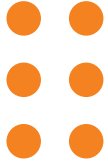


# Juntando saberes: Masculinidades y Salud



## Fondo de Población de Naciones Unidas

### UNFPA Argentina

#### Jefa de oficina

Mariana Isasi

#### Oficial de Género y Juventudes

Victoria Vaccaro

#### Especialista en Monitoreo y Evaluación

Anabel Fernandez Prieto

### Equipo CENEP

#### Coordinación

Hernán Manzelli

#### Elaboración y edición del documento

Hernán Manzelli

#### Evaluación y seguimiento de proyectos

Edith A. Pantelides

Matías S. Bruno

Ana Safranoff

#### Asistencia de investigación

Virginia Rodríguez Catanzaro

Belén Coria

Adriel Maroni

#### Corrección de estilo

Juan Ignacio Spinetto

### Equipo de Investigadores

**Proyecto:** Evaluación cualitativa del impacto del dispositivo grupal de asistencia a varones que ejercen violencia de la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown

Investigadora Principal: Ana Palazzesi (UNaB)

Investigadores: Cecilia Martín, y Luis Ángel Ávalos (UNaB)

**Proyecto:** Masculinidades, violencias e itinerarios terapéuticos: una primera exploración en las trayectorias biográficas de varones con consumos problemáticos de drogas (Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina).

**Investigadores Principales:** Daniel Jones y Ana Clara Camarotti (CONICET-IIGG/UBA)

**Investigadores:** Martín Güelman, Ana Alli, Malena Kiss Rouan, Luciana Rivas, Juan Pablo Burwiel, Mauro Iuvaro, Omar Allones, Serenela Cuaderno (Hospital Nacional en Red)

**Proyecto:** Masculinidades y representaciones sobre vasectomía en varones adolescentes y jóvenes escolarizados en territorio de frontera

**Investigador Principal:** Omar Jerez (CONICET-UNJu)

**Investigadores:** Zoe Alemán, Ignacio Bejarano, Mariela Ríos, Nazarena Vacaflor (UNJu)

**Diseño Gráfico:** Romina Romano

# Índice

<b>Prólogo</b> , por Victoria Vaccaro	4
<b>Introducción:</b> Estudios sobre masculinidades y salud, por Hernán Manzelli	7
<b>Evaluación cualitativa del impacto del dispositivo grupal de asistencia a varones que ejercen violencia de la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown</b> , por Ana Palazzesi, Cecilia Martin y Luis Ángel Ávalos	12
Introducción	13
Diseño y metodología	15
Evaluación del dispositivo de asistencia a varones de la UFF	16
Análisis de la evaluación de las coordinadoras respecto a la evolución de los usuarios	18
Análisis de las entrevistas a los usuarios que transitan por el dispositivo	22
Conclusiones	26
Referencias bibliográficas	29
<b>Masculinidades, violencias e itinerarios terapéuticos: una primera exploración en las trayectorias biográficas de varones con consumos problemáticos de drogas (Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina)</b> , por Daniel Jones, Ana Clara Camarotti, Martín Güelman, Ana Alli, Malena Kiss Rouan, Luciana Rivas, Juan Pablo Burwiel, Mauro Iuvaro, Omar Allones y Serenela Cuaderno	32
Introducción	33
Estrategia metodológica	35
Aspectos demográficos y vida cotidiana	37
Vínculos socioafectivos y paternidad	39
Pares y masculinidad	43
Itinerarios terapéuticos	46
Experiencia en torno a las violencias	51
Reflexiones finales	54
Referencias bibliográficas y documentales	57
<b>Masculinidades y representaciones sobre vasectomía en varones adolescentes y jóvenes escolarizados en territorio de frontera</b> , por Omar Jerez, Zoe Alemán, Ignacio Bejarano, Mariela Ríos y Nazarena Vacaflor	59
Introducción	60
Estrategia metodológica	63
Procesos de construcción social de las masculinidades hegemónicas y sus componentes culturales	65
Representaciones de varones adolescentes sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos	68
Involucramiento de los adolescentes en el cuidado sexual y reproductivo	71
Imaginario asociados a la vasectomía	74
Conclusiones y discusión	79
Referencias bibliográficas	81

# Prólogo

Una de las acciones fundamentales del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Argentina y a nivel global es la generación de evidencia para la incidencia y para la toma de decisiones informadas, especialmente en políticas públicas. Con ese objetivo, creamos hace varios años la iniciativa “Juntando Saberes”, que busca tender un puente entre las áreas de indagación y los conocimientos generados desde la academia y quienes son responsables de decidir y gestionar las políticas públicas.

En esta oportunidad, en acuerdo con la Dirección de la Mujer y Asuntos de Género de la Cancillería Argentina, impulsamos “Juntando Saberes” centrado en **Masculinidades y Salud**, con el propósito de impulsar la agenda sobre masculinidades y salud; fomentar el diálogo entre quienes estudian la temática y quienes llevan adelante la toma de decisiones; y apoyar la realización de estudios e investigaciones adicionales basada en una agenda de prioridades para mejorar el diseño e implementación de políticas públicas, dirigidas a la prevención de las conductas de riesgo de los varones, promover la salud sexual y reproductiva y el involucramiento de varones en la atención de la misma, y contribuir a la erradicación de la violencia de género en todas sus formas, entre otras.

/4

Con este propósito, en 2022, nos aliamos con CENEP y realizamos una convocatoria abierta a equipos de investigación de todo el país que facilitará la generación de insumos científicos y de calidad que contribuyeran al diseño de políticas públicas que den respuesta a problemáticas sociales en la intersección entre construcción genérica de masculinidades y salud. Esta convocatoria pretendió dar respuesta a las necesidades de investigación de organismos gubernamentales con incidencia en la adopción de políticas públicas en salud, que habían sido relevadas previamente en una Jornada realizada previamente en 2021,, a partir de una convocatoria a equipos de investigación formados y con experiencia en la temática. Adicionalmente, se buscó fortalecer el vínculo entre decisores y ejecutores de políticas públicas y dichos equipos de investigación calificados en la temática con el propósito de que el conocimiento generado fuera de aplicación concreta a la agenda gubernamental.

En esta publicación se presentan las 3 investigaciones seleccionadas y financiadas en el marco de tal convocatoria, y esperamos sea una real contribución de evidencias en lo que respecta a las masculinidades y su intersección con salud, constituyéndose en insumo para la aplicación de sus resultados en programas y/o políticas públicas concretas por parte de los

organismos gubernamentales.

Agradecemos a CENEP por coordinar junto al UNFPA este proyecto, a los equipos de investigación que participaron de la convocatoria y a los organismos gubernamentales que apoyaron con gran entusiasmo esta propuesta.

**Victoria Vaccaro**

Oficial de Género y Juventudes UNFPA Argentina



# Introducción

## Estudios sobre masculinidades y salud

Introducción

# Introducción: Estudios sobre masculinidades y salud

La investigación sobre la relación entre la construcción genérica de las masculinidades y sus implicancias en la salud es una línea de indagación que resurge como nuevo tema, si bien en América Latina ya tiene por lo menos cuatro décadas. La investigación social referida a los procesos de salud-enfermedad-atención de las poblaciones y, específicamente, la investigación que buscan producir conocimiento aplicable en servicios y programas de salud, este esporádico retorno plantea desafíos a la hora de implementar acciones concretas para esta población.

17 La producción teórica que se centra en la masculinidad como el resultado de una construcción de la interacción social, se intensifica en la década de 1990, pudiendo rastrearse sus orígenes en las conceptualizaciones feministas de los años ochenta, donde se identifica al género como un sistema de poder y no solo una serie de estereotipos o diferencias observables entre varones y mujeres. Influencias cercanas a este enfoque serían las reflexiones de signos opuestos de Herbert Marcuse y Michel Foucault sobre la relación entre sexualidad y poder. Estos primeros trabajos sobre el estudio de la masculinidad que pronto comenzarán a denominarse estudios sobre masculinidades<sup>1</sup>, tomarán el punto de vista histórico social y se centrarán en la relación de los hombres con el poder tanto institucional como interpersonalmente. Lo que unifica estos estudios, como señalaba Kimmel hace ya más de cuatro décadas, son las "...definiciones de masculinidad están cambiando constantemente. La masculinidad no viene en nuestro código genético, tampoco flota en una corriente del inconsciente colectivo esperando a ser actualizada por un hombre particular, o simultáneamente, por todos los hombres. La masculinidad se construye socialmente, cambiando: 1. desde una cultura a otra; 2. en una misma cultura a través del tiempo; 3. durante el curso de la vida de cualquier hombre individualmente; 4. entre diferentes grupos según su clase, raza, grupo étnico y preferencia sexual" (Kimmel 1992). Dentro de este eje teórico, los trabajos históricos descubren a los hombres actuando en sus mundos públicos como actores genéricos y los antropólogos comienzan a explorar las experiencias transculturales de masculinidad, así como su configuración específica en diferentes culturas.

Subyace en todas estas estas conceptualizaciones una tensión entre poder y vulnerabilidad: varones como victimarios, sujetos en situación de privilegio en un sistema de dominación

---

1. Con los aportes de R. Connell.

patriarcal en contraste con un énfasis en las situaciones de vulnerabilidad específicas en diferentes grupos de este macro-colectivo. Esto es, pensar en específico los diferentes clivajes sociales que atraviesan a todos los sujetos, lo que en la última década comienza a llamarse intersectorialidad, y que de alguna forma ya está incorporado en el concepto de masculinidades, así en plural, y el de “masculinidad hegemónica” (Connell), en tanto tipo social weberiano. En otras palabras, el poder relativo que se obtiene a partir de una inserción específica en una estructura social en un lugar y en un tiempo determinado. Orientación e identidad sexual, estrato socioeconómico, nivel educativo, pertenencia a poblaciones históricamente vulnerabilizadas, discapacidades, edad, entre otros tantos clivajes, se combinan de forma diversa en los significados culturalmente específicos sobre lo qué es ser un varón y, especialmente, sobre cómo se actúa socialmente desde estas concepciones.

Hace ya tiempo que gran parte de la teoría social en general y de las teorías de género en particular se apartaron de la carrera infinita por la suma de vulnerabilidades que se sustenta en una concepción de justicia social basada en la igualdad de oportunidades, (¿quién está peor que quién? ¿cuál es el grupo social o colectivo que está en mayor desventaja que el resto?) o lo que algunos autores denominan la “política de la victimización”. En esta perspectiva de la justicia social, las inequidades sociales son menos desigualdades de posición en la estructura social que obstáculos que se oponen al desarrollo de una competencia equitativa (Dubet 2010). Sin desconocer las asimetrías e inequidades estructurales que construyen y constituyen a los sujetos, el análisis de la interseccionalidad encuentra su mejor lugar en una concepción de justicia social basada en la igualdad de posiciones, esto es, la búsqueda de que las posiciones sociales dentro de la estructura social se encuentren unas más próximas con las otras, esto es, reducir las desigualdades y los sistemas que los generan. Y en esto hay un aporte fundamental de los estudios sobre masculinidades que retoma un aspecto central del feminismo en cuanto a la concepción relacional del género: tanto las feminidades, las masculinidades como aquellas identidades que discuten existencialmente con el binarismo, son definidas en relación de unas con otras. La tensión poder-vulnerabilidad en los estudios de masculinidad es constitutiva del campo de investigación, y es en esta tensión y no en su negación donde es posible construir conocimiento y posibilidad de acción social.

/8

Adentrándonos en el tema de las masculinidades y salud sexual y reproductiva, que en el caso de América Latina es donde más se desarrolló esta perspectiva, la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 constituye un hito fundante para toda una serie de trabajos. Especialmente en su llamado a elaborar “estrategias para que los varones compartan la responsabilidad en la salud reproductiva y sexual, incluida la planificación de la familia, y para impedir y controlar enfermedades transmitidas por contacto sexual” (medida 8.27 del ICPD) y “la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad, ayudándolos a ejercer su responsabilidad” (medida 7.37 del ICPD). Los varones son llamados a “involucrarse” en la salud sexual y reproductiva de sus parejas y de ellos mismos, así como a asumir responsabilidades (que no estaban asumiendo). ¿Y qué pasa con los mucha-



chos? Fue una pregunta de investigación que se hicieron varios estudios latinoamericanos en la década de los noventa y primera del nuevo siglo. ¿Qué pasa en cuanto al cuidado de sus parejas sexuales, en las negociaciones de decisiones reproductivas (cuando estas eran decisiones decididas), responsabilidades en las paternidades, conocimientos sobre métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual y, en un plano diferente, la violencia contra las mujeres? Interrogantes que surgían especialmente en servicios de salud que atendían a esta población, principalmente orientados a varones heterosexuales cisgénero.

Las investigaciones que reúne este volumen dan cuenta de aspectos centrales que tienen que ver con las masculinidades y la salud. También responden a interrogantes que surgieron de equipos y programas de salud con atención a esta población. Las tres investigaciones se realizaron en el marco de una nueva edición de "Juntando Saberes", una colaboración conjunta entre el Fondo de Población de Naciones Unidas y el Centro de Estudios de Población, con el acompañamiento de la Dirección de la Mujer y Asuntos de Género de Cancillería, que ya cuenta con tres ediciones anteriores, y que tiene por objetivo poner en diálogo a investigadores y responsables de servicios y programas de salud con incidencia directa en lo asistencial. Las y los responsables de servicios y programas presentan preguntas que requieren responder para orientar la atención, las investigadoras e investigadores elaboran y ejecutan proyectos de investigación orientada a la práctica. En esta tercera edición de Juntando Saberes nos centramos en la intersección entre construcción genérica de masculinidades y salud.

/9

La investigación dirigida por Ana Palazzesi con la colaboración de Cecilia Martín y Luis Ángel Ávalos tuvo por objetivo describir la experiencia de un dispositivo de asistencia a varones que ejercieron o ejercen violencia hacia mujeres en el Municipio de Almirante Brown en la Provincia de Buenos Aires. En general, los programas nacionales para prevenir las violencias por motivos de género suelen enfocarse en acciones relacionadas con la sanción penal y medidas cautelares, mayoritariamente dirigidas a varones en tanto agresores. Sin embargo, ya existen varias experiencias en el país en las que esta problemática se trabaja desde un enfoque de salud que incluye la asistencia a programas de rehabilitación y/o reeducación. Esta investigación cualitativa analiza las percepciones de profesionales que coordinan dispositivos grupales orientados a la atención de varones que ejercen o ejercieron violencia, presentan dos casos de estudio de varones que participan en estos dispositivos y proponen algunas conceptualizaciones para comenzar a pensar la evaluación de estos dispositivos.

La investigación dirigida por Daniel Jones y Ana Clara Camarotti, realizada en el marco de una colaboración entre investigadores del Instituto de Investigaciones Gino Germani y el Hospital en Red Laura Bonaparte en el área Metropolitana de Buenos Aires, aborda una problemática poco explorada desde los estudios de las masculinidades pero que tiene especial interés para lo que hace a la atención sanitaria en esta población: la intersección entre masculinidades, violencias y consumo problemático de drogas. Esta investigación es producto de la colaboración de dos equipos de trabajo: uno principalmente orientado a la investigación con sede en el

Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires), y otro con experiencia en investigación y centrado especialmente en atención: Servicio de Investigación del Departamento de Formación, Capacitación e Investigación del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”. Participaron en esta investigación Martín Güelman, Ana Alli, Malena Kiss Rouan, Luciana Rivas, Juan Pablo Burwiel, Mauro Iuvaro, Omar Allones y Serenela Cuaderno. Este trabajo analiza las relaciones entre modelos de género, experiencias de violencias, consumos problemáticos de drogas e itinerarios terapéuticos en varones. A través de un estudio con abordaje cualitativo que incluyó entrevistas en profundidad y relatos biográficos la investigación se adentra en la identificación constitutiva de los entrevistados a partir del consumo de drogas, dificultades para construir identidades familiares que vayan más allá de su rol de hijos, la relación entre los vínculos socio-afectivos de los entrevistados y el consumo problemático de drogas, modelo de masculinidad basado en la representación idealizada del varón como padre de familia y proveedor económico del hogar que no se condice con sus propias experiencias.

Por último, la investigación dirigida por Omar Jerez se realizó en colaboración con investigadoras e investigadores de la Universidad Nacional de Jujuy Zoe Alemán, Ignacio Bejarano, Mariela Ríos y Nazarena Vacaflor. A través de un abordaje cualitativo con enfoque etnográfico se indagó sobre la accesibilidad a los servicios de salud en relación con la atención de salud sexual y reproductiva en varones escolarizados en la ciudad capital de Jujuy. Un aspecto central de esta investigación fue la indagación sobre los imaginarios que construyen estos varones sobre la vasectomía, que cobra especial relevancia dado que en los últimos tres años esta provincia tuvo un importante incremento en la demanda y obtención de este método de anticoncepción.

/10

**Hernán Manzelli**

Director del Centro de Estudios de Población -CENEP.



Evaluación cualitativa del  
impacto del dispositivo  
grupal de asistencia a  
varones que ejercen  
violencia de la Unidad de  
Fortalecimiento Familiar  
del Municipio de Almirante  
Brown

Evaluación

# Evaluación cualitativa del impacto del dispositivo grupal de asistencia a varones que ejercen violencia de la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown

*"Yo sentía que lo que hacía estaba bien"*

Usuario A.

Ana Palazzesi, Cecilia Martin, Luis Ángel Ávalos

## Introducción

La mayoría de las políticas y programas de prevención de violencia contra la mujer en nuestro país han tenido como objetivo el trabajo preventivo con mujeres, un abordaje necesario, pero, de alguna manera, insuficiente.

Se ha trabajado escasamente en la prevención de la violencia de género con la población masculina en general, y menos aún considerando especificidades culturales y contextuales (Aguayo, 2016). No obstante, el carácter necesario de la asistencia a varones que ejercen violencia hacia sus parejas encuentra su fundamentación en tanto resulta de utilidad a los efectos de permitir un mayor control del varón y prevenir futuros episodios de violencia contra la pareja o expareja, y otras personas del entorno familiar (Echeburúa y Amor, 2016). Asimismo, considerando una perspectiva preventiva, en la medida en que disminuya el número de varones que ejercen violencia hacia la pareja, también lo hará la violencia a futuro; es decir que es necesario hacer hincapié en la interrupción de la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los/as hijos/as (Echeburúa et al., 2004).

En varias de las legislaciones, planes y programas se ha reconocido la necesidad de incorporar el trabajo preventivo con varones que ejercen violencia para enfrentar la violencia de género. Sin embargo, aún son pocas las orientaciones, estrategias y acciones específicas al respecto (Aguayo, 2016).

Entre el año 1994 y el año 2000, la mayoría de los países de América Latina promulgaron una normativa o legislación relativa a la violencia contra la mujer, denominándose comúnmente como ley de violencia "familiar", "intrafamiliar" o "doméstica". En Argentina, la Ley Nacional N.º 24.417 de Protección contra la violencia familiar fue sancionada en diciembre de 1994. La misma está, estrictamente, ceñida al ámbito doméstico y sin hacer alusión al género de las principales personas que se encuentran en esa situación.

La ley argentina propone mecanismos de protección, acogida, atención y reparación a las víctimas. Entre tanto, para los varones agresores se consignan diversas sanciones, y se propone su asistencia a programas terapéuticos.

Durante los últimos años, en varios países de la región incluida la Argentina, se han sancionado nuevas legislaciones donde la violencia de género se trata con una perspectiva más amplia e integral, abordando tanto sus efectos como sus causas. En estas leyes se alude a la desigualdad de poder que está en la base del ejercicio de la violencia de género, y se contem-

plan diferentes tipos de violencia y modalidades. En el caso de nuestro país, durante el año 2010 se aprobó la Ley 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Un aspecto importante de la misma es que no solo aborda la violencia de género una vez que el hecho violento se ha perpetrado, sino que plantea líneas de trabajo preventivo a través de campañas y programas en los que se incorpora a los varones. El art. 9 permite vislumbrar con claridad en dos de sus incisos la toma de medidas tendientes al abordaje a varones, pues como primera medida su inc. g), refiere al desarrollo de programas de asistencia técnica que entre sus objetivos incluye la reeducación, en tanto que en el mismo artículo, se halla la obligación de: Establecer y mantener un Registro de las organizaciones no gubernamentales especializadas en la materia en coordinación con las jurisdicciones y celebrar convenios para el desarrollo de actividades preventivas, de control y ejecución de medidas de asistencia a las mujeres que padecen violencia y la rehabilitación de los hombres que la ejercen. (art. 9, inc. p). En tanto el art. 10 reafirma la obligación del Estado nacional de garantizar conforme al inc. 7) el desarrollo de “Programas de reeducación destinados a los hombres que ejercen violencia”.

Las líneas de intervención que se plantean en los planes nacionales contra la violencia de género incluyen diversas acciones: prevención, atención, sanción y reparación. Los objetivos de estas medidas apuntan a erradicar la violencia de género a través del empoderamiento de las mujeres, y la facilitación del acceso a la Justicia. Entre otros mecanismos de atención podemos mencionar la generación de una cultura de igualdad de derechos e igualdad de género, la sanción a conductas discriminatorias y violentas, y la reparación a sus víctimas.

/13

La figura del varón, en tanto agresor, es abordada en los planes nacionales contra las violencias de género, principalmente desde acciones relacionadas con la sanción penal y las medidas cautelares, y en algunos casos con la asistencia a programas de rehabilitación y/o reeducación.

En este sentido, en el año 1989 en el Municipio de Almirante Brown (Provincia de Buenos Aires), se creó la Unidad de Fortalecimiento Familiar (UFF), bajo la órbita de la Secretaría de Desarrollo, Seguridad Social y Derechos Humanos. La UFF lleva adelante la tarea de organizar dispositivos para la atención de varones que ejercen violencia por motivos de género. Esa política pública está inscrita en las políticas de protección a las mujeres y sus hijos e hijas, con el principal objetivo de frenar la escalada de violencia en los vínculos de pareja y la transmisión intergeneracional, como producto de la convivencia de niños y niñas en ambientes con patrones relacionales desde el abuso de poder.

El sentido de esta investigación fue describir y analizar en profundidad la experiencia del dispositivo de asistencia a varones que ejercen/ejercieron violencia hacia mujeres en el Municipio de Almirante Brown.

En este capítulo se hace foco en uno de los objetivos específicos de esta investigación que fue evaluar cualitativamente el impacto del dispositivo grupal de asistencia a varones que ejercen violencia de la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown.

Algunas de las preguntas que guiaron esta investigación son: ¿cuál es la percepción por parte de las profesionales que coordinan los dispositivos grupales en relación con objetivos que se entiende necesarios alcanzar en función de la problemática abordada? ¿Cuál es la per-

cepción de los usuarios en relación con el programa de asistencia y respecto de los cambios positivos en el modo de vincularse a causa de la asistencia recibida?

¿Los usuarios perciben cambios positivos en cuanto al modo de vincularse luego de su participación en el dispositivo grupal?

## Diseño y metodología

A fin de obtener los datos para esta investigación, se consideró pertinente la aplicación de técnicas metodológicas de tipo cualitativo que permiten penetrar en las percepciones y subjetividad de las personas en sus comportamientos. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente caso porque una de sus mayores fortalezas es que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores sociales.

En ese sentido, las técnicas de recolección de datos usadas por excelencia en la investigación cualitativa son aquellas que permiten recoger las experiencias de los actores con sus propias palabras y ritmos, y que mejor muestran sus visiones del mundo. En esta investigación se utilizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra intencional de profesionales de la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown, en especial a quienes asisten a varones que ejercen violencia, y a dos usuarios que se encuentren concurriendo al dispositivo grupal.

Las entrevistas semiestructuradas a psicólogas/os y psicopedagoga se realizaron por medio de la plataforma **zoom**. Las mismas fueron acordadas previamente y tuvieron una duración aproximada de una hora y fueron grabadas y transcritas. Todas/os las/os participantes firmaron un consentimiento informado que fue explicado previamente. A algunas de las profesionales se los contactó nuevamente para repreguntar o completar alguna consigna que no había quedado clara.

Es un estudio descriptivo-exploratorio con utilización de un diseño selectivo. La población estuvo constituida por profesionales que brindan asistencia a varones que ejercen violencia en la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown durante el año 2021 y 2022.

El Muestreo fue de carácter intencional, se seleccionaron a las profesionales que coordinan los dispositivos grupales de asistencia a varones que ejercen violencia, como así también a la coordinadora, a la Directora de la UFF y al supervisor de la Unidad de Fortalecimiento Familiar del Municipio de Almirante Brown.

El tamaño de la muestra fue de un total de 9 profesionales.

Como una de las características destacadas se puede mencionar la buena disposición de los profesionales para la realización de las entrevistas.

Para el procesamiento de información cualitativa de las entrevistas semiestructuradas a profesionales se utilizó el método comparativo constante que permite que el proceso de análisis no quede relegado al terminar de recoger la información, sino que se realiza a lo largo de todo el proceso.

En relación con las evaluaciones del proceso asistencial de los usuarios de los grupos por parte de las coordinadoras, se elaboró un formulario con 5 ejes, los cuales pueden ser valorados como alcanzado, parcialmente alcanzado y no alcanzado. Los formularios fueron enviados a las 3 duplas de coordinadoras para que sean completados.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas a los dos usuarios que transitan por los dispositivos grupales, las entrevistas fueron grabadas en video, y firmaron una autorización de uso de su imagen.

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas en base a los ejes utilizados para la evaluación de los usuarios.

## Evaluación del dispositivo de asistencia a varones de la UFF

Considerando la naturaleza del relevamiento realizado y las características particulares del Dispositivo de asistencia a varones de la UFF, y con el objeto específico de evaluar la eficacia de este dispositivo, se utilizaron dos técnicas puntuales.

