

T  
998

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACIÓN  
ARCHIVO HISTÓRICO

81399

81399



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS  
Y DE LA SALUD

COEXISTIENDO ENTRE LO HEGEMÓNICO  
Y 'LA EQUIDAD':

VARONES HETEROSEXUALES ANTE EL VPH DE SUS PAREJAS

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL  
P R E S E N T A  
COVARRUBIAS LÓPEZ ESMERALDA SOLEDAD

DIRECTOR DE TESIS:  
JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

MÉXICO, D.F.

JULIO, 2010

## Agradecimientos

Al comenzar a escribir estas líneas se me hace difícil decidir por dónde comenzar, es tanta gente la que pasa por mi mente en estos momentos; pienso no sólo en las personas que han estado a mi alrededor desde que comencé este proyecto, sino también en aquellas con las que he cruzado camino y que de cierta manera, también forman parte de esto. Aunque se que no podré mencionar a todos, intentaré ser lo más breve posible.

En primer lugar quiero agradecer a los informantes que me compartieron su tiempo, su espacio y sus experiencias, indudablemente hubiera sido imposible realizar este trabajo sin su colaboración.

Agradezco y dedico mi trabajo a las personas más cercanas a mi vida: mi familia. Mis padres y hermanas, con todo mi cariño y admiración. A mi pareja, gracias por acompañarme y recordarme en los momentos de desesperación que en estos caminos, hay que ser muy pacientes y perseverantes, por tus opiniones, por tu apoyo, por todo, te amo.

A mis compañeros y amigos, Manuel, Pintus, a la preciosa Lucy, Peter, Julieta, Oli, gracias por acompañarme durante todo este proceso, los quiero mucho; a Joaquín, Giovanny, Nash... y más, amigos de tantos años.

A las académicas, Carolina Martínez y Margarita Castillejos que estuvieron presentes a través de sus trabajos y las lecturas de sus textos; especialmente agradezco a Coni Chapela a quien le tengo un gran cariño y admiración.

Expreso también mi agradecimiento a Juan Guillermo Figueroa, Fernando Bolaños, Addis A. Salinas y Ángeles Garduño, por sus observaciones a la versión previa a este trabajo, mismas que permitieron enriquecerlo. Agradezco al director de tesis, Arturo Granados, por su tiempo y orientación.

Finalmente y después de verlo lejano, cicrro una parte de mi vida para comenzar muchas más...

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO 1 .....	10
El estado actual del conocimiento.....	10
1.1 Los varones y el VPH como un problema social.....	11
1.2 La(s) masculinidad(es) identificada(s) como determinante(s) en las prácticas en salud sexual y reproductiva de los varones.....	18
CAPÍTULO 2.....	26
Marco Teórico- Conceptual .....	26
2.1 El enfoque de la Medicina Social en el abordaje del Proceso Salud Enfermedad.....	27
2.2 Los abordajes de los estudios de género en la historia.....	29
2.2.1 El género como categoría analítica.....	31
2.2.2 Conformación de la identidad de género .....	33
2.3 Las(s) Masculinidad (es).....	34
2.3.1 El modelo de masculinidad hegemónica.....	37
2.4 La salud reproductiva como proceso relacional.....	41
2.4.1 Concepto de salud sexual y reproductiva.....	43
CAPÍTULO 3 .....	47
Aproximación metodológica.....	47
3.1 Acercamiento a los estudios en Investigación Cualitativa.....	47
3.2 La investigación cualitativa en los estudios en salud.....	49
3.3. Método .....	50
3.3.1 Recolección de datos en investigación cualitativa: Entrevista enfocada .....	51
3.3.2 Decisiones muestrales .....	52
Tamaño de la muestra. ....	54
3.3.3 Aplicación de la entrevista.....	55
La guía de la entrevista. ....	55
3.3.4 Tiempo y espacio .....	56
3.3.6 Construcción e interpretación de datos .....	59
3.3.7. Plan de análisis.....	61
3.3.8 Comunicación de resultados .....	63
3.4 “Criterios de calidad” .....	64

3.5 Consideraciones éticas .....	65
CAPÍTULO 4.....	67
Resultados y Discusión.....	67
4.1 Caracterización de los entrevistados.....	68
4.2 Resultados.....	71
4.2.1 Socializándose en el género.....	71
4.2.2 Ser hombres: ¿Biología o cultura?.....	74
4.2.3 ¿Beneficios o desventajas de ser hombre?.....	77
4.2.4 Ruptura del modelo hegemónico de masculinidad. “A ver, a ver, cómo que se está volviendo al revés la cosa”.....	80
4.2.5 Lo que hay que evitar: El machismo y la homosexualidad.....	84
4.2.6 La práctica sexual.....	88
4.2.7 Las ITS: “Caigo en lo que muchos hombres piensan 'yo no’”.....	94
4.2.8 “ <i>Dependiendo con quién...</i> ”: Métodos de Planificación Familiar.....	100
4.2.9 “ <i>¿Surge así o es una cadenita?</i> ”: El diagnóstico infección por Virus del Papiloma Humano.....	104
4.2.10 “ <i>Revisame internamente...</i> ”: Las instituciones de salud.....	111
4.3 Consideraciones finales.....	116
BIBLIOGRAFÍA .....	128
ANEXOS .....	138
ANEXO No.1 .....	139
ANEXO No. 2.....	142
ANEXO No. 3.....	143
ANEXO No. 4.....	144
ANEXO No. 5.....	145
ANEXO No. 6.....	146
ANEXO No. 7.....	147
ANEXO No. 8.....	148

# INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene el propósito de realizar una aproximación para aprehender y comprender un conjunto de prácticas sexuales y reproductivas en varones<sup>1</sup> heterosexuales a partir de un diagnóstico de ITS de su pareja. Este acercamiento a sus conocimientos, saberes, significaciones y a las formas de concebir e interpretar su realidad, permite escuchar su voz en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, un espacio en el que históricamente se les ha considerado como actores secundarios en el discurso y en la práctica. Este trabajo también tiene la finalidad de contribuir a la generación de propuestas que en un momento determinado puedan ser incorporadas a políticas y programas en salud sexual y reproductiva que consideren la perspectiva de género.

El enfoque que guía la investigación, parte del planteamiento de la Medicina Social (MS) que considera a los determinantes sociales como los principales responsables que conforman el Proceso Salud- Enfermedad (PSE); esto no significa la negación o exclusión del ámbito biológico, sino que éste se subsume a los aspectos sociales. Así, la generación de conocimientos sobre el PSE se realiza desde la colectividad considerando como referentes empíricos a los individuos como integrantes de un grupo, con historicidad e inmersos en una compleja organización social (Gil, López y Rivera, 2008: 6).

## **Argumentos iniciales**

Mi formación académica como Licenciada en Enfermería y Obstetricia me había permitido tener un acercamiento al PSE desde una perspectiva principalmente biologicista y los estudios en el posgrado de Medicina Social me llevaron a la posibilidad de entender a la salud desde una perspectiva social. Lo anterior, aunado a una serie de interrogantes que me habían surgido desde hace unos años sobre las diferentes maneras de actuar de varones y mujeres en relación a la salud

---

<sup>1</sup> En este documento se utiliza de manera indistinta las palabras *varón* y *hombre* para referirse al grupo de personas que han sido socializadas bajo los parámetros del género masculino, eso no significa que se obvie la necesidad de definir teóricamente las diferencias entre dichos términos.

- especialmente en la salud sexual y reproductiva por ser el campo en el que me había desempeñado profesionalmente-, fueron definitivos en el interés personal por el tema.

Aunque desde hace varias décadas, se reconoce internacionalmente la necesidad de involucrar a los varones en los programas y políticas públicas en salud sexual y reproductiva, la mayoría de las estrategias en este ámbito continúan dirigidas hacia las mujeres reflejando una concepción de salud sexual y reproductiva como “aquello” que atañe únicamente al sexo femenino. Esto promueve y legitima una desigualdad que pone en desventajas a hombres y mujeres aunque en distintos planos y en diferentes magnitudes. Por un lado, las mujeres son las que corporeizan un gran número de enfermedades como consecuencia de sus funciones y su potencial reproductivos (Ramos, 2006) además, socialmente se les ha considerado como las principales responsables para prevenir los procesos patológicos. De manera contradictoria, aunque a los varones se les justifique socialmente muchos de sus comportamientos sexuales y reproductivos, se enfrentan a otro tipo de desventajas, entre ellas el no ser reconocidos como personas con procesos y necesidades sexuales y reproductivas (Barrón, 1999), negándoles la atención a determinados servicios de salud o excluyéndolos de ámbitos como el de ser partícipes del nacimiento de sus hijos.

La concepción unilateral de la salud sexual y reproductiva se traduce en diversos problemas sanitarios entre los que se encuentran las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como es el caso del Virus del Papiloma Humano (VPH). Esta infección es de particular interés por la magnitud que representa como problema sanitario al ser considerada la ITS más frecuente a nivel mundial y que se relaciona con la segunda causa de muerte en mujeres (Cáncer Cervicouterino).

Por otro lado, aunque en los últimos años, se han incrementado el número de investigaciones en salud sexual y reproductiva considerando a los varones como unidades de análisis, la producción aún siguen siendo menor en comparación con las investigaciones que giran en torno a las mujeres (Contreras, 1999). Esta diferencia cuantitativa, más allá de una cuestión numérica, limita la comprensión de un ámbito que forma parte de todo ser humano y que se vive en coparticipación con otro(s) ser(es) humano(s): la reproducción. De esta manera, fue de

especial interés considerar a los varones como población en estudio a partir de reconocer la necesidad de visibilizar “qué quieren y qué proponen” (Figueroa, 2001a: 77).

Como enfoque teórico, se retoma al género considerando que las conductas y prácticas sexuales están determinadas por la mancha en que nos socializamos como varones y mujeres. Aunque en los últimos tiempos se han presentado cambios en la construcción tradicional y cultural de lo que “deben ser y hacer” los varones y mujeres, investigaciones recientes demuestran que aún es muy marcada la reproducción de esquemas sociales tradicionales que determinan las prácticas sexuales.

Fortaleciendo la utilización de la perspectiva de género como eje explicativo y retomando a la MS, ésta categoría da cuenta de la desigualdad no sólo entre hombres y mujeres, sino también intergenérica; como menciona Breihl, teórico de los abordajes de los fenómenos colectivos de la salud “...el análisis epidemiológico de ‘género’... permite sistematizar, en varios dominios, el análisis del conjunto de procesos destructivos y saludables que determinan las condiciones de vida y muerte que se desarrollan en los genotipos y fenotipos humanos...” (Breihl, 1993: 53).

