a la atención en salud de la población en condición de desplazamiento.

Posterior a este encuentro, con la autorización de los coordinadores albergues y UAOs, se planeo la devolución de resultados obtenidos en la investigación con 13 hombres que residían en el albergue Corporación Vive, ya que los otros 2 albergues se encontraban fuera de funcionamiento. Con ellos se compartió la experiencia de trabajo con otros hombres con la misma condición y se logró aceptación de una realidad como es vivir en condición de desplazamiento y los riesgos frente a su Salud Sexual y Reproductiva, esto nos permitió mayor credibilidad de los datos suministrados por los diferentes hombres en el trabajo investigativo. (Ver anexo 4).

También, como una de las tareas implícitas en el ejercicio de la investigación, se pretendió la publicación y divulgación de resultados de investigación, en diferentes espacios académicos.

Inicialmente se realizó una revisión sistemática acerca de que se ha dicho en Colombia acerca de la Salud Sexual y Reproductiva en Hombres, de donde se

logró contextualizar una problemática del tema en el país y sirvió para reorientar la investigación “Capacidad de Respuesta Riesgo de ITS/VIH/SIDA en Hombres con condición de desplazamiento forzado”; con los resultados se participó en el Coloquio Panamericano de Investigación en Salud. Realizado en Florianópolis el 2 de septiembre de 2010 en la modalidad de Poster, (Ver Anexo 5).

También se realizó un documento escrito a manera de artículo, derivado de la revisión sistemática cuyo título fue “Que se ha dicho en salud sexual y reproductiva en hombre en Colombia, enviado para evaluación de pares el 02 de marzo del presente año a la Revista de Salud Pública del Instituto de Salud Pública en la facultad de Medicina de la universidad nacional de Colombia. (Ver Anexo 6).

Los diferentes trabajos fueron aceptados en otros espacios académicos para socialización de resultados pero por motivos ajenos a mi voluntad no fue posible mi asistencia, pero se logró presentación por parte de mi asesora quién tenía viajes programados para esas fechas y fue ella quién logró dicha divulgación; para constancia se anexa certificado de aceptación para participación en XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería ALADEFE. Poster (Ver Anexo 7), Certificado de aceptación para participación en XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería ALADEFE. Oral (Ver Anexo 8) y el Certificado de aceptación para presentación de trabajo en 7° Congreso internacional de Salud Pública. Medellín junio de 2011. (Ver Anexo 9)

8. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados del estudio de la siguiente manera: la primera parte de estos resultados dan cuenta del análisis bibliográfico a partir de la revisión sistemática acerca de que se ha dicho en Colombia sobre la Salud Sexual y Reproductiva de los Hombres en Colombia durante los últimos 20 años, para contextualizar y contrastar los resultados de la investigación.

Una segunda parte de los resultados expone el proceso del desplazamiento desde el momento de huida hasta la inserción en la ciudad, en sus diferentes formas, hogares de paso, inquilinatos y albergues; La tercera parte de los resultados muestra un perfil socio-demográfico de los hombres en condición de desplazamiento forzado entrevistados, que sirvió para entender quiénes son esos hombres y que características poseían; posteriormente se configuran 3 categorías centrales a saber: Condiciones del desplazamiento con 3 subcategorías; los efectos en la vida cotidiana, los sentimientos y lo más difícil. Aspectos relacionados con sexualidad, con 3 subcategorías, percepción sobre las relaciones sexuales, deseo sexual y conocimiento y percepción del riesgo a ITS/VIH/SIDA. La capacidad de respuesta con 2 subcategorías, Aspectos que limitan la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA y factores que favorecen la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA.

8.1 QUE SE HA DICHO EN COLOMBIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HOMBRES

Diversos estudios hablan de la importancia de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los hombres y el impacto negativo que tienen en el deterioro, no solo en el bienestar de las mujeres sino en ellos mismos; además reportan falta de compromiso y vinculación responsable con la salud, el auto cuidado y la sexualidad (81), (84).

En Colombia la SSR de los hombres ha sido en los últimos años tema de preocupación; el abordaje dado parece insuficiente ya que existen limitaciones para comprender su sexualidad desde una perspectiva de derechos sexuales, valores masculinos, equidad de género, comportamiento afectivo y acceso a los servicios en salud sexual; aún con estas limitaciones se ha abordado a los hombres en dos sentidos: como vía para comprender no sólo su salud, sino también la salud de las mujeres y como sujetos de derecho que requieren atención específica (111).

La mayoría de investigaciones en SSR (92), (88) ha estudiado a los hombres desde una perspectiva de déficit de participación en salud sexual, en lugar de aproximarse a su sentir; los estudios hacen énfasis en la escasez de servicios y programas orientados a las expectativas del género masculino y a la baja participación de los hombres en los mismos, la poca capacitación como usuarios, la carencia de personal idóneo para brindar servicios y la falta de presupuesto y de tiempo disponible en las instituciones; entre otros, son factores que dificultan para la satisfacción de las necesidades de los hombres en cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva.

Las políticas y servicios de salud sexual y reproductiva, están encaminadas a satisfacer las necesidades de la mujer, y dejan de lado las necesidades de los hombres, lo cual lleva a una marginación masculina y falta de participación activa en los programas de salud (112); además, resultados de estudios muestran que en las instituciones de salud, el (95%) del personal no ha recibido capacitación en salud sexual, el (96%) no tiene servicios independientes para hombres y el (91%) no tiene adecuaciones para prestarles servicios a ellos (91); también, es importante mencionar que la producción científica sobre la sexualidad de los hombres ha sido escasa y que una investigación sobre derechos sexuales y reproductivos en Colombia, entre 1994 y 2004, reportó en su estado del arte sólo 2 artículos que trataran directamente la salud de los hombres (113).

Las políticas de salud en Colombia, está encaminada a mitigar aspectos nocivos relacionados con los comportamientos masculinos y dificultades que padecen las mujeres en las relaciones de poder (66), (114); esta tendencia, permiten ver de qué forma las mujeres demandan mayor responsabilidad frente a la maternidad, el aborto y la infecundidad, derivada de las infecciones de transmisión sexual (ITS) provocada por sus parejas, lo que incrementa las desigualdades en las relaciones entre ellas y ellos. De esta manera se constituye una problemática para el abordaje de la SSR en los hombres ya que son vistos como trasgresores y no como sujetos de derecho (64).

Las actitudes y comportamientos de los hombres, como iniciar tempranamente relaciones sexuales, tener varias parejas y tener varios hijos sin sensibilizarse de las consecuencias, están influenciadas por las expectativas de lo que significa ser hombre; estas actitudes son favorecidas por la cultura patriarcal, suscitan una invisibilización de sus emociones y los sitúa entre otras en una condición de vulnerabilidad frente a las ITS/VIH/SIDA (115).

Resultados de investigación (54, 112, 91, 113, 114) muestran las dificultades que padecen los hombres para asumir su sexualidad de manera positiva y respetuosa frente a ellos mismos y las mujeres.

Los resultados de esta revisión sistemática* realizada para conocer el contexto de la problemática que enfrenta la población masculina en el país, y justifica de manera indirecta este trabajo de investigación, mostraron que: los estudios abordaron diferentes tipos de poblaciones, estudiantes de colegio, estudiantes universitarios, población en condición de desplazamiento forzado, habitantes de la calle y enfermos crónicos. (Ver tabla 1 y tabla 2)

La población más estudiada, corresponde a los estudiantes de colegio y universidades, 14 (43.8%), 3 (9.4%) estudios se realizaron en habitantes de la calle, desplazados, y enfermos crónicos respectivamente; 15 (46.8%) no determinaron una característica en particular; no se encontraron estudios específicamente en no escolarizados, ni en profesores y padres de familia, además 6 (18.7%) fueron realizados en poblaciones de estrato socio-económico, uno, dos y tres, los demás estudios no segregaron la población con esta característica; cabe resaltar que sólo un estudio cuantitativo fue realizado en estratos socio-económico mayor de 5.

Respecto al género, equidad y derechos sexuales, un estudio realizó análisis comparativo entre países respecto a las políticas de SSR con perspectiva de género, donde evidencia las debilidades y fortalezas de nuestro país respecto al tema (116), consideró indispensable la categoría de género para analizar los modelos de desarrollo sostenible y sustentable y analizar porqué hombres y mujeres participan y afectan diferencialmente los sistemas de producción, la organización comunitaria y el medio ambiente; en otro estudio se reconoció la necesidad de formación de docentes con perspectiva de género y la implementación de currículos orientados a la transformación sociocultural, con impacto positivo desde la equidad de género en los estudiantes como forma de contribuir a la convivencia y paz en el país (117). Cabe resaltar que frente a las relaciones de poder y el embarazo no deseado, un estudio encontró que los hombres se percibían con derechos sobre las mujeres y su jefatura masculina lo que constituyó poder para someter a sus mujeres a tener relaciones sin consentimiento, vulnerando sus necesidades (118).

* Trabajo de revisión sistemática realizado con el fin de conocer acerca de; ¿Qué se ha dicho en Colombia sobre la Salud Sexual y Reproductiva en Hombres?. Los resultados de este estudio se analizaron para justificar el problema estudiado con la población en condición de desplazamiento forzado.

Respecto a la educación, el conocimiento en sexualidad y la salud sexual de los hombres, se evidenció que predominan estudios cuantitativos, de corte transversal, descriptivos y cuasi-experimentales, un estudio cuali-cuantitativo y desde la metodología cualitativa incluyendo un estudio de tesis de maestría desde la perspectiva etnográfica.

Estudios reportan que el inicio de las relaciones sexuales en los hombres se da en promedio a los 15 años, un (30 %) de estos no usaron el condón en el primer acto, duplicaron a las mujeres en cuanto al número de parejas sexuales, tenían menos conocimientos sobre el tema de sexualidad y más prácticas riesgosas que las mujeres, lo que incrementó los riesgos asociados a embarazos no planeados e ITS, además reportaron inmadurez y falta de planeación para la constitución de una familia nuclear (119); dichos comportamientos de riesgo pueden explicarse por la presión que enfrentan los jóvenes por sus pares en países Latinoamericanos (120), pues las experiencias sexuales se consideran un logro y una demostración de competencia y no una ocasión para la intimidad y creación de vínculos afectivos (121).

Frente a los derechos sexuales de los jóvenes, una intervención educativa mostró que darle poder en las decisiones de la sexualidad y mayor libertad, aumentó la frecuencia de las relaciones sexuales, al mismo tiempo que el uso de prácticas anticonceptivas de doble protección (uso del condón y toma de anticonceptivos); además una alta proporción de adolescentes se abstuvo de la actividad sexual genital y no se presentaron casos de embarazo ni ITS después de dicha intervención; también se evidenció que los varones que dijeron no tener relaciones sexuales después de la intervención fue por respetar la decisión de la pareja; este resultado permitió ver como estas intervenciones lograron el acercamiento a las decisiones mancomunadas entre unos y otros (117).

En otro estudio se evaluó un programa de educación entre pares y alumnos de una escuela y mostró que las estrategias participativas son eficaces para la prevención primaria en la transmisión sexual del VIH, se evidenció que la educación y la capacitación de estudiantes y profesores mejoran las habilidades de comunicación de los jóvenes respecto a la salud sexual (122). De acuerdo con el acceso a la información, se reporta que los hombres no encontraron facilidades para acceder a información sobre salud sexual y reproductiva (90), la mayor fuente de información sobre sexualidad fue recibida a partir de amigos y libros, además el interés acerca de los temas de sexualidad son mínimos y recibieron menos información en los hogares y en las universidades a diferencia de la recibida en los colegios; se reportó que estos hombres buscan conocimientos sobre ITS y su prevención, sexualidad y

planificación familiar y educación sobre cómo manejar una relación afectiva con la pareja (123).

En este sentido los jóvenes no tienen referentes familiares que discutan con ellos sobre sexualidad, aunque algunos hablan con mayor libertad a sus madres (124), el padre constituye una figura de respeto que coacciona el comportamiento y trunca las intenciones de los jóvenes de llevar una vida sexual sin riesgos (83).

Respecto a factores contextuales de riesgo en la salud sexual y reproductiva, comportamientos y conductas sexuales masculinas, se halló que los principales resultados en esta categoría fueron: la prevalencia de las relaciones sexuales en los colegios; estas aumentaron de acuerdo a la edad y al grado que se cursa, además encontraron relación entre la disminución de las relaciones sexuales de acuerdo con el familiar que se viva (125); otro resultado y quizás poco estudiado, es el papel de los factores socioculturales en las relaciones sexuales entre los adolescentes (126), hay evidencia de mayor prevalencia de relaciones cóitales en minorías étnicas y afroamericanos que en blancos (127), (128).

Respecto a la percepción de las relaciones sexuales, diferentes estudios mostraron que para los jóvenes las relaciones son naturales y normales en la adolescencia y que es poco probable que una pareja no las tenga, consideraron que el acto en el cual se embaraza se considera una muestra de masculinidad (129); en el plano de las relaciones afectivas, los adolescentes mantienen el imaginario tradicional de que hay mujeres para relaciones serias y otras para el goce; el tener relaciones paralelas es parte de su afirmación masculina, además consideraron que las relaciones largas y con una sola pareja no son deseables, refirieron que tener varias relaciones puede ser un elemento de aprendizaje positivo, aunque lo que prevalece no es el deseo de aprender y conocer nuevas relaciones y personas, sino la afirmación de una masculinidad que los impele a tener relaciones paralelas (130), (131).

Los jóvenes de estrato bajo consideraron que el embarazo en la adolescencia es un instrumento válido de reconocimiento y aceptación social, además de una opción para conformar una verdadera familia (132), esta percepción junto con la de las mujeres, permite a los hombres tener un fácil acceso a relaciones sexuales con el riesgo de enfrentar embarazos no deseados y dejar de lado una paternidad responsable, ya que no se constituyen estas relaciones dentro de una unión consensual desencadenando el abandono de sus parejas.

En otros aspectos, un estudio relacionado con el uso de drogas ilícitas y su relación con el comportamiento sexual de los jóvenes en Colombia, mostró una alta frecuencia de su uso en los hombres respecto a las mujeres, que con el tiempo repercutió en el deterioro mental provocando afecciones psiquiátricas adyacentes al consumo, lo que aumentó los comportamientos sexuales de riesgos; además se midió la variable violencia, y determinó que a mayor exposición de violencia, mayor consumo de drogas y consecuentemente sus comportamientos de riesgo (131).

Otro artículo sobre el consumo masivo de drogas en habitantes de la calle, reportó un alto riesgo para ITS y VIH debido al uso masivo de jeringas compartidas y a la prostitución de sus parejas sexuales como una manera de responder a la necesidad de consumo (133) y desde una perspectiva psicológica, un estudio reportó cómo los factores de riesgo para el abuso físico causado por autores masculinos en niños y mujeres están afectados por su historia infantil y quizás de abuso sobre ellos (134).

Respecto a los Servicios de Salud sexual y Reproductiva, planificación familiar y ETS los hallazgos reportan la relación entre el acceso a la servicios de salud y los derechos de la SSR, especialmente a la atención de las mujeres embarazadas y víctimas de violencia sexual, pero no muestran la perspectiva masculina donde se tengan en cuenta a los hombres en el acceso a los sistemas de salud (117), un estudio cualitativo reportó que las políticas de salud y los servicios de salud sexual masculina argumentaron limitaciones en personal especializado y ausencia de criterios para el diseño de dichos programas de orientación masculina (121).

Los hombres a pesar de conocer los servicios de SSR ofrecidos en su comunidad, no acuden a ellos, la mayoría relacionan los servicios con asesoría o con los servicios de medicina general ofrecidos por las entidades de salud, muy pocos conocen directamente los beneficios que se obtienen en los servicios de SSR (135) y no los consideran como una fuente de información importante o como parte de su red de apoyo; señalan que no asisten porque no existe suficiente privacidad; se sienten mal con el uso de terminología médica; exigen espacios con mejor ambientación, ilustrados con folletos, carteleros educativos y libros, en áreas que salgan del estereotipo de clínica u hospital; también muestran que los jóvenes se ven mayormente atraídos hacia los servicios, si son atendidos por personas jóvenes ya que se identifica con ellos y sienten mejor empatía (86).

Para los hombres en los estratos bajos, se observó menor uso de los SSR, y se reportó una marcada tendencia a considerar los programas de salud sexual

y reproductiva como un asunto que le concierne más a las mujeres que a ellos (136).

Una investigación realizada por Pro-familia quien actúa como gestor y garante de la atención de la población en condición de desplazamiento; mostró preocupación por esta población y enfatizó en los servicios de información y atención en salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo en adolescentes desplazados por la violencia y población receptora, encontraron un deficiente conocimiento en la SSR por lo que implementaron actividades y programas para padres y familiares con charlas educativas y prestación de servicios sobre planificación familiar (137).

Acerca del uso del condón, en un estudio la prevalencia de su uso en la primera relación sexual fue de 8.6%, y no evidenciaron diferencia significativa con las mujeres pero si mostró que el uso del condón en los varones en la primera relación sexual fue favorecido con la edad. Mostró además que las condiciones inesperadas donde estuvo presente el abuso de licor y relaciones sexuales, no favoreció su uso (132). En este estudio se encontró también que existe una percepción de resistencia masculina y escepticismo respecto a la eficacia de los métodos de planificación familiar, por creencias y mitos acerca de los efectos secundarios, convicción de que proponer el uso del condón a la persona que se ama es una falta de respeto y la idea de que con un condón no se siente lo mismo o que este debe usarse solamente con mujeres que no son vírgenes (132).

Otro estudio mostró que la mayoría de los hombres de diferentes estratos manifestaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo en las relaciones sexuales y recurrieron a métodos menos confiables como el método del ritmo, asumiendo el riesgo de embarazos no planeados e ITS (87), (138).

Tabla 1. Caracterización de los documentos seleccionados para el estudio

	Documentos No investigativos		Investigaciones					
	N: 43	%	Cualitativas N: 7		Cuantitativa s N: 19		Mixta s N: 6	
				%		%		%
Idioma				21.9		59.4		18.7
Inglés	12	27.9	1	14.3	6	31.6	3	50
Español	31	72.1	6	85.7	13	68.4	3	50
Publicaciones por año								
1990-1995	10	23.2	0	0	4	21	0	0
1996-2000	18	41.8	1	14.3	1	5.4	1	16.6
2001-2005	7	16.3	1	14.3	10	52.6	3	50
2006-2010	8	18.9	5	71.4	4	21	2	33.4
Artículos realizado en								
Hombres	6	14.	1	14.3	2	10.5	1	16.6
Hombres y Mujeres	37	86	6	85.7	17	89.5	5	83.3
Revista								
Nacional	17	39.5	3	42.8	7	36.8	2	33.4
Internacional	26	60.5	4	57.2	12	63.2	4	66.6
Área de Estudio								
Área Urbana	3	7	7	100	8	42.1	4	66.6
Área Rural	1	2.3	0	0	1	5.3	0	0
Sin definir	39	90.7	0	0	10	52.6	2	33.4
Edad en años								
< de 10 años	0	0	0	0	0	0	0	0

11 a 18 años	2	4.7	3	42.8	8	42.1	4	66.6
19- 35 años	0	0	2	28.6	2	10.5	1	16.6
36-59 años	0	0	0	0	0	0	0	0
> de 60 años	0	0	0	0	1	5.3	0	0
Sin definir	41	95.3	2	28.6	8	42.1	1	16.6

Características de la población

Estudiantes de colegio	0	0	1	14.3	5	26.3	2	33.4
Estudiante universitario	0	0	1	14.3	5	26.3	0	0
No escolarizados	0	0	0	0	0	0	0	0
Habitantes de la calle	0	0	1	14.3	0	0	0	0
Desplazados	2	4.7	0	0	1	5.3	0	0
Indígenas	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermos crónicos	0	0	0	0	1	5.3	0	0
Profesores	0	0	0	0	0	0	0	0
Padres de familia	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin definir	41	95.3	4	57.1	7	36.8	4	66.6

Estrato socio-económico

Bajo (1-2)	2	4.7	3	42.9	2	10.5	1	16.6
Media (3 -4)	0	0	0	0	0	0	1	16.6
Alta > 5	0	0	0	0	1	5.3	0	0
Sin definir	41	95.3	4	57.1	16	84.2	4	66.6

Indexación

A			1	14.3	7	36.8	5	83.3
B			2	28.6	0	0	0	0
C			1	14.3	3	15.8	0	0
Indexados sin clasificar			3	42.8	9	47.4	1	16.6

Tabla 2. Características generales de los artículos publicados sobre SSR de los Hombres en Colombia (1990-2010).

Autor Fuente Año.	Objetivos	Diseño metodológico	Características de la población estudiada	Principal resultado
Burbano E, et al International. Fundación CIMDER. 2000	Comprender la sexualidad masculina, desde una perspectiva de: derechos sexuales, roles y valores masculinos, equidad de género, comportamiento afectivo y sexualidad.	Estudio exploratorio cualitativo.	Hombres y mujeres jóvenes, de estrato socioeconómico medio y medio bajo.	El discurso machista, aún es una práctica cotidiana. Es necesario conocer cómo los hombres expresan sus sentimientos.
Ross, T. Journal of Drug Policy 13 2002	Estudiar la asociación entre consumo de drogas y comportamientos violentos y de riesgos a ITS/ VIH.	Estudio cualitativo etnográfico	7 mujeres y 16 hombres en situación de calle.	La violencia, el mercado sexual, y el intercambio de jeringas hacen parte de la cotidianidad de consumo. Se da exclusión social por condiciones de marginación.
Urrea-Giraldo F et al. Cad Saude 2006.	Evaluar prácticas sexuales, y la incidencia de jóvenes en los programas de salud sexual y reproductiva.	Estudio cualitativo fenomenológico.	Jóvenes estudiantes zona urbana Cali-Colombia.	Los comportamientos sexuales están mediados por el género, el estrato socioeconómico, clase social, el color de piel y el ciclo de vida.
Pacheco-S Cl et al. Salud Pública Mex. 2007	Describir y comprender los significados que tienen la sexualidad y la reproducción en los adolescentes.	Estudio cualitativo con perspectiva etnográfica y de historia de vida	Niños y niñas entre 10 y 14 años, escolarizados y no escolarizados, de tres zonas de la ciudad de Bogotá 2004.	Para los jóvenes las relaciones duraderas no son deseables (hay mujeres serias para la casa y otras para el goce).
Díaz M L.E. Tesis de grado Salud Colectiva 2006-2008. Universidad de Antioquia. 2008	Comprender el significado que los jóvenes asignan a la sexualidad y su proceso de socialización.	Estudio cualitativo etnográfico	Jóvenes de las carreras de salud y de ingeniería de una institución privada.	La planificación familiar para los jóvenes tiene poco impacto ya que los programas no tienen en cuenta las expectativas de los jóvenes.
Suarez R. et al. Antípoda 2008	Analizar la influencia de los contextos socioculturales en las prácticas preventivas y en la percepción de riesgo al VIH.	Estudio cualitativo etnográfico	30 mujeres y 9 hombres, con y sin VIH, con rangos de edad de 21 y 48 años residentes en una ciudad costera.	Los hombres por su naturaleza, tienen múltiples encuentros sexuales paralelos, lo que se asocia a la identidad de ser hombre de la costa.
Pinilla E. et al. Revista Facultad Nacional de Salud	Caracterizar las expectativas de los adolescentes varones con respecto a los	Estudio cualitativo etnográfico.	52 Jóvenes entre 13 y 18 años de estratos 2 al 6, de instituciones	Los adolescentes no asisten a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, por múltiples

Autor Fuente Año.	Objetivos	Diseño metodológico	Características de la población estudiada	Principal resultado
Publica 2009	servicios de salud sexual y reproductiva		públicas y privadas.	razones. Expresan sentirse mejor si la atención es dada por hombres menores de 40 años. Prefieren que los sitios de atención sean cómodos, y discretos.
Vernon R, et al. Stud Fam Plann. 1990	Explorar el impacto de actividades de prevención y capacitación del SIDA en Profamilia	Estudio cuantitativo de casos y controles	Hombres y mujeres que laboran en Profamilia	Las campañas en medios de comunicación, resultaron ser altamente eficaces en la difusión de información sobre el SIDA.
Alzate H. Med Teach. 1990	Evaluar la eficacia del curso de sexología para estudiantes de la Universidad Médica de Caldas.	Investigación cuasi-experimental de diseño con un grupo control.	Estudiantes de Medicina de quinto semestre de una Universidad en Manizales	Se aumentó el conocimiento y se modificaron positivamente los comportamientos sexuales de los estudiantes del grupo bajo intervención.
Zuloaga L, et al. Bol Oficina Sanit Panam. 1995	Implantar un programa dirigido a prevenir los problemas de salud sexual	Estudio cuantitativo con análisis descriptivo	836 estudiantes de último año, matriculados en 53 programas en una universidad pública Medellín, Colombia.	El riesgo de contraer ETS fue 4,2 veces mayor en quienes tuvieron relaciones sexuales con personas desconocidas, 3,4 veces mayor en los que habían tenido cuatro o más compañeros sexuales y 2,5 veces mayor en los que tuvieron relaciones homosexuales, que en los estudiantes que no practicaron esos comportamientos.
Becher JC et al. J Adolesc Health. 1999	Establecer las conductas y comportamientos de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en estudiantes escolares y adolescentes colombianos.	Estudio Cuantitativo descriptivo	Un total de 230 alumnos de 9 ^o y 11 ^o con edades entre 13 y 18 años, en una escuela colombiana privada.	El 29% del grupo tuvo relaciones sexuales El 48% de los encuestados utilizó métodos anticonceptivos durante su último encuentro.
Míguez-B et al. Int J STD AIDS. 2001	Identificar las conductas sexuales relacionadas con riesgo de infección por el VIH.	Estudio cuantitativo descriptivo por Muestro aleatorio por conglomerados	Universitarios y trabajadores desde los 13 años hasta los 71 años, solteros o casados.	La mayoría de los participantes informó 129/442 mantener relaciones sexuales con mujeres y 51/111 reportaron haber tenido sexo con otros hombres. La mayoría de los encuestados (90%) participan en las prácticas

Autor Fuente Año.	Objetivos	Diseño metodológico	Características de la población estudiada	Principal resultado
				sexuales de alto riesgo y sólo 2% conocía su estado serológico del VIH.
Castillo S. M et al. MEd UNAB. 2003	Determinar la prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes	Estudio descriptivo de corte trasversal	Participaron 646 estudiantes con edad promedio de 13.7 años, de los estratos 3 y 4, estudiantes de un colegio. Bucaramanga, Santander.	Los hombres tienen más relaciones sexuales que las mujeres. No hubo relación entre tener relaciones sexuales y el estrato y el nivel educativo.
Brook DW, et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002	Identificar la relación entre el consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo y el embarazo precoz en adolescentes colombianos.	Estudio cuantitativo de corte longitudinal	2226 jóvenes entre 12 y 17 años escolarizados, Bogotá, Medellín y Barranquilla.	Los adolescentes que consumen drogas tuvieron más parejas sexuales, y mayor frecuencia de relaciones sin protección, y de embarazo.
Ospina P, Vega, et al. Profamilia 2003	Determinar el nivel de conocimiento de jóvenes sobre la salud sexual y reproductiva	Estudio cuantitativo descriptivo con muestreo probabilístico por conglomerados.	1000 hombres y mujeres jóvenes en condición de desplazamiento, con edades entre 15 y 19 años en condición de desplazamiento.	Los jóvenes identifican como los principales medios de contagio: las relaciones sexuales con personas infectadas, 62%; las relaciones sexuales sin protección, 35%; y las transfusiones de sangre, 34%. El 59% de los jóvenes considera que usar condón los protege del riesgo de adquirir el virus; el 28% menciona abstenerse de tener relaciones sexuales con personas infectadas y el 20% hace referencia a tener una pareja sexual fiel.
Vera, LMLJ.A Colomb. Méd. 2004	Determinar la asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos respecto a la transmisión del VIH/SIDA.	Estudio cuantitativo analítico de corte trasversal	Estudiantes de las áreas de la salud, ciencias básicas, ingenierías y humanidades de una universidad pública.	El 19% no consideró que tener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol hubiese sido una práctica riesgosa para adquirir el VIH; 79.8% había tenido relaciones sexuales, sólo 26.4% de ellos dijo usar siempre condón. Los estudiantes de humanidades tuvieron un riesgo significativamente mayor de la transmisión del VIH.
Pallitto C, y	Explicar la asociación	Estudio	Hombres y mujeres	El 55% habían tenido por

Autor Fuente Año.	Objetivos	Diseño metodológico	Características de la población estudiada	Principal resultado
O'Campo P. Int Fam Plan Perspect. 2004	entre la violencia infligida por la pareja y el embarazo no deseado en Colombia.	cuantitativo de corte transversal con análisis de regresión logística multi-variado.	de la Encuesta Demográfica 2000 y la Encuesta de Salud de Colombia.	lo menos un embarazo no planeado, y el 38% habían sido física o sexualmente abusadas por su pareja actual o más reciente. Si se elimina la violencia contra la mujer en la pareja en Colombia se calcula que podrían evitar unos 32.523 a 44.986 embarazos no planeados por año.
Pallitto C, y O'Campo P. Social Science & Medicine 2005	Explorar si la desigualdad de género en los municipios explica en parte los resultados de la Encuesta demográfica 2000 y la encuesta de salud en Colombia.	Estudio cuantitativo analítico.	Hombres y mujeres de la Encuesta Demográfica 2000 y la Encuesta de Salud de Colombia.	Vivir en un municipio con altos índices de control patriarcal masculino aumentó cuatro veces las probabilidades de tener un embarazo no deseado.
Ruiz A M; et al. Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc. 2005	Establecer un DX de las características de la salud sexual y reproductiva de una población estudiantil universitaria	Estudio Descriptivo.	Estudiantes de universidades privadas de diferentes áreas edades entre 15 y 38 años de diferentes estratos socioeconómicos.	Las fuentes de información para los estudiantes están concentradas en el colegio, libros especializados y padres. Estudiantes jóvenes del área de la salud muestran un deficiente conocimiento sobre salud sexual y presentan conductas riesgosas.
Vasquez, MLucía; et al. Colomb. Méd. 2005	Evaluar el impacto de una intervención educativa encaminada a dar poder a los(as) adolescentes en sus derechos y deberes sexuales y reproductivos.	Estudio cuantitativo cuasi experimental,	129 adolescentes escolarizados de ambos sexos, entre 13 y 18 años de edad, estudiantes de colegios públicos.	Después de la intervención, aumentó significativamente el porcentaje de adolescentes con actividad sexual genital, y el uso de prácticas anticonceptivas de doble protección.
Ceballos GA y Cawwmpo-Arias A. MedUNAB 2005	Conocer la prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes estudiantes de Santa Marta.	Estudio cuantitativo trasversal con análisis multi-variado estratificado por genero	Estudiantes de 13 a 17 años en colegios públicos y privados.	La prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual fue 38.6% sin diferencias a favor de los varones. En varones, el uso de condón en la primera relación se asoció con más años cumplidos al momento de la relación y estudiar en colegio privado. En mujeres ninguna variable se relacionó con el uso.

Autor Fuente Año.	Objetivos	Diseño metodológico	Características de la población estudiada	Principal resultado
Ceballos GA, y Campo-Arias A. MedUNAB 2005	Determinar la prevalencia y los factores asociados con haber tenido relaciones sexuales en adolescentes estudiantes.	se realizó un modelo de regresión logística	Estudiantes de colegio privado entre 13 y 17 años. n: 767	Haber tenido relaciones sexuales estuvo asociado con ser de sexo femenino tener menos años cumplidos no fumar y no consumir alcohol.
Vélez, J et al. Rev. Argent. Urol. 2006	Evaluar la integridad del deseo sexual y la prevalencia de DE en pacientes que padecen IRC y en terapia con hemodiálisis	Estudio cuantitativo multi-céntrico de corte transversal.	142 pacientes en tratamiento con hemodiálisis.	29 % pacientes habían buscado tratamiento para la disfunción eréctil y de ellos sólo 29 % recibió tratamiento farmacológico.
Castañeda P, et al. Knowledge, Investig. Andin 2009	Caracterizar los comportamientos sexuales e identificar algunos factores de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva	Estudio descriptivo retrospectivo de corte trasversal.	2812 pobladores entre 10-69 años de edad de área rural y urbana Yopal, Casanare, Colombia.	Se encontraron pocos conocimientos aptitudes y prácticas sexuales que incidieron en experiencias riesgosas de la sexualidad e incremento de factores de riesgo para ETS.
Pinzón-R, et al. Rev Salud Pública. 2009	Determinar la prevalencia de la enfermedad de transmisión sexual (ETS)	Estudio cuantitativo descriptivo transversal.	Historias Clínicas (255) de niños de 10 a 17 años que buscaron atención médica entre enero de 2002 y junio de 2004.	El 41,2% utilizan la planificación familiar, el 3,9% recurre a los preservativo en cada relación La prevalencia de la enfermedad de transmisión sexual fue de 30,9.
Campo A. Med unab. 2009.	Revisión de investigaciones sobre prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes colombianos	Revisión sistemática	Adolescentes	La prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes colombianos varía según la edad. El no uso de condón, es prevalente en esta población.
Klevens J, et al. Child Abuse & Neglect 2000	Identificar factores de riesgo para el abuso físico causado por autores masculinos, así como el papel de la pareja en estos casos en Bogotá, Colombia.	Estudio Cualit-cuantivo	45 Hombres denunciados a las autoridades por abuso físico infantil y sus parejas femeninas.	La figura de padrastro, el estrés, el abuso de sustancias la enfermedad mental, y la falta de apoyo social, repercuten en la percepción del abuso y maltrato. Las mujeres con mayor frecuencia presentaron personalidad de dependencia, historia de abuso físico infantil y sexual, además de abuso emocional y físico por su cónyuge.
Mosquera, J, et	Identificar los	Estudio	Escolares de 12 a	Los jóvenes continúan

Autor Fuente Año.	Objetivos	Diseño metodológico	Características de la población estudiada	Principal resultado
al. Colomb. Méd. 2003.	conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación	Cuali-cuantivo	18 años de instituciones escolares del área urbana Palmira, Valle	desinformados y asumen conductas de riesgo. El estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de la Planificación Familiar.
Pérez F, y Dabis F. AIDS Care 2003	Describir y evaluar un programa de educación entre pares basado en la escuela primaria en la prevención del VIH.	Estudio Cualitativo	Adolescentes de 10 a 19 años de edad, y profesores de enseñanza secundaria de sexto a noveno grados de barrios marginales urbanos	La comunicación interpersonal eficaz, la educación de pares, la enseñanza en el aula y las acciones de la comunidad son estrategias eficaces de prevención primaria para la transmisión sexual del VIH.
Fórez, CE. Rev Panam Salud Publica 2005	Entender las problemáticas del embarazo en las adolescentes y de sus factores determinantes.	Estudio cuali-cuantitativo	Adolescentes jóvenes	Las adolescentes del estrato bajo inician las relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos. El principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el contexto socioeconómico del hogar y el clima educativo.
Stewart DE, et al. Journal of public health policy 2009	Comprender el papel del género como determinante de los resultados de la salud.	Revisión sistemática sobre políticas de salud en 3 países.	N/A	Faltan políticas públicas y legales frente a la discriminación por identidad de género (LGBT) Colombia carece de legislación específica sobre el acoso sexual.
Ospina D, y Castaño R A. Invest. educ. enferm. 2009.	Caracterizar el conocimiento producido sobre derechos sexuales y reproductivos en Colombia durante 1994-2004.	Revisión sistemática.	N/A	Se encontraron sólo dos artículos que abordaron la salud de los hombres.