La primera de las técnicas consiste en la aplicación de un cuestionario elaborado ad hoc a las psicólogas que desarrollan la tarea de coordinación de los dispositivos grupales, ello con la finalidad de tomar conocimiento respecto de la percepción de estas acerca de la evolución de los usuarios que participan en tales dispositivos. A esos fines, se consideraron aspectos que se entienden relevantes en cuanto a objetivos a alcanzar considerando las características de los varones que ejercen violencia de género dentro de la pareja, tales como: Identificación de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica); Identificación de manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/tiempo fuera); Identificación, cuestionamiento y modificación de estereotipos y roles de género; Incorporación de habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos; mejora del autoestima y asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas. Tales aspectos se han ponderado considerando su alcance, alcance parcial o no alcance.

La planilla fue diseñada considerando los siguientes criterios:

1. **Identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres** (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica): el presente ítem fue contemplado considerando la importancia de que los varones asistidos puedan reconocer los diversos tipos de violencia ejercidos contra las mujeres, así como también hacia ellos mismos desde su experiencia personal. Se entiende menester que puedan aprender a identificar el modo en que se interrelacionan los diversos tipos de violencia, la forma en la que generan daños similares y diferenciados, y las dimensiones sociales de la violencia masculina contra las mujeres (Garda Salas y Bolaños Ceballos, 2012).
2. **Identificar manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz** (suspensión temporal/tiempo fuera): la inclusión de este ítem se fundamenta en el hecho de que los usuarios puedan conocer y adquirir una habilidad que les resulte funcional a los fines de detener las prácticas violentas (Garda Salas y Bolaños Ce-

ballos, 2012). Siguiendo la recomendación establecida por Iniciativa Spotlight, UNFPA, Promundo-US y EME-Fundación Cultura Salud (2021), se entiende pertinente el trabajo con relación a técnicas específicas a los fines de evitar el ejercicio de violencia en momentos de conflicto, como métodos para que los usuarios sean capaces de identificar los momentos en que podrían cometer agresiones y la utilización de la técnica del “tiempo fuera”.

3. **Identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género:** la inclusión del presente ítem en la evaluación encuentra su fundamento teniendo en cuenta que el dispositivo debería incorporar un enfoque transformador de género y de masculinidades, el cual cuestiona el machismo, las normas tradicionales de género y la instrumentación de la violencia, tanto hacia las mujeres, a las/os niñas/os, así como también hacia otros varones (Iniciativa Spotlight, UNFPA, Promundo-US y EME-Fundación CulturaSalud, 2021).
4. **Incorporar habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos:** la inserción de este ítem se basa en que en primer lugar, en el dispositivo se debería indagar en cómo fueron las relaciones entre sus padres y cuidadores entre sí y el grado de autoritarismo que había entre ellos, si han vivenciado situaciones de violencia, cuáles fueron los distintos aprendizajes en la resolución de conflictos que, asociados con otros procesos de socialización primaria, pudieran, por observación e identificación, haber contribuido a la incorporación de modos de resolución de conflicto abusivos (Porrás, 2013) para luego, desarrollar procesos de educación integral basados en habilidades para la vida que fortalezcan la construcción de nuevas masculinidades y una visión positiva del conflicto (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual PBA, 2021).
5. **Mejorar la autoestima:** la consideración del presente ítem radica en el hecho de que muchos de estos varones se caracterizan por presentar una baja autoestima, ante lo cual intentan dominar y controlar a su pareja, incluso recurriendo a la violencia, como un modo de alcanzar una estima que no logran de otra forma. Lo mismo puede explicarse entendiendo que se trata de una violencia por compensación, en la que quien ejerce la violencia muestra una gran inseguridad e intenta superar sus frustraciones con quien tiene más próximo y no va a responderle (Echeburúa y Amor, 2016). No obstante, Donahue, McClure, y Moon (2014 citado en Echeburúa y Amor, 2016) sostienen que la reiteración de la conducta violenta tiende a empeorar la baja autoestima del agresor. Por tanto, el abordaje de la autoestima en el dispositivo grupal constituye un elemento necesario, siendo un aspecto central en el conjunto de emociones que el varón experimenta, enlazándose con la necesidad que tiene de que su pareja calme esa sensación de sentirse o percibirse como varón fallado o disminuido, para enmascarar su baja autoestima. Identificar la característica que manifiestan los usuarios en relación con la baja autoestima, refiere a la imagen negativa que poseen de sí mismos, de manera contrapuesta con el modelo de masculinidad hegemónica al que tienen que ajustarse, jugando una suerte de inadecuación o ausencia de control ante la instrumentación de sus conductas violentas (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual PBA, 2021).
6. **Asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas:** se fundamenta la inclusión de este ítem considerando que tanto los criterios reseñados por Grupo 25



(2006), Geldschläger y otros (2010) -Daphne II-, y Quinteros (2010), en consonancia con afirmar el carácter intencional de la violencia, sostienen que los varones son responsables por tal ejercicio. De esta manera, se entiende que este accionar no ha de permitir justificación alguna y, en cambio, se han de dirigir los esfuerzos a enfatizar la necesidad de asumir la responsabilidad y las consecuencias que sus actos generan (Martin, 2020).

La segunda técnica de evaluación utilizada fue la realización de entrevistas semi estructuradas individuales a dos usuarios que se encuentran participando del dispositivo, realizando un análisis del discurso. Esta técnica fue aplicada tanto por Ocampo (2017) como por Payarola (2011), no obstante, dado que no resultó posible acceder a los instrumentos utilizados a tales fines, se elaboró una guía de preguntas teniendo en cuenta los criterios específicos que han sido considerados en la ejecución de dispositivos de intervención con varones que ejercen violencia en la pareja (Grupo 25, 2006; Geldschläger et al., 2010)

Se consideró que ambas técnicas (entrevistas semi estructuradas a usuarios y aplicación de cuestionarios completados por las duplas de coordinación de los dispositivos grupales) son complementarias y por lo tanto constituyen un enriquecedor aporte a la construcción de un modelo de evaluación del dispositivo. Es dable destacar que la construcción de un instrumento ad hoc para la evaluación de las coordinadoras respondió al hecho de que no contaban con otro instrumento destinado a tales fines al momento de la presente investigación. Tal construcción se sustenta en la adaptación de la investigación llevada a cabo por Boira Sarto, López Del Hoyo y Tomás Aragonés (2010), considerando que para la realización de esta los/as participantes del estudio fueron psicólogos/as especializados/as en el tratamiento en violencia de género, quienes tuvieron por rol aportar información respecto de la aplicación de un programa de intervención con varones.

/17

### **Análisis de la evaluación de las coordinadoras respecto a la evolución de los usuarios**

Con relación a la evaluación realizada por las coordinadoras de los tres dispositivos grupales, es posible apreciar que la evolución de los usuarios difiere, en tanto alguno de estos han alcanzado los objetivos mientras que otros no. Tal variación puede deberse a varios factores, entre ellos, el tiempo de permanencia en el dispositivo y el grado de motivación para el cambio alcanzado. Con relación a este último, Echeburúa y colegas (2009) indican que deviene necesario, desde el primer contacto con el varón, indagar el nivel de motivación para el cambio. Por lo general, la motivación al inicio de la participación en el dispositivo de asistencia suele ser escasa e inestable, especialmente en aquellos casos en que la derivación al tratamiento tiene lugar mediante vía judicial (White y Gondolf, 2000 citado en Echeburúa et al., 2009). Por su parte, Quinteros (2010) considera que la motivación es dinámica y cambiante, por lo cual se puede iniciar el dispositivo por un motivo y continuarlo por otro. A la vez, diversas intervenciones y situaciones que acontezcan durante el proceso asistencial pueden motivar y desmotivar por lo que es necesario no olvidar el aspecto fluctuante de la motivación.

Una de las duplas de coordinación al ser consultada respecto de la realización del formulario de evaluación de los usuarios que asisten a los dispositivos grupales, refirió que les resultó de mucha utilidad a los fines de sistematizar la información, indicando **“ordena, organiza y agiliza la misma dando cuenta del proceso”**.

Otra de las duplas indicó en relación con el formulario que, en principio, es algo totalmente nuevo en la institución (al menos nunca habían trabajado con uno en ningún grupo). Les pareció útil para repensar el proceso de cada usuario, en función de los avances (o no) y también en el grupo en general ya que permite identificar qué puntos hay que reforzar y qué temas y conceptos retomar.

Las tablas 1, 2 y 3 resumen la información relevada para cada uno de los grupos analizados.

**Tabla 1. Evolución del proceso asistencial. Grupo 1.**

Evolución del proceso asistencial	Grupo 1					
	usuario 1	usuario 2	usuario 3	usuario 4	usuario 5	usuario 6
Identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica)	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
Identificar manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/tiempo fuera)	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
Identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado
Incorporar habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado
Mejorar la autoestima	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	S/d	Parcialmente alcanzado	No alcanzado
Asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	No alcanzado

**Tabla 2. Evolución del proceso asistencial. Grupo 2.**

Evolución del proceso asistencial	Grupo 2						
	usuario 1	usuario 2	usuario 3	usuario 4	usuario 5	usuario 6	usuario 7
Identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica)	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado
Identificar manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/ tiempo fuera)	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
Identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado
Incorporar habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Mejorar la autoestima	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado
Asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas	Alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado

Tabla 3. Evolución del proceso asistencial. Grupo 3. Continúa.

Evolución del proceso asistencial	Grupo 3					
	usuario 1	usuario 2	usuario 3	usuario 4	usuario 5	usuario 6
Identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica)	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	Parcialmente alcanzado
Identificar manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/ tiempo fuera)	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado
Incorporar habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Mejorar la autoestima	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado
Asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado

**Tabla 3b. Evolución del proceso asistencial. Grupo 3. Continuación**

Evolución del proceso asistencial	Grupo 3				
	usuario 7	usuario 8	usuario 9	usuario 10	usuario 11
Identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica)	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
Identificar manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/tiempo fuera)	Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
Identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado
Incorporar habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos	Alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Mejorar la autoestima	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
Asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Alcanzado	Alcanzado

/21

### **Análisis de las entrevistas a los usuarios que transitan por el dispositivo**

Se entrevistaron a dos usuarios que participan en los dispositivos grupales de la UFF, uno de los cuales concurre hace un año y medio al dispositivo y, a través del análisis de su discurso, se estima que ha cumplido con los objetivos propuestos. En tanto el otro usuario, quien concurre hace 4 meses, se encuentra en proceso de alcance de los objetivos.

En primer lugar, se entrevistó a Jonatan, de 33 años, de nacionalidad argentina, estado civil soltero, con estudios secundarios completos, de ocupación operario y músico, y padre de una hija de 6 años. Participa del dispositivo grupal desde hace año y medio, y por indicación de la Justicia debe concurrir hasta el mes de septiembre de 2023. Previamente, realizó un curso virtual educativo -del cual participó durante siete meses- sobre masculinidades dictado por el Patronato de Liberados, Delegación Departamental Almirante Brown, el cual le permitió adquirir conocimientos teóricos sobre la temática favoreciendo su avance en el dispositivo actual.

Jonatan concurre instado por la justicia luego de ser detenido en flagrancia al intentar ejercer violencia física hacia un varón que se encontraba con su expareja.

A partir de la entrevista realizada, se infiere que Jonatan ha alcanzado los objetivos evaluados.

Jonatan logró identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica), habiendo ejercido violencia psicológica (control y celotipia, ignorarla, no escucharla, mentirle, etc.) hacia su expareja e intentado ejercer violencia física hacia otro varón en de su expareja (golpes).

Durante la entrevista comentó que en el grupo aprendió a identificar manifestaciones fisiológicas del enojo y adquirió habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/tiempo fuera), lo cual le habilita a detener el ejercicio de la conducta violenta, facilitando la resolución de los conflictos de otra manera. A su vez, se entiende que el curso que realizó sobre masculinidades y su consecuente participación en el grupo le permitieron identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género. En consonancia, se aprecia el abordaje mediante la instrumentación del paquete multidimensional propuesto por Grupo 25 (2005), entendiendo que los cuatros componentes que lo conforman deben de estar presentes durante toda la intervención.

Jonatan comentó que durante la relación con su expareja consideraba que ella era de su propiedad y que debían estar juntos/as para siempre. Expresó que su participación en el dispositivo grupal le permitió aprender que ella es una persona con derechos y que si la relación no funciona es mejor la separación. Se identifica a partir de su discurso la incorporación del componente cognitivo para desmontar el modelo mental sexista sobre la violencia de género a los fines de desactivar el modelo mental que avala y articula el comportamiento violento masculino hacia la mujer, fomentando el desempoderamiento del varón que ejerce violencia. Es central la intervención de deconstrucción de la identidad masculina tradicional, así como la historia personal de construcción de dicha identidad. La referida intervención debe incidir en la modificación de los referentes identitarios que el varón ha tomado para construir su autoconcepto. A su vez, mediante lo expresado por Jonatan, se estima la incidencia del componente educativo a partir del establecimiento de los factores que inciden en la generación y/o mantenimiento del comportamiento violento. Este constituye un elemento horizontal en tanto comienza a aplicarse desde el inicio de la intervención hasta la finalización del programa. El primer objetivo radica en la identificación del problema y establecer el foco de la responsabilidad, de modo que el varón que ejerce violencia pueda hacerse cargo de esta, aceptando a la vez el encuadre de trabajo. Asimismo, este componente debe contemplar la comunicación respecto de la naturaleza de la violencia, en general, y de la violencia hacia la mujer, en particular, la estructura social basada en las construcciones de género y sexo, y el significado del ejercicio de la violencia como una opción de comportamiento de imposición masculina sobre la mujer.

Asimismo, Jonatan reconoció haber incorporado habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos las cuales utiliza con su actual pareja. Se identifica así la incorporación del componente conductual para desarraigar la conducta violenta y dotar al varón de habilidades para el establecimiento de vínculos respetuosos. Este componente se encuentra destinado a modificar los patrones de conductas aprendidos para ejercer las tácticas de

agresión, control, aislamiento y dominación sobre la mujer. Se entiende preciso desactivar los patrones dedicados a la violencia a través de la construcción de pautas alternativas. Para ello, deben abordarse los déficits conductuales e incluir herramientas destinadas al aprendizaje de habilidades de resolución de conflictos, de relación interpersonal igualitaria, de autocontrol y manejo del estrés, y de identificación y expresión emocional.

Continuando, una de las características de los varones que ejercen violencia es la baja autoestima, por lo cual tratan de dominar y controlar obsesivamente a su pareja, o incluso pueden recurrir a la violencia como medio para conseguir lo que quieren (Echeburúa y Amor, 2016). En este sentido, es importante trabajar en el incremento de esta. Asimismo, Jonatan ha referido haber sumado habilidades, las cuales colaboran para facilitarle una adecuada gestión emocional. Se presume en consecuencia, la incorporación del componente emocional en la asistencia brindada a los fines de modificar asociaciones emocionales con la conducta de la violencia. A tales efectos, se consideran las emociones de ira, frustración, impotencia, celos, así como también el desmontaje de las motivaciones que sostienen esas emociones.

A través de su relato, se entiende que Jonatan asumió la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas, reconoce haber ocupado un lugar de poder en la relación con su ex pareja y ser responsable del ejercicio de sus conductas. Comentó sentirse avergonzado por su accionar. Si bien no es posible afirmar, a partir de la entrevista realizada, que su autoestima se ha incrementado sí se identifica en su relato la idea de valorar un vínculo de mayor paridad, así como también la idea de que *“no da”* intentar controlar a las otras personas, lo cual pareciera indicar una mayor seguridad en lo vincular.

/23

Luego, se entrevistó a Ariel, quien indicó tener 30 años de edad, de nacionalidad argentina, estado civil soltero, con estudios secundarios completos, de ocupación empleado, padre de dos hijos -un varón de 9 años y una niña de 5 años-, quien refiere un largo historial de consumo problemático de sustancias.

Fue denunciado por lesiones y amenazas el 28 de octubre de 2021, y actualmente se encuentra cumpliendo una Suspensión del Proceso a Prueba de dos años de duración.

Inicialmente concurrió al CPA para a los fines de realizar un tratamiento para el consumo problemático de sustancias, en el cual recibió el alta.

Desde hace 4 meses concurre al dispositivo grupal de varones que ejercen violencia en la UFF.

Con respecto a la evolución del proceso a partir del análisis de la entrevista realizada, se coincide con la evaluación efectuada por la dupla de coordinación, que considera que Ariel ha alcanzado parcialmente los objetivos evaluados, encontrándose en proceso.

En cuanto a identificar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica), Ariel logró reconocer que él ejerció violencia psicológica (control, celotipia, revisarle el celular, etc.) y física, pero no es capaz de reconocer haber ejercido violencia económica hacia su pareja, aun cuando comentó haber ingresado en el hogar familiar contando con una orden de exclusión del mismo dado que era quien abonaba el alquiler de la vivienda donde residían su pareja e hijos/as. A su vez, aun Ariel no es capaz de reconocer como conductas violentas otras formas menos evidentes, tales como micromachismos o violencia ambiental, las cuales se desprenden de su discurso. Se estima

que se encuentra en camino a comprender diferentes formas de la violencia machista pero que aún no logra una comprensión tal de sus conductas que nos permita inferir que ha alcanzado el objetivo.

Con relación a la identificación de manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/tiempo fuera), comentó que son herramientas que está adquiriendo en el dispositivo grupal, pero no hay en su relato indicios de que haya logrado un autoconocimiento de sus estados emocionales, ni que haya incorporado técnicas para gestionar adecuadamente la expresión de estos.

Con respecto a identificar, cuestionar y modificar estereotipos y roles de género, se considera que es un punto no alcanzado todavía, ya que no ha podido reconocer haberse encontrado en un lugar de poder en relación con su expareja, ya que habla de simetría en la relación de pareja, diciendo “ejercimos violencia psicológica” y que su expareja ejerció violencia física hacia él. Asimismo, de su relato se desprende que las posiciones “masculino” y “femenino” continúan siendo fuertemente estereotipadas, sobre todo en su modo de posicionarse en relación con su exsuegro, su excuñado y otros varones, situaciones en las que prevalece la ideación de enfrentamiento e imposición mediante el ejercicio de la violencia.

En cuanto a la incorporación de habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos, se considera que las ha adquirido parcialmente, ya que puede escuchar a otros/as, y reflexionar (al menos parcialmente) acerca del impacto de sus dichos y acciones sobre las demás personas. Destaca en este sentido la importancia del grupo, así como también las interacciones que dentro y fuera del mismo se dan entre los participantes. Señala en este punto la importancia de que otro miembro del grupo al que él respeta por lo que ha aprendido, lo aconseje en comunicaciones que tiene por WhatsApp. Se considera importante en el proceso de modificación de conducta la posibilidad de incorporar otros puntos de vista.

Con relación al mejoramiento de la autoestima, se puede inferir a partir del relato de Ariel que su larga situación de consumo y estar actualmente atravesando el síndrome de abstinencia son hechos que lo colocan en posición de visualizar parcialmente la idea de que él podrá sobreponerse, pero sin que esto sea suficiente para concluir que el objetivo de mejorar su autoestima se haya alcanzado. Si bien se entiende que existen prometedores avances dado que refiere que de manera previa a su ingreso al dispositivo grupal no se quería a sí mismo y ahora existen momentos en los que tal percepción varía. Podemos inferir del relato de Ariel que persisten patrones rígidos a través de los cuales él explica su accionar a través de la dependencia a sustancias considerándose entonces no del todo responsable. La evaluación de la dupla de coordinadoras del grupo al que Ariel concurre entiende que ese ítem está “parcialmente alcanzado”, coincidiendo con la evaluación que se realiza a partir del análisis de la entrevista.

En cuanto a la asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas, se considera que no se ha alcanzado tal objetivo dado que durante la entrevista solo reconoció haber ejercido violencia de tipo psicológica (verbal), minimizando el ejercicio de la misma en su comparación con la violencia de tipo física y justificando tal ejercicio asegurando que fue su ex pareja quien la ha ejercido hacia él cuando intentaba ingresar al domicilio bajo los efectos de las sustancias psicoactivas que consumía. En consecuencia, se estima que este usuario, aún no logra respon-



sabilizarse por su comportamiento violento ya que permanentemente antepone la situación de consumo de sustancias como causa principal de su accionar violento, a la vez que minimiza y exterioriza la responsabilidad de la violencia ejercida. Es esperable que el tránsito por el grupo posibilite a los usuarios cambios en sus modelos mentales que permitan una modificación en su posicionamiento respecto de las violencias ejercidas, esto es algo que aún no puede verificarse en Ariel.

A partir del análisis realizado, se infiere que los entrevistados, a pesar de no haber finalizado su participación en el dispositivo de asistencia, han incorporado - en mayor y menor medida - elementos que tienden a la reflexión y al entrenamiento en resolución de conflictos de manera no violenta, así como también se alienta la deconstrucción de la masculinidad hegemónica (o normativa) mediante su paso por el dispositivo grupal, pudiendo modificar parcialmente sus conductas y las formas de vincularse.

Fundamentalmente, el foco debe de estar puesto en la protección y seguridad de las víctimas, así como también ha de prestarse atención a los pequeños cambios que van produciéndose en los participantes en cuanto a su relación con la violencia y el modo que se relacionan con sus parejas e hijos/as.

## Conclusiones

La violencia contra las mujeres en la pareja implica un problema de producción primordialmente masculino, por lo que nombrar a los varones como los principales responsables de esta implica responsabilizarlos, lo cual los torna sujetos pasibles de prevención y de intervención (Bonino, 2004, citado en Martín, 2020).

Asimismo, una investigación llevada a cabo por Dutton donde comparó dos grupos de varones que ejercen violencia, uno compuesto por usuarios que asisten voluntariamente y otro compuesto por usuarios derivados por la justicia, los resultados sugieren que los participantes que concurren voluntariamente son más propensos a atribuir el episodio de violencia a ellos mismos, en relación con aquellos sujetos participantes derivados por la justicia, quienes lo atribuyen a determinadas circunstancias o situaciones y a sus víctimas. Es decir, aquellos varones que acuden voluntariamente suelen presentar mayor motivación y ser menos resistentes a la asistencia, aunque mínimamente reconocen y asumen parte de su responsabilidad, etc (Quinteros, 2010). En este caso, la mayoría de los participantes son derivados por la justicia, por lo que se podría inferir que no se hacen responsables del ejercicio de la violencia, proyectando la responsabilidad en la víctima o en determinadas circunstancias. Es decir, ni el trastorno mental, ni el consumo problemático de alcohol o drogas, ni una niñez traumática, ni por supuesto la conducta de las mujeres o la educación machista recibida, justifican el ejercicio de la violencia (Lozoya Gómez, 2009).

Sabemos que los varones que ejercen violencia pueden dejar de ejercer maltrato y cambiar, ya que la violencia no es algo innato sino aprendido (Lozoya Gómez, 2009). El varón ejerce la conducta violenta con la finalidad de dominar a su pareja, por lo cual el ejercicio de esta es intencional y deliberado, y se encuentra asociado al abuso de poder. Es menester destacar que, si

bien la violencia se sustenta en los componentes biológicos de la agresión, es aprendida dado que es producto de la cultura, y por lo tanto puede desaprenderse. El varón que ejerce violencia es el único responsable de su conducta, y por ello no debe ser justificada, debiendo asumir la responsabilidad y las consecuencias de esta (Quinteros, 2010). No obstante, un bajo porcentaje de los varones derivados por la justicia a los dispositivos grupales reconocen que tienen un problema que necesitan superar. Cuando reconocen que tienen un problema, tienen muchas posibilidades de conseguirlo.

A partir de las técnicas de evaluación de los dispositivos relevadas, y teniendo en cuenta las características del Dispositivo de asistencia a varones de la UFF, consideramos la aplicación de dos técnicas diferentes y complementarias a los fines de evaluar la eficacia de este. Respecto a la evaluación del proceso asistencial de los usuarios de los dispositivos grupales por parte de quienes desarrollan el rol de coordinación de estos, consistió en la aplicación de un cuestionario elaborado ad hoc, que fue completado por las psicólogas que desarrollan la tarea de coordinación de los dispositivos grupales a los fines de conocer la percepción de estas respecto de la evolución de los usuarios que participan en los dispositivos. A tales fines, se consideraron aspectos que se entiende relevantes en cuanto a objetivos a alcanzar considerando las características de los varones que ejercen violencia de género dentro de la pareja, tales como: Identificación de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres (física, emocional/psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica); Identificación de manifestaciones fisiológicas del enojo y aprender habilidades para gestionarlo de manera eficaz (suspensión temporal/tiempo fuera); Identificación, cuestionamiento y modificación de estereotipos y roles de género; Incorporación de habilidades de comunicación y habilidades de resolución de conflictos; Mejora de la autoestima y Asunción de la responsabilidad por el ejercicio de las conductas violentas. Tales aspectos se han ponderado considerando si ha sido “alcanzado”, “parcialmente alcanzado” o “no alcanzado”.

/26

Luego, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a usuarios que concurren actualmente al dispositivo grupal. Se elaboró a tal fin una guía de preguntas que intentó relevar cuáles eran las creencias de los usuarios antes de ingresar al dispositivo, qué cosas aprendieron en el grupo y cómo fueron variando sus percepciones en relación con los distintos temas abordados en el cuestionario. En cuanto al análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los usuarios, se infiere que a pesar de que no finalizaron el programa, han incorporado elementos positivos tras su paso por el dispositivo grupal, pudiendo modificar sus conductas y las formas de relacionarse.