Con lo anterior y reconociendo la importancia de conocer la forma en que los varones comprenden y crean conceptos y percepciones de la realidad que determinan sus comportamientos y prácticas sexuales, que a la vez se relacionan con la infección de VPH, surgen cuestionamientos tales como: ¿Cuáles son las percepciones de los varones hacia la infección por VPH?, ¿identifican cambios en sus prácticas sexuales a partir de conocer el diagnóstico de VPH de su pareja?, ¿de qué forma participan en el diagnóstico y tratamiento?, ¿en qué medida la identidad masculina es determinante en la manera de actuar de estos varones ante el diagnóstico?. A partir de estos cuestionamientos y reconociendo la necesidad de profundizar en la comprensión de aquellos fenómenos sociales que han sido poco investigados (Rocha, 1995) se construye la siguiente pregunta de investigación:

¿En qué forma la identidad masculina de varones heterosexuales se vincula con el diagnóstico de infección por VPH de la pareja?

Como objetivos específicos se plantearon los siguientes: 1) Identificar en qué forma la identidad masculina se asocia con las prácticas en salud reproductiva en varones heterosexuales e 2) Identificar cómo se asocia el diagnóstico de VPH de la pareja con las prácticas en salud reproductiva en varones heterosexuales.

### **Acercamiento metodológico**

Dado que la construcción del objeto de estudio requería de una metodología que permitiera acercarse a la subjetividad de los varones, se consideró más pertinente una aproximación cualitativa adscrita, de acuerdo a la propuesta de Neuman (1994: 55- 77), al marco interpretativo, el cual enfatiza la indagación de los significados. La elección de esta metodología se sustentó también al reconocer que el conocimiento de los fenómenos sexuales y reproductivos son complejos y sólo se pueden profundizar a través de este tipo de indagación (De Keijzer, 2003).

Por otro lado, las investigaciones en el campo médico social predominantemente han sido de tipo cuantitativo, aunque indudablemente han generado importantes avances y considerando que en la MS “existe cierto consenso en qué estudiar y porqué... [más] no sucede lo mismo al considerar el cómo investigar” (Gil, López y Rivera, 2008: 10), se propone a la investigación cualitativa como un camino ideal en el acercamiento a las determinantes culturales del PSE.

En relación al método, el trabajo se fundamenta en entrevistas realizadas durante los meses de Febrero a Mayo de 2009 a cinco varones cuyas edades fluctúan entre 29 y 34 años, originarios y residentes de la Ciudad de México. Cuatro de los sujetos de estudio se contactaron a través de redes sociales y uno más por medio de una Asociación Civil - Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen)-. Se utilizó la entrevista focalizada como técnica de recolección de datos y al análisis interpretativo para el manejo de la información.

## **Estructura de la tesis**

El presente trabajo está estructurado en cinco capítulos. En el primero se presenta el estado actual del conocimiento; en la primera parte de este capítulo se contextualiza al lector en torno a la infección de VPH. Dado que la investigación se aborda desde un enfoque social, no se profundiza en las características moleculares del virus ni en la tecnología biomédica actual, sólo se exponen aquellos aspectos desde la perspectiva biológica que se consideran necesarios para el trabajo. En la segunda parte se presentan aquellos trabajos de investigación que han girado en torno a varones y a los temas en salud sexual y reproductiva que se vinculan con este trabajo de investigación.

En el segundo capítulo, destinado al marco teórico- conceptual, se encuentran explícitos los sustentos que constituyen los ejes heurísticos y explicativos de la tesis. El PSE desde el enfoque de la medicina social, los estudios de género – incluyendo los estudios de la(s) masculinidad(es)-, y la salud sexual y reproductiva como proceso relacional, son las temáticas que se abordan en estas páginas.

En el tercer capítulo se describe la aproximación metodológica. En este apartado se mencionan las generalidades sobre la metodología denominada cualitativa, para después concretar la información especificando cómo se implementó en el proceso de investigación.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados y la discusión que se hace en torno a los aprendizajes que emergieron del análisis de los datos y vinculándolos con el marco teórico-conceptual. Las consideraciones finales de la investigación se presentan en el quinto capítulo.

Antes de cerrar estas líneas introductorias, es importante mencionar que este estudio no pretende generalizar ni determinar patrones normativos en los varones, sino, como lo han hecho otros estudios de este tipo, se busca dar cuenta de la diversidad de experiencias de varones ante una situación muy específica como es el diagnóstico de una ITS de la pareja.

## CAPÍTULO 1

### El estado actual del conocimiento

En este primer capítulo se realiza una discusión alrededor de los trabajos de investigación que sirvieron de marco para la presente pesquisa. Para poder contar con estudios desde diversas disciplinas, se indagaron en distintas fuentes. Por un lado se realizó una búsqueda vía electrónica en bibliotecas virtuales como las Scientific Electronic Library Online (SCIELO), MEDLINE y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Asimismo, se consultó la información disponible en bibliotecas de diversas instituciones educativas como la de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), El Colegio de México (COLMEX), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). La información encontrada en estas últimas fuentes también sirvió para poder elaborar el capítulo 2 que se refiere al marco teórico.