8.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO

El propósito de este apartado, es dar a conocer la manera como fue reflejada la realidad del desplazamiento por parte de esta población, en este contexto se incluyeron los relatos de hombres y mujeres, con quienes se pudo conversar durante el trabajo de campo; cabe resaltar que la dinámica que se describe a continuación no fue solamente a partir de los relatos de los participantes del estudio, sino de todas las notas del diario de campo, memos y reflexiones analizadas para comprender todo el proceso desde el momento de salida de sus lugares de origen hasta el momento de llegada y establecimiento en los albergues.

Quienes se desplazan de manera forzada de sus lugares de origen, se ven obligados a dejar sus familiares y bienes, se desplazan hacia las principales ciudades huyendo del miedo frente a amenazas de muerte y en busca de mejores condiciones de vida, al llegar a la ciudad se enfrentan a situaciones de extrema violencia pues desconocen la situación de violencia intra-urbana en las ciudades, al llegar a ella, se ubican en lugares de asentamientos que se encuentran principalmente en las laderas y periferias de la ciudad (Ver figura 2) y es allí donde los grupos armados ejercen de una u otra manera presión social, control territorial, pago de vacunas, y establecimiento de nuevos grupos o bandas delincuenciales, para favorecer su carrera delictiva al margen de la ley (139).

Sumado a las múltiples causas del desplazamiento de diferentes lugares de Antioquia y del país como las apropiaciones de tierras y bienes por parte de grupos alzados en armas, las amenazas de muerte, la obligación a salir de sus lugares de origen entre otras, también viven el enfrentamiento permanente de diferentes bandas en los barrios de la ciudad y establecen una constante dinámica de la violencia sobre la sociedad civil y se convierte en riesgo de muerte inminente, que los obliga a su vez a salir por primer a vez de sus lugares de vivienda, (desplazamiento intra-urbano)* y a otros a sufrir un segundo desplazamiento en sus vidas.

* El desplazamiento en Medellín forzado intra-urbano, es el traslado obligado dentro de las fronteras del municipio de Medellín, de personas, familias y/o comunidades por acciones de coacción o intimidación por parte de actores ilegales dentro de un contexto de violencia generalizada, conflicto armado o violaciones masivas y reiteradas del derecho internacional humanitario, según el art. 1 de la Ley 387 de 1997.

El desplazamiento intra-urbano es entendido como la movilidad propia de las grandes ciudades, donde por razones de violencia común y organizada, familias enteras se ven obligadas a pasar de un sector periférico de la ciudad a otro (140).

Quiénes se desplazan hacia el municipio de Medellín, enfrentan no sólo situaciones de precariedad, sino también el desconocimiento de las redes de ayuda para la población en condición de desplazamiento, además su escasez de recursos no les permite desplazarse en la ciudad de manera abierta para solicitar ejercer sus derechos a los diferentes entes gubernamentales encargados de la atención a esta población tales como la Oficina de derechos humanos o la unidad de Atención y Orientación a la población desplazada en la ciudad.

En la U.A.O están presentes las organizaciones encargadas de “prestar una atención integral, personalizada y con calidad humana, dirigida a facilitar el acceso a los servicios, garantizar los derechos de la población en situación de desplazamiento y contribuir a solucionar sus problemas”; sin embargo, la Alcaldía de Medellín en virtud de los derechos constitucionales de los ciudadanos afectados por el desplazamiento forzado, lleva la Atención Inmediata a otras instancias, más allá de los casos establecidos por la ley; tales es el caso de la atención Inmediata vía entrega kits que comprende 5 casos (141):

En primer lugar a Hogares recién afectados por el desplazamiento forzado, sea que arriben a Medellín provenientes de otros municipios, sea población desplazada intra-urbanamente que cuente o no con redes sociales en el Municipio, y que están en valoración por parte de Acción Social (Caso típico estipulado por la ley); hogares que salen de albergue por inclusión (Este caso se trata de Atención de Emergencia);hogares que salen de albergue por cumplimiento de los 23 días durante los cuales Acción Social, según la ley, ya los debió haber valorado; es decir, hogares en valoración o valorados como no incluidos; hogares que salen de albergue por contar con red social (menos de 23 días) y hogares con alto grado de vulnerabilidad. Inclusión (Atención de Emergencia). Atención Inmediata vía Albergue o atención Inmediata vía Alojamiento Transitorio.

En la figura 2, se pueden apreciar las diferentes instituciones al servicio de la población en condición de desplazamiento, tales como la Administración municipal, unidad territorial de Acción Social, Corporación Ayuda Humanitaria, Unidad de Atención a la Población desplazada (UAO), personería de Medellín,

unidad permanente de derechos humanos, Programa mundial de Alimentos (PMA), Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Derecho Rural (INCODER); las cuales se encuentran localizadas alrededor del centro de la ciudad, muy alejadas de los lugares de asentamiento donde el conflicto armado establece una nueva problemática para la oportunidad de la atención de la población, derivada de la limitación para desplazarse entre los diferentes barrios de la ciudad y permanecen en sus hogares en ocasiones sin ser registrados y notificados para poder acceder a las ayudas que brinda el estado.

En la figura 3, se pueden apreciar las diferentes zonas, comunas y barrios del área urbana del municipio de Medellín, discriminados por estrato, algunos de ellos con índices de violencia alto, debido al conflicto armado que opera en la ciudad. Los lugares que albergan a la población en condición de desplazamiento, administrados por la UAO, operan en la zona centro del barrio Prado del municipio.

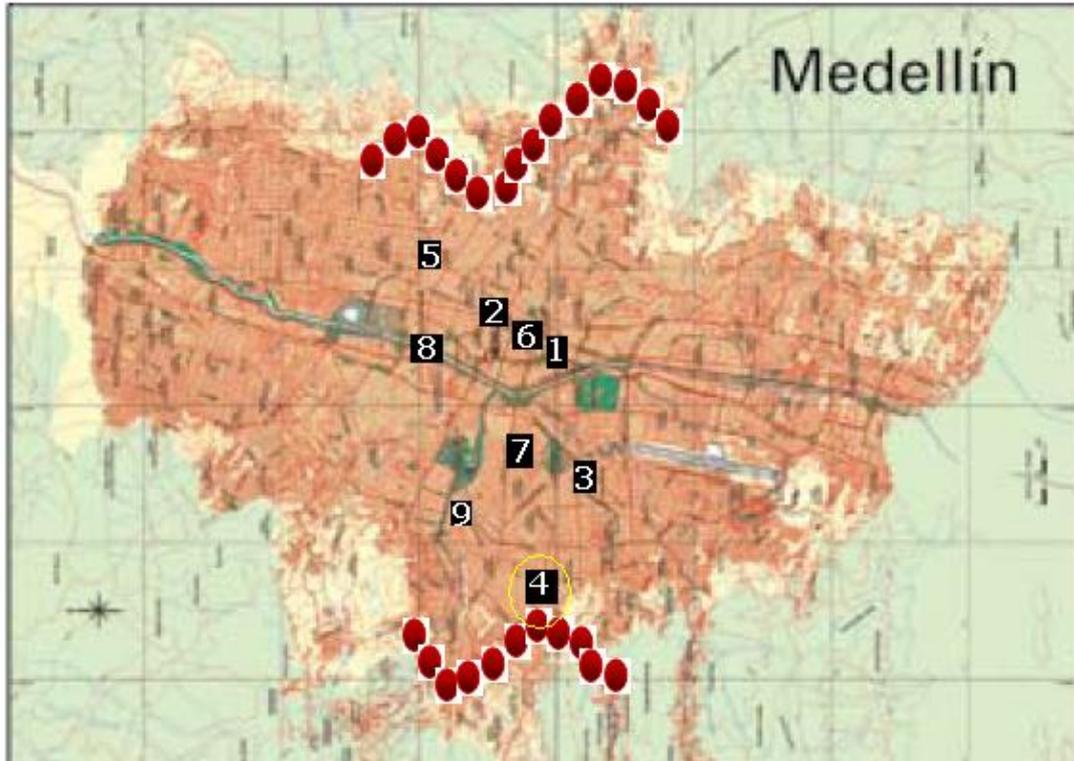
La zona 1 ó Nororiental, compuesta por 4 comunas: (1) Popular, (2) Santa Cruz, (3) Manrique y (4) Aranjuez. Poseen un total de 26 barrios, ubicados en los estratos socio-económicos bajo y medio-bajo; la zona 2 ó Noroccidental, dividida en 3 comunas: (5) Castilla, (6) Doce de Octubre y (7) Robledo. Tiene 73 barrios en los cuales predomina el estrato medio-bajo, y en menor medida, el estrato bajo; La zona 3 ó Centro-oriental, comprende 3 comunas: (8) Villa Hermosa, (9) Buenos Aires y (10) La Candelaria, que albergan 66 barrios. La mitad de sus pobladores se ubican en el estrato medio-bajo y una cuarta parte en el estrato bajo; la zona 4 ó Centro-occidental, contiene 3 comunas: (11) Laureles, (12) La América y (13) San Javier, comprende 55 barrios, allí predomina el estrato socioeconómico medio (40.2% de los pobladores según informe de Planeación Metropolitana) y en menor escala el estrato medio-alto (27%); la zona 5 ó Suroriental, compuesta por 1 comuna, la (14) de El Poblado, asiento de los sectores más ricos de la ciudad, de los estratos medio-alto y alto, distribuidos en 20 barrios. Además es la zona menos poblada de la ciudad; la zona 6 ó Suroccidental que comprende 2 comunas: (15) Guayabal y (16) Belén. Comprende 9 barrios ubicados predominantemente en los estratos medio-bajos y medio Y el área rural constituida por los corregimientos de Palmitas, San Cristóbal, AltaVista, San Antonio de Prado y Santa Elena. Comprenden un total de 5 veredas (142).

En estas zonas se puede apreciar cercanía de los albergues ubicados en la comuna 10 centro de la ciudad con diferentes comunas en donde se presenta un conflicto armado permanente, tales como la comunas 3, 4 y 8 en las que se han presentado diversas situaciones de violencia, esta situación se convierte

en un factor de riesgo para esta población, pues su situación de precaria economía los obliga a salir a las calles en busca de trabajo y es allí donde las relaciones sociales establecidas, con nuevas personas y derivadas del mal uso de del tiempo libre, pueden acompañarse de factores de riesgo desfavorable para los mismos, tales como consumo de sustancias psicoactivas, vinculación a bandas delincuenciales e incursiones a actividades ilícitas entre otras; de igual forma la cercanía con el centro de la ciudad no sólo favorece el rebusque económico para esta población para su supervivencia, sino también los expone a múltiples riesgos como la mendicidad, la explotación sexual entre otros.

Figura 2. Localización de zonas que atienden a la población en condición de desplazamiento.

Distribución espacial de algunas Zonas que atienden a la población en condición de desplazamiento

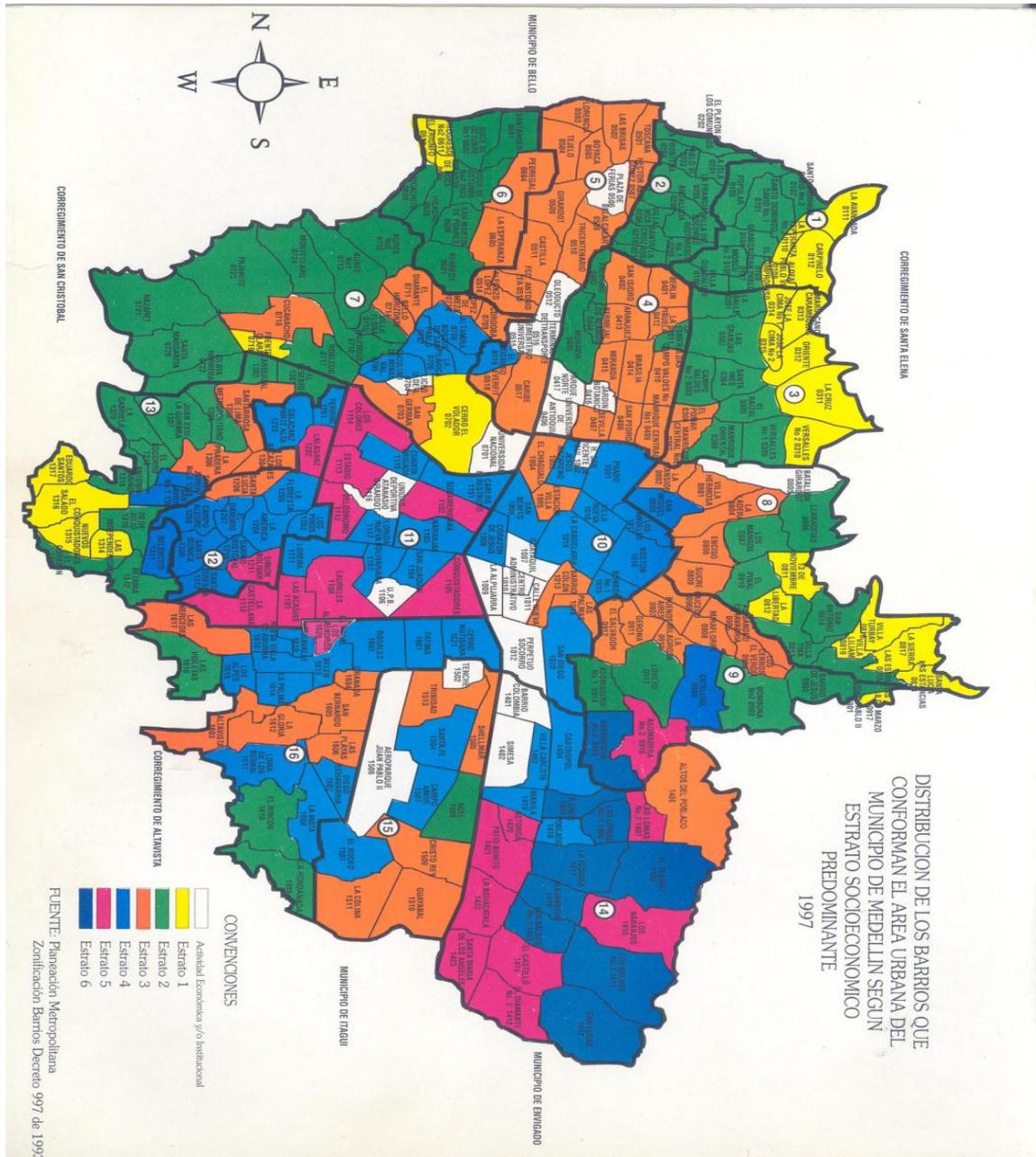


1. Administración Municipal.
2. Unidad territorial de Acción Social.
3. Corporación ayuda Humanitaria.
4. Unidad de Atención a la Población desplazada (UAD)
5. Personería de Medellín Unidad permanente de derechos Humanos
6. Programa Mundial de Alimentos (PMA)
7. Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR
8. Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.
9. Instituto Colombiano de Derecho Rural - INCODER

Nota. Las Zonas de concentración de la población desplazada se muestra con el ovalo marron.

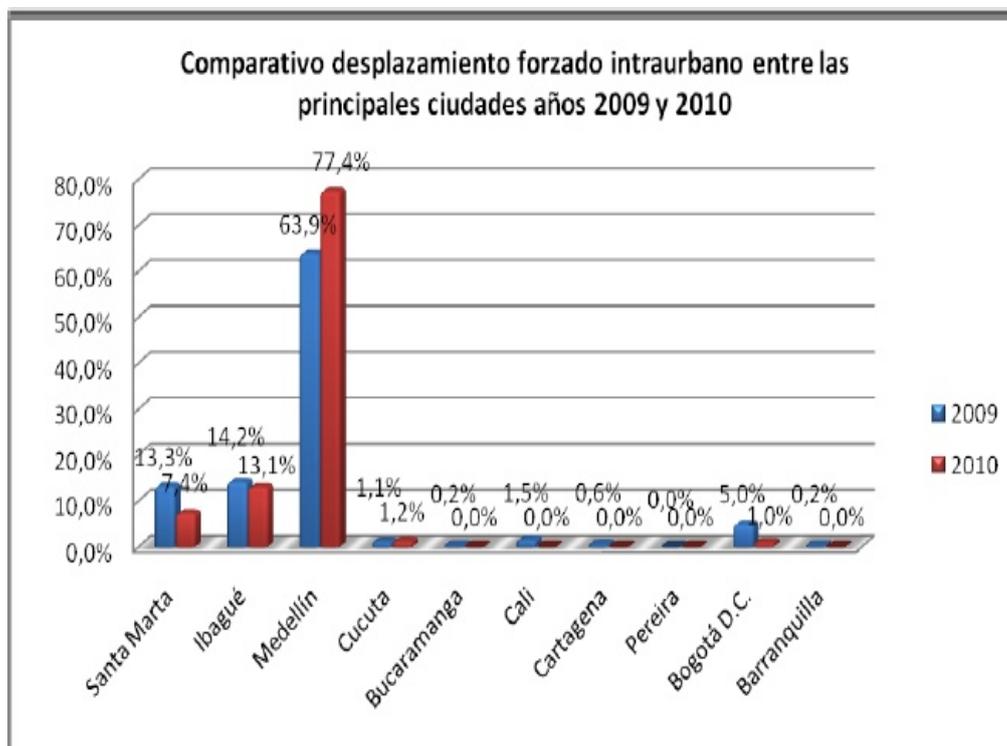
Fuente. Tomado y modificado de: Una mirada a la población desplazada en 8 ciudades de Colombia. Resumen ejecutivo. 2007

Figura 3. Distribución de los barrios que conforman el área urbana del municipio de Medellín, según estrato socioeconómico. 1997



Fuente: Galería de Imágenes. Escuela del Habitat - CEHAP - Facultad de Arquitectura. Universidad Nacional de Colombia. <http://agora.unalmed.edu.co/galeria/thumbnails.php?album=77&page=4>

Figura 4. Desplazamiento forzado Intra-Urbano



Fuente: Acción Social, SIPOD, acumulado a 31 de mayo de 2010.

8.2.1 Dinámica de la población. Las descripciones que se realizarán a continuación comprenden un sinnúmero de relatos que surgieron a raíz del taller de sensibilización, el trabajo de campo durante la estadía en los diferentes albergues administrados por la UAO, donde también se escuchó a varias mujeres y de algunos relatos derivados de las diferentes entrevistas realizadas a hombres, así como valoraciones de diferentes funcionarios a cargo de los albergues. Gracias a estos datos, se pretende recrear e interpretar la dinámica del desplazamiento para la población con esta condición especial.

De acuerdo con la información obtenida la población en condición de desplazamiento cambió obligatoriamente su forma de vida al pasar de vivir “tranquilos” en sus lugares de origen a otro donde no tienen oportunidades de vivir dignamente; de acuerdo con sus experiencias, su cotidianidad contemplaba tener vivienda, trabajo y comida, recreaban un futuro con sus familias, pero de manera abrupta dejaron sus vida para convertirse en errantes en busca de mejores condiciones de vida, asumiendo diferentes roles que

antes eran inimaginables, crean espacios de vivienda para el grupo familiar y establecen formas de abastecerse para el sostenimiento de sus vidas.

La tranquilidad de sus vidas fue algo que sobresalió en diversas conversaciones, "***Vivíamos tranquilos***". De acuerdo con la Real Academia, tranquilo es sinónimo de quietud, sosiego; ser tranquilo se define como: dicho de una persona que se toma las cosas con tiempo, sin nerviosismo ni agobios; de esta manera parecían vivir estas personas, la vida del campo entonces era tranquila, no tenían que vivir con "las revoluciones" de las grandes urbes, vivían de sus propias siembras, se alimentaban de sus propios animales, además eran solidarios con sus vecinos y parecían tener una buena convivencia, algo que al parecer cambió en la ciudad pues tuvieron que adaptarse a la convivencia con otras personas, en lugares hacinados en condiciones de precariedad y con servicios públicos limitados, pues eran muchas las personas para acceder a ellos en una sola vivienda.

"Vivíamos tranquilos, no nos hacía falta nada, sino teníamos una yuca, se la pedíamos a un vecino...de dos vaquitas sacábamos la leche y la mantequilla...." **Mujer desplazada**

Ya en la ciudad se encuentran en condiciones de precariedad, no pueden acceder a una vivienda de buena calidad, no poseen los suficientes recursos para ello y subsisten o viven en condiciones de pobreza.

"llegamos con un poquito de ropa, eso era como un inquilinato, me tocaba lavar la ropa por turnos..." **Mujer soltera cabeza de familia**

Estas personas tenían muy pocos recursos y al parecer se veían obligados a convivir en cuartos o piezas, donde compartían el espacio con otras personas. Para estas personas fue una situación compleja y difícil ya la expresaban como una situación de dureza frente al proceso del desplazamiento, pues algunos les parecía más difícil la adaptación a un nuevo estilo de vida que el mismo hecho de haberse desplazado. *"...Esto fue más difícil que cuando lo del conflicto, yo lloré tanto..."*

Varias personas, tanto hombres como mujeres relataron esta experiencia de la siguiente manera, **“Eso es muy duro”**. La situación de vivir con condición de desplazamiento, pasa por vivir en la calle, hogares de paso o casa hogares, algunos en piezas alquiladas por noche, donde existen limitaciones para el baño de los hijos, lavar la ropa, cocinar, entre otras; viven en condiciones de restricción en la toma de decisiones pues subsisten bajo condiciones y normas establecidas en el lugar de residencia, tenía una programación, para lavar, cocinar, bañarse y hasta comer, vivían inestables pues de acuerdo a sus relatos, su adaptación a nuevos estilos de vida se convirtió en lo más difícil de este proceso del desplazamiento.

La dureza en esta situaciones es símil de difícil, que de acuerdo al diccionario de la Real Academia significa algo fuerte, resistente, que soporta, que aguanta, es riguroso, exigente; esta dureza de la que habla los diferentes participantes en el estudio, son difíciles de soportar, no son fácil de romper ni de cambiar. Es un reto asumir esos obstáculos y sobrepasarlos, son tan difíciles, tan duros, que crea sensación de desesperanza e impotencia en ellos.

Se puede percibir diferentes tipos de dureza experimentada por ellos, tales como vivir con escasos recursos económicos, pues si antes vivían tranquilos con limitaciones económicas en sus lugares de origen, su situación cambia en el contexto de la ciudad, pues encuentran limitaciones para acceder a empleo como fuente de dinero; también reconocieron que vivir en situaciones de precariedad con un grupo numeroso de personas al interior de sus familias es muy duro, por lo que existe una relación entre la manera de hacer frente a la situación de desplazamiento de acuerdo con el grupo familiar, pues en su mayoría eran hombres o mujeres cabezas de familia.

La disponibilidad de la **vivienda**; es uno de los principales problemas que enfrentaron, el principal interés de las personas con esta condición de desplazamiento es buscar el sitio donde vivir, es decir un refugio, un techo y buscar la protección para su familia. Algunos tenían ahorros y enseres y encontraron la forma de responder frente a la necesidad de vivienda mediante el cambio ó **“cambalache”**.

Durante su experiencia a la llegada a la ciudad, algunos llegaron inicialmente a lugares denominadas invasiones en donde el valor de la tierra es otro, de acuerdo a las normas que establecen diferentes personas que habitan allí.

“...Bueno, entonces teníamos un televisor y lo cambiamos por un pedazo de zolar en esa zona...” **hombre desplazado casado**

Tener un televisor, es como tener un ahorro, es un bien que se puede convertir en dinero como medio de supervivencia. El cambalache se refiere al trueque de objetos de poco valor, a veces con intención de engañar; el ofrecimiento de un pedazo de zolar, el cual se define por la real academia como un pedazo de tierra edificado o que se destina para ser construido, fue un bien propuesto a cambio,

“con papeles y todo se hizo una ramada y se fue construyendo la casa” expresión de una mujer de 42 años.

Además en una realidad percibida, parece poco creíble que a cambio de un televisor le adjudicaran un terreno, pareciera un caso de engaño por parte de los actores armados quienes tenían dominio territorial, es una “*tumbada*”, así se refirieron algunos participantes frente a la consecución de lotes en los lugares de invasión, que quizás ante la oportunidad de obtener donde rehacer sus vidas, entregan y utilizan los mínimos recursos para la satisfacción futura de sus necesidades, en este caso la necesidad de vivienda.

La manera como respondieron algunos de los hombres fue hacer uso del conocimiento que tenían sobre construcción u oficios de albañilería, este fue aplicado para la construcción de sus viviendas en los lugares de invasión, les permitió iniciar la construcción de una “*Ramada*”, la cual parece ser algo pasajero; la ramada viene del término árabe *fundus*, que luego pasó a ser fonda. En Colombia es como un albergue, una estancia donde los arrieros (muleros), hacían sus estaciones en sus largos viajes con las muladas, se asemejan mucho a los ranchos, que son hechos de ramas y palos. Las ramadas o albergues construidos, son casas de bahareque, el cual es un sistema y una técnica de construcción de vivienda, hecho fundamentalmente con palos entretreídos de caña y barro, es un tipo de construcción de vivienda primitiva cuya característica principal es ser una vivienda fría.

El entorno sobre el que reside la población en condición de desplazamiento parece contener elementos que ponen en riesgo su integridad física y de salud y la relacionaron con el acceso a los servicios públicos; en algunos de los relatos expresaron falta de agua potable, ya que al ser lugares de invasión no contaban con los servicios públicos que ofrece el gobierno en un marco legal; se referían al agua como de nacimiento, probablemente contaminada y que traía consigo diversas enfermedades.

*“.. ¿Ese ambiente se prestaba para que enfermaran sus hijos?... claro mire que el agua bajaba amarilla, casi café, yo la ponía a que se asentara y ponerla a hervir para poderlos bañar y aún así se enfermaban, no y ese frío de esas paredes... la menor siempre se mantenía con asfixia...” **Mujer soltera con 4 hijos***

Las formas de respuesta de la población a sus principales necesidades no dan espera, su nuevo rol es adaptarse a la manera de subsistir. **La subsistencia** es una respuesta a la adversidad, es sinónimo de mantenerse o conservarse, es una acción de vivir, es la continuidad de su estado anterior en la medida de las condiciones actuales. Cuando llegan a la ciudad, unas redes constituidas se pierden y otras persisten, tal es el caso del vínculo familiar. Persistir según el diccionario de la real academia, se refiere a la insistencia, firmeza, empeño en conseguir algo, por ejemplo, recibir ayuda de la familia que quedó en el campo, es decir hay envío de dinero y de alimentos del campo a la ciudad, mostrando claramente una “inversión social”; es comúnmente aceptado que en las ciudades, donde hay mayores oportunidades para conseguir empleo, donde hay mayores ingresos y flujo de dinero, sea desde allí que se envíe dinero a las familias de los campos y no al contrario.

El campesino siembra y recoge sus productos para el mantenimiento de las ciudades, en ocasiones a muy bajos precios con o sin ayuda del gobierno para su trabajo agricultor; sin ellos las ciudades no serían lo mismo, por consiguiente se resalta la impotencia en esta situación ya que las familias desplazadas parecen convertirse en una carga para las familias pobres de los campos.

*“.....!ahj, no, es que mi mamá me mandaba del pueblo, comida, frutas,,revuelto, arroz y me mandaba platica.....” **Hombre de 35 años***

Afrontar dicha situación para ellos fue “*asumir la situación con fortaleza y resistencia*”, resistir de acuerdo con los relatos de la población es una forma de aguantar las dificultades que se presentan en el duro trance de tener algo, antes del desplazamiento, a no tener nada después del mismo, poniendo en riesgo su seguridad de subsistencia en el marco del desarrollo humano.

Estas dificultades derivadas de la precariedad de la situación, pareciera conforman una nueva forma de hacer frente a sus necesidades y una de ellas fue la apropiación de bienes y suelos. De acuerdo con expresiones de los participantes se percibían actitudes que hacían pensar que en la adversidad prima el deseo primario de supervivencia y confort sobre los valores y los

principios fundados como referente cultural, tales como el respeto, la tolerancia la honestidad entre otros; de tal forma que tomar posesión de bienes ajenos por parte de una familia en condición de desplazamiento fue algo que no harían sin necesidad, y que así como se pierden ciertos referentes culturales, donde es la vida, la vivienda, la comida y el bienestar del grupo familiar lo que importa en esos momentos, muchas otras situaciones como el tiempo libre, el trabajo informal, la salud sexual entre otras, se invisibilizan y dejan en esta dinámica social vacíos que se convierten en situaciones de violencia, robo, comercio sexual etc., que además se pueden convertir posteriormente en generadoras de activos para satisfacer las necesidades prioritarias anteriormente mencionadas.

Todas las situaciones anteriormente mencionadas, se encuentran en un marco de **seguridad y control social**. “...*Todo ese terreno era pura invasión, mi casa si estaba legal...*” La invasión en el diccionario de la real academia española cumple la acción de invadir, irrumpir, entrar a la fuerza, ocupar anormal o irregularmente un lugar, en otras definiciones se atribuye a una acción militar, donde se pretende apropiarse de territorios ajenos, además se usa como estrategia para cambiar la dinámica del gobierno.

Según la aseveración anterior tomada de los datos suministrados por una mujer en condición de desplazamiento, se había adquirido un terreno legalmente en un territorio de invasión; legal significa una cualidad de ser conforme a un mandato legal, regido por una ley, un ordenamiento del estado; legalmente, “... *claro que como ya se veía todo ese conflicto, eso llegaron con un notario y firmaron como propietarios de esos terrenos.*” Por consiguiente contemplar lo legal dentro de un territorio que no es reconocido por el estado, los puede dejar vulnerables, ante la percepción de estar y construir en algo que no es propio empujados por el engaño de los grupos armados.

La manera en que actúan los grupos ilegales, de acuerdo a las experiencias de la población desplazada participante de esta investigación, es pretender la tranquilidad de las personas con el fin de mantener un control social, [al parecer compran voluntades de las familias] vendiendo o adjudicando propiedades, de esta manera enmiendan la percepción de vivir tranquilos de la cual se habló anteriormente, deshaciendo el pensamiento y el recuerdo de que en algún momento de sus vidas, fueron ellos los que causaron el despojo y nefasto suceso del desplazamiento.

“...si nosotros vivíamos tranquilos allá, siempre había de esos grupos....armados, pero no se metían pa´ nada, antes nos ayudaban, ayudaban a las familias, ayudaban a mantener el barrio limpio...” **Hombre con familia**

La población en condición de desplazamiento en la ciudad de Medellín es reconocida por el estado, establece normatividades para la restitución de sus derechos violados, hacen parte del control social por parte del estado, para brindar el derecho de adjudicación de tierras o de reubicar a las familias. Pero de acuerdo a la respuesta insatisfecha por parte del estado hacia esta población en condición de desplazamiento, por consiguiente se ven obligadas a estar en lugares llamados de invasión, donde no hay suficiente divulgación de información, ni oportunidad de atenuación al desconocimiento de las redes de ayuda que operan en la ciudad, cuyo fin es la atención y ayuda a las poblaciones en condición de desplazamiento.

Ya en la ciudad, en las periferias o cascos urbanos donde predominan los lugares de invasión y en las diferentes comunas con altos índices de violencia, los participantes de este estudio aseguran que son regidos por grupos al margen de la ley, donde operan, “se dejan ver”, es decir se muestran, se categorizan como figura de poder, promueven la invasión, adjudica propiedades, para tener control del territorio y realizar limpiezas; entre otras, son formas de generar un control social sobre las sociedades civiles.

Estas personas quedan entonces al margen del estado, donde esperan una notificación como desplazado para recibir el subsidio del gobierno, pero también al margen de los grupos ilegales quienes brindan protección, dinero, comida entre otras; de esta manera la población queda aún más vulnerable, pues, actúan a favor de unos o a favor de otros.

Otra forma de control social que se percibe, favorecida por parte de los grupos armados, a partir de los relatos, es que dejarse ver armados ante una comunidad, son manifestaciones de poder, de donde a partir de ellas se conviertan en modelos para los niños.

“...Bueno, entonces uno veía pues tantos niños en la calle, todos asimilando lo que veían de los grandes, jugaban con pistolas, metralletas, se encapuchaban,...eso era lo que vivían y a eso jugaban...” **Mujer con pareja e hijos.**

Por otro lado se puede pensar que el tiempo libre permitía que los niños en las calles asumieran conductas reflejadas por los adultos, en este caso la violencia. Se encapuchaban, ocultaban su rostro, aprenden la clandestinidad y el anonimato; pudiera pensar que este tipo de control social, pretende vincular bajo esas representaciones de poder sobre niños y jóvenes las ideas armamentistas y de conflicto con las que se van sintiendo identificados y podría llegara a ser, una percepción futura del desarrollo de sus vidas.

Por otro lado, la figura de poder de los grupos, la representación de estar uniformados, genera mayores adeptos a su causa; para las mujeres *“ellos son como imanes”*, **Madre soltera desplazada**, ellas se sienten quizás protegidas y reconocidas ante las demás niñas y mujeres, salen con ellos y se exponen fácilmente a embarazos no deseados e ITS, algunas podrían ser obligadas por los grupos y ser objeto de violación, otras obligadas por sus padres o por la moda influenciada de vivir en ambientes de riesgo con sus demás amigas; datos que salen de relatos de madres y padres con hijos dentro del conflicto armado; datos que nos llevan a pensar que es necesario nuevas investigaciones, sobre qué es lo que fuerza a las menores al establecimiento de esas relaciones o a los jóvenes a unirse fácilmente a la causa de los diferentes grupos al margen de la ley.

“...allá la niñas buscan es a los que están en los grupos, si están uniformados, mucho mejor, salen con ellos”. **Hombre de 25 años soltero**

Pareciera que hay una fijación con los hombres al interior de estos grupos, y no con los hombres de su propia comunidad, pues los relatos de participantes del estudio es que,

“... no se metían con las mujeres del pueblo por que uno no sabía con cuál de los duros estaba” **Hombre desplazado del albergue.**

El hecho de salir con hombres de los diferentes grupos, asumían un permiso por parte de los padres, lo que relatan varios participantes es que se escapaban y en otras situaciones parece que favorecido por el poder de los grupos, los padres permitían las relaciones de sus hijas para conseguir seguridad y beneficios o evitar retaliaciones por ellos.