Se considera que el cuestionario elaborado junto a la entrevista semiestructurada al usuario puede ser una metodología cualitativa de evaluación sencilla que permitiría evaluar la efectividad de los dispositivos grupales de asistencia a varones que ejercen violencia.

A pesar de la existencia de estudios empíricos, revisiones de la literatura y meta-análisis aplicados a modelos estándares de intervenciones con varones que ejercen violencia que, o no han encontrado efectos o han encontrado resultados modestos en la reducción de la conducta violenta, estos dispositivos grupales son la única herramienta disponible hasta el momento para la prevención de la violencia de género e intrafamiliar, trabajando con la causa del proble-

ma: el varón que ejerce violencia hacia la mujer.

El dispositivo de asistencia a varones que ejercen violencia que lleva adelante la UFF es un proceso complementario al abordaje de las mujeres en situación de violencia, abordada desde el modelo ecológico y en forma integral, considerando que la violencia masculina implica cambios en los distintos niveles del sistema, desde el macrosistema junto a las acciones preventivas y asistenciales que producen modificaciones en las interacciones familiares y en las instituciones del mesosistema.

Fundamentalmente, el foco debe de estar puesto en la protección y seguridad de las víctimas, así como también ha de prestarse atención a los pequeños cambios que van produciéndose en los participantes en cuanto a su relación con la violencia y el modo que se relacionan con sus parejas e hijos/as. Ahondando, el problema de la violencia contra las mujeres precisa de actuaciones multidisciplinares e interinstitucionales, focalizadas en la protección y la autonomía de las mujeres, y en el cambio y control efectivo de los varones, debiendo ser sostenidas por acciones políticas y educativas sobre las condiciones que las generan, particularmente el modelo desigualitario de relaciones de género (Bonino, 2004).

Es deseable que los resultados que aquí se presentan puedan emplearse para sustentar programas preventivos y de asistencia especializada a varones que ejercen violencia.

Se espera que este trabajo sea el punto de partida para ulteriores investigaciones sobre la efectividad de la asistencia a varones que ejercen violencia, que puedan contribuir al desarrollo de programas de intervención y prevención. ¿Qué se entiende por efectividad o que un programa funcione?, ¿Efectividad comparada con qué, con quiénes y bajo qué circunstancias?

127

Ocampo (2018) refiere que los bajos niveles de finalización, conllevan a que se plantee la eficacia, eficiencia y suficiencia de este tipo de programas (Gondolf, 2009). Quienes promueven el desarrollo de estos dispositivos sostienen que la medición del éxito de estos no es una tarea sencilla y no pueden ser orientadas por la inmediatez (Taylor & Barker, 2013). En consonancia, también se establece la crítica respecto de una exigencia de resultados de tipo cuantitativos que limitan los objetivos de los programas, sin tener en cuenta aquellos aspectos profundos y complejos del asunto de la violencia doméstica (Autcher y Backes, 2013). A su vez, Rothman, Butchart y Cerdá (2003, citado en Ocampo 2018) estiman que entre el 50 y el 90% de los varones que finalizan los programas de intervención, no recaen en conductas violentas en los siguientes tres años, teniendo menores niveles de reincidencia que aquellos que abandonan el programa.

Coincidiendo con Quinteros (2010), es deseable que el foco actual respecto de los programas de intervención destinados a varones que ejercen violencia de género gire en torno al establecimiento de criterios de calidad a los fines de desarrollar dispositivos que permitan aumentar su eficacia. Según lo referido por el autor, ejecutar una intervención que garantice en mayor medida los resultados, implica contar con un protocolo en el que se incluyan los principios básicos, se encuentre establecido el lugar que ocupará el programa en la red asistencial, se realice una adecuada formación de los/as profesionales intervinientes. Asimismo, deberían establecerse criterios eficaces, tales como mecanismos de evaluación que permitan determinar las características de los usuarios y la motivación para el cambio.

Asimismo, en consonancia con Bonino (2004) considerando las múltiples investigaciones

relativas a la efectividad de este tipo de programas, paulatinamente ha de quedar en claro que con el objeto de evaluarla debe considerarse el tipo de programa, para qué varones y la expectativa respecto del logro. El autor afirma que son aquellos programas de larga duración (mayor a un año), que incluyen perspectiva de género, que abordan a varones que acceden por propia iniciativa y que ejercen violencias menos peligrosas acotadas a la pareja y con un seguimiento mediante las mujeres vinculadas a ellos, los que tienden a garantizar en mayor porcentaje cambios masculinos más integrales en tanto se encuentren incluidos dentro de una estrategia de acciones coordinadas, con medidas legislativas y sociales pertinentes que asisten a las mujeres. En contraste, los programas aislados suelen presentar poca efectividad.

## Referencias bibliográficas

- Aguiar, F., Kimelman, E., Saavedra, P., Kato-Wallace, J. (2016). Hacia la incorporación de los hombres en las políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Santiago: EME/CulturaSalud. Washington, D.C.: Promundo-US. Ciudad de Panamá: ONU Mujeres y UNFPA.
- Boira, S.; Del Hoyo, Y.; Tomas-aragones, L. & Gaspar, A. (2010). Evaluación cualitativa de un programa de intervención psicológica con hombres violentos dentro de la pareja. *Acciones e Investigaciones Sociales*, pp. 135-156. ISSN: 1132-192X.
- Bonino, L. (2004). Obstáculos a la comprensión y a las intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres en la pareja. En C. Ruiz Jarabo & P. Blanco (Eds.) *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de la Salud*. Madrid: ADSP.
- Corral, P. de, & Sarasua, B., & Echeburúa, E., & Zubizarreta, I. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 109-217. [fecha de Consulta 7 de septiembre de 2022]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712028001>.
- CulturaSalud. (2010) *Hombres Jóvenes por el fin de la Violencia. Manual para facilitadores y facilitadoras*. Santiago de Chile: CulturaSalud/EME
- Dutton, D. (2006). *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver: UBC Press.
- Echeburúa, E. & Amor, P. J. (2016). Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico? *Terapia Psicológica*, 34(1) 31-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78546598004>
- Echeburúa, E. y Amor, P. (2010). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles típicos. 6(13), 27-36.
- Echeburúa, E.; Amor, P. J.; de Corral, P. & Fernández Montalvo, J.; (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, mayo-agosto, 10-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808802.pdf>
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. & de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1) 109-217. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712028001>

- Echeburúa, E., Sarásua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. (2010) Variables predictoras de rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 10, núm. 3, pp. 403-420 España.
- Salas, R. G. & Bolaños Ceballos, F. (2012). Programa caminando hacia la equidad. Programa Multidimensional y Multicomponente Para Detener La Violencia De Género De Los Hombres En Las Familias, 268.
- Geldschläger, H., Ginés, O., Nax, D. y Ponce, A. (2014). Outcome Measurement in European Perpetrator Programmes: A Survey. Working paper 1 from the Daphne III project "IMPACT: Evaluation of European Perpetrator Programmes".
- Iniciativa Spotlight, UNFPA, Promundo-US y EME-Fundación CulturaSalud. (2021). Programas con hombres que han ejercido violencia basada en género en América Latina y el Caribe hispano. 2021.
- Iniciativa Spotlight, UNFPA, PromundoUS y EME-Fundación CulturaSalud. (2021). Recomendaciones para el desarrollo de programas con hombres que han ejercido violencia contra la pareja en América Latina y el Caribe hispano.
- Lozoya Gómez, J. Á. (2009). Los hombres frente a la violencia contra las mujeres. Disponible en: [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz\\_dokumentuak/es\\_def/adjuntos/4\\_los\\_hombres\\_frente\\_a\\_la\\_violencia\\_contra\\_las\\_mujeres.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_dokumentuak/es_def/adjuntos/4_los_hombres_frente_a_la_violencia_contra_las_mujeres.pdf)
- Martin, C. V. (2020). Varones que ejercen violencia en la pareja ¿Cómo trabajar la motivación para el cambio en los dispositivos de asistencia? En, A. Palazzesi (Ed.), *Tópica 26. Desarmando el patriarcado. Nuevas herramientas para el abordaje de la violencia por motivos de género*. Buenos Aires: RV Ediciones.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2020): Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022, Buenos Aires. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan\\_nacional\\_de\\_accion\\_2020\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_de_accion_2020_2022.pdf)
- Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual PBA (2021): Guía de orientaciones básicas para la prevención de las violencias por razones de género, Buenos Aires. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-de-orientaciones-b%C3%A1sicas-para-la-prevenci%C3%B3n-de-las-violencias-por-razones-de>
- Ocampo, I. (2017). Evaluación del programa Hombres que Deciden Dejar de Ejercer Violencia (2013-2017). Centro de Estudios sobre Masculinidades y Género [CEMG]
- Ocampo, I. (2018). Hombres que han ejercido violencia intrafamiliar: la deserción en un programa de intervención municipal en Montevideo, Uruguay. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 7(3), 1762-1785. doi: 10.17583/generos.2018.3709
- Organización Panamericana de la Salud. *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- Payarola, M. (2021). Evaluación de un programa psico-socio-educativo para hombres que ejercen violencia, en Buenos Aires, Argentina. Marzo de 2021. *Divulgare Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, Vol. 8, No. 16 (2021) 38-42.
- Pérez Ramírez, M & Martínez García, M. (2010). La reincidencia de los condenados por delitos de violencia de género a programas formativos aplicados desde la ejecución penal en la comunidad. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. [fecha de consulta 7 de octubre de 2022] Disponible en: <http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/P%C3%A9rez-Mart%C3%ADnez-2010-REINCIDENCIA-PR.FORMATIVOS-VIGE.pdf>

- Porras, W. (2013). La implementación de habilidades para la vida en el adecuado abordaje de los conflictos en hombres: Una perspectiva desde las nuevas masculinidades. *Revista Electrónica Educare*, 17(3), 137-150. Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/issue/current>
- Quinteros, A (2010) Tratamiento Psicológico a Hombres que Ejercen Violencia de Género: Criterios Básicos para Elaborar un Protocolo de Intervención. *Clínica Contemporánea* Vol. 1, n.º 2, 2010 - Págs. 129-139
- Ramírez, Antonio (2002). Violencia masculina en el hogar. *El Cotidiano*, 18 (113), 28-36. [Fecha de consulta 22 de julio de 2020]. ISSN: 0186-1840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325/32511304>.
- Valdés, T. y Olavarría, J. (eds). (1998). *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO. Disponible en: <http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Teresa-Valdez-y-José-Olavarría-Masculinidades-y-equidad-de-género-en-América-Latina.pdf>



Masculinidades, violencias  
e itinerarios terapéuticos:  
una primera exploración en  
las trayectorias biográficas  
de varones con consumos  
problemáticos de drogas  
(Área Metropolitana de  
Buenos Aires, Argentina)

Masculinidades

# Masculinidades, violencias e itinerarios terapéuticos: una primera exploración en las trayectorias biográficas de varones con consumos problemáticos de drogas (Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina).<sup>2</sup>

Daniel Jones, Ana Clara Camarotti, Martín Güelman (CONICET-IIGG/UBA),

Ana Alli, Malena Kiss Rouan, Luciana Rivas, Juan Pablo Burriel, Mauro Iuvaro, Omar Allones, Serenela Cuaderno (Hospital Nacional en Red)

## Introducción

En este capítulo presentamos los resultados de una investigación cuyo objetivo general fue identificar y analizar los modelos de género, las experiencias de violencias y los itinerarios terapéuticos en varones con consumos problemáticos de drogas que asisten a tratamientos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), a partir de un análisis de sus trayectorias biográficas. La pregunta que orientó el estudio fue: ¿cuáles son las conexiones entre modelos de género, experiencias de violencias, consumos problemáticos de drogas e itinerarios terapéuticos en varones que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires?

Partimos de la hipótesis de trabajo de que existen conexiones significativas entre modelos de masculinidad (mandatos e imágenes asociados a ser varón, estereotipos de género que pueden encarnar o de los que quieren tomar distancia, etc.), experiencias de violencias de distinta índole (desde intrafamiliar o de género, hasta institucional), consumos problemáticos de drogas e itinerarios terapéuticos en las trayectorias biográficas de varones que asisten a tratamientos para los consumos de drogas en la CABA. Consideramos que estas conexiones no son de tipo causal (“porque consumen drogas, ejercen violencia” o “consumen drogas porque han padecido violencias”), ni unívocas en sus sentidos: un mismo fenómeno puede impactar diferencialmente en distintos sujetos -por ejemplo, una experiencia de violencia familiar puede influir o no, y de diversos modos, en el inicio del consumo de drogas, como observamos en investigaciones previas (Camarotti y Güelman, 2013; Jones y Dulbecco, 2018).

En este marco, nos propusimos como objetivos específicos:

1. Identificar y analizar los modelos de masculinidad de varones cis y transgénero con consumos problemáticos de drogas que asisten a tratamientos en la CABA.
2. Identificar y analizar los diferentes tipos de violencias (familiar, de género, institucional, etc.) experimentadas por estos varones en sus trayectorias biográficas.
3. Identificar y analizar los itinerarios terapéuticos para la atención de los consumos problemáticos de drogas de estos varones.

---

2. El presente capítulo es el resultado del proyecto “Modelos de género, experiencias de violencias e itinerarios terapéuticos de varones con consumos problemáticos de drogas. Un análisis interseccional de trayectorias biográficas en el Hospital en Red “Lic. Laura Bonaparte” (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina)”, financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y dirigido por Daniel Jones y Ana Clara Camarotti.



4. Identificar y analizar si existen conexiones significativas (y en tal caso, cuáles serían) entre modelos de género, experiencias de violencias, consumos problemáticos de drogas e itinerarios terapéuticos en esta población.

Para llevar adelante esta investigación, nos fusionamos dos equipos de trabajo preexistentes y con trayectoria en la temática: uno del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires), y otro del Servicio de Investigación del Departamento de Formación, Capacitación e Investigación del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte", en el marco de un convenio de trabajo entre el Hospital y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Seleccionamos al Hospital para realizar el trabajo de campo por una serie de motivos. Primero, porque a partir de la sanción de la ley de Salud Mental 26.657, en 2010, se convirtió en un centro de referencia nacional para la atención de los consumos problemáticos de drogas, desarrollando una estrategia de salud integral. Segundo, porque tiene alcance nacional, lo que permite la articulación de efectores de nivel distrital y de otras provincias. Tercero, por su ubicación geográfica en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, atiende a población tanto de la ciudad como del conurbano (lo que constituye el Área Metropolitana de Buenos Aires). Finalmente, porque cuenta con tres modalidades de atención: en el primer nivel, dispositivos de Abordaje Territorial (desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños con intervenciones de umbral mínimo de exigencia); en el segundo nivel, los dispositivos de Atención a la Demanda Espontánea, la Guardia interdisciplinaria, el dispositivo Ambulatorio (ex Consultorios Externos) y el Ambulatorio Intensivo (ex Hospital de Día); y en el tercer nivel, los dispositivos de Cuidados en la Urgencia e Internación. En este sentido, el Hospital Bonaparte nos permitió recuperar una amplia variedad de experiencias de varones que se encuentran en diferentes dispositivos de atención por drogas.

El capítulo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, describimos la estrategia metodológica y damos cuenta de las decisiones y actividades desarrolladas. Luego, realizamos un análisis preliminar de las entrevistas a pacientes, de tono predominantemente descriptivo, al tratarse de un primer acercamiento apenas concluido el trabajo de campo. Este bloque está organizado en las siguientes grandes dimensiones: Aspectos sociodemográficos y vida cotidiana; Vínculos socio-afectivos y paternidad; Pares y masculinidad; Itinerarios terapéuticos; y Experiencias de violencia. Finalizada esta presentación de resultados y análisis preliminar, consignamos algunas reflexiones finales sobre el proceso de investigación y los principales hallazgos, así como futuras líneas a profundizar en sucesivos análisis de este material o eventuales nuevas indagaciones.

## Estrategia metodológica

Desarrollamos una estrategia cualitativa. Inicialmente, contemplamos la realización de 20 entrevistas semi-estructuradas biográficamente orientadas y seis relatos biográficos con varones de diferentes perfiles según grupo etario, itinerarios terapéuticos, identidad de género, orientación sexual y el hecho de tener o no hijos, entre otras dimensiones. Hicimos 23 entrevistas a 18 entrevistados. Con cuatro de ellos, hemos realizado dos o tres entrevistas con el objeto de construir sus relatos biográficos.

**Cuadro 1. Perfil de los entrevistados**

Seudónimo	Edad	Orientación sexual	Tenencia de hijxs	Nivel educativo	Ocupación actual	Modalidad	Tiempo de tratamiento
Bernardo	37	Heterosexual	No	Secundario incompleto	Albañil	Ambulatorio	4 años
Claudio	28	Heterosexual	No	Primaria incompleta	Changarín	Ambulatorio	13 años
Patricio	36	Heterosexual	Si (1)	Primaria completa	Feriante	Ambulatorio	8 años
Fabrizio	37	Heterosexual	No	Primaria incompleta	Desocupado	Ambulatorio Intensivo	4 años
Agustín	46	Heterosexual	No	Secundario incompleto	Desocupado	Ambulatorio	10 años
Mariano	42	heterosexual	No	Secundario incompleto	Seguridad. Cobra subsidio por discapacidad.	Ambulatorio Intensivo	1 año y 6 meses
Eduardo	34	Heterosexual	Si (1)	No se relevó	Desocupado	Ambulatorio	2 años y 6 meses
Luis	41	Heterosexual	No	Secundario completo	Desocupado	Ambulatorio Intensivo	14 años
Marcelo	50	Homosexual	Si (2)	No se relevó	Desocupado. Cobra subsidio por discapacidad y subsidio habitacional	Ambulatorio	8 años
Ismael	24	Heterosexual	No	Secundario en curso	Encargado de edificio (informal)	Ambulatorio	4 meses aprox.
Mario	37	Heterosexual	No	Secundario completo	Ayudante de fletero	Ambulatorio	7 años
Luciano	50	Heterosexual	Si	Secundario incompleto	Cooperativa de cuidado - Hogar de Cristo	Abordaje Territorial	30 años aprox., discontinuados
Mateo	36	Heterosexual	No	Terciario incompleto	Cuidador de autos	Ambulatorio	20 años aprox.
Pedro	44	Heterosexual	Si (2)	Técnico Agropecuario	Comedor en Ciudad Oculta	Ambulatorio	4 años
Damián	54	Bisexual	Si (1)	Universitario incompleto	Comedor comunitario (voluntario)	Ambulatorio	8 años aprox. (discontinuada)
Guido	40	Heterosexual	Si (3)	Secundario incompleto	Desocupado	Ambulatorio	4 meses
José	58	Heterosexual	Si (2)	Universitario incompleto	Desocupado / cobra pensión	Ambulatorio	7 años
Charly	49	Gay	Si (1)	Secundario incompleto (dejó en 1 año)	Trabaja en un restaurante/bar en Palermo	Salud Integral	1 año

Elaboramos colectivamente una primera versión de la guía de pautas de entrevista, cuyos bloques recorren los ejes temáticos centrales de la investigación. Aplicamos la técnica del embudo, consistente en partir de preguntas más abiertas y generales, para culminar con interrogantes más específicos.

Antes de iniciar el trabajo de campo, realizamos dos entrevistas como prueba piloto. El objetivo fue evaluar el funcionamiento de las preguntas de la guía de pautas, si el orden en que se presentaban era correcto, si el lenguaje empleado era adecuado para la población a entrevistar y si era necesario incorporar temáticas emergentes. Estas entrevistas fueron realizadas por los/as investigadores/as principales del proyecto y duraron alrededor de 50 minutos cada una. En ellas advertimos la necesidad de revisar el orden de algunas de las temáticas a abordar en la guía de pautas y de modificar el fraseo en preguntas que podían resultar confusas.

Durante este periodo también nos pusimos en contacto con los diferentes dispositivos y profesionales del Hospital para relevar posibles candidatos a ser entrevistados. A partir de este acercamiento encontramos que no era posible articular con ninguno de los dos dispositivos con modalidad de internación. Los usuarios que realizan tratamiento en ellos no se encontraban en condiciones de ser entrevistados, ya que estaban transitando momentos de crisis o episodios agudos. Enfocamos el trabajo de reclutamiento en los dispositivos de modalidad ambulatoria (Hospital de Día, Consultorios Externos, Salud Integral) y de Abordaje Territorial.

Primero se articuló con los/as profesionales informándoles de los objetivos de la investigación para que ellos/as pudieran evaluar quiénes serían candidatos adecuados, priorizando y preservando, de este modo, la instancia terapéutica en la que se encontraba cada usuario. Luego, nos contactamos con quienes habían sido propuestos para comentarles lineamientos generales de la investigación y preguntarles si estaban interesados en participar.

En el trabajo de reclutamiento de entrevistados enfrentamos una serie de obstáculos que fuimos sorteando con el transcurso del tiempo. Estos se vinculaban, en lo fundamental, con la fluctuación de los potenciales entrevistados en la concurrencia a los dispositivos. Por otra parte, en algunas pocas ocasiones, los pacientes concurrían alcoholizados o no se encontraban estables por lo que no podían ser entrevistados, y en esos casos les propusimos reprogramar los encuentros.

La totalidad de las entrevistas fue realizada en distintas dependencias del Hospital, institución sede del proyecto. En todos los casos, buscamos brindarle a los entrevistados comodidad para expresarse sobre temáticas que revisten complejidad, de allí que evitamos la presencia de terceras personas que pudieran generarle un sentimiento de inhibición.

En lo que respecta a las consideraciones éticas, el proyecto fue presentado, evaluado y aprobado en el Comité de Ética del Hospital. Antes de comenzar cada entrevista, se entregó a la persona una copia del consentimiento informado, redactado en un lenguaje sencillo, con los objetivos y propósitos de la investigación, su marco institucional, la voluntariedad en la participación, el tratamiento confidencial que se daría a los datos y el anonimato de los participantes. A su vez, se pidió a los participantes autorización para grabar el audio de la conversación, que posteriormente fue transcrito.

Para las últimas entrevistas fuimos seleccionando varones con características que no ha-

bíamos relevado hasta el momento (por ejemplo, varones gays, o varones que ejercieran activamente la paternidad, o que tuviesen un mayor nivel educativo formal alcanzado). Si bien procuramos incluir a varones trans, pese a los intentos de reclutamiento mediante profesionales del Hospital y de contar con un servicio de salud integral para personas trans, no logramos concretar ninguna entrevista con este perfil, que fuesen consumidores de drogas.

En las reuniones de equipo, leímos las transcripciones de las entrevistas para evaluar, colectivamente, quiénes de los entrevistados eran candidatos para la construcción de su relato biográfico. Para la selección tomamos tres criterios. Primero, buscamos que la historia revisara interés, en función de los grandes ejes temáticos y objetivos del proyecto. Segundo, que la muestra resultante fuera heterogénea en términos de edad, orientación sexual, experiencias de paternidad e itinerarios terapéuticos, entre otras dimensiones. Finalmente, definimos que entrevistaríamos a aquellos varones que habían introducido aspectos de interés en los que no habíamos podido profundizar. Ninguno de los entrevistados invitados a participar de la construcción de su relato biográfico se negó a hacerlo; por el contrario, mostraron entusiasmo en continuar con las entrevistas sobre sus historias personales.

Para aquellos varones seleccionados para realizarles una segunda (y eventualmente una tercera) entrevista, realizamos una nueva lectura de la transcripción del primer encuentro y explicitamos los aspectos a profundizar y temáticas nuevas a abordar, de acuerdo con los emergentes. De este modo, elaboramos guías de pautas para los siguientes encuentros que fueron personalizadas para cada entrevistado. Esto fue posible porque llevamos a cabo, de manera simultánea, el trabajo de campo y la lectura y análisis de los materiales empíricos.

Las entrevistas transcritas fueron codificadas con el apoyo de software específico para el análisis de datos cualitativos. Realizamos un análisis temático de la información relevada en las entrevistas, a partir de cinco grandes ejes que se corresponden con los apartados de la sección de resultados.

## Aspectos demográficos y vida cotidiana

La mayoría de los entrevistados reside en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en casas de parejas, familiares, hogares convivenciales y hoteles. En cuanto a la dinámica de los hogares de origen, la mayoría ha atravesado situaciones de carencias económicas y edilicias, situaciones de violencia familiar o institucional con la policía, o han estado expuestos a situaciones de violencia barrial. Otros refieren haber estado en situación de calle.

La mayoría de las personas entrevistadas se identifican a partir de su experiencia de consumo de sustancias psicoactivas. Que casi la totalidad de los entrevistados autodefinen a partir de sus vínculos con los consumos de drogas debe leerse también en el contexto en el cual estábamos realizando la investigación: un hospital que les provee tratamiento para esos consumos.

Su rutina se compone de pasatiempos hogareños, compromisos familiares, participación en organizaciones comunitarias y/o estudios. En algunos casos, el sostén familiar les ha permitido retomar los estudios. También están aquellas actividades que hacen por fuera de la casa y que se enmarcan como una instancia de mejoría respecto a su consumo: colaborar con otros

dispositivos de salud, atención al público y lavado en hogares comunitarios y/o comedores por una retribución económica y comida.

En términos educativos, la mayoría cuenta con el ciclo primario completo. Los casos en que ha habido discontinuidad educativa se produjeron durante la adolescencia en el nivel secundario, por el inicio laboral, los consumos de sustancias y/o conflictos interpersonales con grupos de pares en el espacio educativo. Sólo dos entrevistados señalan no estar alfabetizados o haber transitado escuelas de recuperación por dificultades en el aprendizaje siendo niños.