Las palabras claves que se utilizaron para la búsqueda de información fueron esencialmente cuatro: salud reproductiva, prácticas sexuales, masculinidades y VPH; aunque se encontró una vasta información sobre cada uno de los temas, sólo se consideraron los trabajos realizados en México y en países latinoamericanos tomando en cuenta que los “sondeos puede[n] ser representativo[s] de la experiencia en buena parte de los varones adultos en varios países de América Latina” (De Keijzer, 2003: 62).

La búsqueda de información fue bastante enriquecedora; la diversidad de trabajos que se encontraron son evidencia de que el estudio en los varones ha tenido especial interés en los últimos años. No obstante, a pesar de la variedad de investigaciones, aún hay temas poco abordados, especialmente desde el ámbito social, lo que denota que la perspectiva biologicista continúa acaparando el terreno de los estudios del Proceso Salud- Enfermedad (PSE). En consecuencia, aunque se encontraron estudios sobre VPH en varones, su perspectiva meramente biológica impidió que se utilizaran como marco de referencia; fueron algunos estudios en mujeres vinculados a los trabajos que indagaban sobre la identidad masculina, los que dieron el

punto de partida para la presente investigación, permitiendo así, tener un primer acercamiento al tema, tal como se expone en esta parte del documento.

El capítulo se estructura en dos partes. En la primera se aborda el tema del VPH. Considerando que no se puede negar el ámbito biológico, se tocan aspectos básicos que permiten familiarizar al lector con las características de la infección. Sin embargo, la principal intención es mostrar lo que se encontró en la literatura, sobre las repercusiones sociales que tiene un diagnóstico de este tipo en la relación de pareja. En la segunda parte, se realiza una discusión sobre las masculinidades y los trabajos que se encontraron relacionados con la salud sexual y reproductiva. Con este primer capítulo se proporciona un panorama actual sobre el tema en cuestión.

### **1.1 Los varones y el VPH como un problema social**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) han sido consideradas como un problema social a nivel mundial. La OMS (2006) reconoce que todos los días casi un millón de personas contraen una ITS afectando principalmente y de manera desproporcionada a mujeres y adolescentes. La infección por VPH es considerada como la ITS más frecuente a nivel mundial al estimarse que hasta un 60% de las mujeres y hombres que han iniciado vida sexual se han expuesto al virus al menos una vez durante su vida (Nazzari, Suárez, Larraguibel, Rojas y Bronda, 2006).

Actualmente se han identificado más de 100 tipos de VPH, 30 de los cuales afectan directamente al ser humano. De acuerdo a su grado de riesgo los tipos virales se clasifican en: de bajo riesgo (principalmente 6 y 11), de probable alto riesgo (26, 53 y 66) y de alto riesgo (principalmente 16 y 18); estos últimos se han relacionado directamente con la aparición de cáncer cervicouterino (CaCu). Aunque se considera que la presencia del virus no es suficiente para desarrollar la enfermedad (Bravo, Medina, Melgarejo, Serrano, 2004), algunos estudios han demostrado que el VPH se asocia al CaCu hasta en un 99.7% (Walboomers, Jacobs, Manos, Bosch, Kummer, 1999). El CaCu tiene especial interés al ser la segunda causa de muerte a nivel

mundial (López y Ancizar, 2006). De acuerdo a la OMS (2007) anualmente se reportan unos 500 000 casos de CaCu y 240 000 defunciones, siendo mayor la incidencia en países de escasos recursos. En México, la Secretaria de Salud (2007) reportó que en el 2006 la tasa de mortalidad por CaCu fue de 17 muertes por cada cien mil mujeres.

En los varones, la infección por VPH se ha asociado con cáncer de pene y cáncer de ano, sin embargo, con excepción de varones inmunocomprometidos, como es el caso de los individuos positivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), raramente los desarrollan. Esto no significa que los varones no puedan adquirir la infección, sin embargo, es frecuente encontrar que en la literatura se les considere únicamente como los portadores del virus, es decir, como los principales responsables de diseminación y transmisión de la infección. No obstante, comienzan a aparecer estudios que reconocen que la prevalencia de VPH va en aumento. Trejo, Mendoza, Díaz y Aragón (2000) realizaron pruebas diagnósticas a 756 varones que aparentemente no presentaban ningún problema genital o venéreo y cuyos reportes de Papanicolaou de sus parejas sexuales tuvieran alteración por VPH, dichas pruebas revelaron que 732 varones (96.8%) fueron negativos para la infección y únicamente 24 frotis (3.2%) resultaron con alteraciones compatibles por el virus, lo que demuestra la baja prevalencia de la infección de VPH en varones. En otro estudio, Vacarella y cols. (2006) realizaron pruebas diagnósticas de VPH a 779 varones que acudieron a realizarse la vasectomía en 27 clínicas de 14 estados diferentes de la República Mexicana, la prevalencia de algún tipo de VPH fue del 8.7%, porcentaje similar a la encontrada en mujeres mexicana en los mismos grupos de edad.

Se reconoce también que los varones suelen ser asintomáticos a la infección; en un estudio realizado por Jiménez (2007) se sometieron a pruebas diagnósticas a 50 compañeros sexuales de mujeres con diagnóstico de condilomatosis<sup>2</sup> y se encontró que el 80% de los varones dieron resultados positivos a VPH sin presentar síntomas clínicos.