Por otro lado, las **amenazas** hacen parte de un nuevo ordenamiento social de los grupos armados, pero en este caso se dirige es hacia las condiciones de seguridad de la población desplazada, estas se dan antes del desplazamiento en las regiones rurales, pero también se manifiestan en la ciudad, de donde

surgen segundos desplazamientos favorecidos por conflictos derivados de diferentes grupos armados al margen de la ley, donde ya habíamos mencionado que posicionan a la comunidad, en un círculo de guerra, donde hay grupos armados de varios bandos enfrentándose entre ellos y la fuerza pública, lo que deja a estas poblaciones aún más vulnerables, ya que son usados como escudos humanos. Estas condiciones de inseguridad, se presentan de acuerdo a adhesiones de las personas a los diferentes grupos, estos son vigilados y cualquier manifestación de acoplamiento con uno de los grupos, es visto como traición, convirtiéndose, en objetivo de guerra.

“...por el hecho de cómo uno aceptaba todas las ayudas de uno de los grupos armados, los otros empezaron a tildarme de su organización y ya uno tenía que vivir bajo amenazas...” **Mujer líder de desplazados de 32 años**

Una de las formas de amenaza eran los volantes; donde hacían mención “*al sábado oscuro y domingo de lágrimas*” estas familias vivían la incertidumbre de ser asesinados, las presiones por parte de los grupos causaban terror, mantenían a la gente de los barrios en sus casas avizorando la muerte. Las amenazas daban sensación de angustia, las intimidaciones y la sensación de peligro frente a su familia, hacía que perdieran las esperanzas por un momento; expresaba sensación de desilusión, donde todos los trabajos por salir adelante y ayudar a los demás, se viene abajo con este tipo de intimidación.

“Yo por mi esposo y mis hijos, uno era el amenazado, entonces ahí se da cuenta uno que uno mete la cabeza por un lado para ayudar a los demás pero quién le ayuda a uno,...” **Mujer líder desplazada de 32 años.**

En la búsqueda de una convivencia tranquila, a pesar de estar en la mitad del conflicto para estas personas significó que bajo amenazas e intimidaciones no es garantía estar a favor de ningún grupo armado, especialmente cuando los enfrentamientos son cruzados y la población queda en el fuego de los 3 entes, grupos armado 1, grupo armado 2 y la fuerza pública.

La sensación de muerte para estas personas era inminente,

“.....uno quedaba en la mitad, como de tapa, a nosotros nos tocaba sacar cobijas, pañuelos, todo los que fuera blanco pa´ que nos respetaran la vida, no una cosa miedosa vivir en esa balacera...” **Hombre desplazado cabeza de familia.**

Cuando se habla de balacera se refiere es un despliegue masivo de balas en diferentes direcciones, “... es una cosa aterradora...”, esto se refiere a causar temor, terror, espanto y angustia, tenían que acostumbrarse a estos miedos de exponerse a las balas.

Respecto a los roles de género, se presentó una inversión del orden social, datos obtenidos de la observación participante, mencionaron el machismo como ejercicio de poder sobre sus parejas, “...el hombre es quien trabaja en el campo y la mujer a levantar a los niños...”, **Hombre desplazado** “levantar”, se refiere según el diccionario de la real academia. a construir, fabricar y edificar, parece una carga de crianza, de encargarse de educar a los hijos, y criar s los hijos adjudicando la responsabilidad a la mujer de encargarse del hogar y el hombre de mantenerlo.

De igual forma el ideal masculino de ser trabajador, parte de su identidad masculina, y de la hegemonía de su cultura patriarcal, esta función de ser proveedor da valor, como hombre, enaltece y es digna si se mira desde los referentes culturales sobre los cuales está influenciado, donde el hombre es el que tiene el poder, el que trabaja y es el proveedor del hogar; pero en el proceso del desplazamiento, este esquema se rompe y se evidencia una división sexual del trabajo, los roles cambian: el hombre que es de afuera pasa a la casa por el desempleo y la mujer que es de casa, pasa afuera a conseguir empleo, adquieren nuevos roles de supervivencia, establecen relaciones en la calle, trabajan haciendo aseo, llevan el sustento a la casa, relega al hombre y establece diferencias en las relaciones de poder.

Además se reitera que en las ciudades el acceso a empleos es mucho más difícil para los hombres, y exigen niveles educativos altos, algo que en las urbes es difícil de lograr; se ven obligados a laborar en trabajos no calificados y poco remunerados. Sus conocimientos son agropecuarios, el trabajo del campo es al cuidado de la tierra y de animales, algo que va encontrar difícilmente en las ciudades.

El tiempo libre, a causa del desempleo, las relaciones establecidas en el contexto de vivienda, y los riesgos de vivir en el marco de la violencia intra-urbana, probablemente permitan que jóvenes y adultos varones, conozcan diferentes estilos de vida, que entre otros pueden estar asociados al alcoholismo y la drogadicción.

“...él se ha querido ir disque a andar con otro muchachos del barrio y un día me dijo que había consumido perico, y me puse pues hablar con él y le dije, que eso era vicio, que si lo quería

probar, ahhh, yo se lo conseguía y probábamos juntos, para que no estuviera con esos muchachos...” (Padre de 51 años).

8.2.2 La Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO) y los albergues. El trabajo de campo con esta población fue complejo, las personas eran temerosas de brindar información, algunas esquivas por la constante amenaza de muerte por parte de actores armados al margen de la ley, ya que de acuerdo a advertencias de los coordinadores, habían familias amenazadas y se encontraban vigiladas y custodiadas por la policía al salir de sus respectivos albergues; otros difíciles de captar por los espacios donde residen, ya que permanecen la mayor parte del tiempo en la calle en “el rebusque” y solo regresan en grupos a las horas establecidas para la alimentación, es decir a las 12:00 y a las 6:00 pm. Además, estaba prohibido por las instituciones tomar grabaciones, lo que significó mayores horas de observación y tiempo para la realización de entrevistas, previa autorización de los directivos de las instituciones.

En los diferentes lugares sobre los cuales se sustentó el trabajo de investigación, se pudo hacer reconocimiento de las dificultades del sistema, para dar cubrimiento a las necesidades de la población en condición de desplazamiento; un primer aspecto relacionado con el lugar Atención y Orientación a la población en condición de desplazamiento (UAO), fue su ubicación en el espacio geográfico de la ciudad, este se encuentra ubicado en la comuna 13 de Medellín, una de las principales comunas que requiere presencia permanente de la fuerza pública para evita la violación de los derechos humanos en la población civil, dicha zona, además se encuentra en la periferia de la ciudad, con alta presencia de invasiones y lugares de asentamiento, tal como se evidencia en la figura 2.

La llegada a este lugar, desde el centro de la ciudad es compleja y a pesar de tener unas vías con buena transitabilidad, no deja de ser una limitante para todas aquellas personas que después de realizar una declaración en la personería de Medellín unidad permanente de derechos humanos, deben desplazarse hasta este lugar para ser registrados en el sistema único de identificación de beneficiarios y adjudicación de la carta que certifica su condición de desplazamiento y que de acuerdo con la figura 2, en la ubicación geográfica en la ciudad, las dos oficinas están en localidades muy distantes de este a oeste, donde algunas personas manifestaron haber realizado este desplazamiento en largas caminatas.

Se pudo observar en el trabajo de campo que los hombres jóvenes se ven poco en esta dinámica, la mayoría de las personas que asistían a la UAO eran mujeres, niños y ancianos, pareciera que el hecho de reclamar las ayudas del gobierno, fuera más fácil para este grupo poblacional; pocos fueron los hombres que se vieron en la búsqueda de ayuda y no cabe duda que unos se quedan en casa por la inversión social de sus roles y otros definitivamente ya no existen pues han fallecido debido al conflicto armado, como expone CODHES (143), argumentando que la razón más frecuente para desplazarse en los hombres, son las amenazas mientras que en las mujeres, el asesinato es la causa primordial de huida. Esto permite identificar que una de las fuentes que alimenta la jefatura femenina del hogar es la viudez.

Respecto a la política de atención de servicios, las instituciones no discriminan las condiciones de vida de la población en condición de desplazamiento; condiciones envueltas por la pobreza, sin acceso a alimentación adecuada, ni recursos para costear un pasaje, expuestos a largas caminatas y sobreesfuerzo físico, que en el momento de asistir a las instituciones se enfrentan además a largos periodos de espera, en compañía de personas altamente vulnerables como son los niños y los ancianos.

La dinámica que se evidencia en la UAO y los albergues, es brindar ayuda humanitaria que comprende, albergue, ayudas de emergencia como arriendo y alimentación y otras ayudas como adjudicaciones de puestos escolares, libreta militar, y la reubicación definitiva; sólo hasta que sean notificados como desplazados, de lo contrario, no son reconocidos como población desplazada.

“...aquí le ayudan a la gente desplazada, a carnetizarse, a recibir un subsidio por cada hijo menor en las familias, subsidio de vivienda, subsidio de la tercera edad...” (Mujer adulto mayor)

Son las mujeres quienes se encargan de reclamar las ayudas del gobierno, salen de sus casas en busca de hacer valer sus derechos y solicitan el apoyo económico que brinda el gobierno; mujeres no solo tienen a su cargo hijos menores, también los adultos mayores que viven con ellos, además esta población parece más representativa en el lugar de la UAO, pues uno de los principales subsidios que brinda el gobierno es el de tercera edad, su entrega sólo es personal, lo que los obliga a asistir a dichos lugares para recibir \$30.000 pesos, que según los relatos de la población, además esperan largas jornadas para recibirlos como consecuencia de esta dinámica y que para alguno es una situación que relatan como humillante y consideran incluso un maltrato psicológico. *“...Yo, llevo casi 2 meses haciendo lo mismo en este sitio,*

nos bandeamos con el subsidio de tercera de la mama de león, vengo y reclamo un ficho y espero que me den información acerca de la ayudan para sacar la libreta militar de mi hijo, casi todas la vueltas me toca hacerlas a mi...".
(Mujer casada)

Con relación a su **situación de salud**, en los diferentes albergues se observó que la mayoría de sus ocupantes padecían de enfermedades de tipo dermatológicas, respiratorias, gastrointestinales e infecto-contagiosas como la varicela; que debido a las condiciones de hacinamiento eran poco aplicables las medidas de aislamiento recomendadas por los médicos. Las enfermedades crónicas como la hipertensión, Diabetes, Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica, parecían no tener un control, pues no llevaban un registro único de la población, además muchas personas no tenían ningún tipo de seguridad social lo que limitaba aún más un proceso de control de promoción y prevención de enfermedades. Respecto a la Salud sexual y reproductiva con bases de datos de pro familia, suministrada por coordinadores de los albergues, se pudo encontrar que desde el 2001 viene atendiendo a la población desplazada y que a partir del año 2005 hasta el año 2009 en la ciudad de Medellín se atendieron 86 hombres que requirieron de los servicios de la Entidad, tales como Planificación Familiar, atención por médico general, atención de Infecciones de transmisión sexual, realización de vasectomía, realización de ecografías y valoración por especialidad de urología. También respecto a su salud mental, muchos de los varones relatan sentir ansiedad, estrés y depresión.

Por otro lado, de los datos obtenidos en el registro de la población en condición de desplazamiento tomado de los albergues, reportó que más de la mitad de las personas en condición de desplazamiento, son menores de edad y sus madres alcanzan promedios de 3 a 5 hijos, es una problemática no sólo para las políticas públicas respecto a tasa de fecundidad de la población en situación de desplazamiento, sino para la población en dicha situación, pues el estado de precariedad en el que viven, favorece mayores riesgos para sus hijos; en otras palabras la planificación familiar es un tema álgido para desarrollar programas de intervención donde los profesionales de Enfermería pueden apoyar dicha situación.

Respecto a la atención en salud, se encontró que el nivel de atención asignado por el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) es 0, significa, que no poseen elementos de subsistencia y requieren todo el apoyo del estado, además no tienen que cancelar copago ni cuota moderadora, esta clasificación, no existe en la escala de niveles, los ubica en la categoría de los

más pobres, o que menos recursos tienen, como los indigentes, los de población especial, los de resguardos indígenas entre otros.

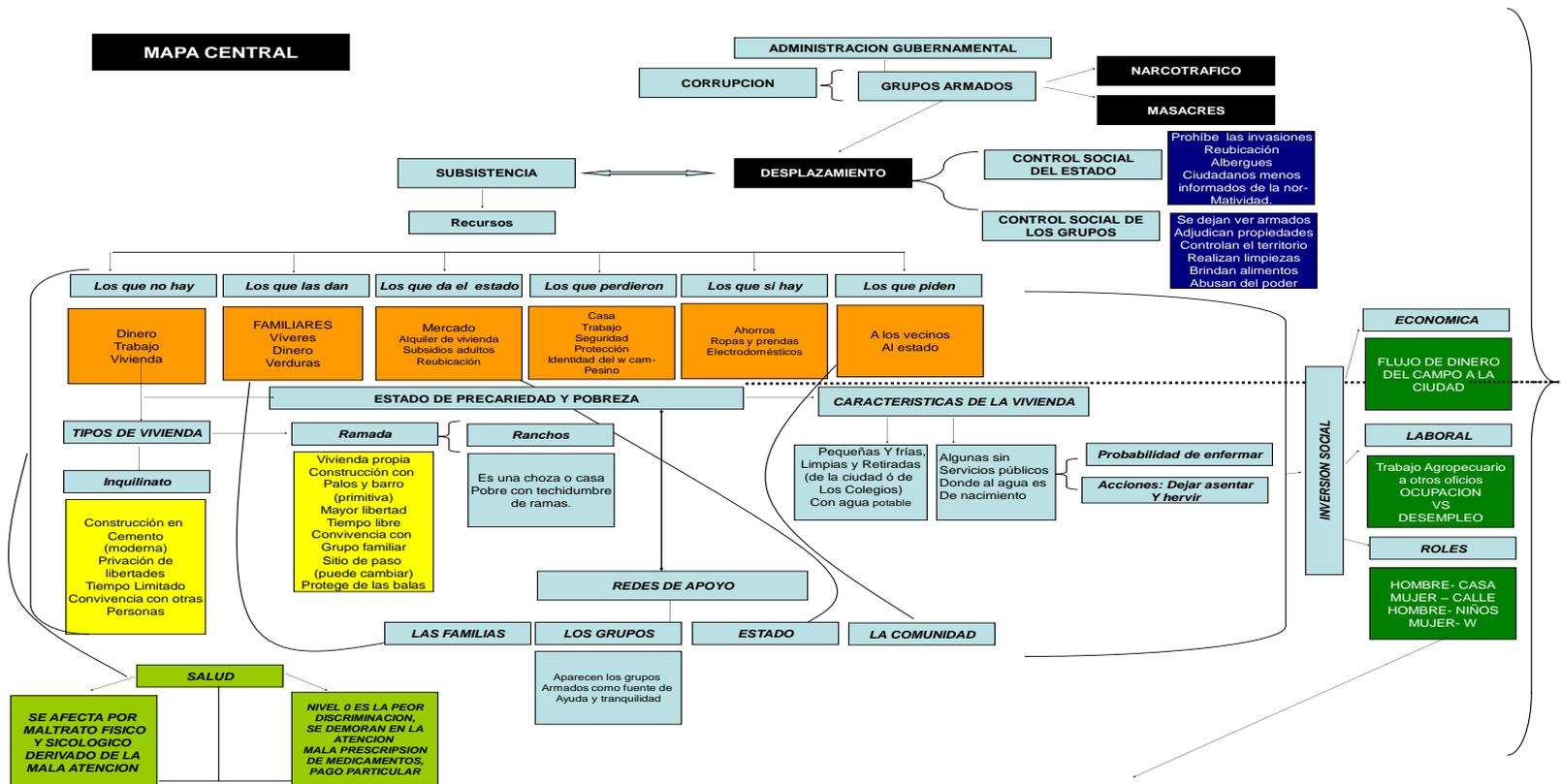
A pesar de estar carnetizados e inscritos en el SGSSS con carta de declaración de desplazado, no se sienten satisfechos con la atención, ya que la atención en las instituciones es inoportuna o algunas se reservan el criterio de no atención por no tener convenio con la dirección seccional de salud de Antioquia.

“... esa carta es como pedir limosna, le dicen a uno todo duro en una ventanilla, ¡ah, usted es desplazado!, como si uno tuviera la culpa...”, “...piensan que nosotros somos enfermos ladrones, y que nos vamos a comer a los hospitales..... A mi casi nunca me atienden con esa carta....” (Hombre de 35 años).

“Uno está con el carnet nivel 0, eso es como si uno fuera lo peor, cuando uno va a los servicios, la gente de las taquillas, dice, ¡ha pero es que usted es de población especial!, y eso lo hace sentir muy mal a uno, la gente ahí mismo lo mira a uno como si uno fuera quien sabe que, no y se demoran mucho, lo dejan a uno de ultima, como quien dice a lo que se pueda, uno mejor consigue pá´ pagar un médico particular, que le manda a uno la droga que es, por que esta gente le manda solo acetaminofen, que sirve para todo, la gastritis, dolor de estómago, dolor de cabeza, entonces pierde más uno el tiempo esperando..... yo por ejemplo tengo nivel 2, yo no deje que me dejaran como nivel 0, no presenté la carta de desplazado...” (Mujer de 38 años).

La población al momento de ser notificado como desplazado, tiene vía libre para gestionar su carnetización, es decir estar inscrito al SGSSS, esto les da oportunidad de atención en salud en los diferentes sitios establecidos por la DSSA (Dirección seccional de salud de Antioquia) en la ciudad de Medellín. En el momento de buscar la atención encuentran que la atención es demorada en la mayoría de los servicios de urgencias, de donde son re-direccionados a otras instituciones por no tener convenio. No tienen la suficiente información para acudir a dichas instituciones, y agotan sus pocos recursos pagando transporte que los dirija a sitios lejanos de su lugar de residencia habitual. Con estos antecedentes se puede concluir que los recursos mínimos los destinan al pago de médicos particulares frente a una necesidad de atención en salud y los alejan de los servicios debido a la mala atención recibida.

Figura 5. Mapa conceptual: Acercamiento al contexto del desplazamiento de las familias desplazadas que asisten a la UAO y albergues en la Ciudad de Medellín.



MAPA LATERAL IZQUIERDO

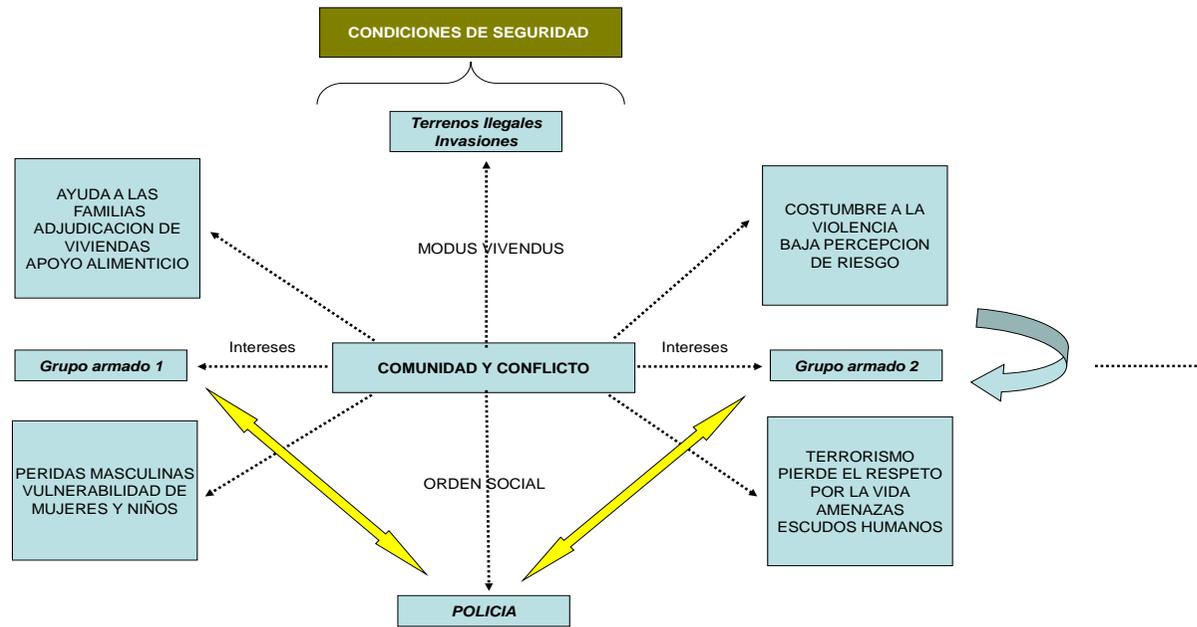


Figura 6. (Continuación)

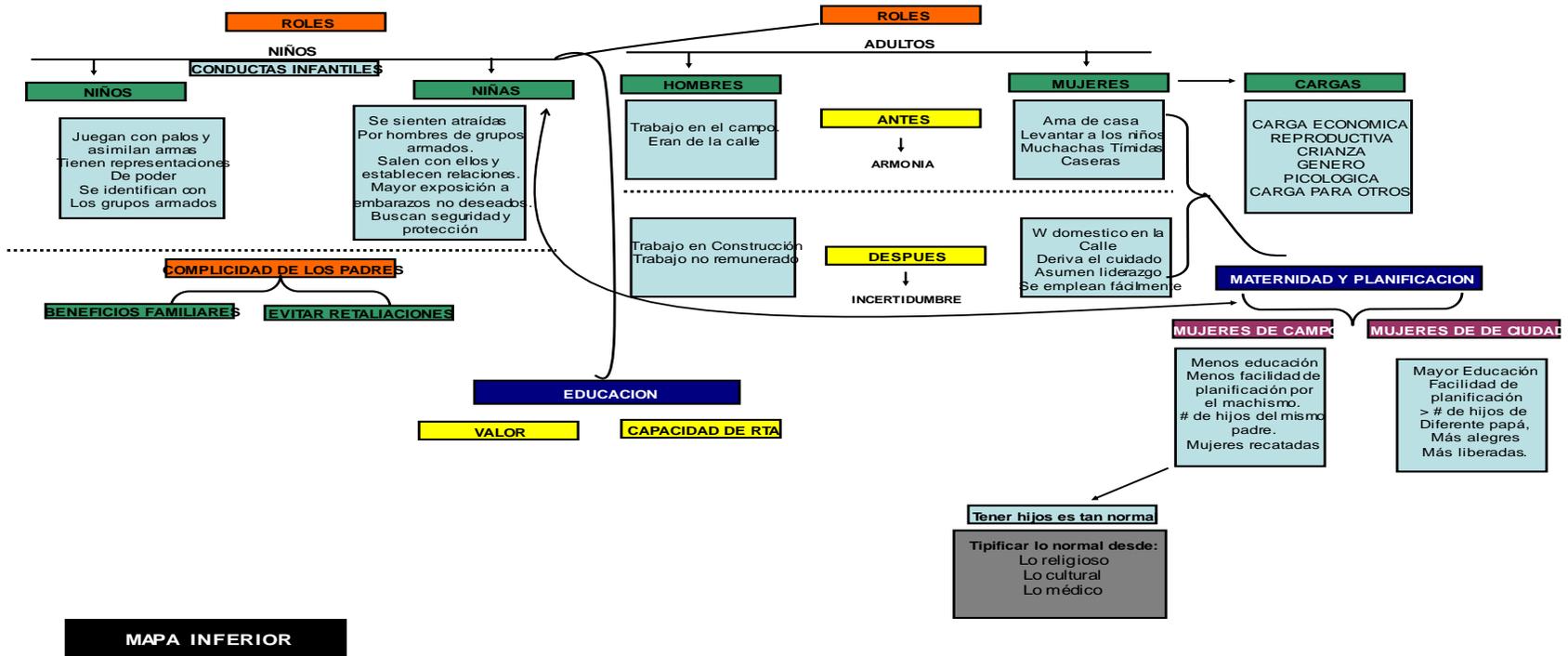
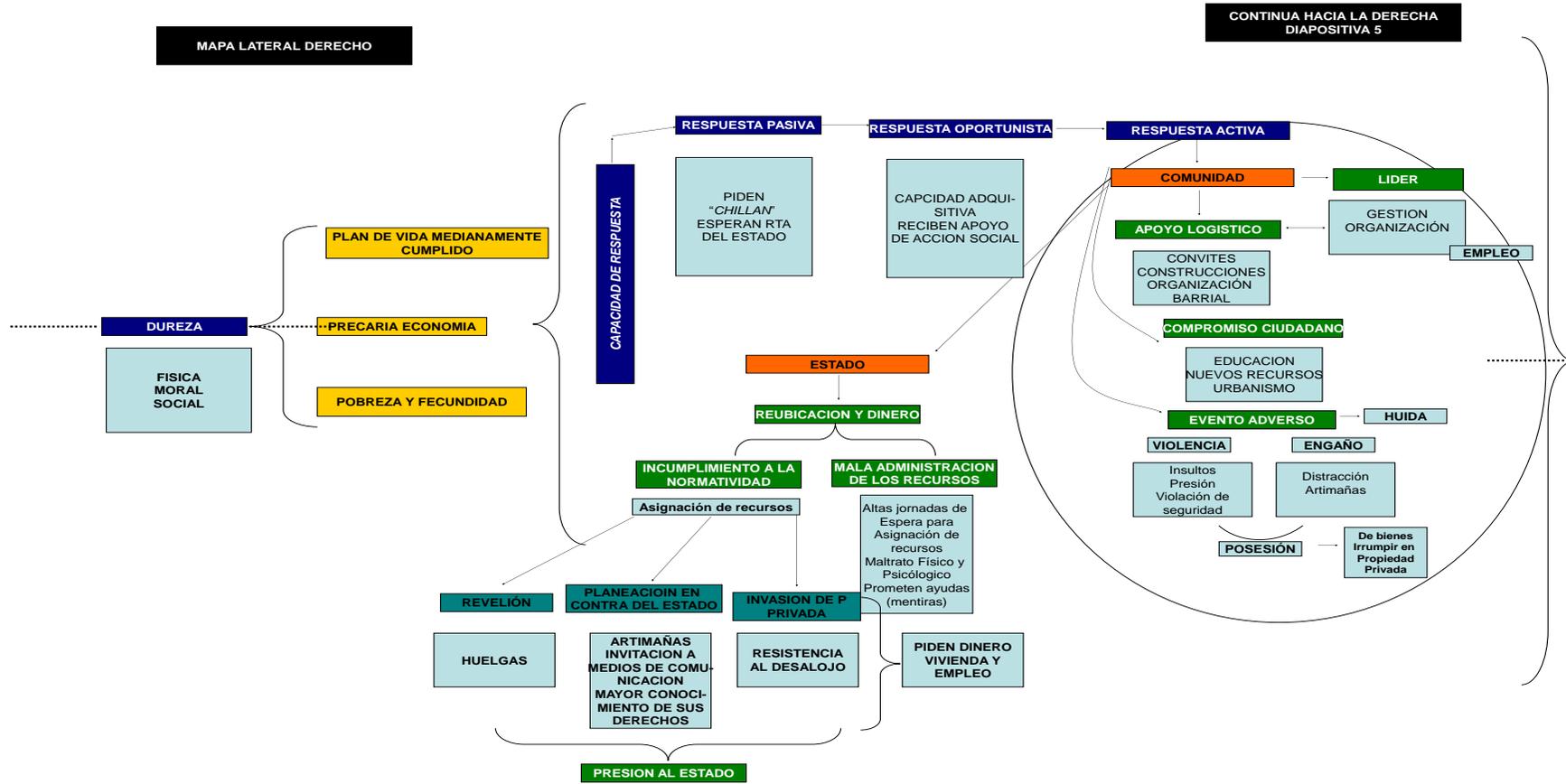


Figura 6. (Continuación)



8.3 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES

En el estudio participaron 19 hombres en condición de desplazamiento, que a la fecha cohabitaban en los diferentes albergues Administrados por la UAO en la Ciudad de Medellín. Al momento de la entrevista, el 89.5% de los varones duraban viviendo en los albergues por un tiempo comprendido entre 2 y 7 meses; la respuesta de las instituciones respecto a la permanencia en los albergues era de 3 meses, pero en algunas situaciones no era posible brindar las ayudas de emergencia a tiempo ya que no recibían los dineros correspondientes para entregar a las familias, algunos hombres tenían dificultades para declarar ante derechos humanos por falta de documentos o simplemente no aparecían en el Registro Único de Población Desplazada, (RUPD), el cual surgió por mandato de ley (Ley 387 de 1997) y reglamentado por el Decreto 2569 de 2000. En este registro se efectúa la inscripción de la declaración de los hechos que rinde la población ante el Ministerio Público. De tal forma que retrasaba el proceso de adjudicación de ayudas del estado, lo que los obligaba a permanecer mucho más tiempo en estos lugares.

La edad de los participantes era en promedio 31 años, 2 de los participantes se ubicaron en edades extremas requeridas para la investigación, estar entre 18 y 60 años; 5 de los participantes sufrieron doble desplazamiento, tres de estos al interior del departamento de Antioquia, uno al interior del departamento de montería y otro del departamento del Quindío, este último sufrió desplazamiento intra-urbano en la ciudad de Medellín. Del total de los participantes el 73.7% se desplazaron de áreas rurales y el 26.3 % sufrieron desplazamiento al interior de la ciudad de Medellín.

Los principales motivos causantes de desplazamiento en estos hombres, fueron eventos relacionados con la violencia ejercida por actores armados, así como asesinatos de familiares en los lugares de origen en una proporción del 50%. Respecto a su nivel educativo, el 52.6 % de los hombres realizaron estudios en la básica primaria a excepción de 2 participantes que no recibieron ningún tipo de educación, el 42.1% alcanzaron algún grado en la secundaria y 4 de ellos terminaron el bachillerato. Cabe resaltar que el 26.3% de este grupo de participantes tenía algún curso, como ebanistería, panadería y sistemas los cuales fueron realizados antes del desplazamiento.

La mayoría de los hombres antes del desplazamiento forzado se ocupaban en labores de campo, siembras, cuidado de fincas y ganado, también en labores de albañilería, una menor proporción como meseros, ayudantes de transporte, ventas ambulantes, minería y otros.

Más de la mitad de los hombres al momento de la entrevista relataron ser solteros y el 42.1 % reportaron convivir en unión libre, esta misma proporción tenían entre 1 y 3 hijos conviviendo con ellos al interior de los albergues.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el 78.9% de los hombres mencionaron consumo frecuente de cigarrillo, alcohol y marihuana y manifestaron que en este desplazamiento aumentó considerablemente el consumo del cigarrillo el cual se adquiría mediante cambalache (trueque de objetos de poco valor) y en menor proporción el alcohol por los costos, es importante mencionar que las personas más jóvenes relataron un consumo frecuente de alcohol.

Respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la infección que más conocían o hacían alusión los participantes, fue la gonorrea, seguida del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y muy pocos conocían el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como virus. El 52.6% de los hombres reportaron haber tenido alguna ITS a lo largo de sus vidas, ninguno lo manifestó durante el proceso de desplazamiento.

Tabla 3. Perfil socio-demográfico de los hombres participantes

Característica	n: 19	%
	Edad en años	Edad en años
Edad en Años		
18 a30	12	63.2
31 a 40	3	15.8
41 a 50	3	15.8
51 y más	1	5.2
Región de Desplazamiento		
Antioquia	11	57.9
Sur del país	0	0
Norte del país	1	5.2
Oriente del país	3	15.8
Occidente del País	4	21
Residencia antes del desplazamiento		
Área Rural	14	73.7
Área Urbana*	5	26.3
Principal Motivo de desplazamiento		
Despojo de tierras	3	15.8
Violencia en la región	4	21
Muerte de familiares	6	31.6
No vinculación a grupos	3	15.8
Amenazas	3	15.8
Escolaridad		
1- 5to de primaria.	10	52.6
6-11 de Secundaria.	8	42.1
Cursos**	5	26.3
Técnica	1	5.3
Universitaria	0	0
Ocupación Anterior		
En transporte	2	10.5
Agricultura	7	36.8
Empleado	2	10.5
Mesero	2	10.5
Cargar mercados	1	5.3
Construcción y ebanistería	4	21
Vendedor	1	5.3

* Desplazamiento intra-urbano.

** Ebanistería, panadería, sistemas.

Constitución de Pareja		
Actualmente		
Casado	1	5.3
Soltero	10	52.3
Unión Libre	8	42.1
Seguridad social en Salud		
Régimen subsidiado	18	94.7
Régimen contributivo	1	5.3
Ninguna cobertura	0	0
Número de Hijos		
Ninguno	9	47.4
1 a 3	8	42.1
4 y más	2	10.5
Edad de la Primera relación Sexual en Años		
8-10	2	10.5
11-13	10	52.6
14-15	6	31.6
16-18	1	5.27
19 y más	0	0
Tiempo de Desplazamiento		
1 a 30 días	2	10.5
De 2 a 4 meses	12	63.2
De 5 a 7 Meses	5	26.3
8 Meses y más	0	0
Consumo de Sustancias Psicoactivas		
Alcohol	1	5.26
Cigarrillo y alcohol	7	36.8
Cigarrillo alcohol y otras	6	31.6
Ninguna	4	21
Experiencia de ITS		
SI	10	52.6
NO	9	47.4
Uso del Condón con su Pareja		
SI	2	10.5
NO	17	89.5

8.4 CONDICIONES DEL DESPLAZAMIENTO

Esta categoría da cuenta del desarraigo vivido por estos hombres a partir del desplazamiento, donde se describe quiénes eran, dónde vivían y cuál era su condición laboral; muestra cómo se da el desplazamiento y cuáles son los efectos en la vida cotidiana durante la convivencia dentro y fuera del albergue; también da cuenta de los sentimientos que genera el desarraigo de su anterior vida respecto a la transición, la incertidumbre y la adaptación.

8.4.1 Los efectos en la vida cotidiana. Los hombres del estudio que provienen de áreas rurales relataron tener una vida relativamente tranquila en sus pueblos, con un hogar establecido, sin preocupaciones ni dificultades para acceder a una buena alimentación, pues trabajaban en agricultura, como ayudantes de bus, vendedores entre otros; esto les permitía tener capacidad adquisitiva, para cumplir con el rol de proveedor o destinarlo para diversas causas que satisficieran sus necesidades básicas como hombres, como salir, disfrutar con la familia, ir a reuniones con amigos, frecuentar bares, salir con varias amigas entre otras.