En varios casos se produce un reingreso al sistema escolar durante la adultez, propiciado por familiares o referentes institucionales que instan a la finalización del secundario. Para quienes lo han alcanzado, constituye un valor positivo al identificarlo como un logro personal y de reparación de una instancia de la que habían desertado.

En relación con la experiencia laboral reciente, la mayoría realiza actividades bajo condiciones informales de contratación, siguiéndole un grupo de varones desempleados sin ocupación. Llevan adelante actividades de tipo manual, con jornadas de gran extensión horaria y esfuerzo corporal. Algunos refieren haber tenido experiencias laborales con buenas condiciones, pero que no lograron sostener. Las condiciones informales de empleabilidad resultan una constante en la experiencia laboral de los entrevistados, así como la alta movilidad de espacios de trabajo y ramas.

La participación en la economía doméstica familiar es relevante considerando que varios de los entrevistados no cuentan con actividades propias rentadas y por tanto reciben dinero generalmente de su grupo familiar de origen, así como otros brindan dinero para el sostenimiento del hogar y los gastos familiares.

/37

Algunos desarrollan actividades voluntarias en centros y comedores comunitarios con una retribución con alimentos o bajos montos de dinero. Esta actividad resulta un soporte social más que un ingreso económico significativo.

En cuanto a otros ingresos, varios están incorporados a políticas públicas de seguridad social, nacionales y locales. Su inclusión es por motivos de salud a través de la Pensión por Discapacidad, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socio-económica y habitacional en programas de asistencia alimentaria, el Subsidio Habitacional y el programa Ciudadanía Porteña, entre otros.

Otros modos de obtención de ingresos económicos resultan de actividades eventuales en la vía pública como repartir volantes, limpiar vidrios en esquinas concurridas o pedir dinero directamente, o en el ámbito doméstico a través del hurto a sus familias de dinero u objetos para la venta. Estas actividades son vinculadas por los entrevistados con el sostenimiento del consumo de sustancias, diferenciándolas de lo que definen como "actividades laborales".

La discontinuidad laboral en los entrevistados presenta motivos de salud mental, tanto por episodios agudos de un padecimiento mental como por el acrecentamiento del consumo de sustancias, que han generado ausencias prolongadas e incluso despidos por concurrir al espacio de trabajo bajo los efectos de alguna sustancia. Ha de mencionarse también un aspecto estructural: la conformación de un mercado laboral cada vez más reducido y menos accesible para el perfil de vulnerabilidad que mostraron quienes participaron del estudio.

## Vínculos socio-afectivos y paternidad

### Familia de origen

En sus relatos, los varones adultos entrevistados aparecen, generalmente, cristalizados en su rol de “hijos”; como si no pudieran correrse de ese lugar, o como si para dejar sus consumos problemáticos de drogas debieran necesariamente volver al entorno familiar, lugar ocupado generalmente por las madres. No obstante, y como veremos más adelante, estos ámbitos familiares también fueron significados como lugares en donde se produjeron situaciones de violencias, descuidos y ausencias significativas.

Esta representación que ellos hacen de la familia como lugar de cuidado y contención es contrapuesta a la del grupo de pares. Esto encarna la imposibilidad de mantenerse alejados de los consumos problemáticos.

Varios de ellos viven con su familia de origen o dependen económicamente de sus padres. Estos últimos continúan controlando sus salidas nocturnas, sus grupos de amigos, el dinero que pueden gastar o el que les dan porque no pueden generar sus propios ingresos.

*No, yo le cuento todo a mi vieja. Yo estoy en la pieza: “Mamá, ¿puedo hablar con vos?” Y me hace la re segunda mi mamá [me apoya siempre] ¿entendés? Ahora está ahí esperándome, tranquilamente [está en el Hospital esperando que termine la entrevista]. Yo me mandé esa macana [fue a un hospital a atenderse por una dolencia física y terminó consumiendo marihuana, alcohol y psicofármacos] (...). Entonces me dijo mi vieja: “A partir de hoy, vas a salir...” Capaz que me da vergüenza decírtelo, porque con 34 años que mi vieja me tenga que acompañar a la institución... Pero es para mi bien (Mario, 34 años).*

/38

Por otra parte, varios de los entrevistados refieren a la importancia de construir su propia familia, tener sus hijos y cuidarlos, lo que los convertiría en “hombres de bien”. Aquellos que no lograron armar su familia o los que tienen hijos, pero no logran ejercer una paternidad de modo amoroso y responsable (fundamentalmente en términos económicos) se sienten en deuda, como si repitieran su historia familiar.

Una cantidad considerable de entrevistados remiten a situaciones de consumos de drogas de sus padres, y en menor medida de sus madres, y también de sus hermanos/as. Estos relatos están atravesados por situaciones problemáticas de consumos que, en varios casos, terminan de modo trágico: muertes por ajustes de cuentas, ya sea protagonizadas por compañeros de consumo, vendedores de drogas o situaciones de acciones ilegales en las que se encontraban participando, encarcelamientos, accidentes de tránsito, entre otras. En algunos de los testimonios, aparecen los padres -consumidores intensivos de alcohol- induciendo o incitando al consumo de esta sustancia por parte de sus hijos.

En sus relatos también aparece una imagen vergonzosa, de la que intentan desmarcarse, que es la de estar “fisura” por el consumo, sea por drogas legales o ilegalizadas. El punto no es la sustancia, sino el tipo de compromiso que asumen con la sustancia y las consecuencias que

ese consumo les genera. Cuando se perciben habiendo cruzado esa línea, expresan frustración y tristeza.

La mayoría de estas biografías están atravesadas por fallecimientos de familiares cercanos, hermanos/as, padres y/o madres, ya sea por enfermedades y/o muertes violentas. También por trayectorias marcadas por acontecimientos de privación de libertad, en mayor medida de sus padres, pero también de sus madres, de hermanos/as y otros familiares cercanos. Finalmente, y de modo no tan recurrente pero considerable, aparecen historias en donde las migraciones hacia y desde otros países o provincias o desplazamientos entre barrios, los llevan a tener que "comenzar de nuevo". En suma, estas circunstancias generan que los vínculos afectivos se vuelvan intermitentes y que emerjan sentimientos de soledad y la ausencia de personas que los ayuden, acompañen y con las que puedan hablar de sus problemas.

La violencia familiar, a través de los golpes, está habilitada para saldar cuentas entre varones y cuando son las mujeres las que ejercen la agresión física. En términos discursivos, señalan que, si reciben golpes por parte de mujeres, especialmente parejas, no deben responder con violencia física. Sin embargo, como veremos más adelante, en la práctica los entrevistados narraron situaciones en las que ejercieron violencia por motivos de género.

*Este tipo de violencia, ejercida por sus padres o padrastros hacia sus madres, muchas veces fue presenciada por los entrevistados cuando eran niños y adolescentes. Pese a tener la intención de defenderlas, muchas veces no lograban hacerlo por la diferencia física con los agresores. Sin embargo, consideran que en determinado momento se produjo un "cambio de roles" que les permitió proteger a sus madres y defenderse a sí mismos. Esto los lleva a posicionarse en un rol de cuidado y a experimentar un sentimiento de reparación.*

/39

Entrevistador (E): ¿Cómo era tu relación con él?

Ismael (24 años) (I): No, no, ninguna relación. Siempre fue mala. Porque antes cuando éramos más...más chiquitos...Cuando era más chico sí. Bah, él nos pegaba y...nos pegaba casi siempre, cuando estaba enojado.

E: ¿Él les pegaba?

I: A los dos

E: A vos y a tu hermano

I: Claro.

E: ¿Y tu mamá qué hacía ahí? ¿Ella sabía de eso? ¿Se enteraba?

I: Sí, sí, sabía. Sabía, pero no hacía nada. Cuando nos hicimos más grandes, ya es como que cambió la cosa [gira los dedos, indicando que se invirtió la situación], cambio de roles. Después ya empezamos a odiar a él cuando...cuando se pasaba con mi mamá, digamos. Bueno, y estábamos los dos para defenderla. A veces lo tirábamos a la calle.

E: ¿Él le pegaba a tu mamá también?

I: Cuando quería, cuando quería pegarle. Pero nosotros no, saltábamos antes [la defendíamos antes de que le pegue], porque él venía borracho.



En relatos como el que citamos a continuación, son las madres quienes ejercen violencia hacia sus hijos. Como veremos, aquí su padre ejerce, en su vida adulta, los roles de cuidado y protección. En otros casos, como el citado de Ismael, las madres no actúan frente a la violencia física de los padres o padrastros hacia sus hijos.

Mi madre me golpeaba demasiado. Me decía que yo no era su hijo. Yo creo que mi depresión comenzó ahí porque mi madre me decía "Tú no eres mi hijo. Yo te odio y mi papá nunca estaba para ayudarnos. (...) Ahora es al único [al] que yo le quiero escribir, porque se volvió una persona distinta. Me comenzó a querer, me ayuda y me ayudó. Sabe que soy alcohólico, y no le importa, solamente trata de ayudar (...) Mi papá también estuvo preso tres veces. Y él no quería que yo siga su camino. Entonces ahora me ayuda, me acompaña. Trabajamos juntos, pero a veces la cago, pero a partir de eso él, no, o sea, no, no me recrimina, no me pega, no me hace nada. Me ayuda. Él no está acá ahora porque se enojó conmigo porque recaí, pero siempre viene conmigo. Ha venido muchísimas veces a la guardia conmigo por la abstinencia (Patricio, 36 años).

### Vínculos de pareja

La mayoría de los entrevistados identificó a las mujeres como sus compañeras sexuales o con las que tenían algún vínculo afectivo. Por otra parte, algunos de los entrevistados se explicaron sobre su participación en instancias de sexo comercial como clientes.

Existe una vinculación muy importante entre las relaciones sexo-afectivas de los entrevistados y el consumo problemático de bebidas alcohólicas y drogas ilegalizadas. Según los testimonios, el consumo (y su intensificación) pueden ser tanto causa como consecuencia de la ruptura amorosa. A su vez, el consumo fue también señalado como un factor que conspira contra la conformación de una nueva relación de pareja.

La situación por la cual sus parejas deciden separarse al no tolerar su consumo problemático es una de las principales formas en que esta práctica incide negativamente en los vínculos amorosos de los entrevistados. De acuerdo con su relato, en general sus parejas los instaban a que abandonaran el consumo o redujeran su frecuencia y, al no conseguirlo, optaban por interrumpir la relación.

*[Mi novia me decía] "Mario, yo te amo. Pero hacé las cosas bien". Me dejó por drogón (Mario, 34 años).*

El caso de Mario resulta paradigmático de la trascendencia que adquiere el consumo problemático en la ruptura de un vínculo de pareja. Pese a que, en ocasiones, abusaba sexualmente de su pareja y la golpeaba, de acuerdo con su relato la relación no culminó por estas situaciones de violencia (sexual y física), sino por un episodio asociado a su implicación con el consumo: haber llegado tarde al entierro de la madre de su pareja.

En otras ocasiones, fueron los propios entrevistados los que notaron que le estaban "arruinando la vida" a sus parejas. Frente a ello, algunos narraron su imposibilidad de evitarlo. Otros, en cambio, señalaron que buscaron advertirles a sus parejas que "dieran un paso al costado" para "evitar destruirlas".



Buena parte de los varones que se encontraban sin pareja al momento de la entrevista manifestaron su deseo de conformar una. Sin embargo, consideraron que el consumo problemático era un impedimento para ello. Desde su óptica, para no repetir historias que fracasaron, una precondition para armar una nueva pareja es resolver su problema con el consumo de drogas ilegalizadas y/o alcohol. Un aspecto que emergió con fuerza entre quienes expresaron el interés por entablar un nuevo vínculo amoroso es la búsqueda consciente -que funciona como requisito- de que la persona en cuestión no sea consumidora de drogas.

La búsqueda por formar una pareja fue señalada, por algunos entrevistados, como una forma de dejar atrás las prácticas de sexo ocasional, algunas de las cuales se enmarcan en intercambios por dinero o sustancias psicoactivas. Ser cliente de sexo comercial (para los varones heterosexuales) o entregar sustancias psicoactivas o psicofármacos para tener relaciones (entre los que se definieron como gays o heterosexuales) fueron señaladas como prácticas casi inevitables. No obstante, luego de su concreción, para algunos entrevistados, sobreviene una sensación de incomodidad e incompletud como varones (“el verdadero varón tiene relaciones sexuales sin pagar”). El deseo de lograr una relación de pareja “mutua” -según la definición de un entrevistado-, es decir, una relación basada en el amor y no en un intercambio mercantil, se topa con la conciencia de su dificultad por su condición de consumidores problemáticos de drogas.

Por último, los varones que se autodefinieron como gays o bisexuales hicieron alusión a los conflictos familiares derivados de la no aceptación de su orientación sexual y el rechazo a sus parejas del mismo sexo.

/41

## Paternalidad

El modelo de masculinidad definido por ser padre de familia proveedor del hogar aparece como un horizonte idealizado. Sin embargo, esta representación contrasta con las muy heterogéneas experiencias en relación con la paternidad de estos varones. Entre los entrevistados están aquellos que no han sido padres y que mencionan al consumo como una de las razones que se los impediría -porque no podrían hacerse cargo de las responsabilidades que la paternidad implica-, por lo que no sólo no son padres, sino que de algún modo han renunciado a proyectar una paternidad.

*Entrevistador: ¿Hijos tenés? ¿Tuviste en algún momento?*

*Mariano (42 años): No. Para tener hijos tenés que tener muchas responsabilidades.*

*Un hijo solo no vive de amor, sino que tenés que criarlo, trabajar, tener responsabilidad, comprarle ropa, pañales, biberón, cochecito. Y el niño y todo lo que responsabiliza un padre.*

Hay otros que tienen hijos biológicos, pero con muy escaso contacto (o que nunca lo han tenido, o que han dejado de verlos más recientemente), aunque algunos transfieren dinero a modo de cuota alimentaria (cuando son niños/as o adolescentes). En sus relatos, ellos, como padres, han decidido cortar algunos de estos vínculos, o han sido las madres de sus hijos.

Algunos entrevistados con hijos/as ejercen regularmente tareas de cuidado y crianza (aun estando separados de las madres), sea con hijos/as biológicos/as o producto de adopciones

(como en el caso de una pareja gay). También hay otros que asumen roles parentales con hijos/as de sus parejas.

También hay algunos ejemplos de paternidades dedicadas con sus hijos/as biológicos/as, en el marco de familias que sirven de soporte para seguir adelante y eventualmente sostener un tratamiento. Es el caso de un hijo adolescente que acompaña al padre a la atención ambulatoria en el Hospital:

*El más grande, como te decía, es conmigo no sé... muy compañero, muchas veces le preguntaba a la madre, si quería ir al colegio o acompañarme a mí, porque a mí me cuesta andar solo también, me cuesta andar solo...y yo le decía a mi señora, pero como la veía con la bebé, con el nene encima...tenía que hacer cosas y le decía "no, quédate nomás, voy yo" le digo "si no le digo a F [a su hijo mayor]" y ese día me decía "yo te acompaño pa, no voy al colegio" y veníamos acá y me acompañaba...y yo estaba horas, porque, ¿viste que a veces no te atienden rápido...? (Guido, 40 años).*

## Pares y masculinidad

### Grupos de pares

Para estos varones el grupo de pares es, centralmente, el grupo de consumo de drogas: ya sea quienes aparecen en sus relatos iniciándolos en el uso de sustancias en su barrio cuando son niños o adolescentes, o aquellos con quienes han compartido o comparten consumo de manera reciente (por ejemplo, cuando salen del Hospital, en la calle o una esquina donde "man-guean" para comprar alcohol). En estas referencias se trata centralmente de otros varones.

Las figuras de otros consumidores están muy presentes en los relatos sobre su cotidianidad. Algunos entrevistados señalan que no tienen compañeros o conocidos que no consuman, y suelen distinguir a los compañeros de consumo de los amigos verdaderos, en alusión a su falta de ganas de seguir vinculándose.

*Amigos no tengo. Porque son...lo que se llama amigo, tiene que ser un amigo piola. Tengo los vagos, que son... pero no son amigos, te invitan un porro, te invitan merca [cocaína] (Mario, 36 años).*

El consumo de drogas aparece promoviendo vínculos exclusivamente con otros consumidores. A su vez, como sucede con las parejas, lleva a romper relaciones con aquellas amistades que no consumen.

En sus relatos, el problema es que, una y otra vez, estos otros consumidores con quienes tienen contacto los "tientan" al invitarlos a tomar o "fumar algo", aun cuando ellos se encuentren en tratamiento, lo que les hace dudar de que sean "verdaderos amigos". Estos otros varones consumidores "conocidos" conforman una red de pares con quienes se vinculan, ya sea en el barrio de origen o en una plaza o esquina donde paran, y muchas veces están en situación de calle.

En algunos relatos, aparece el inicio del consumo de drogas como el final de las amistades verdaderas, de aquellas más profundas, como una situación capaz de destruir grupos y/o rela-

ciones de amistad:

*"Cuando entró la droga en nuestro grupo destruyó lo que éramos, la esencia de nosotros"*

*(Luciano, 50 años)*

*"Yo perdí muchos amigos por la bebida"*

*(Fabricio, 37 años).*

Frente a este panorama, a veces optan por tomar distancia de pares con los que compartían consumo, por ejemplo, para lograr sostener el tratamiento y no recaer. En esta dinámica, muchas veces se ve retrospectivamente de modo crítico su condición de "amigos". Esos pares para evitar no sólo incluyen a aquellos con quienes compartían consumo, sino también con los que delinquían o estaban vinculados a actividades ilegales ("chorros", "transas").

## Masculinidad

Las preguntas específicas sobre masculinidad en algunos casos generaron desconcierto en los entrevistados y supusieron una pausa para pensar las respuestas.

En su cruce con las drogas, algunos explican el inicio del consumo como parte de una demostración de virilidad exigida por alguien del entorno. En el caso que presentamos a continuación, la exigencia provino de su padre, quien consumía alcohol regularmente:

/43

*Me la ponía así [emula un diálogo con su padre]. "Tomate un trago". "No", le digo, "No quiero, tengo que andar en bici, tengo que hacer esto". "Dale, maricón". ¿Viste? Lo primero que te dicen, así me decía mi viejo. Esos recuerdos los tengo. Tanto que me decía, "maricón, maricón", agarré y empecé con una [botella de alcohol] todos los días y ya después ya quería más el cuerpo (Fabricio, 37 años).*

En sus relatos emergen dos modelos estereotipados de masculinidad, contrastantes entre sí. El primero es el del varón padre de familia y proveedor económico, que "se hace cargo". Este aparece como un horizonte ideal y, las más de las veces, inalcanzable para ellos según su propia experiencia:

*Mario (36 años)*

*(M): ¿Cuándo va a llegar el momento de que yo tenga un bebito, una señora? No pido lujos. Comer una pizza, tomar una gaseosa, caminar por Avenida Corrientes [CABA]. No me pasa, no me pasa. (...)*

*Entrevistador (E): Si yo te digo, "un hombre", "definime lo que es un hombre, un varón".*

*M: Es que lo que pasa es que yo ya soy hombre, pero sin nada. Me siento vacío.*

*E: "Nada", ¿qué quiere decir?*

*M: "Nada" [quiere decir] que no tengo mi propia familia, mi mujer, un hijo, llevarlo al parque, llevarlo al McDonald's, al pelotero. (...) Juan, mi cuñado. Un chabón espectacular, de códigos. Y yo no tengo nada, nada. (...)*

*E: ¿Y vos dirías que Juan y otros amigos tuyos tienen una forma distinta de ser varón a la tuya?*

*M: Sí, sí. Juan es muy responsable. Él se levanta a las cinco de la mañana, hace tres horas [con sus] alumnos.*

Como señalamos en el apartado sobre la familia de origen, para varios de estos varones entrevistados tener hijos para conformar una familia, hacerse cargo económicamente y sostener ciertos rituales de esa vida familiar aparece como un horizonte de completud en tanto varones. Ser consumidores de drogas es, para ellos, uno de los motivos por los cuales no han alcanzado ese modelo, que sí ven cumplido por otros varones de su entorno.

A ese modelo familiar, le contraponen uno vinculado a la participación en actividades delictivas, la asunción de riesgos y, consecuentemente, el acceso a ciertos consumos.

*Entrevistador (E): ¿Conocés varones, amigos, vecinos, familiares que ejerzan el ser hombre de otra manera de la que vos considerás?*

*Luis (41 años) (L): Sí. Los pibes toman merca todos los fines de semana. (...) Roban... son otra clase de pibes. Son pibes pesados, son pibes que estuvieron en cana. Son diferentes tipos de pibes. (...) Andan con fierros, andan en auto, andan en moto. Siempre tienen plata.*

*E: ¿Vos creés que ser hombres para ellos implica algo de eso?*

*L: Sí. Estar preparado para cada momento. El otro día, una semana atrás, se apareció un auto de la calle de atrás y le empezó a tirar a los pibes. Los pibes le empezaron a responder al auto, y a uno le pegaron. Y no supieron quién fueron, y viste tenés tus... pro y tus contras. Podés tener tu plata, tu auto, tu moto, pero andá a saber en qué momento te pueden llevar.*

No necesariamente lo ven como un horizonte deseable de masculinidad: simplemente es otra forma de ser varones en su barrio, de la que son testigos. Entre algunos entrevistados, ambos modelos emergen en un mismo relato, presentando dos figuras prototípicas, aunque ellos no encarnen ni una, ni la otra, lo que deja abierto el interrogante sobre qué tipo de varones son ellos.

En síntesis, ser un varón significaría o ser un hombre de trabajo, proveedor y padre de familia, o ser un delincuente, capaz de generar dinero mediante algunas formas de uso de la violencia, pero expuesto al riesgo de manera permanente. A este uso de la violencia, ya sea peleándose con otros varones y/o enmarcado en un perfil delictivo, le suman otro uso de la violencia, más legítimo, bajo la lógica del “protector de las mujeres”.

La cuestión de la diversidad sexual emerge al preguntar por la masculinidad, sea en entrevistados que se definen heterosexuales, sea en otros que se identifican como “homosexuales” o “putos”. En sus respuestas no surgen expresiones homofóbicas ni de discriminación abierta, y por el contrario sostienen cierta apertura e incluso vínculos con varones gays o personas trans, que ellos mismos contrastan con cierta intolerancia que permanecería en otros varones hacia las expresiones de afecto o erotismo entre varones.

## Itinerarios terapéuticos

### Trayectoria de consumo de drogas

La mayoría de los varones entrevistados comenzaron a consumir siendo niños o adolescentes. El alcohol aparece como la sustancia con la que predominantemente se inician en el consumo, con sus grupos de pares o en el seno familiar. Casi todos presentan policonsumo de sustancias, aunque suelen registrar una sustancia como la más problemática: la que más les cuesta regular en su vida cotidiana y, por ende, la que propicia la búsqueda de un tratamiento. Esta sustancia varía en la población entre alcohol, cocaína y pasta base.

Si bien resulta difícil para los entrevistados identificar el momento en que el consumo se convierte en problemático, aparece un abanico de explicaciones que se repiten.<sup>3</sup> Las que aparecen, en primer lugar, están vinculadas a muertes de seres queridos o diagnósticos de enfermedades graves.

*Mi mamá cuando se murió yo era chico. A los 12 años, yo empecé a consumir marihuana, igual dos, tres veces y ya está... porque me bajaba la presión. A los 15 años empecé por lo de mi mamá, por la cabeza, ¿viste?, por mi mamá, mi mamá... alcohol, alcohol y drogas (Claudio, 28 años).*

En otros casos, la ruptura de vínculos sexo-afectivos tiene efectos en el incremento y falta de control de consumo.

*Porque la última vez yo vine acá a este hospital [Bonaparte] fue porque estuve un amorío. Esta persona no me quería. Y sufrí demasiado, sufrí demasiado. Me volví más alcohólico de lo que ya era, porque el solo no verla, me hacía daño entonces para mí lo único que me calmaba era el alcohol (Patricio, 36 años)*

Para muchos entrevistados, el ambiente laboral colabora para la intensificación del consumo. Los trabajos a los que acceden están insertos en contextos donde está presente el consumo, lo que termina contribuyendo a que el consumo se vuelva problemático. Algunos de los empleos que aparecen categorizados de esta forma son en el ámbito gastronómico, como camioneros y los trabajos en cabarets o prostíbulos. En muchos casos, es otro familiar quien explicita que el consumo se ha vuelto un problema y es necesario hacer algo al respecto.

### Tratamientos y autocuidados

Los entrevistados nombran diversos espacios de tratamiento por los que transitaron. Algunas trayectorias terapéuticas poseen las más amplias variedades de abordajes, mientras que en otras se observa la elección por parte de los usuarios de dispositivos en donde se sienten "más a gusto".

A modo de ejemplo, la trayectoria de Mario nos muestra varias de las ofertas de tratamiento

---

3. Entendemos por consumos problemáticos a aquellos que "(...) afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales" (Ley 26.934).

para los consumos problemáticos que existen en la región, tanto en el ámbito sanitario como en el comunitario-religioso. En su historia, vemos el tránsito por modalidades que van desde la internación hasta los tratamientos ambulatorios.