En relación a la vía de transmisión de VPH se reconocen dos principales formas de contagio: extra sexual y sexual. La forma extra sexual, conocida también como transmisión

---

<sup>2</sup> La condilomatosis es la presencia de verrugas genitales (o condilomas) que se asocian a la infección por VPH.

vertical. tiene lugar durante el nacimiento a través del canal de parto, ocasionando en el neonato lo que se conoce como papilomatosis laríngea. Otra manera de transmisión extra sexual es a través de fómites o instrumentos ginecológicos, sin embargo, esta modalidad de contagio es controversial ya que de acuerdo a la literatura se requiere del contacto mucosa–mucosa para la transmisión del virus (Gómez G, Gómez M., Conde, Maganto, Navío y Allona, 2005), no obstante, existen pocos estudios al respecto.

La segunda y principal vía de transmisión del virus es por contacto sexual (Martínez, 2007; Trejo y et al., 2000). La International Agency for Research on Cancer (IARC) afirma que la transmisión del VPH se relaciona primordialmente con las conductas sexuales de los varones más que de las propias mujeres. De acuerdo a la literatura, entre las prácticas sexuales que se han vinculado con la transmisión del VPH se encuentran:

- La no utilización de condón (Bravo, Medina, y Serrano, 2004). Se ha señalado que los varones suelen rehusarse a la utilizar el preservativo por provocarles la pérdida de sensibilidad. (Guerriero, Ayres y Hearts, 2002)
- El sexo comercial (Castellsagué, Bosch y Muñoz, 2003). De acuerdo a Rojas y Castrejón (2007), la iniciación sexual de los varones adquiere un carácter ritual en muchas partes del país, lo que propicia que los varones se inicien sexualmente en un prostíbulo para que pueda ser aceptado como miembro de un determinado grupo.
- El número de parejas sexuales. Un mayor número de parejas aumenta la probabilidad de estar en contacto con una persona que tiene VPH (Vacarella y et al., 2006).
- Inicio de vida sexual a temprana edad (Escobar, 2007). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud (IMJ, 2005), el promedio de edad en que los jóvenes inician su vida sexual activa en nuestro país se encuentra entre los 15 y 19 años de edad. Aunque en la literatura no se especifica, el inicio de vidas sexual temprana tiene que ver, al igual que en el punto anterior, con una mayor posibilidad de estar en contacto con el virus.

- La transmisión de otros agentes infecciosos como el VIH/SIDA por vincularse con trastornos de inmunosupresión. De acuerdo a la Secretaría de Salud (2007), en el 2006, el número de infecciones por VIH en América Latina y el Caribe fue de 1.95 millones de personas. De acuerdo a la misma fuente, México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA: en el 2006, la tasa de mortalidad fue de 16.3 por cada mil hombres entre 25 y 44 años de edad y para 3.2 por cada mil mujeres en el mismo rango de edad.

Aparte de las conductas y prácticas sexuales mencionadas, otros factores que también se han asociado con una mayor probabilidad de contraer la infección por VPH son el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo y el estado nutricional. Sin negar las causas ya mencionadas, en este trabajo se considera que el no uso del preservativo es el principal determinante que conlleva a la transmisión de una ITS. Al respecto, en una revisión bibliográfica realizada por Holmes, Levine y Weaber (2004) sobre la eficacia del preservativo como medio de prevención de ITS, encontraron que si bien ninguno de los estudios prospectivos publicados revelaban un efecto de protección contra la infección por VPH, en dos de ellos se observó que su uso se asociaba a mayores tasas de regresión de neoplasias intraepiteliales cervicouterinas<sup>3</sup>, a la desaparición de la infección por VPH en las mujeres y a la regresión de lesiones en el pene por este virus en los varones.

En materia de diagnóstico, ningún método puede por sí solo detectar todas las infecciones por VPH (Trejo y et al., 2000); por tal motivo, actualmente se opta por realizar varios estudios que se complementan entre sí para elevar la efectividad del diagnóstico. En el caso de las mujeres, el diagnóstico del VPH se basa principalmente en tamizajes con citologías cervicales (Papanicolaou) y a través de la denominada colposcopia; en los últimos años los avances en biología molecular han permitido no sólo detectar sino tipificar el virus mediante pruebas como

---

<sup>3</sup> La neoplasia intraepitelial cervicouterina, conocida por la nomenclatura NIC, se refiere a las alteraciones que se dan en las células epiteliales; se clasifican en grado I, II y III dependiendo de la proporción de células afectadas, siendo ésta última la de mayor gravedad; su aparición puede ser precedente del cáncer cervico-uterino.

la captura de híbridos y la reacción en cadena de polimerasa (RCP). A pesar de su exactitud, son pruebas que apenas se están difundiendo pero con un costo elevado en comparación con otras técnicas diagnósticas.

En los varones, la citología uretral es uno de los métodos más convenientes para el diagnóstico de infección por VPH por ser un procedimiento sencillo (Sandoval, 1991), sin embargo, es necesario que sea apoyado con otros métodos diagnósticos como la penoscopia con ácido acético y una biopsia (Trejo y et al., 2000). En ellos, también la captura de híbridos y la RCP es una buena opción.

En relación al tratamiento, no hay una terapia definitiva disponible para el manejo de la infección. Hasta el momento se han usado la ablación de tejidos, la quimioterapia y la inmunomodulación (Arango, 2005:33). Aún con la terapéutica, existe controversia sobre si se erradica - o no- totalmente el virus, al parecer hay una inclinación por considerar que en la mayoría de los casos el VPH se mantiene latente aún después del tratamiento, existiendo la posibilidad de reincidir en cualquier momento en que el sistema inmunológico de la persona infectada se debilita, de ahí la importancia de realizarse pruebas diagnósticas periódicamente para detectar a tiempo una posible activación del virus.