El momento de partida o huida como actividad injusta del desplazamiento de estos hombres y familiares, se atribuyó principalmente a la presencia de grupos armados, los cuales ejercieron presión social sobre las personas amenazando sus vidas y expropiándolos de sus bienes; situación que desintegró sus vidas al interior de su familia y provocó un rompimiento de su cotidianidad. La gran mayoría de estos hombres se desplazaron solos, las condiciones de huida fueron imprevistas, “*corriendo*”, sin dinero y sin vestimentas, algunos soportaron, el hambre, el calor, humillaciones y el miedo; situaciones que se reflejan también en el estudio de Ibañez (9).

Temían por sus vidas, la fuerza ejercida por los grupos armados, se asentaba en las amenazas de muerte y las muertes de familiares; dejar todo era la solución, dejar sus tierras, sus familias, su pertenencias, su trabajo, fue el camino fácil para huir a la violencia e irrumpir en el camino del desplazamiento.

“... Nos desplazaron las autodefensas por quitarle una tierrita que él tenía, (su tío), nos quemaron la casa. Entonces a raíz de eso me tocó irme para el municipio de Carepa y allá me llegaron con un volante, con nombre mío y todo..., buscándome que me fuera o me uniera a ellos...” ENT 05/P2

Diferentes estudios muestran el reclutamiento de hombres a los diferentes grupos (19), (21), caso similar ocurrido en este estudio pues algunos hombres manifestaron haber estado en contacto indirectamente con actores del conflicto armado, vivían en zonas donde operaban algunos de ellos, quienes ejercían presión por la imperante presión de vincularse a un determinado grupo, lo cual se convirtió ante la negativa, en uno de los motivos de su desplazamiento.

Al llegar a Medellín, la gran mayoría llegan sin dinero con una sola prenda de vestir, algunos durmieron en los parques y en hogares de paso antes de llegar al albergue; otros llegan directamente a la UAO (unidad de Orientación a la población desplazada) o a la Oficina de Derechos Humanos.

Estos varones se apoyaron en primera instancia en conocidos que vivían en Medellín, o en quién “se le pueda confiar su situación”; de acuerdo con los relatos de los participantes la mayoría sentían temor al comunicarse con otras personas en la ciudad, se dirigieron preferiblemente a agentes de policía localizados al interior de las terminales de transporte, y fueron ellos quienes en muchos de los casos sirvieron de apoyo, orientación y redirección hacia la oficina de Derechos Humanos en la ciudad*; otros varones manifestaron ya conocer el proceso en la ciudad debido a experiencias de desplazamientos de conocidos, familiares y amigos lo que permitió a muchos recibir ayuda oportunamente.

“...cuando llegué así, en un momento me vi totalmente amaneciendo en los parques (llanto).... ENT 09/P24/P3

Sus condiciones en la ciudad son precarias debido a la escasez de recursos, falta de vivienda y dificultades en la inserción laboral para su supervivencia; la oportunidad de empleo es mínima y esporádica, datos que también fueron hallados en un estudio realizado por la OPS (15); además los trabajos actuales eran informales y mal remunerados, ser jardinero, ventero ambulante, ayudante de construcción, artesano, celador y reciclador son opciones que generaban ingresos para satisfacer algunas necesidades básicas, pero que al mismo tiempo los expone a diferentes riesgos como: inseguridad, vinculación a bandas delincuenciales, comercio y venta de estupefacientes, alcoholismo y drogadicción, explotación laboral y el comercio sexual entre otros.

* *Derechos humanos es un ente gubernamental que vela por la restauración a mantenimiento de los derechos de la sociedad*

La manera de conseguir estos empleos se debió a la colaboración de los vecinos del sector o a la información que le llegaba a los funcionarios de los albergues y otros de manera recursiva veían la oportunidad de conseguir ingreso con pequeñas ventas, sea de botellas, cartón o confites y chicles en los buses.

8.4.2 Los sentimientos. El ambiente de cotidianidad frente a una vida tranquila cambió repentina y abruptamente por un desplazamiento forzado que rompió y desintegró sus condiciones de vida actuales para convertirlas en situaciones de ansiedad y angustia.

“...las cosas que vivimos en la sociedad de nosotros nos afecta un poquito para todo, afecta la vida personal, la vida de las relaciones de pareja y nos llevan por un rato de angustia...ha hacer cosas que no queremos hacer...” ENT 04/P4

De igual forma los hombres que enfrentaron desplazamiento intra-urbanos de los barrios de la ciudad, refirieron no sólo la intranquilidad de sus vidas, sino la constante amenaza de muerte por las diferentes bandas y grupos delincuenciales aledaños a su lugar de vivienda.

A diferencia de los hombres desplazados de diferentes municipios de Antioquia, los varones que residían en la ciudad, manifestaron vivir en constante miedo, pues su desplazamiento fue al interior de la ciudad, donde su ubicación podía ser fácil para sus persecutores. Varios de los relatos acerca de los motivos de su desplazamiento no fueron grabados, muchos prefirieron no hablar del tema y otros simplemente callaron. *“...uno no sabe con quién vive...” hombre de 22 años*

Las manifestaciones del miedo en los hombres con condición de desplazamiento eran frecuentes, tal como se evidencia en los diferentes relatos; sentimientos generados a raíz de su uso por parte de los grupos armados como estrategia de terror. También Villa (144), en su trabajo sobre el miedo como eje transversal del éxodo muestra que el miedo juega un papel central en los éxodos independiente de la forma que estos tomen y es descrito como un sentimiento que se genera ante la percepción de un peligro real.

Estar en esta situación, los ha vuelto más prevenidos a la hora de relacionarse, algunos sienten *“temor”* y *“nerviosismo ante la sociedad”*, otros *“rabia y rencor con la situación actual”*. En estos hombres el miedo como sentimiento, se expresa como temor, desasosiego frente a su situación, algunos mencionaron

“sufrir de estrés y de angustia,” “sensación de incertidumbre” y “zozobra”, “es como un desespero”, en el cual se ven inmersos.

“...Me da dolor, me da rabia, zozobra y desespero, mucha impotencia de que uno como ser humano tener sus cosas y que le toque dejárselas a otro porque él quiera, porque ellos son los que mandan y que lo que uno se ha ganado con el sudor de su frente toda la vida de la noche a la mañana se lo quiten.... ENT 05/P8

Otro sentimiento que se configura a partir de un conjunto de miedos, el miedo a la muerte, a la hambruna, a la indigencia a la explotación entre otros, puede ser llamado incertidumbre, el cual fue analizado también por Lechner, N. (1986: 76), haciendo referencia a la incertidumbre dentro del desplazamiento forzado y la expone diciendo que esta nace de la toma de conciencia sobre la discontinuidad entre el presente y el futuro; de la imposibilidad de prever, desde lo familiar, cotidiano y conocido y de lo que puede ser el mañana. (145)

Dicha situación de incertidumbre manifestada por ellos, pareciera convertirse en un sentimiento de impotencia, todos quieren rehacer sus vidas, pero en esta dinámica, el hacer del desplazado se encuentra muy limitado por otros factores como el desconocimiento de la ciudad, falta de empleo, el encierro en los albergues y la afectación de la autoestima, ya que gran parte de estos hombres sintieron algún tipo de rechazo en la ciudad.

“...uno se siente con la autoestima baja por lo que le dicen: -vos sos un desplazado, no conoces la ciudad ¿Qué vas ha hacer? hay gente que tiene estudio, que han vivido toda la vida en la ciudad y tampoco tienen trabajo, ahora vos que venís y no tenés ni siquiera estudio ¿Qué te vas ha poner ha hacer?- le bajan la autoestima a uno....” ENT 05/P9

Estas sensaciones podría impactar de manera positiva o negativa en cada uno de estos hombres, unos manifestaron deseos de salir adelante y crear su propio negocio como artesanos o vendedores entre otros; algunos retornar a sus tierras y otros esperan la ayuda del gobierno para iniciar su proceso de reposición.

“...yo tenía un proyecto que era vender productos, como yo tengo un amigo que me vende productos lácteos a un precio bajo, entonces ya era pa´ comprarlos para yo venderlos a otro porcentaje, pero uno siempre necesita el plante...” ENT 8/P3

“...tengo ahorita una visión con un compañero que llegó, que dice que tiene una maquina para hacer traperos. Tenemos ganas si nos resulta la

ayuda, empezar ha hacer traperos, pues si, cualquier otra cosa. También tengo ganas de ir al SENA ha ver que cursos hay..” ENT 05/P7

Otros hombres se inclinaron más hacia la idea de “no resistirse a las oportunidades” que les brindaba el medio sobre el cual vivían actualmente, medio basto de necesidades e inconformidades; varios hombres quizás favorecidos por los sentimientos de rabia y frustración, manifestaron ganas de vincularse a grupos armados o aceptar trabajar en la ciudad como vendedores de vicio, o viajar a otros pueblos con fines delictivos. Al indagar sobre cuales serían los motivos que los impulsó a tomar esas decisiones, sustentan sus respuestas en su condición de pobreza, de estar sólo en la ciudad y de no tener responsabilidades con nadie, otros se mostraron reflexivos, más no descartaron la posibilidad pues su condición actual era estar con su familia.

“...se me han pasado por la mente muchísimas cosas así, porque aquí en Medellín créame que uno para conseguir la plata fácil eso no es sino que se meta a las comunas o conozca ha alguien. Se me ha pasado muchas veces pero estoy esperando porque otra vez...”ENT 12/14

8.4.3 Lo más difícil. En los albergues, se les brinda vivienda transitoria, alimentación, útiles de aseo y acceso a servicios de salud gratuitos mediante carta de declaración de desplazamiento o afiliación al SISBEN (Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales); sin embargo la percepción que manifestaron los participantes del estudio acerca de su estancia en los albergues para personas en condición de desplazamiento, fue muy diferente respecto a lo encontrado; si bien allí recibían algunos beneficios, la estructura organizacional exigía el cumplimiento de una normatividad, que choca con los referentes culturales de estos hombres.

En primer lugar hay un sentimiento de restricción de sus vidas, pues están sujetos a cumplir horarios, dormir en habitaciones con otras familias, sentirse segregados, pues a los hombres que se encontraban solos, dormían en otra localidad del mismo albergue alejados de las demás familias, además por condiciones propias de la convivencia con desconocidos, es de esperar que hayan conflictos dentro de una comunidad, era frecuente tener discusiones con hombres y mujeres por diversos motivos, tales como hacer filas y “colarse” (termino que significa irrespetar el orden de la fila), pérdida de objetos o bienes, uso de los servicios públicos, cumplimiento de obligaciones al interior del albergue, como realizar comidas, barrer, trapear, entre otras. Otra situación que manifestaron los hombres que tenían pareja fue, la falta de privacidad y espacio para compartir íntimamente con sus parejas, ya que de

acuerdo a sus relatos tenían una vida sexual activa antes de sufrir el desplazamiento forzado.

Además de sus condiciones actuales, no solo era sentirse frustrados y limitados por lo que les tocó vivir derivado del desplazamiento, sino que su nueva forma de vida, fue relatada como “*encerrada*”; situación que explican como un cambio en la rutina de sus vidas, ya que su convivencia se encontraba cargada de normas nuevas en sus costumbres de vida y “generaban” la necesidad de querer salir y “*desahogarse*”.

“...lo más difícil de este tiempo que me ha tocado estar fuera de mi casa, ¿la verdad, la verdad?...lo más difícil es la convivencia, la convivencia ha sido lo más difícil ENT 01/P17

El encierro es una condición que resaltan los hombres como negativa, pues se sienten “amarrados”; manifiestan diferentes formas de ver el encierro y sus limitaciones, “el no regreso”, debido a los sentimientos de temor de volver a sus lugares de origen, la condición de permanecer en la ciudad con las dificultades antes mencionadas, los lleva a una paralización o detención para desplazarse en la ciudad y por ende a un encierro en los albergues y por último el encierro de su voluntad; podría interpretar que estar sujetos a otras normas ajenas a las construidas al interior de sus familias, coarta su forma de llevar una vida digna.

Sentirse libre es tener la capacidad de obrar o no obrar, es sentirse insubordinado a pesar de convivir en un albergue donde existen reglas y normas de convivencia. Para ellos la necesidad de libertad fue imperante por lo que fue inaceptable adaptarse a un nuevo estilo de vida que chocara con sus costumbres y referentes culturales; por tal motivo se sentían impulsados a salir de estos lugares.

“... uno acostumbrado a las cosas que uno hacia...acostumbrado al pueblito... y saber qué, que uno está en otra parte, que le ponen reglas a uno que....., que todo lo que uno hace tiene que ser con permiso o que, que filas pa’ las comidas no eso no...yo me imaginaba un desplazamiento o un albergue me lo imaginaba más distinto.....” ENT 06/P6

8.5 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

En esta categoría se presentan aspectos relevantes acerca del inicio de las relaciones sexuales, la percepción de las relaciones de pareja, las manifestaciones del deseo sexual, el conocimiento y uso del condón y el comercio sexual.

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de estos hombres fue de 12.4 años, la mayoría de los participantes tuvieron sus primeras relaciones sexuales de manera fortuita, sin protección, sin conocimiento de las consecuencias, dicha experiencia fue placentera para unos, por el goce y el disfrute y penosa y dolorosa para otros, pues algunos no sabían qué hacer, y simplemente se dejaban llevar por las personas con quienes tenían el acto sexual. Estos varones no recibieron ninguna educación, ni preparación por parte de los padres; en la mayoría de las ocasiones fueron con mujeres mayores que ellos, vecinas, amigas y algunos las tuvieron con trabajadoras sexuales, varios de ellos no usaron el preservativo, exponiéndose a una paternidad temprana y a múltiples enfermedades de transmisión sexual. De igual forma estudios muestran que el inicio de las relaciones sexuales inicia antes de los 15 años, en su gran mayoría sin utilización del condón; la mayoría de los jóvenes tienen poco conocimiento sobre el tema de sexualidad y por lo general manifiestan tener mayormente prácticas sexuales de riesgo. (119 - 121).

De acuerdo con las narraciones de los hombres, estos empezaron hacerse conscientes del uso del preservativo y de la existencia de Infecciones de transmisión sexual (ITS) así como sus consecuencias para la vida, solo al momento de entrar en contacto, conocerlo y usarlo después de la mayoría de edad, situación que se refleja en otros estudios acerca de la prevalencia en las relaciones sexuales en menores (146), (147). Muchos de estos participantes pasaron en promedio de 3 a 5 años con actividad sexual activa sin el uso del preservativo, exponiéndose a los diferentes riesgos antes mencionados.

La relación de pareja manifestada por todos los hombres antes del desplazamiento fue manifestada como agradable, no tenían dificultades para disfrutar de su sexualidad pues tenían relaciones con mayor frecuencia y más intimidad, tenían espacios de diálogo para solucionar algún problema y no se sentían vigilados por sus parejas como lo sintieron en el albergue ya que el número de mujeres solteras al interior de los albergues superaba al de hombres y muchas de ellas al parecer favorecían espacios de conquista al interior del mismo con fines de "ligar" o establecer vínculos afectivos con los varones sin importar si tenían o no familia.

8.5.1 Percepción sobre las relaciones de pareja. Para los hombres de este estudio, tener determinadas experiencias o “aventuras”, llamadas así por ellos para explicar una relación fortuita, fue eje central de la mayoría de sus comportamientos, los cuales estaban presentes antes y durante el proceso del desplazamiento, la manera como se establecían las diferentes relaciones se acompañaban de elementos machistas y de imponencia por parte de los hombres sobre las mujeres; condición hegemónica masculina hacia la posesión sobre las mujeres y que les permitía acceder a múltiples relaciones sin percatarse del riesgo a enfermar. Estas y otras situaciones pueden explicar el impacto que ha tenido el deterioro no solo en el bienestar de las mujeres sino en ellos mismos, sin embargo la manera de expresar su sexualidad ha requerido de múltiples esfuerzos, enfatizando la necesidad de lograr que esta sea llevada de manera positiva y respetuosa frente a ellos mismo y las mujeres como se expresa en los siguientes estudios. (92), (112), (91), (113), (114), (81), (84)

En los albergues donde residen la mayoría de la población en condición de desplazamiento y reciben ayuda de emergencia, se convierten en espacios que favorecen el vínculo y establecimiento de relaciones múltiples, y son una “opción más de ligar”, en el imaginario de los varones, se describe los lugares así: “... ese lugar abre puertas...”, refiriéndose a las oportunidades que tienen los hombres con las mujeres de establecer algún cortejo o relación.

De acuerdo con los relatos de los varones en condición de desplazamiento se pudo identificar 3 tipos de relaciones establecidas dentro y fuera de los albergues; las relaciones en unión libre, las cuales se conforman sin un vínculo religioso ni legal, son relaciones estables que tienen connotaciones de responsabilidad frente a las demandas del hogar y el cuidado de los hijos además hay una convivencia permanente con la pareja al interior del vínculo, lo que permite exigencias por parte de uno o de otro respecto al respeto y la fidelidad; las relaciones de noviazgo son menos estables y asumen menos responsabilidad y obligación en el mantenimiento de sus hijos, no obstante son más permisivas frente a la libertad de comportamientos, pueden salir con amigas, no conviven ni comparten la cama como en el caso anterior; y por último, las relaciones de amistad, en las que no hay ningún vínculo afectivo, en donde se espera respeto y diálogo y donde hay establecimiento de relaciones sexuales sin ningún tipo de compromiso.

La conformación de estas relaciones en el albergue se da en tiempos muy cortos, parecen ser impulsadas por 3 factores, falta de compañía, hombres desplazados solos sin familia dejando atrás sus parejas o familias, por el deseo sexual, al parecer no toleran estar mucho tiempo sin tener relaciones

sexuales y por interés, debido a que las oportunidades de empleo para las mujeres son mejores que para los hombres, situación que se encontró en el estudio realizado en mujeres en condición de desplazamiento (58); ese ingreso es tomado por los hombres como un beneficio para ellos buscando mejorar su calidad de vida.

Muchas de estas relaciones no sólo fueron bajo el consenso de formalizar un vínculo, la mayoría en este corto tiempo ya se presentaban con el acto sexual, lo que significó que los vínculos sexuales eran favorecidos por la amistad y las experiencias fortuitas, además mostraron a la mujer como “fácil”, pues según ellos accedían rápidamente a las propuestas de los hombres.

En cada una de estas relaciones se pueden presentar diferentes sentimientos, percepciones y comportamientos masculinos que afectan su relación de pareja actual y que además los ponen en riesgo de interacciones sexuales no seguras.

La dinámica de estas relaciones, según ellos, se da de acuerdo al tipo de mujer con la que se relacionan: si está casada, si tiene hijos, si trabaja, si no trabaja, si esta “buena”, si es contenta o “pasada de loca” o es hogareña. De acuerdo con esto, el hombre se comporta de una u otra forma hasta establecer vínculos de confianza o relaciones alternas que conllevan riesgos para su salud sexual, en este caso, se dan aventuras basadas en la mentira que comprometen las relaciones de confianza con la pareja actual y lo justifican diciendo que “el deseo es muy fuerte”, y que en ocasiones no se sienten satisfechos con su pareja, además “*las oportunidades son para aprovecharlas*” según relatan.

Los hallazgos anteriores aparecen de manera similar en el estudio de Silva (61), acerca del significado de la fidelidad y las estrategias para la prevención del SIDA en hombres casados, en donde definen la sexualidad masculina como indomable y asumen diferentes riesgos como parte esencial de su masculinidad (61). Además otro estudio muestra como el comportamiento masculino está influenciado por las expectativas de lo que significa ser hombre, actitudes machistas favorecidas por la cultura patriarcal que suscitan a una invisibilización de sus emociones masculinas y los sitúa en una condición de vulnerabilidad frente a las ITS/VIH/SIDA. (115)

En este tipo de relaciones ya descritas, se presenta un interés, que fue denominado como recíproco; los hombres tienen la posibilidad de salir rápidamente de los albergues a diferencia de las mujeres quienes tienen a su cargo hijos menores, el interés radica en buscar la forma de salir pronto de lugar habitual por lo que estos hombres mencionaron que muchas mujeres

establecían relaciones con hombres “...con el fin de que las sacaran de los albergues...” y otros varones manifestaron querer estar con una mujer con algún ingreso o que trabajará para sacar provecho de la situación y favorecerse.

También manifestaron sentirse utilizados sólo para el sexo, es algo nuevo que aparece en estas entrevistas, ya que hay una inclinación fuerte a tener relaciones sin afecto, cuya consecuencia se refleja en una condición de riesgo para los hombres.

“... la mayoría de las mujeres están buscando un bienestar económico hoy en día, más que el amor, entonces lo quieren utilizar a uno para una relación de pareja sexual...”. ENT 04/P6.

El afecto en estos varones, fue considerado como una necesidad para el vínculo en las relaciones de pareja, pues su condición masculina, exige respeto y amor para ellos, en la situación de desplazamiento pasa a un segundo plano, ya que gira en torno a otros intereses; este tipo de intereses, aparecen de manera sorpresiva no sólo para las mujeres, sino también para los varones quienes ven en otras mujer con mejores recursos, la posibilidad de alcanzar una mejor posición frente al grupo en condición de desplazamiento.

“... Si a mí me llega una mujer bien linda y me ofrece plata, yo de una, usted sabe que papaya dada, papaya partida, además ¿ cómo te dijera? , en esta situación, si la mujer tiene más facilidades que yo, pues de una me voy con ella,..... ENT 01/P46

8.5.2 Deseo Sexual. Es interesante saber que estos hombres durante su estadía en los albergues pasan por una variación de comportamientos respecto a su sexualidad, que a veces parecieran contradictorios como lo manifestaron en el taller y en las entrevistas; ya que no todo el tiempo sienten deseos de tener relaciones sexuales. Este deseo aumentó por la presencia de diversas mujeres solas y cabezas de familia quienes en algunos casos en voz de ellos, “tentaron” a los hombres, pues en su mayoría son solteros y aun en aquellos con unión libre, manifestaron haber tenido momentos de conquista, o como dicen ellos “tirarle los perros”.

Consecuentemente sentimientos de ansiedad o según ellos “depresión”, sumado a la tristeza en la que están inmersos, los aflige y comentan por tanto la disminución de su libido sexual, esta situación la describen como “un

bloqueo”, que en el caso de estar con una mujer, no piensan en ello, su capacidad física sexual se ve afectada y su decisión simplemente es apartarse de todo tipo de contacto del medio donde habita de las relaciones sociales y prefieren aislarse.

“ ... ¡sí, sí! A veces me bloqueo, a veces no tengo apetito, por el mismo pensamiento... Entonces se aflige uno, se deprime uno y ya a uno se le quitan hasta las ganas de tener sexo...” ENT 05/P2

Otro aspecto que relatan, está relacionado con el “encierro” y la “rutina”, ya mencionado anteriormente que hace que estos varones respondan de una manera más abrupta respecto al acto sexual, es decir, sus comportamientos ante la abstinencia y el hecho de no poder tener relaciones con su pareja, hace que su deseo aumente y se enfrente a otras situaciones de mayor riesgo como acceder a trabajadoras sexuales o establecer relaciones fuera del albergue.

“uno con deseo y.....se siente uno encerrado y no hay forma,.....se siente uno afectado en las relación sexual ¡claro!..... ENT 05/P28

En esta situación el deseo sexual aumenta y es percibido por los participantes como sin límites, en donde no hay cabida al respeto, ni principios, ni creencias, el único fin es llegar al acto sexual; *como relata entre risas un varón de 37 años.*

“...hace un mes la conocí, y ya en un mes hemos tenido 2 relaciones sexuales...es poquito para la vida libre que uno lleva, en una vida libre en un mes que uno conoce a una persona ya se ha acostado por ahí una 10 veces con ella (risas)...” ENT 04/P7

Comienza a aparecer entonces la infidelidad como factor de riesgo, las aventuras basadas en la mentira con el fin de establecer relaciones alternas que comprometen las relaciones de confianza con la pareja actual. Una aventura es arriesgarse a entablar relaciones sin comprometerse sentimentalmente en lapsos de tiempo corto, o se puede convertir en una aventura larga que puede ser por placer sexual o fortalecimiento de su hombría al estar con diversas mujeres; situaciones que se ha encontrado en otros estudios respecto al deseo sexual y prácticas de riesgo en hombres (62), (63), además justifican esto diciendo que el deseo es muy fuerte, y que en ocasiones no se sienten satisfechos con su pareja, además *“las oportunidades son para aprovecharlas”* según relatan.

La belleza de la mujer, es inherente al deseo, casi todos aceptarían tener relaciones sexuales con una mujer bonita o *“buena”* como dicen ellos en un

contexto fortuito imaginado en la entrevista, [¿si una mujer bonita con buenas curvas accediera a tener relaciones sexuales sin reparo con usted y a usted le gusta qué?], ellos sin reparo accedieron desde su imaginario, inclusive ante la falencia del preservativo.

“...Por ejemplo si yo estoy con una pelada,...-¡ah! Que si, vamos a tener relaciones ¡camina! - ¡ah! pero que no tengo el condón y no tengo la plata para comprar el condón ¿Quién me lo presta? Me voy ha perder de estar con esta niña tan linda, que ganas de hacer el amor. Entonces esas mismas ganas nos llevan que cometamos la brutalidad de no utilizar preservativo..” ENT 05/P25.

Otras alternativas se expusieron en la entrevista frente el deseo o las ganas, como la abstinencia o la masturbación; en caso de no tener a la mano el condón uno de los participantes opinó:

“... yo estaría con mi mujer sin condón y si no.....bueno,...yo creo que la masturbación cuando toca, es mejor que cualquier cosa, o simplemente me aguanto...” ENT 19/P17 hombre mayor de 40 años.

8.5.3 Conocimiento y percepción del riesgo a ITS/VIH/SIDA. En esta sub-categoría se describen las conductas de riesgo de estos hombres, el conocimiento adquirido acerca de ITS/VIH/SIDA, así como la percepción del riesgo a diferentes enfermedades, también da cuenta de los aspectos más relevantes acerca del uso del condón.

La manera como los hombres en condición de desplazamiento consideran el riesgo de enfermar de una infección de transmisión sexual, depende en parte del conocimiento, de sus costumbres y de su trayectoria de vida. El conocimiento que tienen estos varones viene sesgado desde su primera relación sexual, ninguno conocía el condón, ni las enfermedades de contagio por medio del acto sexual. Para estos varones la enfermedad más mencionada o de supuesto conocimiento fue la Gonorrea, 8 de ellos a lo largo de sus vidas la han padecido, su conocimiento fue difuso y desconocen la presentación de los síntomas, medios de contagio y la forma de actuar frente a esta, además son muy pocos quienes hablan del VIH como virus, desconocen que pueden haber portadores y tienen la percepción de que el SIDA es igual a una enfermedad que puede causar la muerte.

“...nunca la he tenido, la he escuchado, y amigos míos si.... Igualmente hubo una vez que sí, pero no fue cuestión de relación, entre a un baño y alguien entró, porque la gonorrea no se pega

simplemente al tener una relación con una persona, la gonorrea se pega porque tu entras a un baño y esa persona entro y tú te sentaste o tocaste algo y ahí te contagias.... ENT 01/P38

Este desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva en la población con condición de desplazamiento fue de interés para algunos investigadores quienes quisieron determinar el nivel de conocimiento de jóvenes sobre la salud sexual y reproductiva y la manera como este influye en el riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (148).

Estos hombres no perciben el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, ni siquiera contemplan la posibilidad de estar infectados con el VIH; en la actualidad la manera como se comportan estos hombres determinan sus condiciones de riesgo frente a ITS/VIH/SIDA, su condición de hombre por referente cultural “*machista*” como se hacen ver ellos, es una primera barrera para tener comportamientos sanos, el estar “*encerrados*”, “*no poder tener relaciones sexuales frecuentes*”, “*estar constantemente compartiendo con otras mujeres*” y “*las ganas*” son condiciones que generan reacciones en los varones y les favorece el establecimiento de relaciones alternas.

También la manera como se estiman el riesgo por parte de los hombres en condición de desplazamiento está relacionado con su edad, el estado civil, las relaciones al interior del albergue y la disponibilidad de recursos. En las entrevistas se pudo identificar que estar en riesgo a ITS se asoció con el no uso del condón en el acto sexual, también dan cuenta que conocer mejor sus parejas lo disminuye y otros asociaron que la percepción de enfermar disminuye cuando se piensa en la masturbación o la abstinencia, caso que exponen los hombres mayores de 40 años con vínculo familiar de unión libre, quienes además resaltaron los valores de respeto y confianza con su pareja e hijos frente a la oportunidad de tener alguna relación alterna, situación que los alejó del riesgo de contraer una ITS.

“.....yo estoy consciente de que somos nosotros los que llevamos la enfermedad ¿te digo por qué? porque las mujeres son más débiles, son más débiles en muchas cosas, eso no es machismo, eso es real, en la fuerza: la fuerza brusca, la fuerza física, la fuerza mental ellas son débiles; y cuando las mujeres son débiles ellas tratan de perfeccionar al hombre y ellas se quedan quietas en al casa. Yo estoy consciente de que muchas veces uno tiene a una mujer, y el que falla es uno, uno anda con 3, 4 y 5, porque uno cree que es que es uno el que puede tener hijos en la calle y ellas no, uno sigue, mejor dicho: todo lo que camina, corre y vuela va para la casuela ¡dieta japonesa!..... Nosotros somos más desenfrenados sexualmente que

las mujeres, de eso hay que tomar conciencia; las mujeres se estandarizan un poco ¿por qué? porque la mujer que uno considere de hogar, de estudio, esa mujer es sana y esas mujeres se enferman y se enferman es por el hombre ¡uno es el que lleva la enfermedad a la casa! Y uno es el que trata de culpar a las otras personas ENT 04/P35

En estas circunstancias el uso del condón es “la primera respuesta” al riesgo, basados en el conocimiento actual, saben que usarlo puede prevenir una infección de transmisión sexual, pero deja un camino de posibilidades, tales como el riesgo de las múltiples parejas, el riesgo que se rompa, que este defectuoso, el contacto por alguna otra vía en la que no necesariamente use el condón, como el sexo oral o el contacto con fluidos genitales sin penetración.

“... ¿Crees que estas expuesto a tener infecciones de transmisión sexual? ... Que tuviera una relación sin preservativo, de resto yo creo que no...” “... ¿Qué haces entonces para que no te den infecciones? usar el preservativo cuando voy a tener relaciones. De resto nada.... ” ENT 01/P43

Además aparece en uno de los relatos la percepción que entre “más sanita” , es decir, que entre menos relaciones sexuales tenga, menor es el riesgo para ellos, esto explica como aunado a la falta de conocimiento hay poca percepción de riesgo.

*“... claro, entonces yo digo que si, uno conociendo mas la persona, pues dependiendo, porque si es menos activa para el sexo yo digo que también debe ser menos riesgoso para uno contagiarse. Si, puede prevenir algo...”
ENT 05/P21*

La gran mayoría de los varones frente a la primera oportunidad, difícilmente se niegan a acceder al acto sexual, reconocen y aceptan las consecuencias pero al final la decisión es impulsada por el fuerte deseo sexual; en el caso de los hombres maduros y con mayor experiencia de vida, se pudo reconocer que son respetuosos de sus principios y valores al interior de su grupo familiar, situación que se contrastó haciendo injerencias frente a situaciones imaginadas de riesgo y mostró, que a diferencia de los varones más jóvenes, estos fueron más recatados, temerosos de perder su relación actual, menos impulsivos frente al deseo sexual, lo que disminuye en estos hombres las posibilidades de adquirir una ITS.

Cabe anotar que, respecto a los hombres maduros que participaron en este estudio y representan un 21% del total de los hombres manifestaron un comportamiento mas sosegado con relación a su salud sexual y reproductiva, pero no se encontraron estudios acerca de la SSR de la población adulta y

adulto mayor, solo 1 artículo habló sobre la insuficiencia renal crónica y sus implicaciones en la disfunción eréctil. (149)

El uso del condón en estos hombres, se asoció a la protección frente a una ITS, algunos conocen su propósito, y otros lo confunden de acuerdo a su uso; a excepción de un participante, todos aseguraron usar el condón en situaciones planeadas, además la gran mayoría lo usa con su pareja con fines de planificación familiar pero exigidos por sus parejas. Actualmente 13 de los participantes manifestaron usar el preservativo con las mujeres de la calle, pero no con su pareja, amiga o conocida; resultados similares en el estudio de Soto (71).

Otra situación específica de los hombres que se encuentra en los relatos es que según ellos hubo un aumento de las relaciones sexuales después de estar al interior de los albergues, favorecido por el hacinamiento, el deseo sexual y el contacto permanente con otras mujeres. *“nosotros somos muy arrechos y a veces no logramos controlarnos...”* ENT 11/P27. Además, esta falta de control de sus impulsos masculinos en presencia de factores contextuales como las rumbas, el consumo de sustancias psico-activas, alcohol, cigarrillo y marihuana favorece el riesgo de contraer ITS.

En la calle, diferentes personas al ver la situación de precariedad, persuaden con mejorar su calidad de vida y bienestar con intereses sexuales, esta situación se convierten en una forma de adquirir dinero para los hombres en condición de desplazamiento y algunos accedieron a actos sexuales pagados por otros hombres.. Situación similar encontrada en el estudio de mujeres realizado por Lopez et al, respecto al comercio sexual. En el estudio cuatro hombres mencionaron conocer esta experiencia

“...yo llamé a xxx y le comenté, xxx no la pensó 2 veces, cuando ¡pun! Se fue para allá, hizo su vuelta, se compró un par de zapatos; cuando xxx buscó otro, también lo llevó; del albergue ya han ido como 4 personas para eso...” ENT 04/P20

Así se configura un escenario en donde la necesidad económica y los intereses sexuales, confluyen para establecer una nueva condición de inseguridad frente a su salud sexual, como es mencionado por uno de los participantes como *“un trampolín que está ahí, que frente a un sin número de necesidades insatisfechas y por escasos recursos, si pueden acceder por eso”*.

Por consiguiente estos hombres encuentran una relación entre la supervivencia y el sexo, las experiencias sexuales con intereses económicos

no sólo se ve en las mujeres ampliamente estudiadas en estas condiciones (58), sino en los hombres quienes en este proceso, aparecen vulnerables a la explotación sexual independiente de su edad, estado civil, o apariencia física. Se modifican entonces las características masculinas que definen a un hombre, cuando se ejercen comportamientos sexuales de riesgo con otros hombres *“...se vuelve uno es experto en utilizar eso para rendimiento económico, y son muchas las personas que trabajan sexualmente, sea con mujeres o sea con hombres...” ENT 04/P9*

8.6 CAPACIDAD DE RESPUESTA

Esta categoría hace relación a las formas de respuesta de los hombres para afrontar el riesgo a ITS/VIH/SIDA en el contexto del desplazamiento, a algunos aspectos que limitan dicha capacidad y otros que facilitan la misma, así como la utilización de servicios de salud desde la búsqueda, acceso y la disponibilidad.