*Y bueno, yo estaba en el XX [menciona un Hospital monovalente de salud mental] me acuerdo cuando ingresé al XX. Y del XX me fui. Porque es malo el XX, ¿Sabés lo que te hacen? Vos vas una vez al mes, te ve la terapeuta, te da la medicación y andate para el mes que viene. (...) Cuando me levanté estaba atado de pies y manos, en la cama. "La concha de..." [insulta]. Disculpame que...te voy a hablar bien. "La puta que lo parió, ¿qué me hacen acá?". Bueno, ahí estuve...dos meses estuve internado ahí. Se comía bien, todo bien. Bueno, de ahí me fui para Pilar [Provincia de Buenos Aires], una comunidad [terapéutica] LL [menciona una comunidad terapéutica laica] (...) Después de eso, estuve internado en Moreno, en La Reja [provincia de Buenos Aires], F V. [menciona una comunidad terapéutica laica] Ahí estuve cuatro meses y me escapé. Me escapé como cinco veces... (...) Después de ahí le dije a mi vieja: "Mirá mamá", le digo. "Yo quiero hacer un tratamiento", le digo. "Pero, Hospital de día", le digo (...) después de FV. y del Hospital XX. Bueno, fuimos al barrio de Devoto [CABA], al Centro E. (...) No podía ir solo al ambulatorio del Centro E. Mi madre o mi padre me tenían que llevar. De 10 de la mañana a 6 de la tarde. Todo el día ahí. (...) También fui a Alcohólicos Anónimos. Estuve un año yendo, en [una] iglesia ¿de Barracas [CABA], era un grupo de Doble A [Alcohólicos Anónimos]. Porque yo después empecé a chupar [alcohol], fumé porro y dejé la...no tomaba cocaína (Mario, 37 años).*

/46

En relación con las internaciones, existen variadas experiencias y dispositivos que estos varones relatan haber transitado: hospitales generales, hospitales monovalentes y comunidades terapéuticas. Los tratamientos ambulatorios también aparecen con diversas características y enfoques: centros de día, fundaciones, espacios de organizaciones comunitarias, efectores sanitarios de primer y segundo nivel de complejidad, organizaciones religiosas de diversos credos, así como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Muchos entrevistados adquieren nuevos roles sociales luego de atravesar sus tratamientos: se erigen como referentes comunitarios, operadores socio-terapéuticos, miembros de una cooperativa de cuidados para usuarios en consumo o se insertan en comedores como colaboradores. Algunos de estos roles se encuentran establecidos como opciones en los espacios de tratamiento y contención, y en otros casos son producto de decisiones de los usuarios.

Los espacios religiosos y/o espirituales aparecen como uno de los dispositivos de contención con mayor preponderancia; ya sea en un formato específico de abordaje de los consumos problemáticos (grupos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos que funcionan en iglesias, comunidades terapéuticas católicas o evangélicas, centros ambulatorios co-gestionados entre el Estado y diversos credos) o como servicios espirituales, de alimentación, abrigo, aseo personal, que permiten el armado de lazos comunitarios y de sostén, que muchas veces son una de las estrategias de estos varones para el sostenimiento de los tratamientos y la conformación de un grupo de pertenencia.

Una de las características de los tratamientos que aparece, en casi todos los entrevista-

dos, es el acompañamiento por parte de un familiar, quien comienza a visualizar el problema de consumo del usuario, inicia el lazo con los espacios de atención y eventualmente se erige como sostén durante el tratamiento. En su gran mayoría estas personas son mujeres cercanas al usuario: madres, abuelas, tías o esposas, apareciendo en menor medida varones (padres o hermanos). “Bancan” a los usuarios de diversas maneras: apoyo económico, alojamiento en su hogar, préstamo de espacios donde vivir, búsqueda de auxilio en momentos de máxima vulnerabilidad.

En contraposición a esta característica, aparece el “quedar en calle” como una imagen recurrente de “tocar fondo”, la máxima agudización de la problemática de consumo. En otros casos, aparece esta situación de desafiliación grave, que se va revirtiendo con la mejora del usuario, encontrando nuevos espacios de contención como paradores, comedores, hogares, habitaciones de hoteles o pensiones, espacios de sostén de los tratamientos que realizan en otras instituciones o en las mismas.

*Cuando me separé de mi mujer, porque ya no aguantaba más dormir en la calle. Dormía en la calle y me levantaba y andaba con unos pibes y lo primero que hacíamos en la mañana no era desayunar, era comprar un vino. Eso creo que me duró como dos o tres meses así mal, lloraba, hasta que un día dije “no, basta”. Vine acá, mi papá me trajo, mi papá me trajo acá [al Hospital Bonaparte]. Me trajo, estuve internado acá. Dos veces estuve internado, y desde ahí estoy luchando, estoy luchando (Patricio, 36 años).*

/47

Es usual que los varones entrevistados combinen diferentes espacios de tratamiento en búsqueda de los diversos sostenes que van identificando como necesarios para sus problemas. Así, asisten a la consulta con su equipo tratante en los consultorios externos de un hospital y reciben asesoramiento y contención profesional, y también a grupos de Alcohólicos Anónimos, como forma de sostén grupal entre pares.

Las internaciones en espacios cerrados, muchas veces en contra de su voluntad y por largos períodos, son relatadas por varios de los usuarios, quienes señalan malos tratos y/o malas experiencias, sobre todo en aquellas en donde existen regímenes de trabajo muy rígidos, locaciones aisladas, espacios de poca contención emocional y sistemas de castigos. Cabe subrayar que algunas de las prácticas relatadas suponen formas de violencia reñidas con los derechos de los pacientes. Paradójicamente, algunos de ellos las señalan como “necesarias”, a veces para el inicio de los tratamientos, a veces como forma de parar de consumir y evitar ponerse en riesgo.

*Pedro (44 años)*

*(P): Uhh hicieron de todo, de todo conmigo. No te puedo enumerar las cosas. Qué sé yo, hasta se fueron a rezar a los santos [se ríe] y me llevaron a la iglesia. Me llevaron al campo a trabajar en el campo y no funcionó nada, eso no funcionó nada. Lo que funcionó fueron las torturas, eso funcionó, las torturas.*

*Entrevistadora (E): ¿Las torturas?*

*P: Sí, me ataban, me inyectaban.*

*E. ¿En dónde?*



P: En las clínicas.

E: ¿Eso te funcionó?

P: Sí, porque no quiero volver a eso.

E: ¿Cómo un límite?

P: Hoy no quiero volver. Yo estaba acostumbrado, yo estaba institucionalizado después de tantos años. Y yo no quiero volver a ese estado, quiero quedarme como estoy hoy.

Otra forma de malos tratos que aparece es la sobremedicación o el “dopaje” como estrategia en las instituciones monovalentes, frecuentemente llamados “psiquiátricos”, “neuropsiquiátricos” o “loqueros”. Así denominan a los espacios en donde no recibieron buenos tratos. Como expresan los siguientes testimonios de Mario y Pedro, respectivamente: “Me tenían re empastillado ahí. Yo me quedaba dormido, dormido”; “Estar atado en un calabozo, con mosquitos y ranas”.

En contraposición a estas experiencias, se presentan otras trayectorias terapéuticas en las que los hospitales aparecen como espacios donde los usuarios sí reciben asistencia, mayormente del ámbito médico: psiquiatría, toxicología o clínica médica. Se nombró a varios hospitales generales en donde el usuario “llega a la guardia” en estado de intoxicación iniciando así una vinculación con la institución, la cual se transforma en referencia para el mismo. Algunos de estos hospitales cuentan con servicios especializados en adicciones y los usuarios inician allí un tratamiento. En otros casos, siguen asistiendo mensualmente a instancias donde la estrategia principal es la prescripción de medicación. Aquí es interesante destacar que hay diversas relaciones con esta prescripción, pero algo que se reitera como valoración positiva es si la misma se encuentra acompañada de un espacio de escucha y reconocimiento del usuario, haciendo muchas veces la diferencia entre una buena o mala experiencia.

Con relación a los cuidados que los usuarios refieren que necesitan durante sus tratamientos, las prácticas de autocuidado aparecen en forma explícita.

*Ahora llegó la hora de cuidarme a mí mismo, ya cuidé a muchas personas (Damián, 54 años).*

Si bien se presentan una diversidad de estrategias por parte de los usuarios, la más frecuente es “cortar con el consumo” evitando grupos de pertenencia en donde realizaban sus prácticas de consumo (el barrio, la esquina o incluso comercios de abastecimiento barrial). Otra estrategia reiterada es la decisión del control del dinero por parte de otra persona (familiar o pareja). Consideramos que, en ocasiones, la auto-valoración que otorgan a algunos roles sociales, funcionan como factores protectores ante las problemáticas de consumo. Así, José, quien organiza y coordina un taller de poesía para compañeros en tratamiento, lo destaca como un lugar que le hace bien a él y a los demás, porque sirve de canal de expresión artística y emocional. O Damián, quien en su labor como colaborador en un comedor comunitario encuentra una manera de cuidar a los otros y cuidarse a sí mismo.

Varios usuarios refirieron la existencia de un/a hijo/a y los momentos en los que pueden ejercer la paternidad como factor protector nodal. Esto se expresa tanto en la figura del “rescate”, como en las prioridades otorgadas a las necesidades en el uso del dinero.



*Me pasa ahora cuando tengo la posibilidad de comprar una bolsa de un gramo de droga, que están 3000, 5000 pesos, depende a quién se lo compre, es decir, pero...yo con 5 lucas [5 mil pesos] como un par de días bien, ¿entendes? O con 5 lucas me compro una remera o no sé... voy a llevar a tomar a la nena un helado, entonces lo veo por otro lado, la pienso dos veces (Charly, 49 años).*

### **Experiencia de tratamiento actual en el Hospital Bonaparte**

En varios testimonios aparece la importancia que los entrevistados le otorgan al tratamiento actual, en algunos casos por ser el soporte de su mejoría, en otros por la contención que reciben en el Hospital, tanto en los momentos de relativa estabilidad como en los más difíciles: recaídas, brotes, ataques de pánico, estados de angustia, ganas de consumir o síntomas ligados a la abstinencia.

Repiten dos herramientas terapéuticas que consideran nodales en relación con lo que este Hospital les brinda. Por un lado, el lugar de la escucha, la palabra, la contención verbal, el poder hablar de cuestiones que nunca habían abordado en los espacios individuales (a cargo de profesionales) y grupales (en los que destacan el rol de apoyo de sus compañeros de tratamiento). Por el otro, la prescripción de medicación adecuada por parte de los/as profesionales médicos/as de la institución, que se enmarca en -o se ve acompañado por- el mencionado espacio de escucha y contención.

Son distintas las vías por las que cada usuario ha contactado con los dispositivos del Hospital. Aparecen llegadas por guardia en el momento agudo, ya sea de un proceso de intoxicación, de una crisis vital o de una pérdida de noción de sí mismo. Algunos entrevistados refieren haber llegado al servicio de atención a la demanda espontánea, que es el lugar que aloja los pedidos de tratamiento, consultas u orientaciones a familiares y amigos. En algunos casos existe la recomendación por parte de otro usuario o conocido que tiene alguna información acerca del Hospital. Están presentes también las derivaciones desde otros efectores de salud, tanto instituciones monovalentes que no atienden los consumos problemáticos, como espacios especializados pero que no poseen internación, por ejemplo, servicios del primer nivel de atención tanto de la CABA como de municipios bonaerenses. Las organizaciones comunitarias y religiosas que realizan una labor en conjunto con el Hospital, facilitan el acceso de algunos usuarios al tratamiento.

También son mencionados dispositivos de acercamiento pensados para poblaciones focalizadas, como otras puertas de entrada al hospital: dispositivo de umbral mínimo, aquellos de abordaje territorial, el servicio de salud integral. Sobre los tratamientos actuales es frecuente que los usuarios no sólo los vinculen a los consumos problemáticos de sustancias, sino también con otros padecimientos subjetivos (estados de angustia, descompensaciones psicóticas, crisis) o incluso con diagnósticos específicos (esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar).

## Experiencia en torno a las violencias

Entendemos por ejercicio de la violencia a las acciones, conductas y omisiones que afecten la integridad física, psicológica, económica y sexual de otra persona. La experiencia de violencia será un proceso de intersecciones entre los actos, los contextos, los vínculos, las relaciones y escenarios de poder.

Para avanzar en el análisis, resulta pertinente hacer algunas distinciones en torno a las situaciones y experiencia de violencias. La primera es si los entrevistados fueron agredidos de alguna manera a lo largo de sus vidas, cómo y por quién/es. La segunda, si ellos mismos ejercieron algún tipo de violencia, según se desprende de sus relatos que despliegan, para luego empezar a comprender cómo se configura esa violencia. Las experiencias, situaciones o actos en torno a las violencias mostraron un panorama sumamente diverso a lo largo de todas las entrevistas. En lo que sigue, presentaremos, en primer lugar, la violencia interpersonal sufrida por el entrevistado. A continuación, describiremos los actos de violencia ejercidos por los varones que formaron parte de nuestro estudio.

### Violencia interpersonal hacia el entrevistado

Los entrevistados enunciaron distintas formas, actores y ámbitos en que sufrieron situaciones de violencia. En primer lugar, destacamos la presencia constante de prácticas violentas de parte de instituciones de salud o instituciones que intervienen sobre el uso de drogas (clínicas psiquiátricas, centros u hospitales monovalentes y como comunidades terapéuticas).

*[Me dieron] un medicamento que está prohibido. Dormí 16 horas seguidas. Internado. Cuando me levanté estaba atado de pies y manos, en la cama (Mario, 37 años).*

*En el Hospital XX tenía mucho miedo de que me internen, porque en el XX a la mayoría de las personas que estuvieron dicen que hay que tener cuidado porque vos te vas al XX y te terminan garchando [violando], en la noche (Marcelo, 50 años).*

En estas menciones se observa un ejercicio de violencia institucional hacia estos varones. Por eso, vale situar las tramas de violencia ejercidas por dispositivos de internación y/o encierro, que se complementan con intervenciones medicamentosas, contenciones mecánicas y otros procesos de control e institucionalización. En la línea de la violencia institucional también se encuentran las situaciones de violencia que surgen con las fuerzas de seguridad. Si bien podemos identificar varias situaciones en conflicto con la ley, como hurto o conductas agresivas que darían lugar a una acción de las fuerzas de seguridad, cabe destacar su intervención en episodios de intoxicación o de urgencias en salud mental. Algunas de las escenas relatadas muestran estrategias represivas en lugar de estrategias pensadas desde el campo de la salud.

Luego, se mencionaron situaciones de privación de la libertad (siempre consideradas indeseadas por estos entrevistados) que marcaron sus trayectorias. También aparecieron otros procesos de institucionalización relevantes en las historias de vida, como el pasaje por instituciones de menores, atravesados por experiencias de violencia. En los testimonios se visibilizan

escenarios de reproducción de violencia institucional en los dispositivos de encierro marcados por la suspensión de derechos y garantías.

*Entrevistador (E): Y ahí en el instituto [de menores], si vos hacías las cosas mal, ¿había algún tipo de castigo?*

*Bernardo (36 años) (B): Sí.*

*E: ¿Por ejemplo?*

*B: Yo, dentro de todo, me portaba bien. Pero yo he visto pibes que los agarraban con el cepillito y el secador, el cepillito y la maquinita de afeitar, para limpiar todas las baldosas. Lo hacían limpiar así para que reflexionen.*

Por último, tal como adelantamos en el apartado “Familia de origen”, es esencial mencionar la serie de violencias sufridas por parte de los miembros de su familia, especialmente por padres y /o madres:

*Hago esto [interjección de que da una pitada]. Y siento “Hijo de puta”, pumba, mi viejo me pegó una trompada delante de todos los pibes [lo dice con tono de incredulidad e indignación] (Mario, 37 años).*

*Bernardo (37 años) (B): Mi vieja me golpeaba, mi viejo me hablaba. Una vez me fui a Rosario y me agarró a puñaladas mi vieja.*

*Entrevistador (E): ¿Por qué?*

*B: Porque me fui dos días y aparecí al otro día y se desquitó con un cuchillo conmigo.*

*E: ¿Cuántos años tenías ahí?*

*B: 14 años.*

En ambos relatos también notamos el ejercicio de una autoridad en vías de señalar, corregir o marcar una conducta. La nota distintiva es el grado de violencia o crueldad que implica este ejercicio por parte de quien se espera afecto o cuidado.

### **Violencia ejercida por los entrevistados**

A partir de la mención sobre las situaciones de violencia como un proceso que se da mediante intersecciones entre los actos, los contextos, los vínculos, las relaciones y escenarios de poder, intentaremos comprender lo más integralmente posible las prácticas violentas de los varones entrevistados.

En lo que respecta a la violencia física, se encuentran varios episodios, donde es necesario contextualizar en la trama social y territorial en que se desenvuelven, como por ejemplo situaciones de conflicto con ley o hábitos relacionados a la “resolución de conflictos” con un amigo con quien aparenta tener un vínculo frecuente.

*Entrevistador: Ahí en las situaciones de cuando eras pandillero o situaciones de robo ¿te tocó que tengas que lastimar a alguien o agredir?*

*Patricio (36 años): Sí. Apuñalé, le pegué con un machete a uno en la cabeza, le disparé a uno en la panza. Estaba fuera de foco.*

*Y bueno, nos peleamos, peleamos a piñas ahí en el [Parque] Lezama. Después de terminar todo, estábamos todos sangrados. Acá me hizo [se señala una cicatriz en la ceja derecha]. Y me rompió la ceja y yo le rompí todo, acá en la boca. Le quedó así [hace gesto que emula hinchazón de labios]. Y bueno, después hablamos bien, y dijimos "eh, somos amigos. Nos conocemos de toda la vida" y nos quedamos amigos (Ismael, 24 años).*

En la misma línea se encontró una situación de violencia sexual que pudo ser problematizada por el entrevistado. Se observa una señal de pudor y arrepentimiento, que lo vuelve enunciable hacia un oyente.

*Mario (37 años) (M): Pero yo también me zarpé, porque, mirá, me da vergüenza lo que te voy a decir, pero yo abusaba de ella, ¿viste? O sea, cuando estaba dormida, capaz que tenía relaciones sexuales sin que ella quisiera, tomaba merca [cocaína] y...le he llegado a golpearla también. Le cagué la vida, le cagué la vida...la verdad que...Y bueh... me dijo: "Te dejo". Le dije: "Tenés toda la razón". (...). Una vuelta yo estaba re duro de cocaína, había tomado ácido [lisérgico], media pepa. Estaba re duro, re psicodélico. Me tomé media botella de whisky y estaba dormida ella.*

*Entrevistador: ¿Esa fue tu única novia?*

*M: No, tuve muchas, antes. Pero a ella la amaba con todo, con todo. La verdad que Guillermina me ayudaba en todo, una masa la mina era [era muy buena], una masa. Pero me dejé por drogón. Es la verdad. Y me cae la ficha [me doy cuenta].*

/52

En la misma correlación de enunciados se observan elementos que distancian la situación de un mero acto impulsivo. Se da en el contexto de la relación de pareja, se observa una situación de desprotección y vulnerabilidad, junto a la articulación de otros tipos de violencia como la psíquica y la física.

En el inicio de tramas o contextos de violencia es primordial situar no sólo las violencias ejercidas por varones, sino sus violencias basadas en desigualdad de género. Nos referimos a prácticas de daño hacia otra persona en contexto de asimetrías de poder.

*Eduardo (34 años) (D): Sí, hubo violencia. Una vez me saqué tanto que le pegué un cabezazo, me parece. Y a la vez pegué un cabezazo contra una escalera de material que tenía.*

*Entrevistador (E): O sea ¿vos le pegaste a ella y después vos te golpeaste? ¿Te acordas qué pasó?*

*D: No, no me acuerdo muy bien. No era algo que...era una piba que te sacaba de sí. No sé por qué.*

*E: ¿Solían discutir mucho?*

*D: Sí, sí sí. Era una piba sufrida. Y como que la piba pensaba que era más [importante] que uno. Algo así.*

En ambos relatos encontramos agresiones de gravedad hacia mujeres, entramadas en vínculos de pareja. Sería imprudente reflexionar al respecto nombrando sólo las acciones: es necesario problematizar cómo se constituyen las jerarquías en estas relaciones y qué significa ese lugar jerárquico para ese varón. En principio, se observan formas de naturalización del ejercicio de la violencia como acto disciplinador.

Además de prácticas agresivas, se visibilizan escenarios o tramas violentas situadas en determinados espacios sociales como el barrio, la cárcel o la familia. Reflexionar sobre la experiencia de violencias no puede reducirse a las conductas, sino que debe incluir una cartografía de elementos que se ponen en juego en dicho escenario.

*Bernardo (37 años)*

*(B): Pero son recuerdos que me traen y... no te digo que era el peor del barrio, porque no era, pero bueno... Si sos hijo de puta en la calle, te matan, lamentablemente. Si sos hijo de puta en la calle, terminás muerto.*

*Entrevistador (E): ¿Sí? ¿Eso vos lo viste con otra gente del barrio?*

*B: Sí. Si sos hijo de puta en la calle alguno va a venir y te va a matar. No podés ser hijo de puta con todo el mundo.*

*E: Claro.*

*B: No podés ser ni bueno, ni malo. Tenés que ser justo.*

En la cita precedente se observa que la posibilidad de actuar o no de forma violenta se enmarca en las condiciones o tramas que se despliegan en ese barrio. La relación con la violencia se desarrolla en el modo de habitar ese escenario. Al mismo tiempo, cuando el entrevistado señala que los modos de actuar se relacionan con “ser justo”, introduce un ethos para regular los modos de ejercer, tolerar o sufrir la violencia.

/53

## **Reflexiones finales**

En este capítulo presentamos los primeros hallazgos de una investigación cualitativa cuyo objetivo general fue identificar y analizar los modelos de género, las experiencias de violencias y los itinerarios terapéuticos de varones con consumos problemáticos de drogas que asisten a tratamientos. La permanente búsqueda por diversificar la muestra y la decisión de reclutar potenciales entrevistados en distintos dispositivos del hospital en que llevamos a cabo el trabajo de campo nos permitieron recuperar una amplia variedad de experiencias de varones que se encuentran realizando tratamiento para el consumo problemático de drogas. En este apartado sintetizamos algunos de estos hallazgos y proponemos líneas a profundizar en próximas indagaciones.

Un primer aspecto para destacar es la inmediata autoidentificación de los entrevistados a partir del consumo de drogas en la entrevista. Ante preguntas como “¿Qué te gustaría contarme de vos para arrancar?” resultaba habitual que los entrevistados refirieran al tiempo que llevan sin consumir sustancias psicoactivas, se autodefinieran a sí mismos como “adictos en recuperación” -especialmente quienes habían concurrido a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos- o mostraran el modo en que el uso de drogas estructura sus rutinas y permea cada una de sus actividades cotidianas. Sin embargo, esta autoidentificación

también debe comprenderse a partir del contexto en que fueron realizadas las entrevistas: un efector de salud que brinda asistencia para los consumos problemáticos de drogas. Entendemos, entonces, que la referencia a los consumos de drogas y su voluntad de rehabilitarse constituyen un guión al que los pacientes consideran apropiado apelar en el contexto de una entrevista en este ámbito.

Estos varones, a su vez, muestran un importante nivel de vulnerabilidad económica, laboral y educativa. Han tenido trayectorias truncas en el sistema educativo formal, que en algunos casos han retomado a edades adultas, a partir de los tratamientos por sus consumos. Los bajos niveles de educación formal alcanzados, en conjunción con otros factores, redundan en una importante vulnerabilidad laboral. En términos generales, nuestros entrevistados realizan actividades de tipo manual, con jornadas muy extensas que exigen un gran esfuerzo físico. Un aspecto relevante para destacar es que esta población ha enfrentado experiencias de discontinuidad laboral vinculadas a la emergencia de algún padecimiento mental grave o a la intensificación del consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilegalizadas. Han sido despedidos por concurrir a sus ámbitos laborales bajo el efecto de bebidas alcohólicas o alguna sustancia psicoactiva. No obstante, en términos estructurales, consideramos que para comprender las trayectorias laborales de los pacientes y de otros sujetos con perfiles sociodemográficos similares, resulta fundamental dar cuenta de las características de un mercado laboral que se muestra cada vez más restrictivo, especialmente para personas con los niveles de vulnerabilidad como los de nuestros entrevistados.

El análisis de los vínculos socio-afectivos mostró que estos varones tienen una importante dificultad para construir identidades familiares que vayan más allá de su rol de hijos. En términos generales, esto da lugar a un sentimiento ambivalente. Si por un lado sienten una pérdida de confianza por parte de sus madres y/o padres, quienes controlan buena parte de sus actividades y, por ende, restringen fuertemente su autonomía, por el otro, entienden que, dada su condición de consumidores de drogas, esta heteronomía es una forma de sentirse protegidos.

/54

Hemos encontrado una importante conexión entre los vínculos socio-afectivos de los entrevistados, en especial las relaciones de pareja, y el consumo problemático de drogas ilegalizadas y alcohol. El uso de drogas -y su intensificación- pueden ser la causa, pero también la consecuencia, de una ruptura amorosa. Entre quienes no tienen pareja, el uso de drogas problemático es un factor que conspira contra las posibilidades de conseguirla.

En lo referente a los vínculos de amistad, encontramos una equiparación casi absoluta entre grupos de pares y grupos de consumo de drogas. Los entrevistados refirieron no tener amigos por fuera de sus grupos de consumo, o bien, amigos que no consuman drogas ilegalizadas o bebidas alcohólicas. El hecho de que algunos de ellos los “tienten” para consumir, aun a sabiendas de que están realizando un tratamiento, los ha llevado a considerar que no se trata de “verdaderos amigos”. En consonancia con esta ausencia de verdaderos amigos, los entrevistados manifestaron no contar con personas de confianza por fuera de sus madres (y, en menor medida, sus padres) y de algunos profesionales del Hospital Bonaparte y de otras instituciones por las que han transitado.