Con respecto a la profilaxis, existe una vacuna que se promueve en mujeres en población fértil, idealmente en menores de doce años para asegurar una mayor efectividad. No obstante, esta vacuna sólo protege para los tipos 6, 11, 16 y 18. De la misma manera, se ha demostrado que la circuncisión masculina puede reducir el riesgo no sólo de adquisición y transmisión del VPH genital, sino también de cáncer cervical en las parejas de hombres circuncisos (Castellsagué, Bosch y Muñoz, 2003).

En cuestión de prevención, la OMS (2006: 25) reconoce que la “promoción activa de la responsabilidad de los varones y la potenciación de la capacidad de acción de las mujeres en la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual son elementos cruciales de una respuesta eficaz que tenga en cuenta las cuestiones de género”. Este mismo organismo establece

tres intervenciones fundamentales a la población con ITS asintomática: 1) búsqueda y detección sistemática de casos, 2) incorporación de medios de diagnóstico rápido, y 3) tratamiento presuntivo periódico mediante campañas de concientización. En este sentido, sí se considera que los varones son población asintomática del VPH, en la práctica, no se lleva a cabo ninguna de las intervenciones mencionadas, una prueba más de que muchas de las acciones plasmadas en un programas oficiales se quedan únicamente en el plano discursivo.

Por otro lado, aunque es limitada la información que se tiene sobre las repercusiones psicológicas y sociales relacionadas al diagnóstico por VPH, algunos estudios realizados en mujeres reconocen que el daño emocional puede ser mayor que el físico: miedo, angustia, depresión, ansiedad, rechazo, sentimiento de culpa y alteraciones en la estabilidad de la pareja (Gómez, et al., 2005; Ortiz, 2007). La tesis de Ortiz (2007) titulada *La infección por VPH y sus repercusiones en la pareja* tuvo el objetivo de detectar los principales problemas psicosociales que tienen las parejas cuando se saben contagiadas por VPH; en las entrevistas que realizó el investigador, las mujeres expresaron haber recibido agresión emocional por parte de sus parejas al culpabilizarlas de la infección también, mencionaron un limitado apoyo emocional durante el tratamiento. El trabajo concluye que el diagnóstico de VPH es un detonante del deterioro de la relación en pareja. Aunque esta investigación sirve de antecedente para conocer posibles comportamientos de los varones cuando sus parejas son diagnosticadas con VPH, éstos son limitados ya que en el estudio de Ortiz, no se entrevistaron a hombres.

Carmona (2006) en su trabajo *Emociones presentes en el VPH*, también realizó entrevistas a mujeres diagnosticadas con VPH. Al igual que en el estudio de Ortiz, las entrevistadas manifestaron una limitada participación del varón en relación al diagnóstico y tratamiento. Asimismo, expresaron haber tenido discusiones con su pareja al suponer una infidelidad por parte de ellos; en el aspecto sexual, los varones decidieron dejar de tener relaciones sexuales con ellas, pero no se explicitan las razones. Al igual que en la investigación de Ortiz, el estudio de Carmona deja preguntas sin contestar, incluso él mismo finaliza su reporte de investigación cuestionándose qué pasa con los varones y qué proceso se da en ellos cuando sus parejas son diagnosticadas con VPH.

Por su parte, Tirado Gómez (2005) realizó un estudio para identificar los factores que favorecen el desarrollo de cáncer cervicouterino invasor. Su estudio fue cuantitativo de casos y controles en mujeres (215 y 420 respectivamente) e incluyó 20 entrevistas a profundidad a esposos de las participantes. En estas entrevistas, los varones expresaron una falta de comunicación con sus parejas sobre el diagnóstico y tratamiento justificándose por el hecho de que el cáncer de sus parejas (con antecedente de VPH en más del 95% de los casos) se manifestaba en el cuerpo de la mujer y por tanto, ella era la única responsable. Realizando una discusión sobre la limitada participación de los varones ante el diagnóstico de sus parejas, la autora arguye la urgencia de implementar programas educativos destinados a incidir en creencias, mitos y actitudes que limitan la participación del hombre en la prevención de este importante problema de salud pública.

Un estudio más que nos podría hablar sobre el papel de los varones durante el diagnóstico de VPH de la pareja es el que realizó Garibay (2007) al evaluar una estrategia educativa participativa para prevenir el riesgo de esta infección en varones y mujeres sexualmente activos; aunque su trabajo giró alrededor del plan educativo, la conclusión del mismo se puede resumir en que las mujeres estaban más interesadas que los varones en informarse sobre el tema, posiblemente por las mismas razones que menciona Tirado, en relación a que los hombres consideran que es una infección que se manifiesta principalmente en el cuerpo femenino.

Como se muestra, la mayoría de los estudios realizados desde la perspectiva psicológica y social en torno al tema de VPH han sido en mujeres. Estos estudios reportan en común una limitada participación del varón ante el diagnóstico de la infección de sus parejas, sin embargo, son trabajos en los que los hombres no han sido considerados como sujeto de estudio, por lo que, retomando los cuestionamientos de Carmona, nos impide saber realmente qué pasa con ellos. Ahora bien, si se reconoce que se requieren estudios en hombres desde una perspectiva biologicista, es decir, para conocer la historia natural y la epidemiología de las infecciones por el VPH (Castellsagué, Bosch, y Muñoz, 2003), se agrega que urgen, aún más, investigaciones desde una perspectiva social.