La capacidad de respuesta de un grupo cualquiera se traduce en formas de provocar frente a un evento o adversidad una respuesta positiva, aceptable dentro de un tiempo determinado y en el contexto de vulnerabilidad dicha respuesta depende de los activos que disponen los actores, como de los mecanismo de apoyo externo a los que tiene acceso (88). En este grupo de personas estudiadas se pudieron encontrar aspectos que favorecen y otros que limitan su manera de responder a la actual situación del desplazamiento y su relación con la SSR.

8.6.1 Aspectos que limitan la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA. En los hombres en situación de desplazamiento, se pudieron encontrar aspectos que favorecen y limitan su manera de responder a la actual situación con relación a la Salud Sexual y Reproductiva. (SSR). Los factores que limitan dicha respuestas se describen como elementos que de manera indirecta no permiten actuar sobre un determinado riesgo, en este caso el riesgo de ITS/VIH/SIDA.

Como es visto en la descripción demográfica de este pequeño grupo de población masculina en condición de desplazamiento, el 52.6 % estudió hasta en la básica primaria y de los demás sólo 3 alcanzaron el título de bachiller, esta situación los pone en desventaja frente a las demandas laborales de la

ciudad, la difícil inserción laboral, que lleva al desempleo y al trabajo mal remunerado y la mala distribución del tiempo libre podría, podría llevar a estos hombres a la vagancia y el ocio, conductas propias de la mala utilización del tiempo, o la posibilidad de ser producto de explotación sexual ante la falta de recursos.

La poca información de los hombres se refleja también en la búsqueda de atención en salud y en concordancia con este estudio, trabajos investigativos (86), (87) reportaron la relación existente entre la educación y el uso de los servicios de salud, así como “la poca participación” de los hombres en los procesos de salud y enfermedad; de igual forma estos varones parecen despreocupados por su salud física y ante alguna enfermedad, desconocen no sólo su derecho a la atención en salud, sino el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud del país.

Los varones del estudio tenían niveles de estudio muy básicos, similares a los obtenidos a la población en condición de desplazamiento en el 2009 que deserto hacia la ciudad de Medellín (25); esta limitada educación o capacitación, repercute en el conocimiento acerca de la posibilidad de enfermar de ITS; varios de los participantes mencionaron haber padecido la enfermedad de la Gonorrea, casi el 60 % de estos varones hablaron desde su experiencia sobre dicha enfermedad, pero poco conocían su forma de transmisión, las consecuencias para la salud y los efectos en la sociedad; respecto al VIH/SIDA, se pudo percibir cierto temor al hablar de ella, algunos mencionaron la muerte como reflejo de la enfermedad y otros como una enfermedad que no tiene cura; evidentemente no conocer las enfermedades ya es un obstáculo, es decir su poca educación además de información actual sobre las enfermedades y la manera de prevenirlas, simplemente los pone en riesgo.

*“...conoces algunas enfermedades de transmisión sexual? ...si. Tengo conocimiento.....tengo conocimiento de lo que es... por ejemplo que el VIH que es una enfermedad de transmisión sexual, que, con el tiempo te afecta el cuerpo, te salen llagas, te enflaqueces, y que puede llevar a la muerte si no es tratada a tiempo. Lo mismo que el sífilis, la gonorrea.....¿y donde escuchaste esas enfermedades?..... en el colegio, lo poquito que pude aprender en el colegio, y ahora hay mucho....
ENT 05/P17*

Otros elementos que limitan la capacidad de respuesta en estos hombres es aceptar o no la utilización del condón; estudios muestran dificultades con el uso del preservativo como Valois (132), “fastidia”, “quita las ganas”, “el aceite es fastidioso”, “no se siente los mismo” y “no siempre está disponible”, esto

aunado a las conductas de riesgo provocadas por el deseo sexual descritas en la categoría anterior son un referente de estudio y foco de atención para conocer el impacto de las ITS/VIH/SIDA en las poblaciones vulnerables.

La percepción de invulnerabilidad, y de no mostrar debilidad, son asuntos encontrados en los relatos, estos hombres frente a su sexualidad postergan su solución evitando al médico, sienten vergüenza frente a ellos y en especial al género femenino y asumen de manera aislada su responsabilidad frente al auto-cuidado; estos comportamientos también se analizaron en resultados de otros estudios. (60), (61).

“...yo no sé si es que yo soy buen material, o será mi color o será que nacimos “re-buenas”, (aducido a la suerte) pero te digo la verdad: yo casi no vivo sufriendo de enfermedades, por eso no...” ENT 07/P11

“... y que pomada le mandaron?...no, una pomada... no se acuerda o qué?...: no me acuerdo... una pomada ahí blanca yo no sé...y ¿porqué no fuiste donde un medico... Ah....que le da ..pena.....claro, entonces a mi no me gusta, como le dijera yo ... ¿si vas por un dolor de garganta ahí si vas ..Ah ahí si voy...pero si vas por algo ah que tengo una vaina en el recto, que tengo una vaina en la cola ahí sino vas? P: ahí si no.... ENT 06/P13

Otro aspecto importante relacionado con su masculinidad es el temor o vergüenza de ser vistos por personal médico femenino, algunos muestran indiferencia siempre y cuando “sea de manera profesional”, parece que hay intimidación por el hecho de ser mujer pues colocan una condición “ siempre y cuando”; se sienten más cómodos con la atención masculina, por lo que encuentran una barrera en la atención y en algunos momentos estos participantes pueden desistir de consultar por no enfrentar contrariedades a su masculinidad frente al género femenino (72).

“....¿Cómo fue la atención que recibiste cuando fuiste donde el médico?..... me asuste pues mucho porque..... me atendió un hombre.... si hubiera sido una mujer habría sido la pena más mayor, porque ya uno entre hombres, más confianza: -mira, me paso esto- pero ya de una mujer, mira que ya me hubiera dado más pena ¿Quién sabe?..... , pero ya con una mujer – ¡mira, tengo esto!- ¡huy! Ya me hubiera dado más pena, pero sí, me pareció mejor con el hombre, claro...” ENT 05/P22

Diferentes estudios muestran las dificultades que tienen los jóvenes para acceder a diferente información acerca de su SSR, especialmente los varones; (121), (130), (133) muchos de estos hombres en diferentes relatos, respecto a problemas de SSR especialmente ITS, se dirigieron a sus hermanos hombres o amigos, pocos tuvieron contacto con sus padres por el miedo a ser catalogados como decía uno de los participantes *“prostituto”*, otros simplemente se quedaban callados por miedo a que se dieran cuenta.

*“... Cuándo te dio por primera vez la gonorrea a quien le dijiste?..... no, yo hable con mi hermano mayor y me dijo: -ojo que eso es gonorrea, ya te pringaron ¿con quién estuviste?- ah yo no le dije; por la parte de la relación me dijo que no fuera a tener relaciones con mi mujer por....
ENT 04/P30/*

El referente principal de solicitud de ayuda fue un hombre, amigo, hermano y entre ellos existe simbólicamente que las enfermedades que le den al hombre son normales por que se vuelven comunes, esto lo explicaba un participante hablando de *“la gonorrea como la primera enfermedad venera de los hombres”*. De ahí que en el común, la respuesta ante la enfermedad no sea directamente en los servicios de salud, sino que se dirigen a farmacias como recomendación de amigos quienes ya han tenido la enfermedad y recibieron tratamiento médico de manera empíricamente.

*“....Yo voy a ese hospital y de pronto se van a dar cuenta- yo estuve como un día así psicosiado y llame a mi mejor amigo y me dijo: -valla a una droguería a ver que te recomiendan- fui y ¡gracias a Dios! lo que me recomendaron me salió efectivo y me curo....”
ENT 01/P40*

La inasistencia a los servicios idóneos y participación de los servicios de salud genera una vulnerabilidad frente a su salud, que acompañada de la ansiedad y la angustia que suelen sufrir los hombres y ante el miedo de ser descubierto, callan o simplemente pueden pasar sin tratamiento, además la intimidación parece ser un obstáculo a la hora de dirigirse a un hospital o consultar al médico, quizás las tradiciones de sus lugares de origen, el modo en que viven y como se relacionan, dan cuenta que muy dentro traen consigo esa misma ideología que *“en pueblo pequeño todo se puede volver un chisme”*, ya en la ciudad, cambiar esa concepción puede ser difícil de acuerdo con los relatos de los varones.

8.6.2 Factores que favorecen la capacidad de respuesta riesgo a ITS/VIH/SIDA. Los facilitadores son herramientas que le permiten a los hombres hacer frente a determinado riesgo en la condición de desplazamiento; el riesgo a ITS/VIH/SIDA estuvo latente en diferentes situaciones pero de manifiesto en otras, lo que mostró poca percepción al riesgo de enfermar así como dificultades para responder al mismo.

Se ha evidenciado que los varones tiene dificultades para acceder a los servicios de salud sexual (SSS) (60); (61); (72), y en especial a los de salud sexual y reproductiva (SSSR) (135), ya que en Colombia son pocos los programas dirigidos específicamente a los hombres y de acuerdo con la revisión sistemática realizada para conocer sobre “ Que se ha dicho sobre salud sexual y reproductiva en hombres en Colombia”, sólo la Asociación Pro-bienestar de la familia Colombiana – PROFAMILIA ha realizado trabajos con la población con condición de desplazamiento tratando de diferenciar la atención específica para los hombres (148).

La mayoría de los varones entrevistados, conocían que al declarar como ciudadanos en condición de desplazamiento, les permitía acceder a servicios de salud gratuita por parte del estado, además con la “carta de desplazado”, era posible que hubiera mayor acercamiento a las instituciones de salud en caso de presentar alguna enfermedad o se presentara alguna situación relacionada con su SSR. Por consiguiente esta condición de declarante se convierte en un potencial facilitador para responder a problemas de salud durante el proceso de desplazamiento forzado.

“...¿si vos te enfermas ahorita ¿a dónde acudís?... en este momento, cualquier persona de donde estamos habitando, se enferman y los llevan siempre a la de Buenos Aires.... ¿a la Unidad Intermedia?... a la Unidad Intermedia de Buenos Aires, y allá le dan una carta como desplazado, que no tiene ningún método de servicio de ninguna EPS, entonces lo llevan a uno allá. Allá lo atienden a uno, y lo atienden muy bien ENT 10 /P12

La utilización de los servicios de salud oportunamente, se convierte en la primera opción para unos y la segunda para otros, ninguno de los participantes durante su tiempo de desplazamiento manifestó tener alguna ITS y cabe resaltar que los participantes que mencionaron consultar al médico fueron quienes alguna vez en su vida padecieron de una ITS, que en este caso la de mayor prevalencia fue la Gonorrea, por lo que hay una respuesta a raíz de sus experiencia sobre el deber de consultar, más no dejan claro la responsabilidad de auto-cuidado debido a la permanencia de las conductas de riesgo.

Otros aspectos relevantes que emergen de los relatos, es la posibilidad de encontrar valor y respeto en las relaciones, muchos de los hombres se sienten atraídos por muchas mujeres al mismo tiempo y no niegan su deseo sexual de acortearlas a toda hora, pero respecto a conseguir una “mujer sana”, y tener una relación de valor, se pudo percibir que hay intención de conocer más al otro, saber que antecedentes tiene y hacerse a la idea de los riesgos y que puedan adquirir y ganar seguridad relacionados con la sexualidad.

Algunos dicen “yo soy muy calculador”, haciendo referencia a fechas y horas del acto sexual para prevenirse de un embarazo no deseado, pero otros utilizan el diálogo “análisis de mente” para tener seguridad.

“... conocer más a una persona o llevar más tiempo en la relación antes de tener el sexo, eso protege?...hay casos que sí, que uno conoce más a la persona, la valoriza, mira haber con quien se ha relacionado, si es una muchacha que esta con el uno y con el otro, porque hay más riesgo; o sea, cualquiera lo puede contraer pero hay más riesgo en las personas que tienen relaciones con la una y con la otra ¿si me entiendes? Entonces sí. Uno conociendo... yo digo que uno distinguiendo más a la persona y llegando más a fondo, puede que no caiga en el error, porque uno a veces por la ansiedad. Sí, yo creo que uno tratando mas con la persona ENT 05/P16/P2

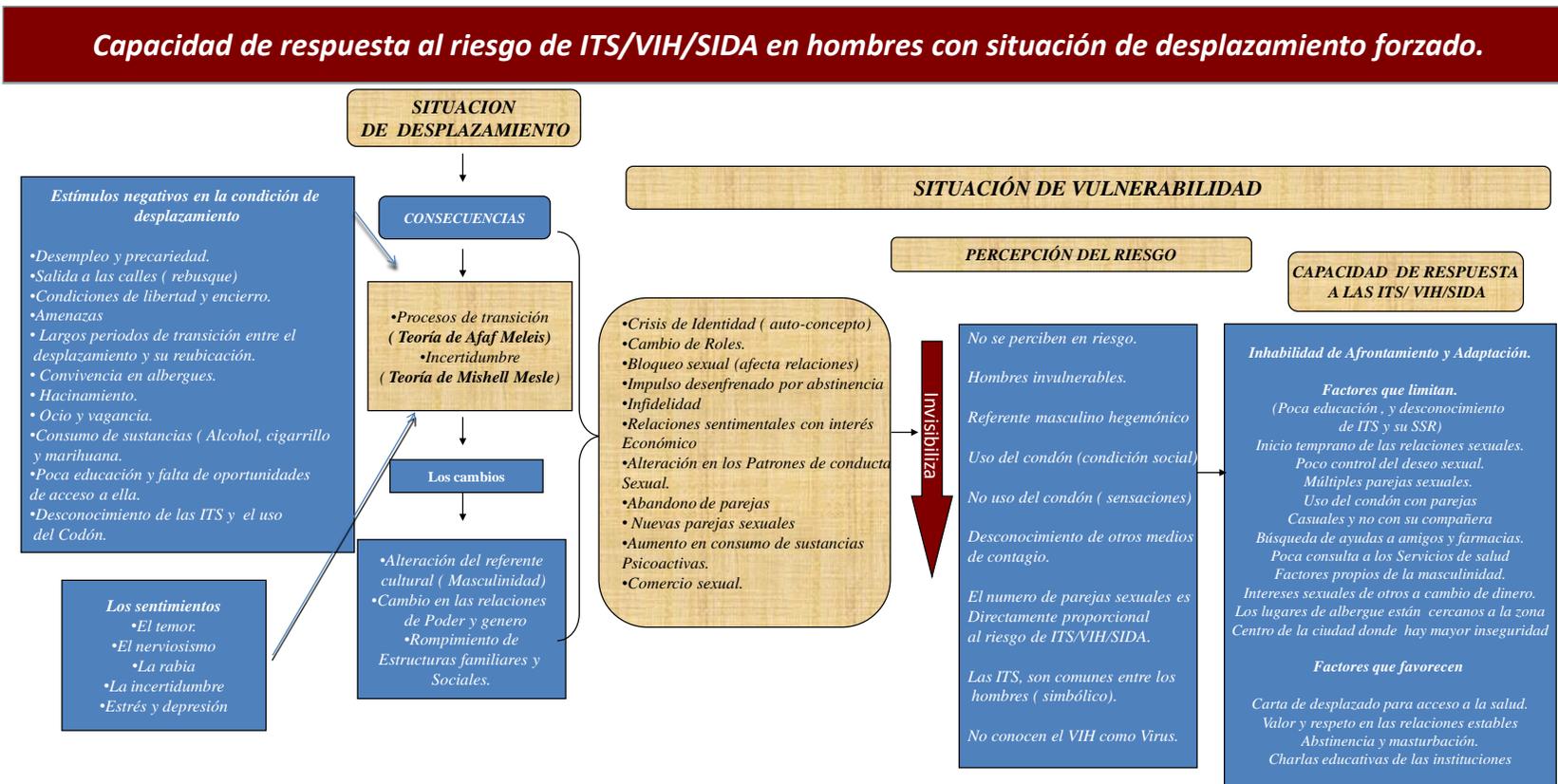
Esa seguridad de la que hablan los participantes viene acompañada del uso del condón, saben los riesgos, ya hemos analizado como los perciben y de qué manera se exponen más fácilmente, pero no se puede desconocer que tiene muy pocos elementos para hacer frente a ellos.

La percepción que se tiene del preservativo es determinante en la manera de enfrentar el riesgo; las características definidas por los varones hacia el no uso del condón es que son: incómodos, producen piquiña, no dejan sentir lo mismo, no deja contactar bien, se presta al olvido, sólo se usan cuando hay sospecha y no tiene suficiente valor frente al deseo sexual.

“... he... pues, me siento mejor sin el condón que con el condón (risas) no sé, es como más emocionante.....¿más placentero?.....Osea, yo no sé si es la misma sicología que uno se mete en la cabeza: ¡que no es lo mismo, que no se siente la misma sensación, que el condón no va ha ser lo mismo! que ya si es un plástico que no te deja contactar bien con la persona no vas a sentir la misma sensación.....” ENT 05/P12P3

Es claro que no se siente lo mismo, sentirse mejor, habla de sensación, habla de placer, es decir, hay un sentimiento más profundo que es el disfrute, el deleite, creo que todos estos hombres y muchos prefieren sentir más que desear, de ahí que sean más propensos a tener varias parejas sin necesidad de crear ese sentimiento de deseo de pasión o de afecto.

Figura 6. Mapa conceptual: Resultados de Investigación capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA.



Modelo teórico e investigativo sobre la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los Hombres en condición de desplazamiento forzado.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Se construyeron 3 categorías centrales: 1. Condiciones del desplazamiento con 3 sub-categorías (*los efectos en la vida cotidiana, los sentimientos y lo más difícil*) 2. Aspectos relacionados con la sexualidad con 3 sub-categorías (*Percepción sobre las relaciones sexuales, deseo sexual y conocimiento y percepción del riesgo a ITS/VIH/SIDA*) y 3. Capacidad de respuesta con 2 sub-categorías (*Aspectos que limitan la capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA y factores que favorecen la capacidad de respuesta*).

Se pretendió comprender los hallazgos de esta investigación, a partir de los conceptos de Meleis, de acuerdo al cambio de la dinámica de sus vidas y su forma de reaccionar frente a este; los conceptos de Meleis, a partir de su teoría de incertidumbre, que permite analizar los sentimientos de desesperanza e inseguridad frente a los comportamientos de riesgo que actúan de manera positiva o negativa en el desenlace de sus vidas; también se intentó analizar el afrontamiento a partir de los modos de adaptación desde la teoría de Roy, sin embargo, la capacidad de responder a diferentes riesgos en especial al riesgo de ITS/VIH/SIDA, estuvo relacionado con los comportamientos de cada individuo, lo que deja ver la necesidad de profundizar con estudios a partir de teorías de afrontamiento que correlacionen la adaptación como elemento protector para disminuir su vulnerabilidad en este caso a ITS.

Los hombres en condición de desplazamiento se ven inmersos en diferentes situaciones que les genera un sentimiento de incertidumbre y este sentimiento puede ser valorado de una manera positiva o negativa, de acuerdo con el ambiente o el contexto donde se manifieste (84); en ese momento, pudieran los profesionales de Enfermería, con elementos desde la promoción y la prevención en salud, abordarlos y encauzarlos hacia el afrontamiento de dicha situación, especialmente hacia el reconocimiento de su capacidad de responder al riesgo de ITS y generar un proceso sano de adaptación.

El proceso de desplazamiento para los varones marca una transición de sus vidas, redefine las relaciones familiares y comunitarias, así como la forma de satisfacer sus necesidades básicas; de igual forma, Meleis et al, exponen que procesos de transición y de cambio, vienen acompañados de un sin número de estímulos o desencadenantes que pueden inhibir o facilitar la capacidad de respuesta ante diversas adversidades que de manera directa afecta la adaptación de un nuevo entorno de vida. (81)

En concordancia con los planteamientos teóricos sobre los cuales se referencia esta investigación, se intentó establecer una relación respecto a los cambios y la dinámica de las vidas de un grupo determinado; dinámica en la cual hay un sometimiento de la población, que los obliga a actuar de acuerdo al modo de subsistencia que ofrece el contexto en que se desenvuelve, esto los lleva a generar respuestas positivas o negativas enmarcadas por un estrés y una angustia consecuente del desplazamiento. El deterioro de su calidad de vida y la desesperanza frente a un adecuado proceso de adaptación, aumenta las posibilidades de afrontar diferentes condiciones de vulnerabilidad social ligadas a contextos de riesgo como por ejemplo el riesgo a ITS/VIH/SIDA.

Los procesos de adaptación de la población en condición de desplazamiento, se encuentran ligados a diversas situaciones contextuales, uno de ellos son las situaciones de riesgo frente al comportamiento sexual de los varones, que está influenciado no solo por su hegemonía masculina, sino por la falta de atención que se le ha dado al género masculino respecto a necesidades en salud sexual y reproductiva; hacen falta entonces estudios que analicen no sólo las conductas masculinas en las condiciones del desplazamiento, sino el abordaje de la SSR en poblaciones vulnerables.

Los antecedentes para el estudio con hombres en condición de desplazamiento, se construyeron a partir de revisiones sistemáticas, y un análisis de la literatura hallada sobre que se ha dicho en Colombia sobre SSR en hombres, que sirvió para la realización de un artículo investigativo, arrojó un sólo estudio que mencionó la necesidad de atención en SSR de la población en condición de desplazamiento y sólo 4 artículos tuvieron en cuenta la voz masculina frente a sus derechos sexuales, necesidades de atención y servicios de salud sexual y reproductiva; por lo que el camino de estudio no sólo de los hombres en general sino de ellos en condiciones de desplazamiento, debe ser tenido en cuenta en para la formulación de políticas de salud; de esta manera se podrá conocer con mayor detenimiento el impacto que tienen la SSR tanto en los hombres, las mujeres y la sociedad en general.

Por consiguiente la implementación de futuras estrategias que aminoren la vulnerabilidad de las poblaciones que se desplazan de manera forzada o que de manera transitoria se ubican en diferentes lugares, será un reto para establecer políticas de atención en salud en especial con estos hombres en quienes son marcadas las tradiciones machistas que invisibilizan su capacidad de responder ante diferentes riesgos de enfermar y presentan una resistencia al auto-cuidado y el de sus parejas, además hay una poca respuesta estructurada de las localidades municipales frente a la prestación de servicios de salud en SSR a las poblaciones adscritas al sistema general de seguridad

social en salud específicamente el régimen subsidiado y en condición de desplazamiento; parece no existir un sistema de difusión de información acerca de promoción y prevención, que tome en cuenta las necesidades masculinas, como lo muestra Rincón (112), es su estudio sobre masculinidades, además ninguno de los participantes conocía servicios de SSR, lo que deja ver que en el sistema de salud Colombiano hacen falta nuevas políticas y servicios de salud que tengan en cuenta no sólo la salud de todos los hombres, sino de aquellos quienes se encuentran en condición de vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA como la población en condición de desplazamiento.

A pesar de ser un estudio realizado con hombres heterosexuales, que de manera voluntaria excluyó la población LGBT, cabe resaltar que algunos comportamientos encontrados en estos hombres se relacionaron directamente con dicha población. Con estos resultados sería interesante revisar y adelantar estudios sobre conductas sexuales de la población LGBT y su relación con las poblaciones vulnerables, en este caso con varones heterosexuales en condición de desplazamiento.

Como conclusión, se puede decir que la capacidad de responder frente a la dinámica de los contextos de vulnerabilidad y riesgo, especialmente a los de ITS/VIH/SIDA, fue poca, ellos no se perciben en riesgo de enfermar, además, no tener a la mano el condón, así como no usarlo fue asociado a comportamientos de riesgo que permiten un reconocimiento de elementos protectores frente a su vulnerabilidad. Además poco se pudo indagar sobre algunos referentes culturales propios y de tradición como principios y valores de familia en los varones mayores de 40 años, pues eran más tímidos, temerosos y cortantes sobre el tema; sería importante entonces analizar la capacidad a partir de la percepción de enfermar, para ello son necesarios otros estudios que profundicen en cada uno de los factores que favorecen y limitan la capacidad de responder a un riesgo determinado, en esta caso al de ITS/VIH/SIDA, pues tiene un alto impacto sobre la salud pública y las políticas gubernamentales, a quienes exige cambios y sobre las diferentes profesiones implicadas en el desarrollo social y el cuidado de la salud de los seres humanos, quienes se enfrenta a nuevos retos investigativos para disgregar la problemática y comprenderla.

Los profesionales de enfermería en primera instancia, en este panorama, acompañarían a estos hombres en el fortalecimiento de sus conductas a partir del trabajo de promoción y prevención de medidas sanitarias así como diversas enfermedades, entre ellas las ITS. Los referentes conceptuales que aporta la teoría de transición de Meleis, la teoría de incertidumbre de Mesle y la teoría de adaptación de Roy (119),(121) permiten comprender el proceso del

desplazamiento con una mirada desde la disciplina de enfermería para profundizar sus conceptos y quizás establecer un nuevo rol de los profesionales de enfermería con un abordaje de cuidado a la población en condición de desplazamiento.

Este estudio permitió analizar la limitada capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SDA a partir de la percepción que se tenía del riesgo de enfermar; estos hombres al no tener presente la posibilidad de contagio, presentan una mayor exposición a diferentes situaciones que acrecienta su invulnerabilidad; situaciones que se acompañan de: sensación de inmunidad, hegemonía masculina, representaciones machistas y desinterés. Se recomienda pensar la problemática y analizarla desde otros enfoques que aproximen la masculinidad y la relación con contextos vulnerables y la implicancia de las representaciones sociales de los varones con las exigencias sociales.

De igual forma el estudio permite analizar a partir de los resultados que, profundizar los aspectos que favorezcan o limitan la capacidad de respuesta a ITS/VIH/SDA, son un camino para establecer nuevas investigaciones que aborden la vulnerabilidad relacionada con comportamientos de riesgo, deseo sexual, uso del condón y atención en servicios en salud. También se puede profundizar en las organizaciones administrativas que atienden a la población en condición de desplazamiento, pues son un escenario sobre el cual se menciona muy poco en la revisión de la literatura y dejan una brecha enorme sobre el cumplimiento y restablecimiento de los derechos de la población en condición de desplazamiento.

Por último se concluye que la capacidad de respuesta de estos hombres, está determinada por múltiples factores que en su mayoría no favorece el afrontamiento ni la adaptación a dichos riesgos; los factores que facilitan la respuesta, deben reforzarse y apoyarse a partir de proyectos de intervención, que evalúen dicha capacidad de responder a los riesgos de enfermar. Esta investigación permite el reconocimiento del porqué estos hombres se encuentran vulnerables a múltiples riesgos entre ellos al de ITS/VIH/SIDA y por consiguiente la inhabilidad para hacer frente a los mismos; deja claro entonces que los entes municipales que abogan por los derechos y reconstitución de sus vidas, deben actuar prioritariamente frente a un problema epidemiológico nacional que puede afectar principalmente a las poblaciones en condición de desplazamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ochoa M. Percepción del riesgo y formas de respuesta ante ITS y VIH. En: Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. México: Instituto Nacional de Salud Pública de México; 2009. p. 71-79.
2. Frenk J, Bobadilla J, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud pública Méx. 1991 sept-oct; 33(5):448-62.
3. Ochoa M. Guatemala, Tecún Úman" Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida experiencias en centroamérica y México. México: Instituto nacional de Salud Pública de México; 2005. p.119 – 135.
4. Sall B. Migration de travail et protection des droits humains en Afrique (Gabon, Niger, Cameroun, Benin). UNESCO: Informe de los países sobre la ratificación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Inmigrantes. París: UNESCO; 2005.
5. ACNUR. Preguntas y Respuestas sobre desplazados internos. Ginebra: ACNUR; 2006. p. 7-12
6. ACNUR. Balance de la política pública de atención integral a la población desplazada por la violencia 2004-2006. Ginebra: ACNUR; 2006.
7. UNHCR. 2007 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons, [internet], [Consultado 2011 Ago 20] Disponible en: <http://www.unhcr.org/statistics/STATISTICS/4852366f2.pdf>
8. Global Refugee Trends 2004, estadísticas ACNUR Colombia, Agencia Presidencial para la Acción Social, CODHES.
9. Ibáñez A, Moya A. La población desplazada en Colombia: exámenes de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. Bogotá: Departamento nacional de Planeación; 2007. p. 11-26
10. Garfield R, Llanten CP. The public health context of violence in Colombia. Rev. panam. salud pública. 2004; 16(4):266-71.

11. International Displacement Monitoring Centre IDMC 2007. Almost five 4 million Colombians displaced by violence between 1985 and 2007. [Internet] [Consultado 2009 Ago 20] Disponible en: <http://www.refugeesinternational.org/where-we-work/americas/colombia#in-depth-report>
12. Human Rights Watch. Colombia: guerra sin cuartel. Colombia y el derecho internacional humanitario. New York: Human Rights Watch; 1998.
13. Codhes Informa. ¿Salto estratégico o salto al vacío?. Boletín informativo de la consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento [Internet]. 2010 Ene; [Consultado 2009 Ago 15] Disponible en: http://www.codhes.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=62&Itemid=50
14. CODHES. Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. Colombia es el país con más desplazados en el mundo. [Internet] [Consultado 2011 Feb 17] Disponible en: http://www.codhes.org/index.php?option=com_content&task=view&id=187
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Universidad de Antioquia (UdeA). Serie, Salud y desplazamiento en Colombia. Comparación de la situación en salud, entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades, 2002-2003. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005. p 11.
16. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación internacional. Estadísticas de la población desplazada. Registro de único de la población desplazada [Internet]. [Consultado 2009 Feb 3] <http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=383&conID=556>
17. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. En: Barata R, compilador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 55.
18. Naranjo G. Hurtado D. Desplazamiento forzado y reconfiguraciones urbanas: algunas preguntas para los programas de restablecimiento. En: II Seminario Internacional de Desplazamiento: implicaciones y retos para la gobernabilidad, la democracia y los Derechos Humanos; Bogotá 2002 Sep 4-6. Bogotá: Consultoría para derechos humanos y el desplazamiento, Organización Internacional para las Migraciones; 2003.

19. Personería de Medellín. Presentación de la rueda de prensa sobre desplazamiento forzado intraurbano [Internet]. [2009 Ago 03] Disponible en: <http://www.personeriamedellin.gov.co/documentos/viewdownload/71-desplazamiento-forzado/1370-presentacion-de-la-rueda-de-prensa-sobre-desplazamiento-forzado-intraurbano-08-de-noviembre-de-2010.html>
20. República de Colombia. Alta consejería para la reintegración social y económica de personas y grupos alzados en armas. Normatividad y conceptos, Diferencia entre la calidad de desplazado y desmovilizado. [Internet]. [Consultado 2009 Ago. 03] Disponible en: http://www.reintegracion.gov.co/Es/ACR/Documents/pdf_normatividad/sobre/Concepto_10_Desmovilizado.pdf
21. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Programa Mundial de Alimentos (PMA). Una mirada a la población desplazada en 8 ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen ejecutivo de la ciudad de Medellín. Bogotá: CICR-PMA; 2007. p. 8, 27.
22. Ibáñez AM, Moya A. La población desplazada en Colombia: exámenes de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2007. p. 11-26.
23. García Durán M. Los desplazados por la violencia en Colombia: con su dolor sin rumbo. Univ. Humaníst. 1999 Ene; 27(47):15-31.
24. Mogollon A. Vazquez M. Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia. Cad. Saúde Pública. 2008 abr; 24 (4):745-54.
25. Estadísticas Acción Social hasta 30 de junio de 2009. [Internet]. [Consultado 10 de marzo de 2010] Disponible en: <http://www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/publicacion%20junio%20de%202009.htm>
26. Organización Panamericana de la Salud-Universidad de Antioquia. Comparación de la situación en salud, entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades, 2002-2003. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005.
27. Departamento Nacional de Planeación (DNP) - Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD).

Metodología de medición y magnitud de la pobreza en Colombia. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2006. p. 22-28.

28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Censo de población, 2005. Bogotá: DANE; 2006.

29. Ibáñez A, Moya A. La población desplazada en Colombia: exámenes de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. Estrategias para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2007. p. 54.

30. Hernández Rosete D, Sánchez G, Pelcastre B, Juarez C. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre la violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestino. Salud ment. 2005 Oct; 28 (5):20-26.

31. Moreno G, Monsalve JC, Tabima D, Escobar J. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicio de salud en algunos municipios de Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009 may-ago; 27(2):131-41.

32. Urzúa A, Zuñiga P. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5):822-29.

33. Segura N. Meertens D. Desarraigo, Género y Desplazamiento Interno en Colombia. Nueva Soc. 1997 Mar-Abr; (148):30-43.

34. Jaramillo J. Reubicación y restablecimiento en la ciudad. Estudio de caso con población en situación de desplazamiento. Univ. Humaníst. 2006 Jul-Dic; (62):143-168.

35. Arias V. Dirección general para el desarrollo de servicios de salud. Subdirección de urgencias, emergencia y desastres. Lineamientos para La Atención Psicosocial De Población desplazada por la violencia en Colombia 1999 [Internet]. [Consultado 10 de marzo de 2010] Disponible en: [Http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/minsalud/00-mar28lineamientos.htm](http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/minsalud/00-mar28lineamientos.htm)

36. Tobón M, Guzmán C. Herramientas para construir equidad entre las mujeres y hombres. Bogotá: PROEQUIDAD; 1995.

37. López O, Londoño L. El proceso del desplazamiento forzado: estrategias familiares de sobrevivencia en el oriente antioqueño. Medellín: Universidad de Antioquia - Instituto de Estudios Regionales; 1999.
38. Mogollón A. Vasquez, ML., Gracia MM. Necesidad en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Rev Esp Salud Pública 2003; 77 (2): 257-66.
39. Connel R.W. Masculinities. 2 ed. Cambridge: Blackwell Publishers; 2005. 97-107.
40. Masculinidades, poder y epidemia: mensajes de investigación social, Raewyn Connell universidad de Sydney para 'politizar las masculinidades: más allá de lo personal'. En: simposio internacional en torno a lecciones aprendidas sobre VIH, sexualidad y salud reproductiva con otras áreas para repensar el sida, el género y el desarrollo (15 - 18 octubre, 2007, Dakar)
- 41 Ojeda G, Murad R. Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas 2005. Bogotá: Pro-familia, USAID; 2006.
42. Gómez F, Bernal M, García Cl. Las masculinidades y la violencia intrafamiliar. Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar Haz Paz. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social, PNUD; 2001.
- 43 Beltrán P. Arraigo y desarraigo en la mujer desplazada [Internet]. [Consultado 2009 Jul 12] Disponible en: http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/20/rut20_05arraigomujer.html
44. Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. Disasters [Internet]. 2004 Sep; 28(3):322-39 [consultado 2009 Oct 12] Disponible en: [http://www.internal-displacement.org/8025708f004ce90b/\(httpdocuments\)/d2f9d91cb0ed261cc125711e004e342b/\\$file/paulspiegel%20aids%20in%20conflict%20\(2\).pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708f004ce90b/(httpdocuments)/d2f9d91cb0ed261cc125711e004e342b/$file/paulspiegel%20aids%20in%20conflict%20(2).pdf)
45. Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH: Diciembre de 2007. Resumen Mundial. [Internet]. [consultado 2011 Ago 12] Disponible en: http://www.onusida.org.co/2007_epiupdate_es.pdf
46. Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. Rev. chil. infectol., 23(4):321–329.