Entre los entrevistados aparece un modelo de masculinidad basado en la representación

idealizada del varón como padre de familia y proveedor económico del hogar. Esta representación, sin embargo, no se condice con sus propias experiencias en prácticamente ninguna de sus historias. Este modelo convive, en sus relatos, con el del varón que asume riesgos (participación en actividades delictivas, consumos de drogas, peleas cuerpo a cuerpo) y demuestra permanentemente su virilidad. Del mismo modo que los entrevistados no encarnan el modelo del varón proveedor (porque, como muestran sus relatos, no pueden hacerlo), también se distancian, en aras de dejar atrás la “mala vida”, del modelo de masculinidad bardena (Camarotti, Jones y Dulbecco, 2020), que no querrían encarnar. La exploración en profundidad del tipo (o los tipos) de varón que nuestros entrevistados encarnan es un eje fundamental para futuros análisis del corpus empírico que hemos construido.

En lo relativo a la paternidad, son muy heterogéneas las experiencias biográficas relevadas. Algunos entrevistados no han sido padres y consideran que el consumo de drogas es un impedimento para serlo. El contrapunto que establecen entre la responsabilidad que supone la paternidad y el “descontrol” que es propio del consumo intensivo de sustancias redundando en que renuncien también a proyectarse como padres, incluso en un futuro lejano. Entre aquellos que tienen hijos/as, se presentan situaciones divergentes: quienes sostienen un vínculo cotidiano y quienes tienen poco o nulo contacto con ellos. Queda como un eje para indagar los cruces entre sus trayectorias de consumo y sus experiencias de paternidad. Por un lado, cómo impactó el consumo en la paternidad (o en la decisión de no ser padres) y, a la inversa, cómo impactó la paternidad en el consumo.

/55

Los itinerarios terapéuticos de nuestros entrevistados muestran que han concurrido a tratamientos de muy diversa índole. A su vez, resulta habitual que asistan, en simultáneo al tratamiento que realizan en el Hospital Bonaparte, a grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos. La concurrencia simultánea a otros dispositivos preventivo-asistenciales es, en ocasiones, producto de la iniciativa de los propios usuarios. En otros casos, es a instancias de un/a profesional del Hospital, a partir de las redes de articulación preexistentes entre los efectores.

El análisis de las experiencias de tratamiento en el Hospital Bonaparte mostró tres aspectos de interés. En primer lugar, pese a tratarse de un efector especializado en salud mental y adicciones, solo dos de los pacientes entrevistados mencionaron que concurren por una problemática de salud mental no vinculada al consumo de drogas, es decir, identificaron al primero como su principal padecimiento. Un segundo elemento para destacar es la valoración positiva que los usuarios le otorgan al Hospital. Este constituye, para buena parte de ellos, un soporte en su mejoría y un ámbito de contención frente a las dificultades y obstáculos que se les presentan en sus vidas cotidianas. Los efectores a los que nuestros entrevistados otorgan la ponderación más elevada son aquellos que brindan espacios de escucha y contención y en los que se sienten reconocidos subjetivamente. En tercer lugar, nuestros entrevistados suelen contar con una persona que los acompaña en su proceso terapéutico y actúa como soporte de este. Este rol es, en general, desempeñado por mujeres de su entorno familiar (madres, abuelas, hermanas, tías) y, en menor medida, por sus padres.

Más allá de los cuidados que les proveen otros actores e instituciones, identificamos tres



prácticas de autocuidado de relevancia. La primera es la evitación del contacto con grupos de pares. La segunda es el no manejo de dinero para evitar la “tentación” del consumo. La última, asociada a la anterior, es el rechazo a un trabajo o la decisión de no realizar una actividad laboral para evitar tener dinero cuyo destino inexorable sería la compra de bebidas alcohólicas o drogas ilegalizadas. Una línea de trabajo para seguir explorando es las tensiones y las negociaciones subjetivas entre las prácticas de autocuidado y mandatos asociados a ciertos modelos de masculinidad tradicional.

Por último, indagamos las experiencias de violencia en las trayectorias biográficas de los entrevistados. Estos refirieron profusamente a situaciones de violencia padecidas en instituciones de salud, especialmente en efectores de salud mental y centros de tratamiento para los consumos de drogas. Los relatos de malos tratos y violación de los derechos humanos han emergido, con frecuencia, entre aquellos que habían realizado un tratamiento por salud mental o consumos problemáticos de drogas con antelación al que se encontraban realizando en el Hospital Bonaparte.

Muchos de estos varones han sido también víctimas de violencia institucional por parte de las fuerzas de seguridad. Si bien no han empleado este término para caracterizar las situaciones vivenciadas y, en ocasiones, se han limitado a una descripción de estas carente de una connotación negativa, sus relatos permiten apreciar las vulneraciones de derechos que han sufrido, más allá de las sanciones que podrían haber tenido por los delitos cometidos. Estas situaciones alertan sobre la necesidad de seguir trabajando en las instituciones de salud y fuerzas de seguridad en mecanismos de erradicación de la violencia y formación en estrategias de cuidado frente a poblaciones vulnerabilizadas.

Los entrevistados han sido también víctimas de violencia familiar, especialmente durante su niñez y adolescencia. Pero también han sido, ellos mismos, victimarios, tanto en situaciones en las que pusieron en juego una masculinidad bardera contra otros varones, como en escenarios de violencia por motivos de género contra sus parejas. A nuestro entender, tanto su trayectoria terapéutica en el Hospital Bonaparte como la instancia de entrevista en el marco del proyecto de investigación que desarrollamos han sido ámbitos de reflexión sobre este ejercicio de la violencia, sobre el que vale la pena continuar indagando.

## Referencias bibliográficas y documentales

- Camarotti, A.C. y Güelman, M. (2013). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud mental y comunidad*. Año 3, Nº 3, pp. 69-78.
- Camarotti, A.C, Jones, D y Dulbecco, P. El impacto de los tratamientos en los modelos de masculinidad de varones con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista Española de Drogodependencias*, vol. 45, n. 2, pp. 47-63.
- Jones, D. y Dulbecco, P. (2018). “La salud en la abstinencia. Sexualidad en los dispositivos religiosos de tratamiento para consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. En Jones, Daniel (director), *Sexo, drogas y religión. Debates y políticas públicas sobre drogas y sexualidad en la Argentina democrática*, pp. 185-219. Buenos Aires: Teseo.



Ley 26657/2010. Derecho a la protección de la salud mental. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

Ley 26.934/2014. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

Sautu, R. (Comp.) (1999). El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.



Masculinidades y representaciones sobre vasectomía en varones adolescentes y jóvenes escolarizados en territorio de frontera

Masculinidades

# Masculinidades y representaciones sobre vasectomía en varones adolescentes y jóvenes escolarizados en territorio de frontera

Omar Jerez, Zoe Alemán, Ignacio Bejarano, Mariela Ríos, Nazarena Vacaflor

## Introducción

A fines de otoño del 2022, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, junto con el Centro de Estudios de Población, y el copatrocinio de Dirección de la Mujer y Asuntos de Género de la Cancillería Argentina, convocó a la presentación de proyectos de investigación de corta duración orientados al tema de masculinidades y salud, específicamente sobre el involucramiento de los varones en la atención de la salud sexual y reproductiva incluyendo acceso a la vasectomía. En ese momento nuestro equipo de investigación estaba culminando un proyecto sobre salud sexual y reproductiva en el marco del conocimiento de los obstáculos y posibilidades de la aplicación de la ESI en las aulas de nivel medio, en establecimientos de gestión pública y privada. Esta convocatoria nos resultó un desafío para poder profundizar, sobre un tema altamente controversial y que a priori aparecía como tabú, respecto a la construcción de la masculinidad y la sexualidad del varón en la provincia de Jujuy. Así, a fines de junio nos presentamos y tuvimos la posibilidad de acceder a esta convocatoria de UNFPA en donde nos planteamos como objetivo general investigar la accesibilidad al servicio de salud en relación con la atención de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la vasectomía, en varones escolarizados en la ciudad capital de Jujuy. Y como objetivos específicos, detectar la cantidad y calidad de consulta en relación con la atención de salud sexual y reproductiva incluyendo el acceso a la información sobre la vasectomía, indagar sobre los imaginarios que construyen sobre la vasectomía, investigar sobre los conocimientos de su cuerpo que tienen los varones escolarizados, e indagar sobre los conocimientos que tienen sobre los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la perspectiva de género.

El presente capítulo se focaliza en desentrañar, desde la perspectiva de las masculinidades<sup>4</sup>, el tipo de conocimiento e información que tienen varones jóvenes escolarizados respecto a las formas de conocer y explicar su cuerpo y formas de cuidado sexual, con especial énfasis en indagar sobre los imaginarios que tienen respecto a la vasectomía. La investigación se realizó en la ciudad de San Salvador de Jujuy, capital de la provincia. En colegios Secundarios de Nivel Medio y Centros Educativos de Nivel Secundario y Bachillerato Acelerados para adultos, en la zona centro y periurbana de la ciudad, tanto de instituciones públicas como privadas, como así también laicas y confesionales.

4. Respecto a las masculinidades, Connell la define como un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada (Connell, 1995). En tanto Fabbri, sostiene la masculinidad (en singular) como "dispositivo de poder" y la diferencia de las masculinidades (en plural). Respecto a la primera refiere a un conjunto de discursos y prácticas a través de las cuales los sujetos asignados varones al nacer serían socialmente producidos en tanto tales, en marco de un orden de género cisheteropatriarcal. Utiliza el término en plural para dar cuenta de los múltiples aspectos del concepto –edad, clase social, orientación sexual, etnia, entre otros-, que se entran en la asunción de rasgos identitarios de género, encontrando, así, lo común y lo diverso entre los varones (Fabbri, 2021).

Entre los antecedentes relacionados al tema, cabe destacar el estudio de Landini (Landini et al., 2014) referido a la accesibilidad al sistema de salud pública; que sostiene que la accesibilidad de la población al sistema de salud constituye una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, la cual constituye un área prioritaria de investigación. Por otro lado, un informe de Unicef Argentina expresa como temas pendientes de investigación, en relación con el acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina, el desarrollo de estudios de tipo cualitativo especialmente en los varones, con el objetivo de conocer los significados asociados al cuidado de la salud, el grado de conocimiento y apropiación subjetiva de sus derechos en torno a la salud integral, entre otras cuestiones.

Continuando con la idea de Landini (Landini et al., 2014), son pocos los trabajos que profundizan conceptualmente en la noción de accesibilidad al sistema de salud pública. La mayor parte de los estudios realizados, diferencia entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad o entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural (Wallace y Hass, 2001). Los estudios encontrados expresan que factores psico-socio-culturales pueden funcionar tanto como barreras o como facilitadores.

En Jujuy, aunque el Estado tiene presencia a través de la gratuidad de métodos anticonceptivos y de asesoramiento tanto en instituciones escolares como de salud, algunos estudiados en las tierras bajas (Aramayo 2019; Flores y Jerez 2018; Flores, Aramayo y Jerez 2018 y Flores; Jerez y Vacaflor 2014) sostienen que el tema de la accesibilidad es un tema conflictivo para los varones. Galoviche (2016) sostiene que no existen estrategias de prevención y promociones específicas para varones en materia de salud sexual y reproductiva. Investigaciones precedentes muestran que en distintas partes del mundo los varones no han resultado ser objetos o sujetos de políticas y servicios de salud sexual y reproductiva. Esto ocurre especialmente en comunidades pequeñas, donde se expresan situaciones de conflictividad para los jóvenes que viven en lugares próximos a los centros de salud. Estos casos pueden ser visualizados como problemas de accesibilidad vinculados a los usos culturales, entendido según Landini y otros (2014) como aquel vínculo construido entre usuarios y servicios de salud.

En los últimos cinco años nuestro equipo de investigación se ha centrado en investigar sobre cuáles fueron las formas de conocimiento que tienen los docentes, los jóvenes y la comunidad educativa respecto a la accesibilidad al sistema de salud (Vacaflor, 2019) las formas de explicar su cuerpo, la genitalidad, las formas de prevención de los embarazos e infecciones de transmisión sexual (Aramayo, Flores y Jerez, 2018; Aramayo 2019). Aquellas primeras indagaciones encontraron respuesta en los obstáculos de los docentes al momento de implementar los contenidos de la ESI, en los múltiples tabúes que las familias construyen en torno al tema de la sexualidad (Flores, Aramayo y Jerez, 2018; Flores y Jerez, 2019c, 2019d, 2019e), y fundamentalmente los sentidos culturales con que la comunidad significa la salud sexual en su conjunto (Guzmán y Jerez, 2021; Jerez y Guzmán, 2022; Jerez et al. 2021).

Las investigaciones precedentes muestran que el tema de la accesibilidad al sistema de salud, y otros temas en general sobre salud, en Jujuy, Argentina o en otras partes del mundo, los varones no han resultado ser objeto de estudios o sujetos protagónicos al momento de pensar políticas públicas.

En Argentina, investigaciones realizadas en adolescentes de ambos sexos de escuelas medias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de otras 80 ciudades de Argentina muestran que, contra el supuesto generalizado acerca de la baja utilización de servicios de salud, la mayoría de los jóvenes habían hecho uso de estos durante el año anterior, en mayor medida mujeres que varones. Además, manifestaron aceptables grados de conformidad con la atención brindada y afirmaron que el sistema de salud es uno de los lugares de referencia donde acudir en temas que tienen que ver con la sexualidad (Kornblit et al. 2006).

Un estudio comparativo entre ciudad de Buenos Aires, gran Buenos Aires y gran Mendoza (Pecheny et al., 2012), refleja las experiencias reproductivas y anticonceptivas de los varones, que pueden reconstruirse en dos grupos: el primero está constituido por aquellas parejas que han padecido inconvenientes como embarazos no planificados, y el segundo refiere a trastornos menores como malestares y disconformidades con los métodos anticonceptivos empleados, sobre todo en el uso preservativo.

Otras investigaciones, revelan que una proporción considerable de adolescentes sabe poco o nada sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, como así también, carecen de información suficiente sobre anticoncepción y el uso de la pastilla hormonal de emergencia. Ante esto, tropiezan con grandes obstáculos cuando intenta acceder a información y más aún a métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, por lo que quedan expuestos al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH o embarazarse sin quererlo (Pasqualini y Llorens 2004).

/61

El involucramiento de los derechos sexuales y reproductivos en los varones señalados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), particularmente en los sistemas de salud, como en ámbitos educativos o familiares, lleva a tener que replantear la idea sobre cuál es el lugar actual de la masculinidad. Así el mayor interrogante es qué sucede en torno a la figura del varón en relación con la paternidad (es decir al cogestante), con el acceso a la información de los métodos anticonceptivos, incluido la información de las intervenciones quirúrgicas (Ley 26.130). En ese sentido Bonino (2013), habla de la “ceguera institucional a las necesidades masculinas”. En tanto que Jiménez (2021), sostiene que esto refiere a la dimensión de la “disponibilidad”, es decir al déficit de oferta de servicios de salud desde la perspectiva de géneros y masculinidades que promuevan estrategias de prevención, promoción, captación, tratamientos, retención de varones, que impacten en la reducción de la accesibilidad. Para lograr un mejor disfrute de la sexualidad en las masculinidades, en un marco que propicie el conocimiento, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos libre de prejuicios, desde una perspectiva de género, es necesario garantizar mejores condiciones y estrategias en el acceso al sistema de salud, a la información sobre el cuidado de la salud sexual. Así, coincidimos con Jiménez (2021) cuando sostiene que es importante transformar las lógicas binarias y heteronormadas que obstaculizan la identificación de problemas relacionados con las desigualdades sexo – genéricas dentro de los servicios de la atención en salud.

La población alcanzada en este trabajo comprende jóvenes y adolescentes de entre 16 y 35 años. En general se trató de estudiantes que cursan sus estudios secundarios en las instituciones educativas pertenecientes a gestión pública y privada, incluyendo educación de adultos. Tal

como lo señalamos más adelante en el apartado metodológico, fueron seis colegios. El grupo de entrevistados, corresponden a una población que mayoritariamente, pertenece a los sectores populares urbanos, y un grupo reducido a un sector de clase media, de la ciudad de San Salvador de Jujuy, en el noroeste argentino.

El trabajo está organizado en torno a cuatro dimensiones de análisis correspondientes a los objetivos y los recorridos de la investigación: 1) los procesos de construcción de las masculinidades atravesada y consolidada por componentes culturales y sociales, 2) las representaciones que tienen los varones adolescentes entrevistados en relación a su salud sexual y reproductiva, 3) el grado de involucramiento que tienen los mismos en el cuidado sexual y reproductivo en relación a los distintos métodos de anticoncepción, y 4) los imaginarios de los adolescentes y jóvenes varones en referencia a la vasectomía como método de anticoncepción.

En este escenario, a partir de los resultados obtenidos reconstruir los conocimientos, sentidos y percepciones respecto a la accesibilidad del sistema de salud, y fundamentalmente respecto a la práctica de la vasectomía como método de control de la gestación de estos jóvenes y adolescentes.

## Estrategia metodológica

La perspectiva metodológica adoptada para la ejecución del proyecto que origina este trabajo, fue de base cualitativa priorizando un enfoque de tipo etnográfico. Este abordaje y lógica de análisis permitió desentrañar significados, comprender tramas y aproximar una comprensión más acabada de la realidad, desde la perspectiva de los entrevistados. En esa dinámica de intervención, se aplicaron entrevistas semiestructuradas, tanto individuales como grupales.

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por dos colegios de nivel medio (ambos de turno mañana), dos Centros Educativos de Nivel Secundario (ambos de turno noche), un Bachillerato Acelerado para adultos (turno noche) y un Colegio Secundario Privado (turno mañana). Todos están ubicados en la Ciudad de San Salvador de Jujuy, capital de la provincia. La muestra final quedó conformada por un total de treinta y ocho entrevistas individuales, efectuadas a varones de entre 16 a 38 años. Por otro lado, se realizaron otras dinámicas de intervención, entre las que se destacan diecisiete entrevistas grupales, de las cuales, catorce, fueron entrevistas grupales con varones y mujeres, y tres, entrevistas grupales con aquellos estudiantes que se identificaron como varones. El número de participantes de las entrevistas grupales fue de tres a quince estudiantes. El acceso al campo en los colegios públicos se facilitó por la experiencia previa de algunos de los integrantes del equipo de investigación, quienes trabajan en las instituciones educativas seleccionadas, como Asesores en Salud Integral Adolescente y Acompañantes pedagógicos, en el marco del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia.

A la par de este proceso de articulación en el acceso al campo, presentamos notas para formalizar el pedido de ingreso a las instituciones. De esta manera, antes del ingreso a las instituciones, enviamos respectivas notas a las autoridades educativas de las instituciones, para tomar contacto con los estudiantes. Una vez obtenido el permiso formal, por parte de los direc-

tores, conversamos con el resto del equipo de gestión de cada establecimiento. En ese marco, una vez cumplida la tarea de presentación de las autoridades con los preceptores, junto a ellos, procedimos a confeccionar un calendario, para iniciar las reuniones con los estudiantes. La intención fue, que nuestra presencia no obstaculizara el normal desarrollo de las clases. Nuestra permanencia en las instituciones transcurrió aproximadamente durante tres meses. En ese tiempo, pasamos de una instancia inicial formal, a la confianza de lo cotidiano. Esto se expresó en el trato dispensado por parte de las autoridades como del personal administrativo y de maestranza de los establecimientos. Una vez que tomamos contacto con los estudiantes, fue un proceso similar a lo anterior.

Un aspecto importante para destacar, son los encuentros del equipo de trabajo. Estos se realizaron en forma sistemática, antes y después de cada la aplicación de las distintas dinámicas de intervención en el campo, lo cual permitió llevar adelante un monitoreo de las situaciones, de manera constante. Todo se registró en un libro de campo, desde el inicio de la investigación. Este registro lo realizaba uno de los integrantes, previo acuerdo entre el grupo. Esta función era rotativa. La tarea consistía en registrar el nombre del colegio, turno, los profesores, preceptores, curso, división, el contexto de la entrevista en general (situación gestual del entrevistado y del entrevistador), etc. En tanto, cuando las autoridades de las instituciones lo facilitaban, otro integrante del equipo se encargaba de copiar algunos contenidos de los PEI (Proyecto Educativo Institucional). Todo el proceso del trabajo de campo, fue registrado por audio grabación e imágenes fotográficas. Cuando se tomaron las imágenes, se resguardó en todo momento la identidad de los entrevistados.

/63

La aplicación de las entrevistas, fueron realizadas en pareja de investigación (una mujer y un varón), para respetar la perspectiva y la forma en que se diera la dinámica del proceso de interacción. Las entrevistas se realizaron, en lugares previamente pactados con las autoridades del colegio, quienes asignaron un espacio, como ser, un gabinete, la biblioteca, sala de profesores, aulas vacías. En otras situaciones, las entrevistas fueron realizadas en los pasillos o en las partes más retiradas para evitar la escucha y mirada de compañeros y/o personal de la institución, para resguardar la identidad del entrevistado.

Luego de las presentaciones en las aulas, en la primera semana del trabajo de campo, los adolescentes tanto varones como mujeres manifestaron su interés en participar en el relevamiento de la investigación. De manera que, aunque nuestra investigación estuvo orientada a relevar conocimiento del grupo de varones, consideramos inapropiado dejar de lado la perspectiva de las mujeres, quienes voluntariamente expresaron querer participar. Por otro lado, nos pareció oportuno la perspectiva de las mujeres, respecto a la vasectomía y otros objetivos de la investigación. Sin embargo, este trabajo no reflexiona sobre las expresiones de los estudiantes que se identifican como mujeres. También, es importante resaltar que, aunque el tema de investigación estuvo centrado en relevar el conocimiento de los varones, el interés por la temática en algunas estudiantes mujeres que se sintieron persuadidas a participar de las entrevistas grupales, lo cual nos motivó a continuar con la implementación de entrevistas mixtas. Entendimos que nuestra presencia era significada por los estudiantes como una instancia de capacitación, que los estimulaba a continuar interiorizándose en la formación de salud sexual integral.

Al finalizar las primeras entrevistas grupales mixtas, se les informó a los jóvenes que el equipo de trabajo volvería a visitar la institución, para implementar entrevistas individuales solo a varones, ya que el interés de la investigación era analizar la perspectiva masculina, respecto a la vasectomía. De esta manera que aquellos estudiantes que desearan participar serían registrados bajo un seudónimo, para luego acordar el encuentro y realizar la entrevista.

Es importante señalar, que, durante la tercera semana de trabajo de campo, comenzamos a realizar entrevistas individuales con varones. Sin embargo, un preceptor de un colegio, sin advertir que nuestra intención era hacer entrevistas individuales, invitó a salir a un grupo de estudiantes sin indicar la modalidad individual de entrevista. Ya una vez con los jóvenes en el aula asignada, nos pareció oportuno realizar la misma en grupo. Luego de tres experiencias, y de conversar al interior del equipo, decidimos retomar la idea inicial de realizar solo entrevistas individuales. Esto último, debido a que advertimos, que los estudiantes se sentirían más cómodos y se explayarían más de manera individual. El debate en el seno de los grupos mixtos y de varones, giró en torno a la aplicación de un cuestionario que preparamos especialmente para este dispositivo, aunque no tiene sustanciales diferencias con el cuestionario para entrevistas individuales. Este último, coloca el énfasis en el registro sobre conocimiento de la vasectomía, y las opiniones sobre las posibilidades de realizarse la intervención quirúrgica.

La dinámica de las entrevistas, tanto individuales como grupales –de varones y mujeres, como las de solo varones- fueron en un marco de cordialidad y respeto. Ningún estudiante manifestó desinterés, se escuchaban y expresaban con respeto las respuestas de cada uno. El fragor de las respuestas al inicio daba lugar a un posterior amesetamiento donde los participantes escuchaban a los otros, todo en un marco de distensión. Esto último, expresaba una sensación de que no quisieran que concluyera el encuentro. Esto, por un lado, podría ser visto como un prejuicio del equipo, por el hecho de considerar que los estudiantes/adolescentes no querían regresar a las aulas a continuar con las responsabilidades de las tareas cotidianas de la escuela, y por otro lado, una visión más optimista de nuestra parte, porque se generó un clima de cordialidad y distensión entre los adolescentes con el equipo, porque pudieron expresar su sentir respecto a temas que no suelen hablar cotidianamente en el colegio ni en sus hogares.

/64

## **Procesos de construcción social de las masculinidades hegemónicas y sus componentes culturales**

La construcción de la masculinidad hegemónica ocurre y se consolida en los diversos espacios de transición donde se generan los procesos de escolarización y socialización primaria y secundaria. Estos espacios se configuran como las instancias claves del comportamiento y manifestaciones de la masculinidad. Podemos considerar que tales espacios institucionales de socialización se despliegan como un universo de prácticas que consolidan formas de ser, transmisores de una carga simbólica, pautada por mandatos sociales y culturales que repercuten en la conformación de la subjetividad e identidad, de la construcción de los sujetos y género. Sus prácticas legitimadoras dan cuenta de un universo diferencial de los géneros femenino y masculino, los cuales moldean a las personas bajo mandatos y patrones diferenciados para tales



géneros. Es por ello por lo que este proceso de socialización es muy importante en la construcción de la masculinidad hegemónica.

Esto nos posibilita repensar que es nuestra condición humana la que define la particularidad de qué género somos, y no la naturaleza misma. Para Tufro, Ruiz y Huberman (2012) el género es una condición social y cultural construida históricamente. Es el conjunto de características, actitudes, roles, valores y comportamientos que determinan lo que debe ser un varón y una mujer, impuestos a cada sexo mediante un proceso de aprendizaje y socialización. Por ser una construcción social y cultural, las definiciones de género cambian según la generación, la cultura, los diferentes grupos socioeconómicos, étnicos y religiosos.