## **1.2 La(s) masculinidad(es) identificada(s) como determinante(s) en las prácticas en salud sexual y reproductiva de los varones**

De acuerdo a Amuchástegui (2007) a mediados de los noventa, los académicos mexicanos comenzaron a mostrar mayor interés en la vida de los varones y en las masculinidades en un contexto de desigualdad genérica, es así que en los últimos años se ha incrementado el número de investigaciones en varones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que ha permitido acercarse al conocimiento de sus prácticas y significados. no obstante, aún es muy limitado lo que se sabe sobre ellos.

Posiblemente uno de los temas que ha sido de especial interés de estudio en los varones ha sido la identidad masculina. Hasta ahora, son varios los elementos que se han identificado como constituyentes de la misma. Salguero (2000) en su trabajo *Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en el Estado de México*, identificó una diversidad y complejidad de lo que significa “ser hombre”. Por un lado, encontró que existe una estrecha relación entre el proceso de construcción de identidad y el ejercicio de la paternidad. En este sentido, la autora menciona que entre las características que conforman la idea de ser hombre se encuentran el considerarse los principales proveedores económicos, el poco sentido de responsabilidad en el compromiso de actividades domésticas, el representar la columna vertebral de la familia y la expresión casi inexistente de emociones. Ya que entrevistó a varones con diferentes edades, encontró cambios generacionales y reportó los varones jóvenes se encuentra presente la negociación de algunas de las actividades en el cuidado de los hijos, como son tareas escolares. Una de los planteamientos con los que concluye la autora es que los significados de ser hombre son diferentes a lo largo de la trayectoria de vida,

Las características descritas en el estudio anterior también están presentes en otros trabajos, como el de Jiménez y Tena (2007); en su trabajo titulado *algunos malestares de varones mexicanos ante el desempleo y el deterioro laboral*. las investigadoras identificaron que, al igual que en el estudio de Salguero, la identidad de los hombres gira en torno a considerarse los proveedores económicos, por tanto, se fragiliza cuando se tienen dificultades para adquirir o

desempeñar su profesión o cualquier otra actividad regular que tenga que ver con obtener reconocimientos personales o ingresos económicos. Esta responsabilidad que sienten los varones entrevistados ha provocado un malestar que los hace reconocer un conflicto entre el deber ser social y el querer ser individual.

Por otro lado, aunque la identidad masculina no se define completamente a través de la sexualidad, se ha reconocido como un referente teórico importante para su estudio. Stern, Fuentes y Lozano (2003) realizaron una investigación de tipo cualitativa en adolescentes de la Ciudad de México que tuvo como objetivo “comprender cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad entre los adolescentes y varones jóvenes se articulan con los riesgos para la salud sexual y reproductiva”. En su estudio arguyen que aún sigue predominando el modelo de masculinidad tradicional caracterizado por el sentido de responsabilidad, la paternidad y la necesidad de tener un trabajo remunerado que les asegure ingresos económicos para poder ser los proveedores económicos de una familia; en el ámbito sexual se obtiene reconocimiento al comenzar una vida sexual activa, la cual debe ser heterosexual si no se quiere ser castigada con burlas o con la exclusión. Asimismo, en relación a su primera relación sexual, los jóvenes entrevistados niegan la utilización del preservativo justificado por el hecho de no planear el encuentro sexual. El uso del condón es necesario para prevenir una ITS pero sólo con mujeres “fáciles” y con sexo- servidoras; la pareja estable se considera libre de infección por lo que la utilización del preservativo se relaciona principalmente con la anticoncepción, aunque contradictoriamente tampoco lo suelen utilizar; la prevención de una ITS también se relaciona con el cuidado de la higiene. La investigación de Stern y et al. nos da un marco de referencia bastante amplio sobre la identidad masculina y su relación con sus prácticas sexuales y reproductivas, aún más si se considera que es un estudio realizado en la Ciudad de México y que sus datos son bastante similares a los que se han encontrado en otras investigaciones, como las que se mencionarán en los siguientes párrafos.

En la misma línea Acosta y Uribe (2007) realizaron un estudio cualitativo para conocer la representación social de la masculinidad en 160 estudiantes del nivel medio superior. En las entrevistas realizadas a hombres y mujeres se considera que la masculinidad, al igual que en el

estudio de Stern y et al., aún se relaciona estrechamente con elementos tradicionales donde el poder es una característica fundamental que les da a los hombres un sentimiento de superioridad y autoridad en relación a las mujeres. Un segundo atributo importante que los estudiantes consideran como masculino es el machismo, sin embargo, en el trabajo no queda clara la connotación – negativa o positiva-, que se le da a dicho concepto.