47. ONUSIDA, Ministerio de la Protección Social. Capítulo 8: Objetivo 6. Combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades. En: Informe sobre metas del milenio 2004. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 2004.
48. García Bernal G. Reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA: campaña mundial, prioridad nacional. Rev gerenc políticas salud. 2005 Jul; 4(8):54-64
49. (INS Casos notificados. Febrero 2006. Adaptado Observatorio Nacional de VIH/SIDA. MPS En: OPS/OMS. Proyecto de incremento del tratamiento y la prevención del VIH/Sida 3x5. Bogotá: Observatorio Nacional de VIH/SIDA; 2005. p. 5.
50. DANE. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Información preliminar 2010. [Internet] [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad/197-mortalidad-por-otras-enfermedades-por-subregionmunicipio-2000-2010>.
51. Haour-KM, Grondin D. Sexual health of mobile and migrant populations. Sex Health Exch. 2003; (2):1-3.
52. ONUSIDA. Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del arte 2000-2005 [Internet]. [Consultado 2009 Nov 23] Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/4740>
53. Mann J, Tarantola D., Setter T, AIDS in the World, Harvard University Press, Cambridge 1992.
54. ONUSIDA, Ministerio de Salud de Colombia. Infección por VIH-Sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance Histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, 1999.
55. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of "vulnerability. Soc Sci Med. 2000; 50:1557-1570.
56. Uribe L. Social isolation and sexual risk behavior among recently arrived male Hispanic migrants in Durham, North Carolina. North Carolina: University of North Carolina at Chapel Hill; 2007.
57. Bronfman N, Moreno L. Perspectives on HIV/AIDS prevention among immigrants on the US-Mexico border. In: Mishra S, Conner R, Magaña R

editors. AIDS crossing borders: The spread of HIV among migrant Latinos. Colorado: Harper Collins; 1996. p. 49-76.

58. López Z, Ochoa SC, Alcaraz G. Leyva F. Ruiz M. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. Inves Educ Enferm. 2010; 28 (1): 11-22.

59. Bodnar Y, Cortés E, Arias RL, Bogoya NM, Briceño P, Murillo JF et al. Cultura y sexualidad en Colombia: un espacio para leer relaciones de poder, formación de actitudes y valores humanos. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Colciencias, BID; 1999.

60. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. Soc Sci Med. 2000 Sep; 51(6):931-39.

61. Silva CGM da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2002 Aug; 36(4): 40-49 [Consultado 2009 Nov 21] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/111162.pdf>

62. Zeidenstein S, Moore K. Learning about sexuality: a practical beginning. Washington, DC: World Bank; 1996.

63. Ayuso S, Ayuso R, Navarro I, García M. Salud Sexual de los varones jóvenes: Programa de atención al hombre. Enferm. clín. 2004 Mar-Abr; 14(2): 39-47.

64. Naciones Unidas. Cumbre mundial sobre desarrollo social. Dinamarca: Naciones Unidas; 1995.

65. Pacheco C, Enríquez C. Derechos de salud sexual y reproductiva de los desplazados internos colombianos. RMF. 2004 Ago; (19-20):25-26.

66. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas. El Cairo: Naciones Unidas; 1994.

67. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Beijing 1995. Nueva York: Naciones Unidas; 1996

68. Dworkin SL. Who is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic? Gender, sexuality, and intersectionality in public health. *Cult Health Sex.* 2005 Nov-Dec; 7(6):615-23.
69. Guimarães CD. Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996.
70. Guimarães CD. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker et al, organizadores. *Aids no Brasil (1982-1992).* Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
71. Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *An Fac Med.* 2006 Abr-Jun; 67(2):152-9.
72. Cameron C, Bernades D. Gender and Disadvantage in Health: Men's Health for a Change. *Sociol Health Illn.* 1998 Sep; 20(5): 673-93.
73. Una mirada a la población desplazada en 8 ciudades de Colombia. Respuesta institucional, local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen Ejecutivo para la ciudad de Medellín. Medellín: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Programa Mundial de Alimentos (PMA); 2007 p 27
74. López A. Machismo e impotencia. *Brujas: las mujeres escriben.* 1984 Abr;(4):7-10.
75. Yela C. Diferencias entre sexos en los juicios verbales sobre su comportamiento amoroso y sexual. *Rev. Psicol. Gen. Apl.* 1998 Ene; 51(1):115-45.
76. Cuesta Blum A. El involucramiento del varón bajo una perspectiva de género en los servicios de APROFE. *Correo poblacional. Salud Reproductiva y de Gerencia en Salud,* 2003 Mar; 11(1):16-18.
77. Roy C. *Introduction to nursing an adaptation model.* 2. Ed. Estados Unidos: Prentice Hall; 1984.
78. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook.* 1994 Nov-Dec;42(6):255-9.

79. Mishel MH. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image J Nurs Sch.* 1990 Winter; 22(4):256-62.
80. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000 Sep; 23(1):12-28.
81. IPAS. Notas informativas. Jóvenes en riesgo. Los adolescentes y la salud sexual [Internet]. [Consultado 2010 Jun 15] Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file236_2697.pdf
82. Magdalena AN. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Index enferm.* 2009 Abr-Jun; 18(2):111-15.
83. Díaz LE. Los contextos sociales en el proceso de construcción de la sexualidad del Joven. [Tesis de maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2008. p. 148.
84. Welsh P, Muñoz X. Hombres de verdad o la verdad sobre los hombres: guía de reflexión con grupos de hombres en temas de género y masculinidad. Managua: Programa Regional de Masculinidad del CID CIIR; 2004.
85. Pizarro R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Serie estudios estadísticos y prospectivos. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2001.
86. CEPAL, ECLAC. Vulnerabilidad Socio demográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. [Internet] [Consultado 2010 Feb 17] Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/10264/LCR2086_ind.pdf
87. Caro E. La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. En: Simposio viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social, 51 Congreso Internacional De Americanistas; Santiago de Chile 2003 Jul 14-18 [Internet]. [Consultado 2010 Abr 20] Disponible en: http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_ecaro.pdf
88. Fundación Cimder, AVSC Internacional, Universidad del Valle. La salud sexual y reproductiva de los hombres. Cali: Universidad del Valle; 2000. p. 42-47.

89. Katzman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social [Internet]. CEPAL [Consultado 2010 Mar 28] Disponible en: <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER5/24.pdf>
90. Bronfman M, Leyva-Flores R, Negroni F, Caballero M, Infante-Xibillé C, Cuadra SM, et al. Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. Gen Sal Cif 2003;1(3):8-12.
91. Burbano E, Becerra J, Castaño F. La salud sexual y reproductiva de los hombres. Que quieren y piensan los colombianos?. Bogotá: Trazo; 2000. p.15-16.
92. Lundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y jóvenes varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000. p.4.
93. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud pública Méx. [Internet]. 2002; 44(6): 554-64. [Consultado 2010 Abr 22] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0260.pdf>
94. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientific. New York: Cambridge University press, 1987. P 42.
95. Bryman A, Burgeas RG. Analyzing Qualitative data. Inglaterra: Roudledge; 1994 1-17.
96. Boyle J. Estilos de Etnografías En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.186.
97. Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: principios in practice. Nueva York. Tavistock; 1983. p. 66-80
98. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994. p. 76-82.
99. Ander E. Técnicas de Investigación Social. 24. ed. Argentina: Lumen; 1995.
100. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Barcelona: Paidos; 1987.p. 51-98.

101. Morse C. The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies. *World dev.* 1998; 26(1):1-19.
102. Bertaux D. los relatos de la vida en el análisis social En: Aceves Lozano J Historia oral de México DF. Instituto de Investigaciones José maría Mora. 1993:136-148
103. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
104. Morse, J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2003. p. 28-35.
105. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de la investigación. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, 2003. p. 30-62.
106. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional- ACCIÓN SOCIAL, [Internet], [consultado 2011, Ago 2011], Disponible en <http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=3&conID=544&pagID=1910>.
107. Martínez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, dic. 2006, vol.27, no.2, p.07-33.
108. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
109. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Acceso 2010 Nov 20] Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf
110. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. [Acceso] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>
111. Shutt –Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Washington:

Organización Panamericana de la salud) / Organización Mundial de la Salud (OMS); 2003.

112. Rincón G. Masculinidades y derechos humanos. Memorias Foro Masculinidades en Colombia: Reflexiones y Perspectivas. Bogotá; 2000; 65-70.

113. Ospina D, Castaño R.A. Producción científica sobre derechos sexuales y reproductivos, Colombia 1994. Invest educ. enferm. 2009; 27,(2): 181-190.

114. Rojas C. Caro E. Género, Conflicto y Paz en Colombia: hacia una agenda de investigación. Iniciativa de Programa para la Consolidación de la Paz y la Reconstrucción. Ottawa; 2001.

115. Mora L. Masculinidades en América Latina y El Caribe: el aporte del UNFPA. México: UNFPA - Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe; 2001.

116. Stewart DE, Dorado LM, Diaz N, Ning gender equity in health policies in a low- (Peru), middle- (Colombia), and high- (Canada) income country in the Americas. J Public Health Policy. 2009; 30(4):439-54.

117. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Mejía ME, Villaquiran ME. La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. Colomb Med. 2005; 36(3,supl.2): 33-42.

118. Pallitto CC, O'Campo P. Efectos a nivel de la Comunidad de la desigualdad de género sobre la violencia en la pareja y el embarazo no deseado en Colombia: pruebas de la perspectiva feminista. Soc Sci Med. 2005; 60 (10): 2205-16.

119. Castañeda O, Ortega G, Reyes Y, Segura O, Morón L. Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. Invest Andina. 2009, 11(19): 31-48.

120. Otero L, Fernández ME. Jóvenes de hoy. Perfiles de conducta masculina: datos comentarios útiles para agentes de promoción juvenil. México: Editorial Pax; 1990.

121. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.

122. Perez F, Dabis F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. *AIDS Care*. 2003; 15(1): 77- 87.
123. Zuluaga L, Soto C, Jaramillo D. Comportamiento sexual y problemas de salud en adultos jóvenes, Universidad de Antioquia, 1991. *Bol Of Sanit Panam*. 1995 Sep; 119(3): 212-25.
124. Pacheco CI, Rincón L, Guevara EE, Latorre C, Enríquez C, Nieto JM. Meanings of sexuality and reproductive health in adolescents from Bogota. *Salud Pública Mex*. 2007 Jan-Feb; 49 (1):45-51.
125. Castillo M, Meneses MM, Silva JL, Navarrete PA, Campo A. Prevalencia de las relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga. *Med UNAB*; 2003; 6(18): 137-46.
126. Upchurch DM, Aneshensel CS, Sucoff CA, Levy Storm L. Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *J Marriage Fam*. 1999; 61(4): 920-933.
127. De Gaston JF, Wedd S, Jensen L, Understanding gender differences in adolescent sexuality. *Adolescence*; 1996; 31(121): 217.231.
128. Santelli JS, Loery R , Brener ND, Robin L. the association of sexual behavior with socioeconomic status , family structure and race/ ethnicity among US adolescent. *Am J Public Health*. 2000; 90(10): 1582-1588.
129. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(6): 388–402.
130. Muñoz D. Hacerse mujeres, hacerse hombres. *Dispositivos Pedagógicos del Género*. Bogotá: Siglo del Hombre; 2004. p. 104.
- 131 Brook DW, Brook JS, Pahl T, Montoya I. The longitudinal relationship between drug use and risky sexual behaviors among Colombian adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Nov; 156: 1101-1107.
132. Valois RF, Thatcher WG, Drane JW, Reinenger BM. Comparison of selected health risk behaviors between adolescents in public and private high schools in South Carolina. *J Sch Health* 1997; 67: 434-440.

133. Ross T. Using and dealing on calle 19: a high risk street community in central Bogotá. *Int J Drug Policy*. 2002; 13(1): 45-56.
134. Klevens J, Bayon MC, Sierra M. Los factores de riesgo y el contexto de hombres que maltratan físicamente en Bogotá, Colombia. *Direct Child abuse & neglect*. 2000 Mar; 24(3):323-332.
135. Pinilla E, Forero C, Valdivieso M. Servicio de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga- Colombia). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2009 May-Ago; 27 (2):164 -168.
136. Urrea Giraldo F, Congolino ML, Herrera HD, Reyes JI, Botero WF. Sexual behaviors and incidence of sexual and reproductive health programs among poor secondary students and public university students in Cali, Colombia. *Cad Saude Pública*. 2006; 22(1): 209-215.
137. Vega A, Garzón LM; Morris C y Guy S. Capacitación y servicios de salud reproductiva para jóvenes desplazados en Colombia. *RMF*. 2003; 15: 7-9.
138. Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colomb Med*. 2003; 34(4): 206-212.
139. Secretariado Pastoral Social, Sección Movilidad Humana, Universidad de Antioquia, Instituto de Estudios Políticos. *Desplazamiento Forzado en Antioquia. 1985-1998*. Bogotá. Ed. Kimpres , 2001. p.36.
140. Desplazamiento interno-urbano, “Guerra, Paz y Derechos Humanos en Antioquia. Informe sobre la situación de violencia. Derechos humanos y Derecho internación Humanitario en Antioquia. Diagnostico y tesis interpretativa. Medellín. 1998. p. 122
141. Acción Social. Artículo en [Internet], Consultado en Agosto 7 de 2011. http://www.accionsocial.gov.co/Superacion_Pobreza/FamiliasenAccion.aspx-
<http://revinut.udea.edu.co/index.php/ceo/article/viewFile/7078/6490>
142. Restrepo J. Medellín: Fronteras de discriminación y espacios de guerra. En: *Las fronteras de América latina: Dinámica, procesos y elementos para su análisis*. Artículo en Internet. Consultado el 8 de Agosto de 2011. <http://www.acervohistoricozulia.com/descargas/08-librofronterasversionfinal.pdf>

143. CODHES. Aspectos críticos de la política pública de atención a la población desplazada 1998 - 2002. En: Desplazamiento: implicaciones y retos para la gobernabilidad, la democracia y los derechos humanos. Bogotá: CODHES; 2002.
144. Villa M. Desplazamiento forzado en Colombia. El miedo: un eje transversal del éxodo. Controversia. 2006; (187): 11 -45
145. Lechner, N. Los patios interiores de la democracia, Santiago de Chile, Flacso. 1986. P.76.
146. Ceballos GA, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en estudiantes de secundaria de las zonas rurales del distrito de santa marta, Colombia . Colomb Med 2007; (3), 9: 101-109
147. Ceballos GA, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en estudiantes de secundaria de las zonas rurales del distrito de santa marta, Colombia. Colomb Med. 2007 (38): 185-190.
148. Ospina P, Vega A. Capacitación y servicios de Salud Sexual y Reproductiva para jóvenes desplazados en Colombia. En: Migraciones Forzadas. Instituto de estudios interétnicos. RMF. 2003 Sep; 15 p. 7-9
149. Vélez J. Pacientes con enfermedad renal bajo hemodiálisis: libido y función eréctil. Rev. Argent. Urol. 2006 (71)4:248-253.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de observación capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres en situación de desplazamiento forzado.

Características de los albergues

- Área geográfica.
- Área locativa.
- Infraestructura de los albergues
- Recurso humano.
- Recursos físicos.

Actividades dentro de los albergues

- Educación y orientación.
- Asignación de tareas dentro del albergue.
- Asignación de recursos.
- Programas de salud.
- Programas de salud sexual.
- Normatividad de los albergues.
- Recreación.

Condiciones de vida

- Privacidad y hacinamiento.
- Alimentación.
- Relaciones personales y familiares.
- Desempleo Vs trabajo formal e informal.
- Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.
- Sitios de frecuencia habitual.
- Convivencia.

Anexo 2. Taller sensibilización de los hombres en condición de desplazamiento forzado sobre su salud sexual y reproductiva.

Objetivos

Explorar y sensibilizar a los hombres en condición de desplazamiento sobre aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Reconocer los significados que los hombres tienen sobre la Salud Sexual y Reproductiva, y cómo influyen en la relación con su familia o su pareja.

Propósito. Generar en los hombres que residen en los albergues que cobija Acción Social, reflexiones acerca de la sexualidad y su masculinidad, como primer paso en la identificación de problemas que se invisibilizan en la difícil situación de estar en condición de desplazamiento.

Metodología. Se convocaron a diferentes hombres que residían en los albergues administrados por la UAO, con la colaboración de los líderes de los mismos, con el fin de participar en el taller. El número de hombres reunidos en cada uno de los albergues, fue de acuerdo a los requisitos exigidos para la investigación y al número total de ellos viviendo en los albergues, ASOPU, CORPORACION VIVE. Las características de estos hombres fueron: ser hombres mayores de 18 años y menores de 60 casados o no y que tengan menos de 1 año de estar en situación de desplazamiento.

El taller se desarrolló en las siguientes etapas.

Acercamiento. Presentación con el grupo y motivación acerca de las expectativas sobre el taller.

Presentación de los temas. Resumen específico de cada uno de los temas a desarrollar

Introducción a la masculinidad y la sexualidad.

Desarrollo temático. Introducción a los temas generales y orientación reflexiva acerca de las discusiones en grupo.

TEMAS. Masculinidad. Esbozo histórico.

- Reflexión acerca de la hegemonía masculina.
- Condiciones de género, división sexual del trabajo.
- Características que son parte de la construcción social del hombre.
A. fuerza física. **B.** Inteligencia racional. **C.** Libertad.

Aspectos fundamentales en la masculinidad. Poder de dominio control y violencia.

- Violencia física
- Violencia psicológica.
- Violencia sexual.

¿Qué implicaciones tiene para las mujeres niños y hombres?

¿Ser machista es una ventaja para los hombres? ¿Qué consecuencias tiene el machismo para las mujeres y los hombres?

Se profundizó en roles en la casa, en la educación, en el sexo y en el trabajo.

Sexualidad masculina. La primera vez. Compartir experiencias, pensamientos, sentimientos y virginidad.

¿Dónde y cómo fue? ¿En qué pensaban? ¿La edad influyó en la primera relación sexual? ¿Qué sabías de sexualidad antes de tener las relaciones? ¿Su primera vez influyó en el desarrollo de su sexualidad? Si le gusto o no, dejó marcas, enamoramiento, abuso, si incito a hacerlo más seguido etc.

Se invitó a los participantes a compartir experiencias de sus propias vidas en las cuales el ejercicio de su sexualidad (dimensión física y afectiva) haya resultado en consecuencias negativas (reales y posibles) para otras personas y/o para ellos mismos, consecuencias que pueden ser de carácter personal, familiar, social, psicológico, físico o económico y haya implicado algún tipo de daño, carga o sufrimiento.

¿Cuáles son los riesgos que tomamos nosotros los hombres en el ejercicio de nuestra sexualidad? ¿Por qué tomamos esos riesgos?, ¿Qué papel juega el alcohol en el ejercicio de las prácticas sexuales de riesgo?, ¿Qué otros

elemento inciden y de qué manera?, ¿Qué medidas debemos tomar para reducir esos riesgos y peligros?, ¿Qué cree que puede obstaculizar tomar las medidas anteriormente mencionadas?, ¿De qué manera podríamos incidir en otros hombres, especialmente nuestros hermanos menores e hijos, para que ejerzan con responsabilidad y de manera sana su sexualidad?

Por último una etapa de finalización donde se socializó un video sobre salud sexual y el uso del condón.

El primer acercamiento a este pequeño grupo poblacional de hombres en condición de desplazamiento, se logró gracias al apoyo de la coordinadora encargada a la fecha del Albergue ASOPU, quien programó la participación de 12 hombres con edades que estaban entre los 18 y 44 años.

Se logró que la llegada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia fuera amigable y confiable por cuestiones de seguridad, los participantes fueron transportados de su lugar de albergue a la institución.

En el momento de llegada se les entregó a cada uno el programa del taller, una escarapela con su respectivo nombre, libreta, lápiz y lapicero para toma de notas.

Se evidenció gran expectativa sobre esta sensibilización, ya que con anterioridad y gracias al acceso al trabajo de campo, se había establecido un rapport con la comunidad, dicha empatía se logró también con la coordinadora quien avaló los objetivos y el propósito del taller. La empatía fue inmediata y la presencia de una figura masculina causó mayor comodidad con relación a los temas de sexualidad. Se utilizó un lenguaje acorde a las expresiones percibidas en el trabajo de campo y en el momento del lobby, antes de iniciar la dinámica de trabajo. Se indagó acerca de la presencia de dos mujeres en el aula que estarían escuchando los temas, algunos se sintieron tranquilos, otros realizaron gestos de desagrado y otros simplemente dijeron que no se sentían cómodos, de igual forma, en el acercamiento a los participantes se motivó al desprendimiento de la figura femenina como actor evaluador y de juicio de las conductas masculinas, ya que ellas cumplirían funciones de toma de notas, grabación y participación en preguntas que dieran profundidad a diversos temas y como conocedoras del tema se aclaró que no era nada novedoso escuchar a los hombres hablar de sí mismos en su presencia.

Se realizó una introducción acerca de la salud sexual y reproductiva en hombres por parte de la Directora del GIPECS, Catalina Ochoa, quién realizó trabajos sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de desplazamiento y motivo a preocuparnos por el interrogante. ¿Qué pasa con los hombres en esos aspectos de la SSR?. Se contextualizó el tema afirmando que la mayoría de los temas de salud sexual son tratados desde una perspectiva de atención priorizada hacia las mujeres, que son ellas quienes se embarazan, crían y levantan los hijos y planifican y que hay poco conocimiento acerca de la participación de los hombres sobre lo que piensa, de quienes los escuchan y cuál es su posición dentro de las familias con relación a la SSR. Se reforzó el hecho que cuando se habla de salud de las familias, se habla es de las mujeres, dejando de lado la representación masculina en este tema, por esta razón se invitó a los varones a tratar de acercarse a su propia sexualidad, a la sexualidad de las mujeres y la salud sexual de su familia.

En la presentación de cada uno de ellos, se logró identificar que provienen de diferentes partes de Antioquia, solo una persona era desplazada de otra región del País. En el encuentro se identificó gran aceptación entre ellos, tenían buena comunicación, se realizaban burlas unos con otros, parecían compartir lazos de amistad. En la mayoría de los participantes se observó un poco de timidez para hablar en público, lo que significó un segundo obstáculo en el buen desarrollo del taller, el cual disminuyó en la medida que entraron en confianza con el tema; por otro lado algunos de los participantes no sabían leer ni escribir, y otros lo hacían con dificultad, esto indicó que el nivel de escolaridad de este grupo poblacional era bajo y significó cambiar la dinámica de trabajo.

Respecto a las expectativas escuchadas sobre la SSR en hombres, se encontró que poco conocimiento en aspectos relacionados con la SSR y en especial sobre aspectos de su masculinidad, otros refirieron no haber participado en ningún taller y les pareció importante recibir información nueva.

Uno de los participantes refirió haber investigado sobre el tema, apoyado en la TV y en el Internet, refirió que el taller es excelente para la adquisición de conocimiento y más adelante ponerlo en práctica o asesorar a otras personas que lo necesitan, otros reconocieron que no conocen su propio cuerpo y por ende es importante este tema y otros expresaron gran interés por este tipo de talleres y aunque ya han participado en esta clase de talleres, siempre lo consideran importante.

La presentación como coordinador de esta actividad fue amigable, no formal, acorde a la situación, mi vestuario fue sencillo, sin elementos llamativos respetando la condición de los participantes. Mis expresiones y jerga común se asemejó a la de ellos, respetando sus “dichos”, “tiros” y términos poco usuales en un lenguaje formal; esto permitió la confianza de los participantes conmigo y con la investigación, además de garantizar una excelente comunicación de la voz masculina. Como primera medida, se utilizaron los términos con los que ellos se sintieran más cómodos al hablar del sexo, de acuerdo a lo escuchado en temas de sexualidad entablados en el albergue (cola, verga, mondá, aparato, chimba, culiar, follar, manotazo, paja, entre otros).

Seguidamente a un introductorio de los temas a tratar, se mostró una diapositiva con el título: **Salud Sexual y Reproductiva** sobre dos columnas, nominadas **antes y después**. La dinámica o actividad impartida era llenar esas columnas con cambios de su vida en los diferentes tiempos, de acuerdo a la influencia del fenómeno del desplazamiento y su salud sexual y reproductiva. (Antes tenía pareja, ahora no, antes tenía acceso a condones, ahora no), siguiendo parte de la motivación anterior, se reunieron en 2 grupos para discutir durante 10 minutos aspectos de la **salud sexual femenina y la salud sexual masculina** y compartirlos entre todos para establecer las diferencias, conocimiento y relaciones entre los dos conceptos.

Qué se percibe. La manera como participan los varones en la mesa de trabajo, fue guiada por la vocería de un líder o líderes dentro del grupo, que imponían una conducta de ser conocedor sobre el tema; apabullando a los otros participantes del grupo, o simplemente influyendo en sus respuestas, las cuales pudieron ser condescendientes con las del líder de grupo. *Parece que estos temas, aún siendo compartidos entre personas del mismo sexo les generó alguna sensación de incomodidad, sea por desconocimiento del tema que hablaron de manera general o por no herir su orgullo masculino al no tener las mismas experiencia; en general entre ellos hubo conductas descalificadoras.* Cuando compartieron ideas con las que todos estuvieron de acuerdo, se rieron y disfrutaron del tema “tema de hombres”, aceptaron “ser groseros”, “arrechos”, “coquetos” etc.. Durante la actividad, se estimuló sobre aspectos importantes en la toma de decisiones en las relaciones sexuales, aspectos de los hombres y mujeres que no se tocan normalmente, como el asedio de las mujeres y las mujeres “busconas” (*que coquetean con muchos hombres*), las múltiples relaciones de los hombres así como las preferencias sexuales.

Los hombres hablando de la sexualidad masculina y femenina. En este tema los hombres se percibieron conocedores, se creyeron convencidos de su saber, pero expresaron no tener facilidad para comunicarlo. Uno de sus voceros compartió los aspectos importantes sobre la sexualidad masculina discutida en su grupo; de igual forma otros discutieron los aspectos de la sexualidad femenina.

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva

Aspectos de la Sexualidad

MASCULINA

Materialista: “nos mecanizamos en el sexo muchas veces.....muchas veces llegamos solamente a tener sexo, no pasa de ser una eyaculación, una penetración, unas caricias, se limita únicamente a la erección.....”, explican que es por la falta de amor y de cariño.

En ese mismo aspecto reconocen el **Machismo**, “somos machistas por que el que lleva el pregón en la pared siempre es el hombre (es el hombre el que lleva el mando en las relaciones), el hombre es el que manda, no permitimos nunca que estando con la pareja ella tome decisiones(compara con una canción, donde el hombre si sale a la calle pero se enoja cuando sale la mujer)... Tenemos un don de mando, es una conciencia que no podemos cambiar, somos machistas; las mujeres coquetean y los hombres también somos coquetos.

Aspectos de la Sexualidad

FEMENINA

Uno de sus voceros inicia hablando de aspectos físicos de la mujer

- “Las mujeres son muy atractivas, llaman la vista, son lindas”..
- “Las mujeres son muy arrechas muy calientes, no planifican, no se cuidan y tienen muchos hijos.....”
- “Otros opinan que los hombres también se tienen que cuidar, pero dicen que dialogan con ellas y dicen que se están cuidando, y mentira.....”
- Otro opina que “si el hombre no quiere tener hijos, es él, el que tiene que cuidarse.

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva.

Aspectos de la Sexualidad

MASCULINA

Coquetos. “...uno sabe como conquistar una mujer, y sabemos cómo buscarle el punto débil de ellas....”

Ambiciosos. “....somos ambiciosos por todo lo relacionado con los pechos, la cadera, la estatura, y la figura es muy importante, cuando una mujer es muy grande un quiere estar ahí, esto puede convertirse en algo momentáneo, por que después se pasa delicioso....”

Golosos. “.....Uno quiere ser goloso, quiere más mujeres, nos volvemos intensos con el sexo, sin importar el amor....”, (hablan de intensidad relacionado con el amor y asumen que es directamente proporcional). “... la mujer ama mas al hombre se vuelve muy intensa, y viceversa, siendo más intensas las mujeres”.

Aspectos de la Sexualidad

FEMENINA

• “.....Hay unas que son muy perras y muy coquetas.....” (se refuerza el comentario diciendo, “..... sí, hay unas mujeres bien calientes y ¿sí uno está bien cansado o fundido, qué?..... Nooo, todas las mujeres siente igual, se aguantan el deseo,.....se vuelven areperas, un clavo saca otro clavo....”.

• “....Hay algunas que le gustan que le chupen el clitoris... y el caso de nosotros es lo mismo, uno ve unas viejas, que a veces uno dice “esta vieja está muy buena pero pa´ ponerla a chupar”.

• “....Hay algunas que tienen unos pezones muy atractivos”.

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva

Aspectos de la Sexualidad

MASCULINA

Inconformes. “... Nosotros tenemos en la mente programado una erección de 12 horas, de 7 a 7 de la mañana,... uno queda muy inconforme....., porque de pronto uno a veces acaba muy rápido y la esposa queda con muchas ganas.....cuando hay muchas ganas a veces llega uno de una y no logra el punto de satisfacción...”

Promiscuos. “.... Uno busca el placer sexual, conocer más es uno de los pilares sexuales y eso es en todos los géneros hasta en los curas”.

Interesados. “... Muchas veces a las relaciones le tenemos un poquito de interés”.. (Cómo así, si en este momento en esta condición, encuentran a una mujer con platica.....qué?)....., ¡Eha Ave maría! si uno a veces se hace un manazo (paja o masturbación) pensando en algo , como no estar con una vieja y más con platica”.

Aspectos de la Sexualidad

FEMENINA

• “...Hay mueres que son muy chuponas...”. (hay regocijo en el aula, lo gozan, como si eso fuera lo que más les gustara..... se extienden en este tema, lo comparte),.....

• “...Hay unas que les gusta que le den por el chiquito.....(¿qué es chiquito). El chiquito es el menor de la casa....esa es la parte más delicada.....ha,ha...”

• “...Hay unas que son muy calientes e interesadas con su esposo ...”

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva.

Aspectos de la Sexualidad

MASCULINA

Inseguros. “...Somos inseguros porque algunas veces pensamos que no vamos a dar la talla.....hay mujeres que en las caricias representan algo que uno de pronto no alcanzamos a reemplazar..... Cuando uno tiene confianza las cosas se van dando.....”

Hay relaciones de 30 y 40 años donde todavía no hay una comprensión sexual ni afectiva, no el sexo de verdad, sino el sexo de una manera muy diferente a la otra, tiene puntos

Aspectos de la Sexualidad

FEMENINA



Socialización. En la discusión se aclaran cada uno de los conceptos emitidos por los grupos y se hace énfasis en las diferencias, se encuentra que los hombres fueron decididos en saber lo que quieren, conocen sus debilidades y se representaron así mismo y frente a la sociedad como infalibles, tenían un conocimiento difuso pero hablaron desde la perspectiva de la hegemonía masculina, en comparación con el concepto de la mujer, se encontró que hubo un total desconocimiento de la sexualidad femenina, el abordaje dado solo suscitó esquemas mentales del cuerpo femenino y las actitudes de las mujeres que llevan una vida libertina y quizás sin protección, “...son unas perras, son muy calientes, son interesadas, les gusta chupar y les gusta que les den por el chiquito...”. Este esquema compartido por todos los varones más parece una realidad pornográfica donde evocan fotos, videos ó recuerdos de relaciones sexuales con mujeres del comercio sexual.

Al hablar de planificación, algunos hablaron de la responsabilidad compartida y de derechos, “...tanto hombre y mujeres tiene derecho a cuidarse...”

“... Si uno tiene una mujer solo para el placer, es mejor uno cuidarse, se evita el muchachito...”

En conclusión para esta actividad, se mostraron contentos, por su condición masculina y su relación fálica frente a las mujeres, pero es evidente el desconocimiento de los derechos sexuales de las mujeres y la inequidad en el comportamiento masculino frente a ellas.

Uno de los participantes agrega: “no confundamos las cosas, la sexualidad no es lo afectivo, y lo masculino no está por encima de la mujer...., cuando se habla de género, en primera línea se habla es de lo masculino”, cuando se habla desde el nacimiento, ya se separa en masculino y femenino, inclusive desde la religión, Adán y Eva, ya nos han venido criando con esa diferencia.” “...en ocasiones uno tiene que meterse en la vida animal para comprender un poquito más al hombre, cuando uno ve la realeza del animal se comprende mucho mas de quien es uno como persona, estas clases son muy buenas pero no se pueden mecanizar,..... esto no se puede practicar aquí..... pero la idea es aprender.....en el aspecto de lo material, uno tiene que ser sobrenatural para que las cosas sean más exitosas...”

En los temas de planificación, se deja claro entonces que la planificación no es solo para las mujeres, sino para los hombres, hablan del uso del condón y de la vasectomía superficialmente.

Posterior a estas reflexiones, se presentó unas diapositivas que acercaron a los varones sobre la búsqueda de la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva; en esta se planteó la discusión sobre la planificación familiar en las mujeres como uno de los asuntos críticos de la salud sexual y reproductiva.

Reflexiones y fragmentos “*Hablan los varones*”

*“Una de cada 4 mujeres casadas tiene una necesidad insatisfecha de anticonceptivos”, se planteó entonces que el 25 % de estas mujeres casadas encuentran un obstáculo para poder planificar, y se indagó sobre **¿cuales serian esos obstáculos?** Alguno de los comentarios por parte de los asistentes fue relacionado con la alteración de su imagen corporal.*

“porque se engordan, porque se ponen feas, pierden la figura... que los bananitos, que le mancha de la piel, que las caderas, otras por que quieren tener más hijo....., tienen 7 hijos varones, y se llena de hijos buscando la niña..”. Estas personas reinciden que es por salud.

“...ser fértil para tener familia, es algo que muestra poder...”