En este marco, el género es entendido como una construcción socio-histórica (Butler, 2002; Connell, 1995) en la que lo femenino y lo masculino son categorías que no pueden ser pensadas como fijas y cerradas, sino como dinámicas y en constante construcción. Desde el punto de vista de Tufro, Ruiz y Huberman (2012) argumentan que los hombres son criados y educados, bajo un mismo modelo de varón que se denomina masculinidad hegemónica. A la cual definen como: ***“Se trata de una construcción cultural que define cómo debe ser el varón para que sea considerado como tal y cómo debe relacionarse con su entorno. Esta masculinidad hegemónica –entendida como forma de organización social- dice a hombres y mujeres cómo comportarse y determina sus lugares de acción y es la que implica consecuencias relacionadas con la violencia y pone en riesgo la salud”*** (p.13)

En ese sentido, afirmamos que, es nuestra condición humana la que define la particularidad del género al que asumimos pertenecer. A diferencia de otras formas de vida, en donde lo sexual es claramente marcado por el componente biológico, diferenciado por la genitalidad; en las personas, en los humanos, su condición de humano, es decir, la particularidad de producir cultura, que es lo que nos diferencia de las otras formas de vida, es lo que va a definir la pertenencia a determinado género. En y desde las múltiples formas de expresión de humanidad, es que la diferencia de género adquiere sentido. Así pues, aun naciendo con órganos sexuales que a prima facie, en otras especies identificarían y asociarían el pene con macho y vagina con hembra, cosa totalmente coherente en una reflexión lógica, también lo es, por la condición y especificidad de humanidad [la de ser productores (constructores) de cultura], que el género asigna la pertenencia al mundo de lo femenino a personas, que aun con pene, asuman pertenecer al campo de lo femenino y a personas, que aun con vaginas, asuman pertenecer al campo de lo masculino. Así, el género es una construcción cultural, y al ser la cultura parte de definición de lo humano, como especie biológica, es pertinente pensar que es natural que culturalmente sea considerado masculino aquello con vagina, y femenino aquello con pene. Así la sexualidad, y el género dentro de ella, es el resultado de una construcción cultural.

Al respecto la mayoría de los adolescentes entrevistados sostienen y describen las masculinidades desde diferentes perspectivas:

*“Ser hombre es ser fuerte... es el que da las órdenes en la familia”. (José, 18 años)*

*“En mi caso no es así, porque yo estoy con mis tíos, y veo que el que manda, dan las órdenes en la casa, y mi tía también, pero siempre es primero el hombre”. (Roberto, 19 años)*

*“Ser fuerte, ser fuerte, tener fuerza, no dejarse vencer por las cosas que pasan... los hombres deben parecer fuertes. mi papá no vive con nosotros, pero cuando conversamos, me dice que yo tengo que ser fuerte, ser el hombre de la casa” (Isaac, 21 años)*

*“Trabajar, llevar las cosas para la casa, para la comida, para la ropa de mis hermanos, yo trabajo, ayudo en la casa, pero mi papá trabaja y nos da para las cosas de la casa, mi mamá trabaja en casas, pero eso no alcanza, es el hombre que tiene que ver, al menos eso lo veo así”. (Carlos, 20 años)*

En estas expresiones, se pueden observar las distintas representaciones de masculinidad, en los varios discursos que los entrevistados lo relacionan con “un hombre que establece las obligaciones del hogar”, el “que manda”, el “duro”; el “fuerte”, el “que trabaja”, la “autoridad del hombre proveedor”. Por lo tanto, puede evidenciarse que asocian los aspectos considerados masculinos con el hecho de la fuerza física, con la fortaleza, sin establecer mayores precisiones en sus intentos de definición.

Al respecto, cabe mencionar que el trato diferencial por género establece comportamientos y mandatos sociales y culturales esperados para hombres, como ser la independencia, autosuficiencia, tener que ser siempre fuertes. Díaz et al. (2021) sostienen que la masculinidad hegemónica hace referencia a ciertas estructuras, prácticas y formas de ser hombres en las cuales se adquiere y se retiene el poder. A partir de esta premisa resulta evidente pensar la masculinidad hegemónica como una estructura de poder, que define roles de lo que debe o no ser un varón en la sociedad, en sus múltiples expresiones. Todo esto indica que se incentiva a los hombres desde pequeños a cumplir roles, mandatos y comportamientos.

Otro punto que estaría relacionado con la construcción de masculinidades, que se vio reflejado en las diferentes entrevistas, tiene que ver con la carencia del componente afectivo, desde la perspectiva de los varones. Ellos expresan el hecho de tener relaciones sexuales como un acto absolutamente biológico, que no involucra las emociones y como algo despojado de sentimientos. Estos mandatos de la masculinidad hegemónica sólo legitiman la creencia estereotipada en la que se suprime y se niegan las emociones bajo mandatos y estereotipos de ser considerado como “cosa de mujeres”.

De las evidencias anteriores, resulta favorable pensar en la importancia de sostener y llevar trabajos pedagógicos y reflexivos con varones, desde las escuelas en todos sus niveles y desde el sistema de salud, para lograr que los adolescentes desde sus singularidades puedan reflexionar en la construcción de estereotipos de masculinidades, en los mandatos, en el marco de una cultura y sociedad patriarcal, que habiliten otras formas de expresión de una masculinidad que no sea hegemónica. Esta cuestión nos permite problematizar y reflexionar en las prácticas machistas que se reproducen de manera consciente o inconsciente, los modos que vivencian las relaciones de género y cómo se construyen y reproducen las masculinidades entre el grupo de pares en el desarrollo y conformación de las identidades. Pensando a la identidad como parte de la configuración de un proceso continuo. Por lo tanto, la construcción de la identidad se gesta en una permanente interacción de diversos factores culturales, sociales, históricos, personales

y biológicos que nos permiten consolidar un conjunto de creencias y formas de ser. En efecto, consideramos que la identidad es una construcción que está en permanente transformación y que se construye a partir de la interacción del sujeto con los otros y su entorno.

## **Representaciones de varones adolescentes sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos**

Para realizar la construcción de esta dimensión, es importante destacar otro aporte que contribuye a la interpretación teórica; el de las representaciones sociales. De acuerdo con Jodelet, las representaciones sociales forman parte de un saber que es de sentido común, que nos permite, orientarnos en la vida cotidiana, ordenar y sistematizar los hechos para comprender el entorno a partir de las experiencias y construir conocimiento acerca de la realidad (Jodelet, 1986). La autora comprende que las representaciones conforman un conjunto de imágenes con significado y sistemas de referencia para interpretar y dar sentido a todo aquello que sucede. Nos parece entonces, que en el marco de las representaciones sociales que orientan el accionar de los varones adolescentes, hablar sobre sexualidad y anticoncepción significa legitimar los conocimientos y las prácticas aprendidas entre pares, en tanto concebimos a las adolescencias como grupos heterogéneos, que en palabras de Perry y Pauletti (2011) se trataría de una etapa caracterizada por la búsqueda de referentes. De una etapa de la vida en la que, no solo lo prohibido puede resultar atractivo, sino que el hecho de que los mensajes normativos suelen provenir de una autoridad a desafiar puede invitar a transgredirlos (Avilés, 2011). En ese sentido, según Gutiérrez (2003) no es posible definir a la adolescencia como una categoría única y universal, sino que se trataría de la existencia de multiplicidad de adolescencias, tomando en consideración las múltiples dimensiones de análisis: edad, adscripción étnica, situación socioeconómica, contextos sociopolítico y socioeconómico, entre otros.

En este marco, retomando la perspectiva que desarrolla Aberastury (1971) la adolescencia se configura como un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. Es una etapa de la vida en donde el sujeto se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, la búsqueda está acompañada de momentos de rupturas y crisis consigo mismo y con el medio social al que debe adecuarse. En el cuidado adolescente sobre cuestiones referidas a su salud sexual, reproductiva y métodos anticonceptivos, estas se manifiestan de diversas maneras: a través de prejuicios, mitos, estereotipos de género, constituyéndose de esta manera barreras u obstáculos que no siempre son advertidos por los adultos.

Respecto a los conocimientos sobre salud reproductiva, consideramos que los adolescentes necesitan la información, apoyo y comprensión, en tanto transitan una etapa donde legitiman las prácticas de los otros. Estas prácticas pueden provenir de ese adulto, que se conforma como el portador de saberes, experiencias y conocimientos, también pueden provenir del grupo de pares, en la escuela, en el barrio, etc., o de la influencia de diferentes medios de comunicación masiva, al que acceden los adolescentes en su cotidianeidad, transmisores de saberes, prácticas, que se normalizan, legitiman e interiorizan entre los mismos. Estos saberes se instauran como un modelo hegemónico, los cuales influyen y permiten tomar decisiones de manera responsable o no para el cuidado de su sexualidad, durante la adolescencia.

Al respecto, es interesante destacar que, en relación con los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva, se interrogó cómo se produce el embarazo, en algunas de las expresiones de los adolescentes varones, reflejan el desconocimiento sobre la conformación de los cuerpos y de cómo se produce la gestación. Se puede observar que subyace una idea de superioridad/ poder del hombre por sobre la mujer. Estas representaciones están basadas en la idea de que la concepción se resume solo al acto sexual, al coito, a la penetración en la pareja, y casi como un acto mágico, ocurre la gestación, “casi como un acto mágico”.

Esto se corresponde con lo que firman Truffo, Ruiz y Huberman (2012) que los varones no están habituados a analizar sus propios comportamientos y a cuestionarlos, dada la naturalización y justificación de estos. Dentro de estas representaciones subyace una concepción básica y biológica, en que el hombre penetra, eyacula y con ello, la mujer queda embarazada. Es decir, no hay mayor discernimiento ni conocimiento acerca de cómo se produce, ni refieren a los tiempos gestacionales, lo cual expresa un desconocimiento generalizado sobre la composición y funcionamiento de los cuerpos femeninos y de los propios.

En una misma dirección de lo que venimos señalando, respecto a los conocimientos que tienen sobre los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la perspectiva de género. Con relación a los métodos anticonceptivos y la accesibilidad de los mismos (en el sistema de salud y de educación), es el tema de mayor recurrencia en el relato de los jóvenes. Ante la pregunta de cuáles métodos anticonceptivos conocen, salvo notables excepciones, la mayoría expresó conocer: el condón, pastillas anticonceptivas, la pastilla hormonal de emergencia (más conocida como la pastilla del día después), el DIU, y el preservativo para mujeres. Al respecto los adolescentes manifiestan:

*“De la mujer hay bastantes pero los más famosos el DIU, está la pastilla del día después, y para el hombre la vasectomía, las inyecciones y el forro impide que el espermatozoide llegue al óvulo para evitar el embarazo y para evitar las enfermedades creo”.*  
(Agustín, 18 años)

*“Todos los métodos anticonceptivos se deben utilizar, un condón, el DIU, las inyecciones el chip y esto no sé cómo se llama vasectomía”.* (Santiago, 16 años)  
*“Están el forro, las pastillas, que usan las mujeres, el chip, acabar afuera también (risas), sería eso nomas, ¿vasectomía?, eso es como una operación, ¿verdad?”.* (Luis, 19 años)

En la misma sintonía, también los jóvenes, expresaron, que usan el condón para evitar la concepción. A la vez, esta respuesta entrañaba, en la mayoría de los casos, un uso no relacionado como un método de protección ante posibles Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En relación con la conducta anticonceptiva del adolescente, Domínguez (1997) establece que la misma depende mucho del tipo de vínculo que exista entre él varón y su pareja sexual. Cuanto más comprometido afectivamente esté el adolescente, más interés demostrará por la salud de su pareja, más proclive será a adoptar conductas preventivas eligiendo los métodos más seguros (Domínguez, 1997).

Aunado a esto, cuando les preguntamos donde accedieron a la información sobre los métodos de anticoncepción y las formas en que éstos se administran, usan y/o aplican, manifestaron que la recibieron en los centros de salud de su barrio, los hospitales, en las asesorías de salud integral ENIA del colegio, en clases, por conocidos/amigos, y en sus hogares. También respondieron que los condones, además de conseguirlos en los puestos de salud y hospitales, suelen comprarlos en los kioscos y/o farmacias. En tanto que los otros métodos de anticoncepción, los buscan en los centros de atención primaria de la salud de sus barrios, o en los hospitales, de manera gratuita.

Respecto a los métodos de base hormonal, expresaron que quienes suelen buscarlos mayoritariamente son las mujeres. Esto último se debe a que, en primer lugar, los varones asumen que la responsabilidad es de la mujer, ya que será su cuerpo sobre el cual se administre el MAC; en segundo lugar, son las mujeres quienes deben ir a los centros de salud, para recibir información sobre el uso y administración de MAC, para evitar posibles contraindicaciones, o por temores sobre un mal uso o el cambio de este.

En este sentido, advertimos que el reconocimiento que tiene el adolescente sobre los cuidados de su cuerpo, se constituye en un primer paso para desnaturalizar el mito de que los adolescentes varones no concurren a los centros de salud. Creemos que es necesario garantizar los medios necesarios para el acceso al cuidado y la información que les permita desarrollar una sexualidad plena. Solo así se podrá erradicar concepciones y creencias erróneas, mediatizadas y fortalecidas por los distintos medios de comunicación al que tienen acceso los adolescentes, en que la sexualidad del varón solo se reduce al coito, genitalidad y disfrute. Más bien inquirir en que la sexualidad se constituye como un derecho, una facultad inherente a todo ser humano, que se nutre del entorno social, cultural y personal del adolescente a lo largo de todo su proceso de desarrollo.

/69

A partir de este marco consideramos imperioso promover la salud sexual y reproductiva en adolescentes, a partir del reconocimiento de sus propios derechos en la construcción de su identidad e igualdad. Como también velar por el compromiso de que los servicios de salud se constituyan como espacios amigables, impulsados por políticas del estado que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, sus familias y la sociedad, para posibilitar la construcción de masculinidades libres de prejuicios, temores, mitos, en torno a la salud reproductiva del varón. Pero también consideramos que es vital, que, desde las escuelas, se impulsen, sostengan y fortalezcan las herramientas pedagógicas que promuevan la participación y la autonomía en temáticas vinculadas con el cuidado de sí mismo, y de la salud sexual y reproductiva.

## **Involucramiento de los adolescentes en el cuidado sexual y reproductivo**

Ahora bien, al momento de ubicar a los varones en el involucramiento de los procesos de cuidado de la salud sexual y reproductiva, el conocimiento de métodos anticonceptivos, la anticoncepción masculina, la visión de los hombres sobre la vasectomía, los temores de los varones sobre su sexualidad y su participación en los procesos de cuidado de sí mismo, acerca de la

percepción del riesgo de infección y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) son tópicos centrales tratados en esta categoría. Consideramos que se necesita problematizar la participación masculina y sus necesidades concretas, incluidas las vicisitudes propias del ejercicio de la sexualidad, así como la relación con el propio cuerpo, la salud y la enfermedad.

Para Hardy y Jiménez (2000) la afirmación de la identidad masculina exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y en una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas. Esta total indiferencia con relación a actitudes preventivas, así como las relaciones sexuales irresponsables, son conductas que favorecen las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo de deseado. Mientras que Figueroa (2006) manifiesta que se ha legitimado la reproducción como algo femenino y se ha desestimado la responsabilidad reproductiva del hombre. Así es que consideramos que la salud sexual masculina responde a procesos de salud enfermedad que están basadas en roles de género, establecidos social y culturalmente por comportamientos que son esperados para cada sexo.

En relación con esta categoría, es interesante destacar que, ante la formulación de la pregunta, para indagar respecto a los MAC quirúrgicos, se evidencio que en los adolescentes varones, no se reconoce a la vasectomía, como una práctica o como un método anticonceptivo irreversible. Sin embargo, sí reconocen a la ligadura tubaria, como una intervención quirúrgica, casi normal que se realizan las mujeres, después de ser madres o aún antes, para no tener hijos. Constituyéndose así, los MAC quirúrgicos, desde la perspectiva masculina, en una práctica habitual y hasta esperable en los cuerpos de las mujeres y no así en los cuerpos masculinos. Al respecto mencionan:

*"Digamos si ella se quiere hacer ligar, tiene sus razones, hay que respetarla, igual que en el caso de los varones". (Agustín, 19 años)*

*"No, no se otra forma de eso, de lo que usted dice, el método anticonceptivo... estaría lo que se hacen las mujeres, y lo que se hacen los hombres, no sé bien como es, sé que las mujeres se hacen cuando tienen muchos hijos". (Carlos, 23 años)*

*"Tengo entendido que eso se hace (la vasectomía), pero no es seguro, sé que te corta algo, y que después se puede volver a operar y se puede tener hijos, eso me han dicho" (Isaac, 16 año)*

La literatura específica sugiere que la forma en que los varones configuran su concepto de masculinidad tiene importantes implicaciones identitarias conectadas a actitudes y conductas que se relacionan con su salud (Robertson, 2006). El cuidado del cuerpo y la salud están asignados socialmente a roles femeninos, mientras que los hombres, siguiendo los preceptos de la masculinidad hegemónica en la sociedad, deben medir su hombría a partir de comportamientos que se entienden como de dominio masculino. Es por ello por lo que sólo desde una perspectiva de género se puede entender que la mayor mortalidad o el que los hombres utilicen menos los servicios preventivos tiene que ver con concepciones y comportamientos asociados a la forma en que se construyen como tales, y se representan como dominantes (Courtenay, 2000).

En esta misma línea, ante el interrogante acerca de cómo se cuidarían los varones adolescentes, expresaron que usarían condones, o con el cuidado de sus parejas (con todos los dispositivos de MAC, incluido la ligadura tubárica). Esto último, en cierto punto es contradictorio a la respuesta de la pregunta, respecto a si conversan con sus parejas sobre qué métodos anticonceptivos usar. Pues, todos consideran que es importante conversar con sus parejas sobre qué métodos usar, y que cualquiera sea el método, debe ser consensuado entre ambos. Sin embargo, no todos estarían dispuestos a realizarse la vasectomía como una opción de MAC.

Resulta significativo el lugar que ocupa en los relatos, las prácticas de cuidado. En los entrevistados fue surgiendo un mundo de conversaciones acerca de las prácticas de cuidado de la sexualidad, que dan cuenta de modalidades de encuentros y relaciones sexuales de distinta naturaleza:

*"Si, la pareja con quien estaba antes no, ahora si con mi pareja, pero me cuido siempre"*  
(Facundo, 21 años)

*"Si estás en pareja obvio que si"* (Thiago, 18 años)

*"Si, porque hay que llegar a un acuerdo, digamos que, si ella se quiere hacer ligar, tiene sus razones, y hay que respetar, y el hombre quiere hacerse eso también, hay que respetar. La mujer no tiene que juzgar al hombre, ni el hombre a la mujer"* (Agustín, 19 años)

*"Nosotros tuvimos una mala experiencia, porque tenemos como cuatro años de relación, ósea, la conocí de más chico y quizás por desconocimiento y nada de madurez, terminamos en un problema, ahí en un lío. Quedó embarazada y tuvimos que recurrir a doctores y desde ahí fue como a full el preservativo y cuidarse siempre ella como yo, nos cuidamos"* (Marcelo, 17 años)

*"Claro lo conversamos con mi novia, porque una vez casi me enfermo yo de VIH, pero me hice ver, pero no. Me salió no reactivo, no reactivo por suerte"* (Franco, 20 años)

*"Yo creo que sí. No es un tema que no se debería hablar"* (Marcos, 19 años)

Con respecto a este punto, sobre los lugares donde acceden a la información referida a la sexualidad, los jóvenes expresan que accedieron a estos conocimientos, a través del uso de las redes sociales, precisamente de las plataformas Instagram, Tik Tok, Facebook, You Tube, y la circulación de esa información a través de los mensajes de WhatsApp, entre los grupos de pares. Refieren también, como espacios de flujos de información sobre estos temas los centros de salud, las escuelas, los medios de comunicación, el diálogo entre pares y adultos referentes.

Cuando le preguntamos dónde aprendieron esto, los jóvenes en general expresaron que lo estudiaron cuando cursaron el colegio primario, especialmente en los últimos años, cuando vieron la "composición de los cuerpos, en biología". Esta visión biologicista, fue reforzada durante los cursos que hasta el momento los estudiantes, habían realizado en el nivel secundario, tanto los de terminalidad educativa (vespertino y nocturno), como los que estaban cursando el nivel completo (turno tarde y mañana), en la modalidad pública y privada.



Vemos que la información de la vasectomía, como la ligadura tubaria (ambos MAC definitivos), es poco difundido y no es profundizado en los colegios, donde solo se enseñan contenidos de los MAC basado en aplicaciones hormonales y preservativo masculino y femenino. Al respecto, algunos jóvenes expresaron que la información sobre vasectomía la recibieron desde las asesorías en salud integral adolescente, del plan ENIA.

Finalmente, cerramos este punto, analizando las respuestas a la pregunta sobre las experiencias de los adolescentes en relación con el acceso del sistema de salud. Las respuestas que encontramos de los distintos efectores, en relación con el objetivo referido tienen que ver con la cantidad y calidad de consulta en relación a la atención de salud sexual y reproductiva incluyendo el acceso a la información sobre la vasectomía.

Así, los adolescentes establecieron que las consultas sobre cuestiones de salud sexual y de sexualidad en general, si bien generan pudor, las efectúan en los lugares que el sistema dispone para tal fin, tales como los puestos de salud de los barrios, y especialmente las asesorías en salud integral que existen en los colegios. La visita a los puestos de salud, se relacionan, como ya lo vimos anteriormente, cuando concurren a buscar preservativos (los varones) y para la consulta/asesoramiento sobre el uso de los MAC hormonales (las mujeres).

De esta manera, superando la barrera del pudor, los jóvenes concurren al sistema de salud, tanto para acceder a los MAC como en la búsqueda de información. Respecto a esto último, el relato de las entrevistas deja entrever que los jóvenes, si bien reciben la información sobre el uso de los MAC, no reciben información en profundidad sobre la vasectomía. En general, expresan que los asesores, enfermeros y/o médicos mencionan la vasectomía o la ligadura tubaria, aunque la más de las veces son disuadidos a practicarlas, con los argumentos: **“sos muy joven” “luego te puedes arrepentir”, “espera a tener hijos” “cuando seas mayor, cuando seas más grande”**.

*“Yo en estos momentos no sé, creo que soy bastante chico para decidir, tengo bastante para vivir y capaz que quiera tener un hijo algún día y más adelante podría ser una opción”. (Lisandro, 17 años)*

*“La vasectomía es un poco más complicado, como me dijo un doctor -sos muy chico chango para esas cosas”. (Lisandro, 17 años)*

Todos los jóvenes fueron disuadidos por los profesionales del sistema de salud público que los atendieron. Les dijeron que no les iban a realizar ninguna intervención quirúrgica, pues eran muy jóvenes y que, para realizarse esas intervenciones, tenían que ser más grandes, estar seguros, tener hijos, que lo piensen, que se podrían arrepentir en el futuro.

Al respecto Hernández y Garduño (2015) consideran que la desigualdad y el involucramiento del hombre en la salud reproductiva y especialmente en materia de anticoncepción se refleja desde los programas gubernamentales, los cuales están centrados principalmente en la mujer. Cabe mencionar que según Aguilera y Garduño (2015) en los países en desarrollo donde la vasectomía no es popular, es necesario que esta vaya acompañada de comunicación interpersonal y consejería, pues la educación por sí sola no aumenta su aceptación de modo que al consultar consejería pueda despejar todas sus dudas, temores y conocer si las creencias que



tiene con respecto a la vasectomía son realidades o mitos. Mientras que Briones y Cardona (2010) establecen que pocas veces se involucra al hombre o se da una información muy pobre, se ha otorgado a las mujeres el poder de decisión y responsabilidad en cuanto a la procreación y anticoncepción, relegando al hombre a asumir un papel pasivo en decisiones que deberían de ser tomadas y asumidas por ambos

Algunas de estas preocupaciones entre los varones adolescentes nos permiten dar cuenta del incipiente y discontinuo uso de los MAC, la desinformación sobre los mismos, a la que se suman temores y factores, que hacen que los adolescentes se encuentren en mayor riesgo debido a la edad que transitan. Aunado a esto, la existencia de diversas barreras económicas, culturales, sociales que obstaculizan el acceso de los adolescentes a la información, y servicios que garantizan el cuidado, protección y ejercicios de sus derechos y el involucramiento en el cuidado sexual y reproductivo.

### **Imaginarios asociados a la vasectomía.**

Encontramos que estos imaginarios están asociados al “miedo”, vinculados a la pérdida de la masculinidad, pérdida de virilidad, y a la emergencia o acentuación de problemas relacionados con la funcionalidad. En relación con esto Vega y Jaramillo (2010) establecen que, en torno a la práctica de la vasectomía, aún existe una serie de mitos y prejuicios con respecto a una supuesta pérdida de virilidad o vigor sexual entre los varones. Claramente, el hecho de asumir no realizarse la vasectomía está relacionado al miedo, que genera la exposición a una operación. Sumado el temor a la operación en sí, los jóvenes expresan que, como toda operación, entraña cierto riesgo, ya que deben ser anestesiados, internados, etc., advertimos que es el lugar en donde se realizará la intervención quirúrgica, “la zona genital”, lo que origina el miedo.