A la pregunta **¿qué tiene que ver el hombre en esta situación?**

“... eso es cosa de los hombres también, uno puede planificar para que ella descanse..., hay hombres que no le gustan que las mujeres planifiquen... si no tiene familia, y quieren tener familia, pues no planifican...”. “Personalmente con mi pareja no me gusta que planifique, me siento que cuando estoy con ella boto mis energías, entonces nada hice, y yo quiero es ser fértil...,si yo me siento bien....sí yo estoy con ella y no está planificando y no queda en embarazo es otra voz,...pero si yo me siento bien, es porque de pronto todavía uno mejora, pero uno ahí, trin, trin y botar la energía y pa’nada...” Hombre de 27 años- Unión libre

“...y es tener mucha desconfianza, porque es que uno trabajando y uno no sabe ella con quien se queda,... esto es un oportunidad también para que de pronto se desapodere del porcentaje de los celos de estar ahí en línea 1,....si una mujer planifica, puede estar con cuanto hombres se le de la gana, si sabe

que no va a tener familia, y no va a quedar encartada, y no va a dañar su relación, porque se la enjuaga y ya...entonces uno como hombre no la va a dejar salir...” Hombre de 36 años sin hijos con novia en el albergue

Por otro lado, los varones expresaron acerca del uso del condón los siguientes:

“...es que los condones, no es el medio más seguro para evitar tener hijos o evitar cualquier enfermedad....hay condones que se rompen...y es seguro siempre y cuando las mujeres estén un poquito estrechas,.....si las mujeres esta ya flojas....,pero si la mujer está un poco virgen o está un poco joven, eso no da ninguna seguridad, eso se rompe...” Hombre de 24 años soltero.

Respecto a la planificación familiar se hace la siguiente pregunta **¿Cómo vamos a planificar nosotros ahí?** “... ya lo hace uno, se pone uno de esos cositos que se ponen aquí (señalando el antebrazo izq)...¿cómo es que se llama eso?... Norplant, y pues si uno no quiere tener más familia y tiene su señora, ya uno sí, usa el condón...” ¿Es para lo único que sirve el preservativo? “...no para muchas enfermedades, par el VIH, la gonorrea-...” Otro participante puso en discusión lo siguiente “... si yo estoy con mi mujer, yo creo que el condón entre nosotros no debería de utilizarse (claro, varios opinan lo mismo)...yo no lo utilizo con mi mujer... Si voy a estar con otra, usted sabe que uno es hombre, utilizo hasta 2 porque si de pronto se rompe uno el otro me protege...” Otro de los participantes le preguntó al compañero ¿y si las mujeres nos dicen que no quieren planificar y no quiere tener más hijos?.

...entonces planifico yo....., hay que buscar el medio más adecuado para la planificación. ¡ah bueno ¡ búsquela....¿.cual es la solución inyectándome,... porque ya lo hay para hombres, si yo me inyecto, yo me cuido, ella no va a quedar en embarazo, ya si queda en embarazo, ahí si hay..... o.....el método para no quedar en embarazo lo ideal es la vasectomía, eso lo hacen gratis en pro familia...Hombre joven de 22 años con pareja de 38 años.

“.....El condón si es con mi mujer no lo utilizo, sería feo, usted se imagina uno levantarse de una relación, bien cansado, cuando uno se levanta y ve eso, no eso es una cochinado, eso es como incomodo.....no y que va a pensar ella, “pero el porqué lo hace conmigo así con condones”, podría pensar que es que uno está enfermo. “... ve este con quien se metió, de pronto es que este está enfermero”... ahí viene ya la investigación, la persecución, ...” o ella va a pensar que uno está pensando que ella tiene una enfermedad, esta es otra

conclusión, “... eso se basa en la confianza” Hombre de 22 años con pareja de 38 años.

¿Usted como confía en su pareja y como estimula esa confianza? A esta pregunta todos hicieron silencio..!hum; Unos comentaron la necesidad del diálogo. “...*hay que dialogar con ella, eso va en la elección, cada que uno elige su mujer, sabe de dónde la saca, sabe con quien anda, si usted saca una ...*” “...*eso es muy difícil, porque hay mujeres que en la misma propia casa de uno se la hacen y te la hacen*”.....” yo digo una cosa, uno prácticamente, eso va sobre la confianza que uno tenga con la pareja, la relación, como se trate, si va a tal cosa, prácticamente la comunicación que se tenga con la pareja, es que si usted le tiene desconfianza, y si usted, tin y tan, de babilon, , es por algo, el hombre es muy malicioso.... Las mujeres uno nunca va a conocer a las mujeres...”

Parece entonces que las relaciones o vínculos establecidos por estos varones en la trayectoria de sus vidas, no han sido satisfactorios, hay una representación de la infidelidad femenina que sobrepasa la de los varones, dejando en el ambiente la concepción de que los comportamientos errados en la salud sexual se adjudican es a la mujer.

“...yo no estoy de acuerdo con lo que dice el compañero....es que en una relación siempre debe haber una dialogo....que es un dialogo, , si yo por ejemplo me duele un testículo, [jah´j, que pena decirle a mi mujer... mami, mira es que amanecí que me duele un testículo, y si es una mujer que también lo apoya a uno, “ y porque no vamos donde el médico, y si a ellas por ejemplo, que amaneció botándole algo por la vagina y hay que untarle algo en la vagina [“ papi, mira aquí un momentito, que es que yo siento que algo me bota y no es costumbre,], que va ha pasar y ya me voy a preocupar .. no mami vega vamos al médico....doctor a mi señora le pasa esto, no sé por qué de un momento a otro....el doctor lo que va ha decir es, eso es una seguridad que tienen ustedes dos, se conocen bien, lo que uno no se conoce con nadie...entre la confianza que se tenga..... el dialogo es [mami si de pronto yo siento algo, o mami, si de pronto sientes algo, afecto, dímelo, o mami mira me paso esto en la calle.], “ yo por ejemplo, cuando tengo una novia, y siento que es una relación seria, yo ahí mismo le digo “ a mami mira que de pronto me voy a una rumbita con unos compañeros, yo me parcho una amiguita”, ella no lo va a tomar, de este guache o este porqué no me quiere, o algunas que dice que uno no las quiere.....pero si usted ya dialogo con su pareja, y si tienen confianza,...se que se va escuchar muy maluco, pero el día de mañana cualquiera de los dos aparece con una enfermedad, y si no se dialogó,

entonces no hay como hacer un reclamo.... Si no le contamos lo que hacemos en la calle de vez en cuando, maluco...es que uno mantiene antojado de muchas cosas en la calle, por ahí hay muchas mujeres bonitas...”

“...O que hay mujeres que tienen por ejemplo su guevonada, y tienen confianza con uno, y le dicen a uno, mira siento un olor muy feo...ella esta confiando en uno por qué cree.....mejor dicho como ella está libre de pecado, “ no ha estado con nadie, solamente con mi marido, y que tales y yo siento que me sale un olor maluco” hay mujeres que tienen la enfermedad...por ejemplo la gonorrea, y a ellas se les viene a notar es como a los 8 días.....entonces cuando uno quiere y ella “ hay que no es que mire...”, entonces mire que uno va a pensar [hay marica, será que yo estuve con otra hembra, por allá y ella me pego la trin, si me entiende] no vamos donde el médico...esto es confianza...”

Al hablar de la atención con los médicos, pregunto **¿Sí nos sentimos a gusto mostrando la cola a un médico, cuando tenemos una verruga o algo que?..** Se genera discusión, todos querían participar,

“...en caso que yo esté enfermo o sea una enfermedad muy grave, y que.....me revise el que sea..... A mí me gustaría más que me revisara una hembra... varios apoyan esta respuestapor que ya uno queda raro, con que otro man venga a tocale el pene a uno, y que tal que un man de esos sea bien raro...”

Uno de los participantes dice: *“Yo creo que hay un aspecto muy importante, en esto, y de pronto esto es un principio de todo. El conocimiento es una prevención a todo lo que hemos dicho, en ambas parejas sobre la sexualidad; las mujeres no expresan muchas veces todo lo que sienten por miedo a perder el marido o por miedo a perder el patrocinio que tienen en común, pero si se lo cuenta al amante..... Resulta que el señor es convencido de que está cumpliendo con todo lo de su mujer en la satisfacción, pero resulta que le cuenta al amante, “ es que ese man me echa un solo polvo y yo quedo con ganas, ese man me echa uno y me da la espalda, y a los 8 días es que medio me toca, cuando yo ya no tengo ganas..... entonces a veces ella va y se desahoga donde el otro, y él cree, que su mujer es la puta..., la mujer le dialoga con confianza pero lo está engañando.....lo está trabajando mentalmente, pero se siente ella mal....”*

*“¿Que es lo que evita todo eso? el conocimiento de ambas personas, por eso yo creo que ustedes están citando después de haber citado a estos talleres tantas mujeres, están citando al sexo masculino, porque al hombre no lo han tenido en cuenta para esto. Y nosotros tomamos las cosas con más libertad.... Por eso todo hombre que haya pasado de tener sexo con tantas mujeres, casi todo hombre pasa por gonorrea, **porque eso es normal**, pues es entre las primeras enfermedades venéreas que da entre el sexo masculino como en el sexo femenino.... Eso da por ser promiscuo....por el virus gonococo”*

“Uno no se lo cuida la primer vez, porque ya hoy en día sabe que el benzetacil, de 1´200.000 y 2´400.000, entonces ya casi todo el mundo conoce por que ya, a casi todo el mundo que a pasado por lo mismo, entonces la gente muy fácil le dice a uno vaya donde fulano de tal..... pero uno no se ha realzado un examen donde se analicen las bacterias que pueden ser diferentes en cada tipo de las personas, y depende de la alimentación de uno, la salud de uno como este, de la edad, de la sexualidad....uno dice “yo soy hombre totalmente activo 100 %,” pero ese hombre activo hace sexo anal, puede ser con su mujer, y el ano de un hombre y el de una mujer, no tiene diferencia ninguna, porque ambos poseen las mismas bacterias.....otras veces hay una relación sexual, que entre pareja, se pueden ganar unas enfermedades, por el cambio de canales, cual es el cambio de canales, la vagina y el chiquito.....trin trin, una penetración vaginal.....trin y se fue por el ano, y de ahí la sacan directamente a la boca y otra vez a la vagina...”

“...Ya son enfermedades que no van a estar dentro de la vagina por ejemplo la gonorrea, si el hombre se la come, no pasa nada porque el estomago no está preparado para eso, mas los órganos sexuales si.....Entonces, uno ahí va a terminar, engañado, inocente y contagiado...”

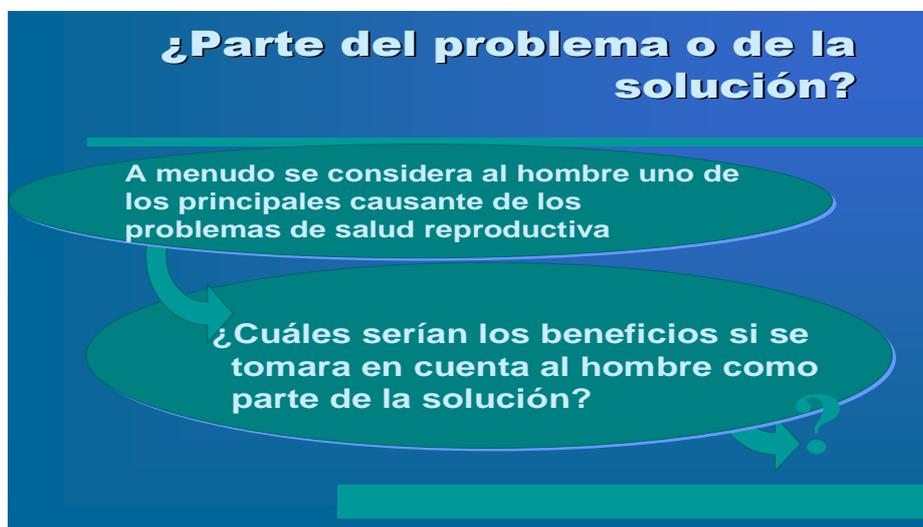
Frente a el riesgo de tener una ITS (Infección de transmisión sexual) **¿dónde irían, a quien le cuentan?**

“... Al mejor amigo, es lo más fácil, ah que vaya a tal farmacia... y si tiene confianza con los papas le cuenta.....o el mejor amigo le dice, no vaya a tal farmacia que allá le ponen una inyección...”

Como conclusión, se habló del hombre como uno de los principales causantes de los problemas en la salud sexual y reproductiva, seguidamente se realizó una actividad donde los participantes en sus libretas, responden a la pregunta ¿Cuáles serían beneficios si se tomara en cuenta al hombre como parte de la solución?

“.... No es que nosotros podemos hablar, podemos opinar... las mujeres se quejan mas de que los hombres somos los que llevamos las enfermedades a la casa...nosotros somos unas gonorreas, tenemos sexo hasta con animales...”

Aporte de los participantes a esta pregunta



Tomado de: USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). Buscando la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva. Estados Unidos: OMS (Organización Mundial de la Salud); 2002.

- *Los beneficios serían buenos, si uno quiere a la pareja, si está en nuestras manos ayudar o aportar, buscamos una solución correcta.*
- *Confianza en términos sexuales y una mejor relación, mejor trato familiar, crear confianza de pareja, conocer términos saludables de la enfermedad en la sociedad y ser menos promiscuos.*
- *La participación debe ser de los dos, y entre los dos se deben buscar los hijos, nosotros no tenemos respeto por la familia ni por la pareja.*

- *Nosotros no somos culpables del problema en la salud sexual y reproductiva.*
- *Los beneficios serían del 100%, por la comprensión, por el conocimiento y por la orientación.*
- *Los beneficios serían todos, porque el hombre es mentiroso, engaña, miente y causa todos los problemas de su pareja.*
- *Los hombres somos responsables de los que le pasa a la mujer simple y cuando la mujer sea seria y correspondiente.*
- *Somos culpables, porque casi siempre somos los que llevamos las enfermedades a la casa.*

La socialización de estos temas se realizaron con la dinámica de: complete la historia. El objetivo de esta actividad es incitar a hablar a los hombres en el lugar del otro. Donde ellos a partir de sus propias experiencias, percepción, conocimiento e impulsos imaginativos puedan aportar al desarrollo de una historia.

Las Historias fueron los siguientes:

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva

José Luis es un oficial de construcción de 36 años, que reside en la comuna 13, el día viernes se reúne con los amigos de trabajo pues es día de pago, este lugar de reunión, siempre es frecuentado por trabajadoras sexuales.....

Ingresa en estado de embriaguez a su casa, pidiéndole a su esposa tener relaciones sexuales.....

Opinan los participantes:

*“...En el lugar donde están, pues ya uno las invita, de una de las peladas que le agrade, que nos acompañe, tómese una cervecita, tenemos platica, **¡ esto es normal pues ¡ cuánto vale, vámonos pa’otra parte.....no es que antes de las***

12 de la noche..pagamos una multa, según eso llegamos a la casa temprano, 11:45 o 12:00, llega uno a la casa temprano, en la casa está la mujer, bueno entonces, la potencia del hombre dependiendo de la edad, yo creo que puede tener 1, 2,3,4 y su la mujer en la casa esta buena y bien rica, pues se continua en la casa.. y más con traguito mucho mejor, allá llegamos a rematar eso, hasta que llegue bien escurrido, pa' poder dormir en paz y amanecer relajadito..... Pero después viene las consecuencias...". **Hombre de 36 años con novia en el albergue.**

"...Bueno José Luis de 36 años, trabajador y con una situación económica..... Y eso nos ha pasado a todos, y son historias que pueden llegar a pasar....., llega la muchacha, la invito a una cervecita, y ella me ensopa (me calienta), me mete la mano al bolsillo y me manda sin un peso pa' la casa y uno llega desesperado, patiendo, tirando y ya depuse llega uno a la casa y le da la espalda..... y después no tengo justificación ninguna..."

"...Yo por ejemplo, no estoy acostumbrado a ese tipo de ambientes, yo quiero mucho a mi esposa, quiero mucho a mis niños y me esmero mucho por ellos..... si yo me voy a gastar 15 o 20 mil en una cerveza o con una amiga, pero en mi caso no.....claro que todos no pensamos lo mismo..." **Hombre de 44 años casado y con hijos.**

"... En la reunión, comuna 13, eso suena a peligro, las puticas, la bacanería, si nos enamoramos dos de una sola, entonces que llegue cortado a la casa, agredido, estropeado..." **Hombre de 25 años soltero.**

"... Se va uno y pasa una muchacha de esas bonitas, y de pronto... o ven a uno con plastica, y se dejan invitar, ya los problemas no son que lo van golpear sino que le van a quitar la vida, y tiene que perderse uno, todo por la intimidación de la mujer..." **Hombre de 28 años de edad soltero.**

"...Puede decirle tranquilamente a la mujer que estaba trabajando e irse con una muchacha,..... necesariamente para uno estar con otras mujeres no tiene que ser una trabajadora sexual, puede ser la vecina, la compañera de estudio, la compañera del trabajo..."

“..El sexo entre más recoge mejor para uno, si yo tengo 4 o 5 novias, es un orgullo, en cambio para una mujer queda como una..... en cambio yo soy el putas...”

“...Todo depende del comportamiento sexual de cada persona, la trabajadora sexual no especifica que tiene que ser a cambio de dinero, pueden haber otros tipos de interés, ahora, las condiciones sexuales son diferentes en todos los géneros, puede que en esas reuniones usted termine con un compañero de trabajo y este sea un travesti...”

En este caso, los participantes en su mayoría enfocaron su actuar, en el libre desarrollo de su sexualidad de una manera riesgosa, es decir la elaboración de sus historias partía de la consecución de una mujer y llegar al acto sexual, pagando o no, la mayoría accedía a las relaciones sexuales.

Respecto a las relaciones con su pareja, a excepción de un participante, la mayoría que opinaron no pensaron en el riesgo de enfermar y transmitir las enfermedades a su esposa, ya que tiene a concepción de seguir teniendo las relaciones en su hogar después de estar con otras parejas.

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva.

Complete la historia

Carlos de 40 años, en una reunión social, se sintió acortejado por una joven de 26 años, a pesar de ser casado, se dejó echar los perros, y decidió irse con ella de la reunión,

El no sabe quién es la chica y piensa en cuidarse.....

digitalblasphemy.com

“...Lo hecho esta hecho... piensa en cuidarse, uno piensa muchas cosas, ya es un Cucho de 40 años, con una niña de 26..... Uno a la edad de 40 años ya debería estar organizado, si yo veo a mi papá con una chica de 17 años lo vería vulgar, es decir no soy egoísta por que el también tendrá su deseos y su derecho, pero si él se la está jugando a mi mamá teniendo el hogar formado, tiene que respetar el hogar, y si ve que mi mamá no le sirve, entonces chao, ábrala y forme su hogar por allá.”

“...Cuando se refiere a cuidarse, es cuidarse de qué?, de que no lo roben, no lo atraquen, de que no le peguen una enfermedad, o miedo a que no quede embalado con un peladito...”

“...Yo, teniendo 40 años me cuidaría en hacer las cosas bien con la de 26 años. Si yo tengo una vida organizada con mi mujer, hay que hacer las cosas bien para no dejarme pillar. Si las pelada es sardina, de pronto es bien loquita, si ella me está echando los perros a mí, es una mujer fácil,.... En que no me vaya a robar, o en que no me vaya a pegar una enfermedad, o ha dañame el hogar...”

*“ Uno ya con 40 años luchando la vida con la pareja que viene viviendo hace mucho tiempo, y como se dice vulgarmente comiendo..... Y que venga una niña de 26 años a una reunión como estamos aquí, y ve que el señor tiene forma, o tiene un carrito, o está en un rango bastante alto, ella va por un interés de lo que yo tengo atrás, o de amor, lo que me ha costado mucho sacrificio, la billetera es la que manda....entonces yo diría que uno ponerse con esto es porque la nena quiere una clase social, por el barrio, ah que mira que me regalo esto...” **Hombre de 22 años.***

*“..Me fui con ella de una reunión social, a fornicar, en el camino yo le di mi número de teléfono, otro días nos vemos, es cuestión de programación, no necesariamente ir a tener la relación sexual, en ese momento pudo haber un dialogo,..... ya después se puede programar el parche pa’un motel...” **Hombre de 24 años que convive en unión libre..***

Como conclusión, se habla con los hombres acerca de nuestra imaginación, ¿qué es lo primero que nos imaginamos?, lo peor visto o el camino fácil al sexo inseguro; en este esquema mental pues es más probable que nuestras acciones este determinadas, no solo por las condiciones en que se presenten diferentes situaciones, sino en nuestros constantes pensamientos de infidelidad, aventura y deseo sexual.

Sensibilización de los hombres en condición de Desplazamiento sobre la Salud Sexual y Reproductiva

Complete la historia

John Jairo, de 20 años, es un tipo andador, y don Juan, no había ninguna mujer que no le mirara,... cuando pasaba, todas querían estar con él, este abusaba de su atractivo y sostenía relaciones con varias de ellas. Unos meses después, a John Jairo le salió un brote en el pene, pus por donde orina, aún así, siguió en sus andanzas.....

.....

.....

“...El gigoló del barrio, con el respeto de las damas, al 50% de las mujeres les gusta el tipo que tenga un carrito, anda con la musiquita altica, tiene aretica, es soyadito.....”

“...A nosotros, a más de uno, en el pueblo, uno siempre buscaba estar en el grupo de los calidositos y eso le ayuda a conseguir más fácil o conseguía su objetivo..... en el albergue hay uno de esos conquistadores.....ese man es un challan.....”

“...¿qué le pudo haber pasado a John Jairo? Se creyó de la emoción, y uno no cree que le puede pasar a uno, si uno ve una niña bien hermosa, uno solo está viendo su cuerpo, pero no sabe que tiene por dentro, uno no mira sino en el pompis, en las pechugas..... bueno ya uno consigue teléfono, cuadran, se toman una cervecita, y cuando llega el momento de lo aquello, llego en el momento de hacer el amor... como se dice vulgarmente... uno nunca pensó en el preservativo, no es que ella es muy linda, y como es linda por fuera, también es linda por dentro, mentira, las apariencias engañan,.....nosotros siempre vamos a eso, nosotros digamos con esa virtud, con esa emoción, uno que va a pensar que esa niña que va a tener una enfermedad , y es más fácil

que una niña de esas tenga una enfermedad que una niña fea..” “...a la niña bonita la mira el rico, el mafioso, el paraco, el guerrillero, la mira todo el mundo...y a la feita quien la va a mirar...” Hombre de 36 años con novia en el albergue.

“... Lo que pasa es que toda mujer se deja agarrar, va quedando enferma, si es en el barrio se va regando esa enfermedad, y estas de pronto tienen su novio y si le pega y ahí se va regando esa enfermedad..... esto es como una contaminación cruzada, y así llegar a infectar gran parte de una población...”

“... Este man tiene que ir a donde un especialista, donde el que sabe, ir donde un medico antes de que tenga que cortar... Él lo que tenía que hacer, es averiguar con quien estuvo en esos días y que le haya pegado la enfermedad, y decirle a ella, que ella de pronto no se había dado cuenta, pa´ decirle que vaya a un medico también,.....” **Hombre de 23 años unión libre.**

“...El tipo no llamo a nadie, no se tomo nada, no consultó,....., el se quedó callado, porque de pronto lo tomo como una enfermedad que no era mayor, no es que de pronto ya apareció con este brotecito por aquí y mentiras, ahí es donde están las enfermedades, uno se queda tranquilo y no acude a tiempo al médico, uno se queda relajado...”

¿ y nosotros somos así o no?.....¿ y acudimos al médico?, “...las primeras veces que da la gonorrea, la persona se la trata con medicamentos caseros o los que le venden en la farmacia, ellos no pierden la oportunidad de vender y aunque esté prohibido siguen vendiendo con formula...”

“...A mi me por ejemplo me dio una gonorrea y me aplique una solo dosis de 2´400.000 y ella desapareció, resulta que yo tuve relaciones sexuales con otra mujer..... Pero de igual manera, esta mujer no tiene la gonorrea, y como yo no me cuide bien porque solo me puse una dosis, pensé que ella me la había pegado, porque a las 8 o 10 horas seguí echando pus,..... entonces como voy a culpar a esa mujer por la misma gonorrea anterior...entonces esta se rehabilita por alteración sexual, por una mala penetración..... Yo no soy médico pero me gusta mucho hacer investigaciones por Internet, me mantengo muy empapado de estos temas...” **Hombre de 36 años con novia en el albergue.**

Como conclusión de la actividad, se hizo un reconocimiento de sus aportes desde las vivencias y expectativas masculinas y se estableció un especialmente desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, así como su tratamiento, se dejó abierta la posibilidad de brindar en otra ocasión un taller específico para este tema y se enfatizó en el interés de saber cómo vamos actuar antes de que podamos adquirir una enfermedad.

El uso de condón. Se socializa el uso del condón con la pregunta **¿algunos de ustedes cargan el condón?**

“No se deben cargar en la billetera por que se dañan”

“Yo solamente los cargo cuando utilizo el portacondón.”

Hablan de los precios y calidades de los condones, tema interesante que no se profundizó. **¿Donde adquieren los condones, se los dan en el albergue, una amigo o una amiguita se los dá.....?...**

“no estos de color son de marca, y son comprados en farmacia... los que dicen profamilia, esos son... (no... esos son los buenos, porque yo no creo que el gobierno se haya tirado la plata en una campaña del uso de preservativo sabiendo que son malos...las veces que yo lo he utilizado...bien) estoy diciendo que los que dan con patrocinios, son malos, son de mala calidad... traen el registro sanitario pero son muy malos, Nosotros en las política nos violan todo..... cuando nos dan un mercado, nos dan cosas de mala calidad, hasta cosas vencidas ...”

“...Bueno los preservativos los compro yo, en los talleres también regalan..... bueno de todas maneras uno..... yo reviso los preservativos cuando ya me desarrollé, o cuando ya terminé lo que estoy haciendo, lo reviso, que este bueno..... [lo infla], no, no lo inflo, pero si me toca inflarlo lo hago.....”

“usted me había dicho que lo reutiliza” pregunta un participante a otro. “...No eso era en un pueblo, se lava, tú los echas dentro una bolsa de arroz y lo

*mantienes por ahí debajo....” se les pregunta acerca del conocimiento de esas alternativas y se hace el comentario sobre haber escuchado que utilizaban las bolsas de BONICE, para no quedar contagiado.....responden: “.....A mí me ha tocado, eso sí es verdad, no es la de Bonice, me ha tocado con una bolsa de basura, una que se llama Arauca, una vez en un viaje se conoce a una persona en el bus, yo era el auxiliar del carro, entonces no hace falta la que va en el carro sola y despechada, y yo la ví sola y me contó su historia y le pude música, y bueno ya viene la llorona y ahí empieza todo, que tu eres una niña muy hermosa.... Y bueno y atrás del carro hay como un camarote donde descansa el conductor y el ayudante, y ella que estaba muy cansada, pues yo se lo ofrecí, le dije que tenía un cuarto que no es cinco estrellas pero tiene una estrella..... Ya por la noche entonces me metí allá, y usted sabe que la única forma de usted estar en la misma cama con una mujer y no hacer nada, cuando usted está con su mamá, su mejor amiga o su hermanita..... bueno y ya la empecé a consolar, y yo estaba embaldado..... y le pregunte al conductor si tenía, condones, porque yo una mujer **que no distinga** a fondo no me la tiro sin preservativo, si me toca volearmela, mejor me la voleo y sé que salgo sin enfermedades y sin pensamiento de malas cosas..., bueno no habían preservativos y un compañero llega y me dice que si estaba embaldado , que no fuera bobo, que si no tenia bolsa de mareo, me dijo así... La bolsa de mareo, la coges así, y la volteas así.... Y bueno yo ya asfixiado y no....ese es el caso que tenemos nosotros los hombres, si yo no se lo hago a ella, yo había quedado como el hombre peor para ella. Es eso de lo que hablamos ahora, el machismo, yo soy el guapo, yo soy el dueño de la casa.... Siempre llevamos eso... no entonces yo me metí allá y a pensarlo y me lo puse, y la verdad, yo no termine haciendo nada, porque yo me sentía!noj uno no siente deseos de nada, una bolsa bien grande....eso se va de paseo..., no y uno quien sabe quién es esta loca...apenas conociéndome y ya me lo está dando... no... yo intente pero no,.... Sin preservativo ahí no hay nada..., y ella me dijo que ¿por qué no seguía? y yo me le saque, que en el carro no...y que no me sentía.....*

¿Bueno resultó la oportunidad, no hay condones, ¿me la tiro o no me la tiro?.....

“...A mí una vez me dejo una china en la cama, nos acariciamos, y me dijo que el condón,... jahj no , no se levantó, se baño y chao, yo me quede bien puto en la cama , y ella tiene la razón, me estaba librando de una enfermedad que tenga....”

Ante una situación en la que se involucre el licor, situación en la que los hombres somos mayormente vulnerables y podemos caer fácil, se expuso estar frente una mujer muy linda, en “bandeja de plata, prendidito, y con alto deseo sexual.

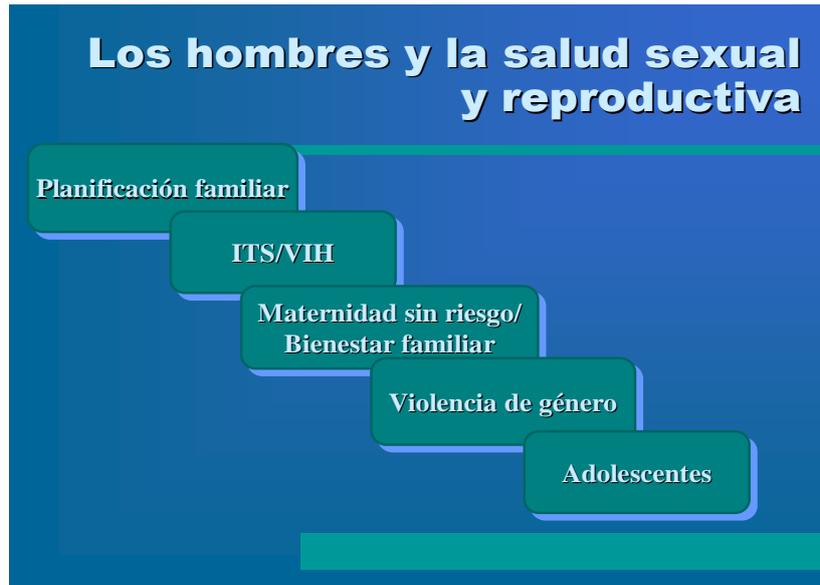
“...Comete uno el error [nosotros no somos capaces de decir no]

“... Lo que pasa es que muchas veces nosotros pensamos que con ponernos un condón ya tenemos la salud comprada, nos ponemos un condón en el pene, pero en la lenguita no, metemos un dedo y sin lavarnos las manos nos ponemos en contacto...”

“... La otra es que no conocemos el cuerpo, hay unos que no conocen ni siquiera su pene ,no saben que eso es una mucosa, es como el internos que tiene uno por dentro, y que el prepucio es lo único que lo cubre.....”

“... bueno respondiendo lo que decía el profe. ahora, si uno está con los chorros en la cabeza y no tiene el condón y ella no se lo puede echar al diente por el riesgo, entonces da la misma guevonada, ósea entonces me toca utilizar 3 bolsas...”

La idea entonces fue recordar y participar de todas las experiencias vividas y compartirlas en un ambiente académico y explorar en dicho taller la manera de poder pensar más allá del acto sexual, medir las consecuencias y reconocer como la posición de los hombres en diferentes situaciones ponen en riesgo no solo su propia salud sino la de sus parejas.



Tomado de: USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). Buscando la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva. Estados Unidos: OMS (Organización Mundial de la Salud); 2002.

Se planteó en los participantes, socializar los cambios en la salud sexual y reproductiva en el contexto del desplazamiento, mediante un paralelo de 2 columnas la cual arrojó la siguiente información.

Salud Sexual y Reproductiva

ANTES

- *Vivía tranquilo.*
- *Tenía buenas relaciones con mi pareja.*
- *Tenía más intimidad para tener las relaciones sexuales.*
- *Podíamos pasear y disfrutar más con mi esposa.*
- *Donde yo trabajaba había mucho personal y se veía la plata.*
- *Antes era más fácil tener relaciones con comodidad con mi pareja.*
- *Podía compartir con mis amigos.*
- *Tenía un trabajo estable y una vida sin preocupaciones.*
- *Las relaciones sexuales eran muy excelentes.*
- *Tenía muchas amigas y amigos, mi relación social era excelente*
- *Tenia plata y muchas pretendientes.*
- *Tenía sexo a cualquier hora.*
- *Me podía bañar 3 o 4 veces.*
- *Antes tenía la platica.*
- *Había una buena alimentación.*

DESPUES

- *Ahora es más difícil tener las relaciones.*
- *Otros opinan que no tienen relaciones con su esposa.*
- *Hay mucho entrometido en las relaciones.*
- *Ahora hay mucho conflicto con mi pareja.*
- *La alimentación es muy difícil.*
- *Ahora más preocupaciones y estrés*
- *Falta privacidad, no hay plata.*
- *Hay poco sexo.*
- *Mucha abstinencia, me tengo que aguantar.*
- *Ahora las camas son tubulares y no se puede hacer nada en el albergue.*
- *A las señoras las llevan a pro familia.*
- *Ahora la falta de una buena alimentación también hace que las ganas se pierdan.*

Unmartin@T-Online.de

¿Si se presenta, la oportunidad de su vida, con la mejor chica, y usted tiene pareja, que hacen?

- *Si yo estoy en el momento sólo, de una.*
- *Si usted me gusta, le cuento que tengo mi pareja, y si tú lo tomas así, es bajo la responsabilidad de los dos teniendo una persona en el medio.*
- *Eso depende de la confianza que uno tiene con la pareja, y si yo estoy bien con mi pareja a mí por ejemplo no me interesa.....*

- Se le pregunta a las partes extremas y responde el que tiene 18 años *de una sin pensarlo y al que tiene 44, no por que no estaría valorando la familia que tengo en estos momentos [nadie le va a contar a su mujer]*
- *Eso depende de lo que yo hablo con mi pareja, con mi pareja me ha tocado pasar muchas cosas... a mi me ha tocado soportar muchas dificultades con mi pareja.*

Conclusiones para los participantes del taller.

Esto no solo es gratificante para los investigadores sino para los participantes por que se pueden llevar algo del taller.

Lo que estamos aprendiendo, el día de mañana se lo podemos enseñar a nuestros hijos.

Hay muchas cosas que no sabemos, y esto es muy bueno por la oportunidad de compartir, y de convivir más entre nosotros, como que le dedicamos el tiempo al algo que realmente vale la pena.