Bostiancic (2007) y Arenas (2009) mencionan que la vasectomía como método de anticoncepción está rodeada de una serie de mitos que impiden su promoción o preferencia por los usuarios de métodos anticonceptivos, a pesar de ser eficaz, y que su procedimiento no implica una disminución ni del placer ni del desempeño sexual. El miedo surge ante la presencia de mitos, creencias erróneas, dudas que dificultan el interés y se ve reflejado en la poca participación de los hombres en conocer acerca del procedimiento de la realización de la vasectomía. Otros estudios (Fernández et al., 2013) establecen que en los programas de planificación familiar y en el control de la natalidad se deben identificar previamente todos los mitos y creencias que generan, en este caso el procedimiento quirúrgico masculino vasectomía, para constatar que los hombres gocen de una buena salud reproductiva. Mientras que Viveros (2013) refiere que el mito más común se refiere al desempeño sexual, no existe la posibilidad de que se presenten problemas con la erección penénea debido a una vasectomía. Los argumentos teóricos permiten dar cuenta que el mito machista que asocia la impotencia a la vasectomía expresa el miedo de que la masculinidad esté vinculada a los órganos genitales y que cualquier intervención sobre ellos pueda perjudicar el desempeño sexual.

*“No sé bien, sé que te hacen un corte ahí abajo, yo tendría miedo” (José, 18 años)*

*“Es una operación, te duermen, y te sacan algo de los testículos, no sé si me haría eso, debe ser doloroso” (MC, 19 años)*

*“No sé, dicen que duele, me pregunto si después se te seguirá parando igual, no sé”.  
(Franco, 18 años)*

*“Ahora no creo que me haga nada, en el futuro puede ser, después de ser padre, pero no creo, sé que te operan, tengo miedo a que me duela, pero no sé”. (Darío, 20 años)*

*“Como toda operación que te abren una parte de la piel, te sacan la manguerita y te suturan, y después como toda cirugía te queda el dolor”. (Nicolás, 20 años)*

*“Te anestesian, y te duermen te hacen un sellamiento de dos extremos en la vena y te cosen y ya está, me imagino como una uña encarnada, algo que no dura mucho, miedo porque no se asesoran bien”. (Cesar, 35 años)*

Así también, vemos que los varones no tienen un conocimiento que vincule a la vasectomía con los MAC. La mayoría de los varones entrevistados, asocian a la vasectomía con “una operación”, “algo que se corta”. En estas asociaciones, se le asigna al corte, el valor de cercenar orgánica y funcionalmente su capacidad reproductiva.

Un punto para destacar es el modo de concebir la vasectomía que tienen varones que ejercen la paternidad, y el de jóvenes adolescentes madres, cuyos relatos expresaron la decisión de querer realizarse la vasectomía y ligadura tubaria. Con respecto a la posibilidad de practicarse la vasectomía, algunos jóvenes entrevistados de los colegios públicos, que son padres, afirman que sí se la realizarían. Las narraciones y las acciones muestran que eran padres presentes, que ejercen la paternidad. Uno de ellos, en el momento de la entrevista, estaba con su hijo de dos años en el colegio, bromeaba diciéndonos, “llegaron dos años tarde”. Como ya lo indicamos, los tres adolescentes padres entrevistados, expresaron querer hacerse la vasectomía.

Aquellos que aún no han experimentado la paternidad, expresan que no se la realizarían dado que esperan ser padres y conformar una familia; emitieron expresiones como “castrar” o “mutilar”. Las entrevistas expresan una generalizada falta de información sobre la vasectomía. Es decir, que no se realizan por miedo, y también por lo desconocido al post operatorio de la intervención quirúrgica: “por el qué pasa después de la operación”, “si pierden la virilidad”, “si la relación sexual va a ser la misma”, etc.

Las respuestas de los participantes están parcialmente divididas, mientras que algunos no temen realizarse el procedimiento y lo aceptan como método de planificación, otros temen a la realización de este procedimiento por miedo a no poder revertirla, someterse al procedimiento invasivo, a no quedar “iguales” “sanos” “vigorosos”, y por temor a los posibles efectos secundarios después de la cirugía; como vemos en las siguientes respuestas:

*“Por el momento no, en un futuro por ahí sí, primero quiero tener una familia y por ahí si mi pareja quiere tener más relaciones y no quiere tener más hijos, por ahí si lo pienso”.  
(Thiago, 18 años)*

*"Y depende que es lo que quiero más adelante y por las situaciones, en el futuro, capaz que ya tengo un hijo o dos y capaz que, si digamos, pero ahora no, y creo que la vasectomía es más para la gente que tiene muchos hijos y viven en los barrios más humildes y por ahí no conocen todos los métodos que nosotros conocemos y una solución es la vasectomía". (Agustín, 18 años)*

*"Si, pero a futuro, me gustaría tener hijos". (Mateo, 16 años)*

*"Yo tengo claro lo que voy hacer, no sé los demás, pero me gustaría tener una hija o hijo cualquiera de los dos, pero un hijo por el momento, porque no sé qué voy hacer con mi vida" (Leandro, 16 años)*

Al pedirles que precisen si saben en qué consiste la operación o cómo se imaginan que es, no pueden indicar el lugar de la zona genital en donde se efectúa la incisión, ni en qué consiste. Justamente, es la base de esa imaginación, y a la vez el desconocimiento sobre el tema, lo que da sustento a la respuesta que expresa la mayoría, cuando le preguntamos si se practicarían la vasectomía, en el futuro, luego de ser padres.

Al respecto algunos adolescentes advierten:

*"Es una operación, donde te quitan un tubito para que no pase el espermatozoide, y es irreversible". (Lisandro, 17 años)*

175

*"Te hacen dos agujeros en los huevos y con el tiempo ya los espermatozoides van bajando la cantidad". (Santiago, 19 años)*

*"Y extirpan un tubo que lleva los espermatozoides, hay dos tipos con navaja y sin navaja, que se hace rápido y que te recuperas al día y no podés tener hijos después". (Agustín, 18 años)*

*"Si va a servir, pero hay veces que no funciona, porque no lo hacen bien y después uno tiene un hijo y ya no hay vuelta atrás, te cortan una parte y te meten una manguerita, no sé cómo sería, algo así, meten una manguerita y cortan una vena, algo así, la parte del pene" (Luis, 25 años)*

*"Principalmente eso también se lo planteó a otros amigos, hace años y la primera respuesta que dijeron fue va a doler, yo la verdad no tengo ni idea, sé que te pinchan los huevos y nada más y pero me imagino que te van a poner anestesia y por ahí no hay forma que tengas de nuevo los espermatozoides". (Thiago, 18 años)*

*"Lo que se hace se corta la reproducción, como que se hace que los testículos dejen de producir semen". (Francisco, 17 años)*

El conocimiento que poseen está relacionado con “un corte” en el pene y/o en los testículos”. En ese contexto, claramente, asocian que cualquier episodio quirúrgico en esa zona, generará malestar, pues es percibido como un lugar sensible al dolor, cuando los hombres tienen algún golpe imprevisto. Particularmente en esta pregunta, cuando respondían, casi todos lo hacían con una expresión de dolor, pasándose las palmas de sus manos o tocándose con los dedos la zona del bajo vientre, hasta la zona testicular. Relacionan y asocian que este corte puede generar algún dolor, que puede permanecer o perdurar, y a su vez lo relacionan con el imaginario, que va a afectar la virilidad: “después no se va a parar”, “no voy a tener erección”, “no va a funcionar como antes”. Al respecto autores como Vegas y Jaramillo (2010) mencionan que la participación del hombre en la anticoncepción es limitada debido a factores como posturas machistas, miedo a una disminución de su hombría, virilidad y potencia sexual, desconocimiento de las ventajas de los métodos anticonceptivos para hombres. El discurso juvenil reproduce representaciones sobre el cuerpo, la seducción y las elecciones sexuales. Aunque se identifica una exaltación del cuerpo ideal, en la vía del acercamiento al otro aparece una primacía de lo simbólico

Por otra parte, entre los que manifiestan que quieren practicarse la vasectomía, expresan también que, si en el futuro quisieran tener hijos, se plantean la opción de la adopción o de que sus futuras parejas ya tengan hijos/hijas. Vemos que los factores socioculturales y económicos inciden en la toma de decisión para acceder a la vasectomía (Molina, 2019)

Los estudiantes refieren al respecto:

*“Yo me voy a hacer eso, la vasectomía, porque no tengo un trabajo ahora, y no creo que eso mejore. Tampoco quiero traer un niño al mundo, si no tengo lo mínimo indispensable, capaz que más adelante, cuando me haga de mis cosas, si, ahí sí (y ahí la pregunta qué pasaría si ya se había practicado la vasectomía)... bueno, si es así, adoptaría, yo adoptaría, o lo hablaría con mi pareja, si es que quiere, yo adoptaría”. (José, 19 años)*

*“Es una posibilidad que me haga la vasectomía, aunque no tengo hijos, lo mismo... y en el futuro, si, si quiero hijos, creo que se puede adoptar, hay muchos chicos solos, sin padres, o puede ser que mi novia, mi mujer del futuro ya tenga hijos, no es un problema eso, un problema es no tener plata para mantener los hijos”. (Christian, 21 años)*

*“Y el día de mañana, ahora ya no quiero tener hijo, cuando esté bien económicamente tenga todas las cosas me gustaría adoptar”. (Facundo, 19 años)*

*“No quiero tener hijos, la verdad que no estamos para tener un hijo ahora, por la economía más que nada, pero también está la opción de adoptar” (Luis, 25 años)*

Entre algunos de los factores, del por qué se realizarían la vasectomía, algunos entrevistados, expresan una relación entre el hecho de ser padre, con las posibilidades económicas de afrontar el compromiso de cuidar y criar a un hijo. Estos jóvenes, manifiestan que actualmente no tienen trabajo, o que los trabajos que realizan no son lo suficiente para “hacerse cargo de

un hijo”. Expresan que los padres debieran tener las condiciones materiales mínimas para concebir. Sostienen que, primero, les gustaría “hacerse de cosas”; es decir, buscar las condiciones materiales para afrontar la crianza. En ese marco, la idea de gestar un hijo se relaciona con una responsabilidad económica.

Así, el miedo es la definición más cabal que refleja ese imaginario. Ese miedo, es la expresión de la falta de información que tienen los adolescentes. Esta concepción, coincide también, con la de aquellos que sostienen que actualmente no se practicarían la vasectomía, porque son jóvenes y porque no tienen hijos, y argumentan que, en el futuro, quisieran ser padres. Sin embargo, luego de indagar sobre las respuestas, expresaron que, aun siendo padres, no se realizarían la vasectomía, porque tienen miedo.

Un estudio sobre vasectomía (Córdoba et al., 2007) demuestra que las principales preocupaciones de los hombres frente a este procedimiento son el temor a la intervención quirúrgica, seguido por el miedo a perder la respuesta sexual, y por último el miedo subjetivo relacionado con la masculinidad. Con relación a esto, los varones adolescentes entrevistados expresaron preocupación de perder capacidad de erección, dejar de eyacular, disminuir la cantidad de semen que será expulsado, pérdida o disminución del placer sexual propio y de la pareja. Al respecto Aguilera y Garduño (2015) manifiestan:

*“Los temores que se han asociado a la vasectomía son en su mayoría de índole sexual, ante la idea de que cualquier procedimiento que tenga que ver con los genitales es una amenaza a la función sexual, y por lo tanto se convierte en una preocupación por el desempeño sexual, a sentirse menos hombre, la posible disminución de la libido y de la potencia sexual, pérdida del placer propio o de la pareja, así como la posibilidad de una disfunción eréctil y dolor. Estos temores se alimentan al desconocer las características de la operación, pues muchos la equiparan a mutilación o castración o que puedan existir complicaciones postcirugía o que la cirugía no sea efectiva”. (Aguilera y Garduño, 2015, p. 33)*

Es necesario resaltar la importancia de avanzar en la eliminación de los imaginarios negativos, de los preconceptos, percepciones culturales negativas y en los estereotipos de género subyacentes en jóvenes y adolescentes asociados a la vasectomía, que se pueden convertir en barreras culturales y que pueden influir en la decisión de usar este método. En este escenario logramos divisar que prevalece el desconocimiento, lo cual indica la fuerte necesidad de brindar más y mejor información sobre este método anticonceptivo desde las instituciones de salud como también el involucramiento desde las escuelas.

## **Conclusiones y discusión**

Los adolescentes y jóvenes entrevistados expresan una fuerte vinculación con una concepción de masculinidades hegemónicas y heteronormativas. Sólo unos pocos muestran una continuidad en el tránsito hacia las nuevas masculinidades en el entorno escolar, los cuales se relacionan con la vivencia en la paternidad, y en el reconocimiento como sujetos de derechos sexuales y reproductivos. Si bien, en los discursos encontramos la presencia de diversas mas-

culinidades en el ámbito escolar; no obstante, consideramos necesario generar más espacios que posibiliten a los estudiantes pensar y reflexionar acerca de la construcción y deconstrucción del ser hombres que posibiliten generar cambios en la mirada de la sexualidad masculina.

Si bien logramos divisar una transición hacia las nuevas masculinidades, el estudio muestra que los adolescentes y jóvenes en entornos escolares aún legitiman las prácticas y conocimientos de cuidado de la salud entre pares, tomándolos como modelos hegemónicos que normalizan, interiorizan e instauran en ellos la presencia de estereotipos, prejuicios y mitos enraizados entre adolescentes y jóvenes como viriles. Estos funcionan como barreras y obstáculos que luego repercuten en el autocuidado y cuidado de otros, y en la expresión de la sexualidad desde prácticas erigidas social y culturalmente desde la división de los géneros masculino y femenino. Estas siguen llevando a la construcción de modos de manifestar la sexualidad, el cuidado sexual y reproductivo orientado bajo los designios de una masculinidad normativa entre los adolescentes y jóvenes entrevistados.

Otro elemento que surge de los discursos es que subyace una idea de superioridad del hombre por sobre la mujer. Subyace una concepción básica y biológica en la mirada de los adolescentes y jóvenes, basadas en el desconocimiento generalizado sobre la composición y funcionamiento de los cuerpos femeninos y masculinos. En este escenario resulta preocupante la falta de conocimiento o desconocimiento entre algunos entrevistados que giran en torno a los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género, y equidad de género en relación con los MAC, y la accesibilidad a los mismos.

Hay también una incidencia preocupante en problematizar la participación masculina, con relación al acceso al sistema de salud, como espacios delegados principalmente para el cuidado sexual y reproductivo de la mujer, y para el caso de los hombres sólo para acceder a dispositivos de prevención como ser el preservativo. De esta manera, resulta fundamental señalar, la necesidad de reflexionar y repensar en las formas de implementación e intervención que promuevan el acceso de los adolescentes y jóvenes, como espacios idóneos para la promoción y prevención en la divulgación de la responsabilidad del cuidado sexual y reproductivo. En ese sentido, habría que pensar en el rol que tiene la escuela y sus actores, que desde sus diversos dispositivos de socialización se pueda fortalecer la participación juvenil en el abordaje en tales temáticas.

Identificamos los imaginarios asociados a la vasectomía, los cuales se encuentran fundados por el miedo, relacionados al desconocimiento, a la pérdida de virilidad y temor a la intervención quirúrgica. Por ende, se entiende la poca participación en el acceso a los MAC, atribuyendo la no implementación del método, a miedos y temores ligados a una intervención quirúrgica, lo cual puede impedir la toma de decisión. Estos hallazgos entran en aparente contradicción con la alta demanda de este tipo de intervención en la provincia, lo que motiva a realizar más investigación en torno a los perfiles específicos de la población que solicita y accede a la vasectomía.

Abogamos en la necesidad de posicionar sobre todo a los adolescentes como portadores de derechos y potencialidades. En este sentido, planteamos problematizar las masculinidades y la adolescencia, con la finalidad de reconstruir los vínculos entre los géneros, en términos más igualitarios.

Pensamos que estos resultados resaltan la importancia de pensar intervenciones que tomen en consideración la subjetividad del adolescente, su contexto y su manera de percibir y de sentir el mundo en que viven. Es necesario recuperar y revalorizar la voz de las visiones y experiencias que tienen los adolescentes y jóvenes varones, enmarcada en los estudios de género, pensando a la investigación como una instancia que brinda la posibilidad de generar espacios de expresión y escucha, para acercarnos a conocer sus intereses y reflexiones.

Dada la complejidad en cuanto a investigación y estudios sobre masculinidad apostamos a la idea de que resulta necesario indagar en otros determinantes para realizar la ampliación de la investigación. La de realizar un relevamiento a otras unidades de estudio que trascienda a otras edades en el resto de las regiones/áreas de la provincia de Jujuy, y poner énfasis en los determinantes socioculturales y poblacionales que impactan significativamente en la construcción de masculinidades. Si bien esto constituyó una limitante en esta investigación, por cuestiones de tiempo y de permisos institucionales, pero quedan en el tintero como propuestas para ser pensadas en futuras investigaciones.

Finalmente establecemos una serie de sugerencias y aportes que posibiliten la definición y revisión de políticas públicas:

- Trabajar en actividades de fortalecimiento de los canales de comunicación al interior del grupo familiar y/o unidad doméstica. Pues, la mayoría de los jóvenes expresan no tener un vínculo fortalecido con sus familiares, especialmente con sus padres.
- Desarrollar propuestas más eficientes en la difusión de la Vasectomía como un MAC en la población en general, con énfasis en los grupos adolescentes.
- Destacar la importancia del uso de las redes sociales (Tik Tok, Instagram, Whatsapp, Facebook, Youtube, entre otros) en la difusión de MAC, con énfasis en contenidos de vasectomía, ya que los jóvenes expresaron acceder con mayor frecuencia a estas redes.
- Evitar que los efectores del sistema de salud público, disuadan a los adolescentes cuando solicitan la aplicación de la Ley 26.130 (Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica, Ligadura de Trompas y Vasectomía).
- Desplegar un mayor acompañamiento a equipos directivos y docentes, para que la ESI sea implementada, y que garanticen el desarrollo de los contenidos en todos los niveles educativos.
- Fortalecer el abordaje e implementación de la ESI en personas con discapacidad, que posibiliten el despliegue de propuestas pedagógicas inclusivas en las instituciones educativas.

## Referencias bibliográficas

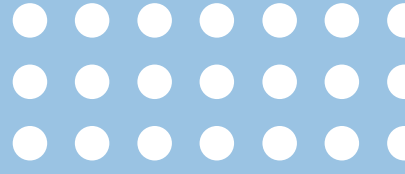
- Aberastury, M. (1971) *El síndrome de la adolescencia normal*. Un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós
- Aramayo, S.F. (2019) *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en un colegio secundario de la provincia de Jujuy*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad Nacional de Catamarca.
- Arenas B. (2009) *Fundamentos de reproducción*. Madrid: Médica Panamericana.



- Aviles, R. N. (2011) *Cannabis, juventud y género: nuevos patrones de consumo, nuevos modelos de intervención*. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 91-93.
- Bostiancic U. P. (2007) *Esterilización femenina y derechos reproductivos: libertad de acción vs. Libertad de decisión*. Mar de Plata (Argentina): Universidad de Mar del Plata
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*, Paidós, Buenos Aires.
- Connell, W. (1995) *La organización social de la masculinidad*. Berkeley, University of California Press (traducción parcial al castellano en Lomas, 2003)
- Córdoba B, Valdepeña E, Patiño O, Sapién J, Rosas J. (2007) *Temores de varones que recurren a la vasectomía sin bisturí en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE*. *Rev Esp Médico-Quirúrgicas*, Vol. 12, Núm. 3, septiembre diciembre, México 2007: 27-29
- Courtenay, W. H. (2000) *Construction of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health*. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Díaz R.; Guerrero P., N.C.; Robles C. M. I.; Rodríguez M. J. y Lafaurie V. M.M. (2020) *Hombres, salud sexual y salud reproductiva: avances de la investigación reciente en América Latina*. *Revista Colombiana de Enfermería*, v. 19. n. 2, e021. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i2.2946>
- Domínguez, I. G. (1996) *Fecundidad en la adolescencia: el ejercicio de los derechos reproductivos en el comienzo de la vida sexual*. Informe final de investigación, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Fernández S.A.; Gómez K. R.; Maestre G. B.; Ayala D. B. y Barrios Y. R. (2013) *Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía*.
- Figueroa P. (2006) *¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los hombres?* En: Careaga Pérez G, Sierra CC, coordinadores. *Debate sobre masculinidades, poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. México: UNAM P. 403-28.
- Flores, N. y Jerez, O. (2018) *La repitencia del embarazo en la adolescencia: una mirada desde la educación para la salud*. I Congreso de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México y Universidad Autónoma Metropolitana, Distrito Federal, México. 22, 23 y 24 de noviembre.
- Flores, N.; Aramayo, S. y Jerez, O. (2018) *Los conocimientos y cuidados que tienen los y las adolescentes sobre su salud sexual y reproductiva*. En: III Jornadas de Investigación en Educación para la Salud en Contextos Diversos. FHycS-UNJu. 30 y 31 de agosto. San Salvador de Jujuy.
- Flores, N.; Jerez, O. y Vacaflor N. (2014) *La Educación Sexual en el Contexto Escolar: Experiencias con los estudiantes del nivel medio*. V Jornadas de Educación y Diversidad Sociocultural en Contextos Regionales. FHycS-UNJu. 13 y 14 de noviembre
- Goloviche, V. (2016) *Masculinidades y Salud: miradas desde los agentes ejecutores del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de San Juan*. I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo. 25 y 26 de Agosto.
- Gutiérrez, M. A. (2003) *Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía*.
- Guzmán, V. y Jerez, O. (2021) *Debates sobre la ESI y las trayectorias escolares en jóvenes de educación secundaria, provincia de Jujuy*. En: XI Jornadas en Educación y Diversidad Sociocultural en Contextos Regionales. FHycS, UNJu. 16 y 17 de noviembre.



- Hardy E. y Jiménez A. (2000) *Masculinidad y Género. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. São Paulo. Brasil.
- Hernandez A. R. y Garduño M. (2015) *La vasectomía desde una perspectiva psicosocial*. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. México.
- Jerez, O. y Guzmán, V. (2022) *Juventud y Sexualidad en Contextos de Frontera: Un estudio en Instituciones Educativas de Nivel Medio de la ciudad de La Quiaca*. Publicado En Revista Española De Desarrollo y Cooperación. (mayo 2022, Vol. 49, Nº 2): La Política de Cooperación para el Desarrollo de la Unión Europea. <https://revistas.ucm.es/index.php/REDC/issue/view/3963>
- Jerez, O.; Osoreo, C.; Flores, N.; Vacaflor, N. y Vilca, V. (2021) *Promoción de la salud sexual con padres, madres y tutores de adolescentes de un colegio secundario*. Pags. 41-48. En: Ríos, Natalia (Coordinadora General) Vinculación Social Universitaria: Experiencias de Proyectos de Extensión de la FHYCS-UNJU. 3era. Convocatoria: la extensión universitaria a 100 años de la Reforma de 1918. Universidad Nacional de Jujuy. Secretaría de Extensión, FHYCS, UNJU. San Salvador de Jujuy: Tiraxi Ediciones. Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga y online. ISBN 978-987-48367-4-8.
- Jimenez, C. (2021) *Construyendo enfoques integrales en los estudios de masculinidades y salud. Una lectura transversal de dos investigaciones realizadas en el contexto de la pandemia*. En Juntando saberes de Masculinidades y Salud. UNFPA Argentina 2021
- Jodelet, D. (1986) *La representación social: fenómenos, concepto y teoría* En: Moscovici S. (Ed), Psicología social II, pp. 470 – 494. Barcelona: Paidós.
- Landini, F.; González Cowes V. y D'Amore E. (2014) *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*.
- Pasqualini, D (2010) *Los y las adolescentes*. En Pasqualini, Diana y Llorens, Alfredo. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS – Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Pecheny, M., Andía, A.M., Capriati, A, Mario, Luciani Conde, L., Perrotta, G., Brown, J. Tamburrino, C. e Ibarlucía, I. (2012), *Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad*. En: *Salud, Sociedad y Derechos*, Kornblit, Camarotti, Wald (comp.), Editorial Teseo, Bs. As. Argentina. Págs. 315-338.
- Perry, D.G., y Pauletti, R.E. (2011) *Gender and Adolescent Development*. Journal of Research on Adolescence, 21(1), 6174.
- Robertson, S. (2006). *Not living life in too much of an excess: lay men understanding health and wellbeing*. Health, 10(2), 175-189.
- Tufró L., Ruiz L., Huberman H., (2012) *Modelo para armar: nuevos desafíos de las masculinidades juveniles* / - 1a ed. - Buenos Aires: Trama - Lazos para el Desarrollo.
- Vacaflor, N. (2019) *El acceso al servicio de salud para adolescentes y los conocimientos de los adolescentes sobre el cuidado de la salud sexual. Aportes desde la educación para la salud*. Tesis de Licenciatura en Educación para la Salud. FHYCS, Universidad Nacional de Jujuy.
- Vega B. G. y Jaramillo C. (2010) Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. Rev Gerenc Polit Salud p. 9:50-77.
- Viveros M. (2009) *La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano*. Rev. Latinoamericana Disponible en: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/download/3/9>



[twitter.com/@CENEParg](https://twitter.com/@CENEParg)



[twitter.com/UNFPAargentina](https://twitter.com/UNFPAargentina)



[instagram.com/unfpaargentina/](https://www.instagram.com/unfpaargentina/)



[facebook.com/unfpaargentina/](https://www.facebook.com/unfpaargentina/)



[youtube.com/user/unfpaargentina](https://www.youtube.com/user/unfpaargentina)



[argentina.unfpa.org/](https://argentina.unfpa.org/)