Personalmente yo nunca había estado en una clase de estas y es bueno uno saber cómo se cuida la mujer y como se cuidan los hombres.

Uno de los participantes dice que, es una manera entonces de colaborarnos a nosotros para el desarrollo de otros trabajos, además porque eso nos ayuda a descubrir algunas cositas que en público muchos de nosotros en grupo, nunca va expresar.

En grupo hablo en general pero puedo ser una mierda total.....otra cosa es que ustedes con estos talleres se pueden inventar un método anticonceptivo para nosotros los hombres.

Se dan los agradecimientos por este tiempo compartido y se invita por ultimo a los asistentes del taller a participar en la investigación, capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres con condición de desplazamiento forzado en la cual se les realizaría entrevistas de una manera personalizada y con la privacidad deseada, garantizando la confidencialidad de la información.

ASPECTOS ANALÍTICOS DEL TALLER

De acuerdo con los temas tratados se analizaron 6 categorías en los relatos de los participantes:

- **Género y sexualidad** (significado de sexualidad e identidad femenina y masculina).
- **Planificación y fecundidad** (inhibidores y facilitadores)
- **Comportamientos de riesgo para ITS**
- **Uso del condón** (inhibidores y facilitadores)
- **Relación de pareja** (infidelidad)
- **Cuidados de la salud** (Automedicación – servicios de salud).

Género y sexualidad. Significado de la identidad. Ser hombre implica mantener ciertas distancias de la mujer. Existe la persistencia del machismo, el orgullo de ser hombres les da poder y parecen privilegiados sobre las mujeres, parecen aceptar las experiencias de otros hombres como válidas para mantener su posición dentro de un grupo. El reconocimiento de ser quienes mandan en la casa y toman ciertas decisiones relega a la mujer a la sumisión.

“...somos machistas por que el que lleva el pregón en la pared siempre es el hombre, es el hombre el que lleva el mando en las relaciones, el hombre es que manda, no permitimos nunca que estando con la pareja ella tome decisiones.... Tenemos un don de mando, es una conciencia que no podemos cambiar, somos machistas” T1- 5 *

La socialización de los varones frente a temas de sexualidad en presencia de las mujeres se dificulta, rompe su cultura de compartir experiencias con otros varones en espacios diseñados para ellos, se sienten seguros frente a la figura masculina, pero no a la femenina, parece que la socialización con la mujer se evidencia en las condiciones de género, de sus características, de lo que hombres y mujeres hacen y reciben aceptación de la sociedad. Los hombres se representan como infalibles, hablan desde la hegemonía masculina y su pobre concepto sobre la mujer, se ve reflejado exclusivamente como objeto sexual y de procreación.

Significado de la sexualidad. Hay un total desconocimiento de la sexualidad femenina, el abordaje solo suscitó esquemas mentales del cuerpo femenino.

“hay unas que son muy lindas y atractivas”, y las actitudes de las mujeres que llevan una vida libertina y quizás sin protección,

“.....son unas perras..., son muy calientes, no planifican, no se cuidan y tienen muchos hijos,..... Son interesadas....., les gusta chupar....y les gusta que les den por el chiquito... , unas son muy interesadas...lo buscan a uno es por la plata....No todas sienten lo mismo se vuelven areperas... un clavo saca otro clavo.....,”

Este esquema compartido por todos los participantes, [parece un ejemplo pornográfico donde evocan fotos, videos ó recuerdos de relaciones sexuales con mujeres del comercio sexual].

“.....Hay algunas que le gustan que le chupen el clitoris... y el caso de nosotros es lo mismo, uno ve unas viejas, que a veces uno dice “esta vieja está muy buena pero pa´ ponerla a chupar...”

Los hombres por el contrario reconocen ser machistas como modelo hegemónico de los géneros; materialistas. “nos mecanizamos en el sexo muchas veces; muchas veces llegamos solamente a tener sexo, no pasa de ser una eyaculación, una penetración, unas caricias, se limita únicamente a la erección...”, son coquetos y ambiciosos.

“ ... uno sabe como conquistar una mujer, y sabemos como buscarle el punto débil de ellas.... somos ambiciosos por todo lo relacionado con los pechos, la cadera, la estatura, y la figura es muy importante, cuando una mujer es muy grande un quiere estar ahí, esto puede convertirse en algo momentáneo, por que después se pasa delicioso.....”

Se representan a sí mismos como golosos, reconocen querer tener más mujeres

“nos volvemos muy intensos con el sexo...”, inconformes,

“...Nosotros tenemos en la mente programado, una reacción de 12 horas, de 7 a 7 de la mañana, uno queda muy inconforme, porque de pronto uno a veces acaba muy rápido y la esposa queda con muchas ganas.....cuando hay muchas ganas a veces llega uno de una y no logra el punto de satisfacción...”

Promiscuos, se refieren a la búsqueda del placer sexual, el acto de conocer más, es uno de los pilares de la sexualidad y en ellos se refleja la normalidad para ambos géneros; refieren convertirse en interesados por su condición,

cambia la percepción de proveedor a tener el ideal de conseguir una mujer con plata.

Planificación y fecundidad. Inhibidores y facilitadores. Los obstáculos que encuentran los hombres para la planificación familiar son: negación a la planificación de la mujer por el riesgo de infidelidad femenina, hay entonces un dominio de las decisiones por parte del hombre dentro de las relaciones, son ellos quienes deciden qué, cómo y cuándo. (Coerción masculina); además existe la percepción de que fertilidad es poder, por ende tener más hijos está ligado con la masculinidad.

..... “personalmente con mi pareja no me gusta que planifique”...”me siento que cuando estoy con ella boto mis energías, entonces nada hice, y yo quiero es ser fértil..... si yo me siento bien....si yo estoy con ella y no está planificando y no queda en embarazo es otra voz,...pero si yo me siento bien, es por que de pronto todavía uno mejora, pero una ahí, trin, trin y botar la energía y pa´nada.....y es tener mucha desconfianza, por que es que uno trabajando y uno no sabe ella con quien se queda,...

Los hombres reconocen su participación en la planificación, difícilmente aceptan su responsabilidad, pero facilita el proceso a la hora de programar sus hijos, aunque la concepción que “tener hijos es un encarte”, y que en ocasiones la asociación de la planificación con alteraciones en la salud de la mujer los obliga a planificar, es una forma de responder de manera conjunta y dialogada a la fecundidad de sus hijos; de esta manera ellos encuentran el condón como medio para evitar embarazos no deseados y algunos mocionan los método inyectables para hombres y la gratuidad de la vasectomía.

Relación de pareja. (Infidelidad). Se establece como elementos fundamentales de las relaciones de pareja, el diálogo y la comunicación; estas determinan confianza, confianza que se evidencia de acuerdo al tipo de mujer que se tenga, es decir parecen mantener la idea que las mujeres no son confiables. Si planifican la inseguridad para los hombres es mayor, por ende segregan a las mujeres en tipos: como buenas, las permisivas, las que aceptan, las que son fieles y las malas como las infieles:

“...hay que dialogar con ella, eso va en la elección, cada que uno elige su mujer, sabe de dónde la saco, sabe con quien anda, si usted saca una

.....”eso es muy difícil, por que hay mujeres que en la misma propia casa de uno se la hacen y te la hacen”.

Sacar, como si la mujer fuera objeto inanimado que cumple ciertas características, que de acuerdo a la empatía con el hombre, sirve o no sirve. Basados entonces en la confianza que se tenga de la mujer, es la actitud del hombre, el hombre cambia de acuerdo a los comportamientos de la mujer, si hay dialogo, el hombre dialoga, si ha comunicación hay formas de actuar juntos de lo contrario como lo expresan algunos es mantener la desconfianza.

“...y es tener mucha desconfianza, por que es que uno trabajando y uno no sabe ella con quien se queda,...”

Los diálogos sobre la sexualidad, favorece la participación de las decisiones conjuntas; la dudas acerca del comportamiento del cuerpo que reflejan anomalías asociadas a la sexualidad se pueden compartir, analizar e intervenir cuando hay buena comunicación y pueden ser una forma de enfrentar dificultades.

...”si yo por ejemplo me duele un testículo, [¡ah’í, que pena decirle a mi mujer... mami, mira es que amanecí que me duele un testículo, y si es una mujer que también lo apoya a uno, “ y por que no vamos donde el medico, y si a ellas por ejemplo, que amaneció botándole algo por la vagina y hay que untarle algo en la vagina [“ papi, mira aquí un momentito, que es que yo siento que algo me bota y no es costumbre,], que va ha pasar y ya me voy a preocupar .. no mami vega vamos al medico....doctor a mi señora le pasa esto, no se por que de un momento a otro....el doctor lo que va ha decir es, eso es una seguridad que tienen ustedes dos, se conocen bien, lo que uno no se conoce con nadie...entre la confianza que se tenga.....”

La infidelidad de la mujer es tachada, no permitida, mientras que el hombre persiste en ser infiel y mantener relaciones basándose en el desconocimiento de su mujer o en él dialogo persuasivo de la aceptación de tener otras amiguitas.

En en este y otros contextos, parece haber aceptación de otras parejas, hay otro interés en el mantenimiento de las relaciones, quizás sean los de apoyo económico; además se evidenció una aceptación respecto al riesgo de

contagiarse de una enfermedad, que sustentada en el dialogo advierte su probabilidad, entonces se perciben en riesgo pero no actúa eficientemente sobre él.

“... yo por ejemplo, cuando tengo una novia, y siento que es una relación seria, yo ahí mismo le digo “ a mami mira que de pronto me voy a una rumbita con unos compañeros, yo me parcho una amiguita”, ella no lo va a tomar, de este guache o este porqué no me quiere, o ha algunas que dice que uno no las quiere.....pero si usted ya dialogo con su pareja, y si tienen confianza,...se que se va escuchar muy maluco, pero el día de mañana cualquiera de los dos aparece con una enfermedad, y si no se dialogó, entonces no hay como hacer un reclamo....”

Comportamientos de riesgo para ITS. En el modelo de la hegemonía masculina y la permisividad de tener varias mujeres, se reflejó conductas de riesgo para adquirir ITS; las relaciones sexuales con trabajadoras del sexo, el uso del condón con la de la calle y no con su pareja muestra una definición de seguridad en la casa.

“...si yo estoy con mi mujer, yo creo que el condón entre nosotros no debería de utilizarse (claro, varios opinan lo mismo)...yo no lo utilizo con mi mujer.. si voy a estar con otra, usted sabe que uno es hombre, utilizo hasta 2 porque si de pronto se rompe uno el otro me protege...”

En diferentes aspectos los varones manifestaron esquemas mentales que se dirigían única y exclusivamente al acto sexual, la menor oportunidad era válida para ello, algunos discriminando el uso del condón y los antecedentes personales con quien sostuviera el acto. La inclusión en grupos reconocidos por la sociedad, es un puente para acceder más fácil a mujeres, entonces se invisibilizaron las acciones protectoras como el uso del condón cuando de conseguir aceptación entre los hombres se tratase.

“El sexo entre más recoge mejor para uno, si yo tengo 4 o 5 novias, es un orgullo, en cambio para una mujer queda como una..... en cambio yo soy el putas.....”

“.....el gigoló del barrio, con el respeto de las damas, al 50% de las mujeres les gusta el tipo que tenga un carrito, anda con la musiquita altica, tiene aretica, es soyadito..... A nosotros a más de uno, en el pueblo, uno siempre buscaba estar en el grupo de los calidositos y eso le ayuda a conseguir más fácil o

conseguía su objetivo..... en el albergue hay uno de esos conquistadores.....ese man es un challan.....”

Los varones de menor edad apuntan a conductas sexuales de riesgo y sin protección, las personas en edades límites del grupo que era de 44 años, aportan al hecho de estar ya organizados y darle valor a la familia.

Uso del condón. Inhibidores: es concebido como de uso exclusivo para las mujeres en la calle, trae una representación fea de su uso, por el desecho y los fluidos y en su concepción cultural representa un elemento de desconfianza para la pareja.

“...no y que va ha pensar ella, [pero el porqué lo hace conmigo así con condones, podría pensar que es que uno está enfermo..... ve este con quien se metió, de pronto es que este está enfermero.....”

Estos varones conocen el condón y su uso, los cargan en las billeteras y saben que su propiedad física cambia por el calor, otros los cargan únicamente con los interiores porta-condón, y tienen posibilidad de acceder a ellos en pro-familia; respecto a su uso hay descontento con su uso, no sienten lo mismo en el acto.

Facilitadores. La mayoría de los varones establecen relación entre el uso del condón y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, también es asociado como protección frente a embarazos no deseados, y algunos asocian su uso para la planificación familiar.

El concepto de su uso con estos fines no fueron claros, ya que no ofrecen protección frente al sexo oral.

“...Lo que pasa es que muchas veces nosotros pensamos que con ponernos un condón ya tenemos la salud comprada...”

CUIDADOS DE LA SALUD

“.....casi todo hombre pasa por gonorrea, porque eso es normal, pues entre las primeras enfermedades venéreas que da entre las primeras venéreas que da entre el sexo masculino como en el sexo femenino.... eso da por ser promiscuo.....por el virus gonococo...”

Automedicación. Frente a las enfermedades de transmisión sexual, hay una idea “que todo hombre pasa por gonorrea” y por ende el conocimiento sobre su tratamiento “ todo el mundo los sabe”, inicialmente el tratamiento se realizaba con remedios casero y posteriormente preguntaban a sus padre o amigos. Ya en el peor de los casos se dirigían a una farmacia.

Servicios de salud. Consultan poco, por este tipo de enfermedades, parece existir temor, o tranquilidad, no se acercan a os servicios de salud y encuentran segregación por sexo en la atención médica. El desconocimiento de las enfermedades trasmisibles, los signos y síntomas y las posibilidades de tratamiento son una barrera para estos hombres, que aunque estén en un sistema de seguridad social, desconocen no solo los diferentes exámenes para detectar las enfermedades sino los sitios de consulta.

“en caso que yo esté enfermo o sea una enfermedad muy grave, y que.....me revise el que sea..... A mí me gustaría más que me revisara una hembra... varios apoyan esta respuestaporque ya uno queda raro, con que otro man venga a tócale el pene a uno, y que tal que un man de esos sea bien raro.....”

Anexo 3. Guía de entrevista. Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de los hombres en situación de desplazamiento forzado.

Tipo de Entrevista: Individual semi-estructurada.

Tema en que se centrará: Condiciones del desplazamiento forzado y su relación con la salud sexual y reproductiva de los hombres desplazados.

Actores: el entrevistador y el entrevistado.

Lugar y hora: de acuerdo con la seguridad de cada uno de los participantes se escogieron espacios externos al albergue, abiertos de características amigables, donde pudieran expresarse de manera tranquila; entre ellos, el parque de los deseos, el parque de los pies descalzos y el jardín botánico.

1. Características socio demográficas

- Hábleme un poco de fue su vida antes del desplazamiento? Se hará énfasis en el lugar de procedencia (de dónde fue desplazado, área rural o urbana) y si hubo desplazamientos anteriores, escolaridad y ocupación, atención en salud.
- Cuénteme ahora que significa para usted vivir en condición de desplazamiento. Teniendo en cuenta el tiempo de desplazamiento, su convivencia, su grupo familiar, ocupación actual, atención en salud.

2. Desplazamiento y sus efectos en su vida cotidiana

- Le gustaría hablarme un poco acerca de las causas del desplazamiento y el proceso de su traslado a la ciudad de Medellín? En esta pregunta se tratará de profundizar sobre las redes de ayuda y dificultades para conseguirla, además de situaciones o hechos a los que haya llegado a causa del desplazamiento.
- Qué ha sido lo más difícil y como ha cambiado su vida a raíz del desplazamiento? Se hará énfasis en los recuerdos, pensamientos y sentimientos, derivados de este proceso.
- Le gustaría hablarme un poco de su convivencia en el albergue, como es su vida aquí?. Se profundizará en aspectos como normas de convivencias, alimentación, hacinamiento, relaciones personales; sí se

identifica cómo desplazado y si se ha sentido rechazado por ser desplazado dentro y fuera del albergue, y explorar un poco acerca del comportamiento de los demás ciudadanos ajenos a este proceso.

- Consume algún tipo de sustancia psicoactiva, ¿le gustaría hablarme de esto y cómo estos aumentan o disminuyen su consumo durante el desplazamiento?. En este aspecto se influenciará al participante para que socialice experiencias que relacione el consumo de sustancias y las relaciones sexuales.

3. Historia sexual, características de la pareja y familia

- Cuénteme un poco acerca de sus primeras relaciones sexuales y las condiciones en que sucedieron. (Explorar acerca de la edad de la primera relación sexual, acuerdos, violación, prostitución, dinero)
- Si sabe usted que es el condón, hábleme un poco de su uso. En este aspecto se profundizará sobre su uso, sobre relaciones sexuales actuales y el uso del condón, si lo ha usado, ¿que lo llevo a tomar o no la decisión de usarlo? con quién lo ha usado y porqué? donde los conseguía antes y después del desplazamiento
- Frente al uso del condón, dígame como se siente cuando lo usa y que es lo bueno o lo malo de su uso? Se abordara para que hable de las relaciones sexuales, los riesgos en ellas, la planificación familiar y el uso del condón con su pareja para la prevención del embarazo.
- Cuénteme brevemente acerca de su pareja actual, ¿quién es ella, a que se dedica y cómo la conoció? En este punto se explorará la estabilidad de la pareja, el tiempo de estar juntos, las dificultades que han tenido como pareja; roles y manejo de la autoridad en la familia (¿qué le corresponde a cada quién) ¿quién manda en la casa? y ¿qué cree que soporta esa autoridad, quien da los permisos? Número de hijos, número de parejas sexuales.
- ¿Presenta algún tipo de miedo, celos, desconfianza de su pareja en esta etapa del desplazamiento, Por qué? Se indagará si algún tipo de libertad para establecer relaciones con otras mujeres, teniendo pareja

4. Conocimiento y Antecedentes de ITS

Explorar:

- ¿Qué conocimientos tiene sobre enfermedades de transmisión sexual? Preguntar por el VIH y el SIDA. Indagar si ha tenido alguna ITS, si NO, preguntar por alguno de estos síntomas: secreciones, mal olor, dolor, prurito, ardor al orinar, verrugas o lesiones. SI ¿Cómo la identificó?
- ¿A quién le contó de primera sobre su enfermedad, o lo oculta hasta ser visto por el personal de salud? ¿A quién le contaría? En este aspecto se profundizará en ¿Cómo la resolvió? (acudió al centro de salud, farmacias, tratamiento recibido, costos); opinión sobre la atención recibida especificar si es posible donde fue atendido.
- El manejo con la pareja, (le contó a su pareja, cómo se sintió, dificultades con la pareja o con el tratamiento)

5. Explorar su percepción al riesgo de ITS:

- Usted cree que está expuesto a presentar alguna ITS? **SI/NO** ¿por qué?
- Qué hace usted para evitar que se enferme de las ITS?

6. El desplazamiento relacionado con la salud sexual y reproductiva.

- Ha visto *afectada su salud sexual* y de pareja en relación al desplazamiento?
- Existe algún *riesgo de ITS/VIH/SIDA en la condición de desplazamiento*? **SI/NO** por qué?
- ¿De qué manera estar desplazado favorece la *exposición a ITS*?
- ¿Hay alguna *relación entre el sexo y la supervivencia* en este contexto del desplazamiento?
Se explorará si se conoce algún caso que relacione a los hombres con esto, si ha habido ofrecimiento de dinero, víveres, ropa a cambio del sexo y si se ha sentido acosado por otros hombres
- Ha tenido relaciones sexuales con mujeres, dedicadas al comercio sexual durante esta etapa del desplazamiento y como pagan? En este

aspecto se indagará sobre el uso del preservativo, de qué manera pueden acceder a ellos y que hacen cuando se les presentan relaciones casuales inesperadas

7. Recomendaciones para la atención de la salud sexual

- ¿Ha asistido a alguna charla sobre prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿De qué manera podemos promover el cuidado en la salud sexual?
- ¿Cómo le gustaría conocer más acerca de la promoción y prevención en la SSR?

Anexo 4. Devolución de los resultados

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres con situación de desplazamiento

Devolución de resultados



Se programaron devoluciones de los resultados en 2 momentos: primero se convocó a la población administrativa de Acción Social y a los funcionarios de los albergues, en la UAO Belencito, donde participamos 12 personas, y discutimos los resultados de la investigación

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres con situación de desplazamiento

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE ENFERMERIA		Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias República de Colombia		
Presentación de resultados de la investigación:				
“Vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA en hombres en situación de desplazamiento”				
Investigadora Principal: Dra. Sandra Catalina Ochoa M,				
Coinvestigadores: Dra. Gloria Alcaraz Edwin Alexander Vásquez Salazar		Apoyo logístico: Aux. Nilda Jalitza Camacho Dimaté		
Fecha: Abril 27 de 2011 Lugar: Auditorio principal de UAO Belencito Cra 92 N° 34D – 93 Unidad integral N°4				
NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	TELEFONOS	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
John Jairo Villegas Restrepo	Unidad Desplazamiento	4912920 ext. 228	jhvill@medellin.gov.co	JV
Alexandra Mejía	Acción Social	4912920 ext. 240	alexandra.mejia@accsocial.gov.co	AM
Lorely Mejía	UAO	4912928	lorelymejia@gmail.com	LM
Rosa Angélica Sepúlveda Pardo	A.P. Acción Social	3196298918	rosa.sepulveda@accsocial.gov.co	RAP
Gloria A. Florez B.	Unidad Desplazamiento	3016701553	smujeres09@gmail.com	GF
Hilda Yaneth Sepúlveda	Unidad Desplazamiento	4929953	hilda.sepulveda@medellin.gov.co	Hilda
Natalia Pizarro Cardozo	U. "	" "	doris.rivera@medellin.gov.co	Natalia
Nalitzia Camacho Duarte	U de A	2395288	njaliz@medellin.gov.co	Nalitzia
Sandra Catalina Ochoa	U de A	2196533	sochoa@insp.mx	SO
Aux. Catalina Uribe L.	Medicoplast. Medellín	316382397-315838	serviciosamigables@medicoplast.gov.co auxcatalina2@gmail.com	Aux. Catalina

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres con situación de desplazamiento



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Presentación de resultados de la investigación:

“Vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA en hombres en situación de desplazamiento”

Investigadora Principal: Dra. Sandra Catalina Ochoa M,

Coinvestigadores: Dra. Gloria Alcaraz Edwin Alexander Vásquez Salazar Apoyo logístico: Aux. Nilda Jalitza Camacho Dimaté

Fecha: Abril 27 de 2011 Lugar: Auditorio principal de UAO Belencito Cra 92 N° 34D – 93 Unidad integral N°4

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	TELEFONOS	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Liliana Amparo López O	U. de A	3155176134. 2196320	li.lopezcano@hotmail.com	Liliana López
Edwin Alexander Vásquez	N de A	4459969	echomval2@hotmail.com	Edwin

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres en situación de desplazamiento

Devolución de resultados



En un segundo momento se convocaron a los varones del albergue, para realización de taller sobre los resultados obtenidos en la investigación.

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres con situación de desplazamiento



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERIA



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Taller de resultados de la investigación:

"Vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA en hombres en situación de desplazamiento"

Investigadora Principal: Dra. Sandra Catalina Ochoa M,
 Coinvestigadores: Dra. Gloria Alcaraz, Edwin Alexander Vásquez Salazar Apoyo logístico: Aux. Nilda Jalitza Camacho Dimaté
 Fecha: Mayo 06 de 2011 Lugar: UAO Prado

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	TELEFONOS	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Jhon Lieris Santos	VIVE			Jhon.
Luis Estevan Mosquera	UAO			
Henry Gavary Espinoza	UAO			
JHON G R H	UAO			
Darinton estier	UAO		Darinton@hotmail.com	Danny Mojica
Mejia Quintano Danny	UAO			
Sebastian Montoya Ospina	UAO			Sebastian M.
Edwin Jaramillo ch	UAO			Edwin Jaramillo
Duiver Jaramillo	UAO			Duiver Jaramillo
William Rengifo	UAO			

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres con situación de desplazamiento



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERIA



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Taller de resultados de la investigación:

"Vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA en hombres en situación de desplazamiento"

Investigadora Principal: Dra. Sandra Catalina Ochoa M,
 Coinvestigadores: Dra. Gloria Alcaraz, Edwin Alexander Vásquez Salazar Apoyo logístico: Aux. Nilda Jalitza Camacho Dimaté
 Fecha: Mayo 06 de 2011 Lugar: UAO Prado

NOMBRE Y APELLIDOS	ENTIDAD	TELEFONOS	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Miguel Montoya Simaca	UAO			Miguel Montoya
Luis Fernando Taborda	10024883	3204024401		Luis Fernando
Felipe Castro Vélez	corp VIVE	292389	uvencorporacion@hotmail.com	Felipe Castro

Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en hombres con situación de desplazamiento

Medellín, 06 de Mayo de 2011

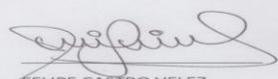
Señores:

Corporación Vive

Asunto. Devolución de resultados, taller hombres.

En atención a la problemática actual derivada del desplazamiento, el proyecto capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA, en hombres en situación de desplazamiento, realizó devolución de los resultados en la Corporación Vive a manera de taller con 13 hombres en dicha situación, con el fin de afianzar los conocimientos de estos varones y abrir nuevos espacios de interés investigativo en dicha población.

Para constancia se firma en presencia del coordinador del albergue.



FELIPE CASTRO VELEZ

COORDINADOR GENERAL CORPORACION VIVE.



Anexo 5. Certificado de participación en el Coloquio Panamericano de Investigación en Salud.



CERTIFICADO

XII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
29 de agosto al 2 de septiembre de 2010
Centro de Cultura y Eventos - UFSC

Certificamos que el trabajo **Que se ha dicho en Colombia sobre salud sexual y reproductiva en hombres?** de autoría de Sandra Catalina Ochoa Marín, Edwin Alexander Vásquez Salazar fue presentado en la modalidad poster.

Florianópolis, 2 de septiembre de 2010


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidenta


Dra. Majra Lenise do Prado
Comité Científico



Anexo 6. Certificado de aceptación para publicación del artículo. Que se ha dicho en salud sexual y reproductiva en hombre en Colombia

	<p>Revista de Salud Pública <i>Journal of Public Health</i> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA</p>	<p>ISSN 0124-0064</p>
<p>Título del manuscrito: QUÉ SE HA DICHO EN COLOMBIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HOMBRES</p>		
<p>Autores: Sandra Catalina Ochoa Marín, Edwin Alexander Vásquez Salazar Fecha Recibido: 28 Febrero 2011</p>		
<p>Apreciados Autores:</p>		
<p>Me permito informarles que el artículo de la referencia ha sido aceptado para publicación en la Revista de Salud Pública.</p>		
<p>Cordialmente,</p>		
<p></p>		
<p>Carlos Agudelo Editor Revista de Salud Pública</p>		
<p>Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Of. 318 Tel-fax 3165405 E-mail: revistasp_fmgo@unal.edu.co; cagudelo@unal.edu.co Bogotá, Colombia</p>		

Anexo 7. Certificado de aceptación para participación en XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería ALADEFE. Poster

From: info@aladefe2011.com
To: edwirval2@hotmail.com
Subject: Aceptación de la comunicación
Date: Sun, 3 Apr 2011 10:25:02 +0100

Estimado(a) Autor(a)

Su ponencia cuyo título es "LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HOMBRES: UNA NECESIDAD Y UN DESAFÍO EN LA AGENDA GLOBAL" ha sido aceptada para ser expuesta en la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería de la ALADEFE que se realiza del 18 al 23 de septiembre de 2011 en Coimbra-Portugal.

El tipo de ponencia aprobada por el Jurado es:
Póster

Los autores de esta ponencia son:
Sandra Catalina Ochoa Marín
Edwin Alexander Vásquez Salazar

El/la presentador/a de la Ponencia es:
Sandra Catalina Ochoa Marín

El Tema de la ponencia es:
Promoción de Salud y Educación para la Salud

Si se requiriera por aspectos de organización, puede quedar como póster.

Todos los presentadores de ponencias aceptadas deberán inscribirse en la Conferencia y pagar la inscripción hasta el 15 de julio de 2011 a las 24h TMG. Las ponencias aceptadas, serán eliminadas del programa y del CD de ponencias, si hasta esa fecha no se hubiera recibido su inscripción. Los Autores/Presentadores de ponencias aceptadas deberán enviar, además, hasta el 15 de julio, una copia del trabajo completo accediendo al evento y yendo al área de envío de resúmenes. Posteriormente se le informará la fecha, hora y local de la presentación de la ponencia.

Para cualquier aclaración puede contactarnos en info@aladefe2011.com

La Organización de la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería de la ALADEFE

Anexo 8. Certificado de aceptación para participación en XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería ALADEFE. Oral

Aceptación de la comunicación

09/05/2011
Para edwinval2@hotmail.com
De: info@aladefe2011.com
Enviado: lunes, 09 de mayo de 2011 04:20:11 p.m.
Para: edwinval2@hotmail.com

Estimado(a) Autor(a)

Su ponencia cuyo título es "Capacidad de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA de hombres en situación de desplazamiento forzado " ha sido aceptada para ser expuesta en la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería de la ALADEFE que se realiza del 18 al 23 de septiembre de 2011 en Coimbra-Portugal.

El tipo de ponencia aprobada por el Jurado es:
Comunicación oral

Los autores de esta ponencia son:
Sandra Catalina Ochoa Marín
Edwin Alexander Vásquez Salazar
Gloria Margarita Alcaraz López
Myriam Ruiz Rodríguez
René Leyva Flórez

El/la presentador/a de la Ponencia es:
Sandra Catalina Ochoa Marín

El Tema de la ponencia es:
Organización y Gestión de Servicios de Salud y de Instituciones de Enseñanza

Todos los presentadores de ponencias aceptadas deberán inscribirse en la Conferencia y pagar la inscripción hasta el 15 de julio de 2011 a las 24h TMG. Las ponencias aceptadas, serán eliminadas del programa y del CD de ponencias, si hasta esa fecha no se hubiera recibido su inscripción.

Los Autores/Presentadores de ponencias aceptadas deberán enviar, además, hasta el 15 de julio, una copia del trabajo completo accediendo al evento y yendo al área de envío de resúmenes.

Posteriormente se le informará la fecha, hora y local de la presentación de la ponencia.

Para cualquier aclaración puede contactarnos en info@aladefe2011.com

La Organización de la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería de la ALADEFE

Anexo 9. Certificado de aceptación para presentación de trabajo en 7º Congreso internacional de Salud Pública. Medellín junio de 2011



Medellín, 6 de Mayo de 2011

*Doctor (a)
Edwin Alexander Vasquez*

Asunto: Resultados de la evaluación de trabajo para el 7º Congreso.

Respetado Doctor (a):

De manera muy atenta, en relación con el trabajo "Qué se ha dicho en Colombia sobre la salud sexual y reproductiva en hombres" presentado para exposición al 7º Congreso Internacional de Salud Pública: "Las Políticas Públicas y los Sistemas de Salud: perspectivas de equidad sanitaria para las Américas", que se llevará a cabo del 1 al 4 de junio del presente año, en la ciudad de Medellín, Colombia, nos complace informarle que fue aprobada en la modalidad de presentación oral en 15 minutos.

Igualmente, tiene derecho a hacer uso del 50% de descuento en el pago de la inscripción la persona que realizará la exposición oral. Su trabajo será publicado en las memorias del congreso, de no estar de acuerdo, le rogamos nos lo haga saber por escrito.

En próximos días le estaremos anunciando el salón y el horario de su presentación.

Agradecemos su amable atención y su valioso interés en asistir al evento.

Atentamente,

*John Florez
Gerente Congreso*

*Eliana Martinez
Comisión Académica*

Anexo 10. Consentimiento informado

Grupo de Investigación (GIPECS) Cod. 1115-459-21499

La facultad de enfermería de la universidad de Antioquia está realizando una investigación para comprender los significados y necesidades de salud sexual específicamente lo que se refiere a infecciones de transmisión sexual, capacidad de respuesta y uso de condón en hombres en situación de desplazamiento. Para ello, estamos solicitando su participación para ser entrevistado como integrante de esta comunidad y conocer su punto de vista sobre los aspectos mencionados.

Riesgos o Incomodidades del Estudio: Las preguntas de la entrevista están relacionadas con los siguientes aspectos: edad, estado civil, experiencia de desplazamiento, aspectos de salud sexual, información sobre Infecciones de Transmisión Sexual, y acciones de las organizaciones sociales y gubernamentales y de los servicios de salud de la comunidad para la prevención de estas enfermedades. Algunas de las preguntas que se le harán podrán resultarle incómodas o muy personales, usted puede libremente negarse a contestarlas.

La participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Usted no está obligado a participar. Usted puede terminar su participación en el momento que usted quiera. Si decide no participar, esto no afectará ninguna situación relacionada con la atención de los servicios de salud que recibe actualmente.

Esta entrevista durará un máximo de una hora y se hará en el lugar y el tiempo que usted considere oportuno. Si usted está de acuerdo, esta entrevista será grabada para poder realizar el análisis con el mayor apego a su punto de vista. Si no desea que ser grabado, el entrevistador tomará notas durante la entrevista.

Confidencialidad: Todo lo que usted nos diga será manejado de manera estrictamente confidencial. Si usted acepta participar en este estudio, se le asignará un número a su entrevista que protegerá en todo momento su identidad. La información que nos proporcione será resguardada por personal autorizado de la facultad de enfermería, y manejada de manera confidencial protegiendo su identidad. Las cintas de las entrevistas serán destruidas después de su transcripción por personal autorizado de la facultad de enfermería de la universidad de Antioquia. Igual procedimiento se llevará con los participantes que prestan servicios de salud a las personas desplazadas.

Beneficios esperados: La información que usted nos proporcione ayudará a comprender las necesidades de salud sexual de los hombres en situación de desplazamiento (específicamente su vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA) y la forma en que los servicios de salud responden a estas necesidades. Toda la información obtenida de las entrevistas será utilizada para desarrollar propuestas para mejorar los servicios de salud, y prevenir el VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual en esta comunidad.

La devolución de los resultados se hará una vez finalice la investigación, conjuntamente con la unidad de atención a los desplazados (UAO) en forma de talleres de socialización para compartir los resultados de la investigación.

Contactos: Si tiene alguna duda sobre esta investigación, o si requiere mayor información sobre sus derechos como participante del estudio, puede llamar al Centro de Investigaciones de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia y comunicarse con la Magíster María Victoria López, Jefa del Centro de Investigaciones al 219-63-08.

Si usted acepta participar, se le dará una copia de este documento para que lo conserve.

Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por participar.

Fecha

Nombre ficticio del Participante en el Estudio

Firma de la persona que obtiene el consentimiento