Rojas y Castrejón (2007) en su trabajo *Relaciones de Género e iniciación sexual en México*, realizaron un estudio estadístico exploratorio sobre la transición masculina utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva del 2003 que contenía información de 994 varones de entre 20 y 59 años de edad. El tema principal de la investigación fue la primera relación sexual en varones mexicanos. En su estudio, la secularización, la modernización y la globalización son componentes que repercuten en las transformaciones que se han dado en la práctica sexual. Entre los resultados que presentan muestran que más del 60% de los mexicanos iniciaron su vida sexual después de los 16 años, sin embargo, hay que tomar en cuenta que en la encuesta sólo se tenían dos opciones (antes o después de los 16 años) lo que limita y al mismo tiempo obstaculiza tener una información más clara de la edad en la que los varones tuvieron su primera relación sexual. En la toma de decisiones sobre el encuentro sexual, en el 60% se dio una negociación en pareja, 24.8% la decisión fue de él y 14.2% de su pareja. En un gran porcentaje la relación que se tenía con la pareja era de noviazgo (33.4%), de esposa (27.9%), amiga o conocida (29.9%), mujer prostituta (5.7%) y ningún tipo de relación (3.2%). El 94.2% no sintió presión por iniciar su vida sexual. Este estudio se considera relevante ya que proporciona información a nivel nacional, sin embargo, como los mismos autores reconocen, al recolectarse los datos de manera cuantitativa, el tipo de información que los entrevistados proporcionan en temáticas sobre sexualidad se puede exagerar o dar información errónea o limitada. Cabe recalcar que en esta investigación no se encontró información sobre la utilización o no del preservativo en la primera relación sexual, ámbito que se considera elemental al indagar sobre la iniciación sexual y que hubiera sido de utilidad en la investigación en cuestión.

Entre los estudios que tienen como objetivo principal identificar los aspectos de las masculinidades que se relacionan con una mayor vulnerabilidad a ITS es importante mencionar

la investigación realizada por Guerriero, Ayres y Ilearst (2002). Estos investigadores realizaron entrevistas a varones de una empresa de transportes en San Pablo, Brasil. En sus resultados mencionan que entre los aspectos que hacen más vulnerables a los varones para contraer una ITS (especialmente VIH) se encuentran considerarse inmunes a este tipo de enfermedades, creer que tienen más necesidades sexuales que las mujeres y estar convencidos de que su deseo sexual es natural e incontrolable. En relación a la utilización del preservativo se encontró que es poco frecuente porque los varones argumentan pérdida de sensibilidad, además de que no lo consideran necesario cuando tienen relaciones sexuales con su pareja estable. En este estudio también se menciona que los varones entrevistados tenían limitados conocimientos sobre la formas de transmisión de las ITS. Los investigadores concluyen que “es importante conocer e intervenir en las concepciones de masculinidades no solo porque contribuyen a que los varones sean más vulnerables a ITS, sino también para establecer estrategias más eficaces para prevenirlas”.

Aunque el trabajo anterior se llevó a cabo en Brasil, los resultados no varían en comparación con las investigaciones encontradas en México. En un estudio realizado por Ortiz, Rivas, Huerta, Salazar y Gómez (2004) en tres estados de la República Mexicana (Puebla, Sonora y Ciudad de México) concluyeron que el empleo del preservativo es escaso en hombres jóvenes, pese a que admiten la importancia de su uso para evitar los riesgos de ITS como el SIDA. En esta investigación, se encontraron muchas similitudes en prácticas y experiencias sexuales entre los varones, aún cuando existían brechas generacionales entre los participantes, por ejemplo, la mayoría coincidió en que sus primeras experiencias coitales fueron con amigas, novias o vecinas quienes sugirieron directamente el encuentro. Los varones que se iniciaron sexualmente con sexo-servidoras mencionan haberse sentido influenciados y presionados por amistades y familiares. Para estos varones es común que la infidelidad masculina sea tolerada en tanto es considerada una prescripción del estereotipo que dictan y expresan los atributos masculinos además, dada la experiencia acumulada, es un aprendizaje que puede beneficiar a la pareja estable.

En relación a la utilización del condón, Roche y et al. (2006) realizaron un estudio cuantitativo en La Habana para identificar los comportamientos sexuales y el uso del preservativo como medio de protección hacia ITS. De los 100 jóvenes a los que se les aplicó la encuesta solo el 21,31 % utilizaba siempre el preservativo en sus relaciones sexuales, el 49,18% a veces, y el resto, 29,51 %, no lo usaba nunca. La principal razón por la que no utilizaban el preservativo fue por que les resultaba incómodo. La investigación concluye que es alta la frecuencia de adolescentes que inician su vida sexual activa a edades muy tempranas; la práctica del sexo protegido aún no es sistemática y los criterios subjetivos y la falta de costumbre dificultan el uso del preservativo.

Por su parte, Gutiérrez (2007) indagando sobre la construcción cultural de la identidad y la sexualidad masculina entrevistó a ocho varones residentes de la Ciudad de México. A través del discurso de los entrevistados se subraya el carácter natural del deseo sexual y del ejercicio de la sexualidad, considerándolas como una acción compulsiva e irresistible. Como ya lo han mencionado otros autores “no hay duda de que hay presiones del grupo de amigos `para que lo haga, para que sea hombre´” (Stern, Fuentes y Lozano, 2003).

En un estudio cualitativo realizado por Pacheco-Sánchez y et al. (2007) sobre las *Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá* se encontró que existen diferencias en hombres y mujeres sobre los significados de la sexualidad. Mientras que para las mujeres la sexualidad está relacionada con el ejercicio reproductivo y la viven como una experiencia negativa, para los varones, en cambio, existe la posibilidad de ser una experiencia positiva y placentera. Incluso, los investigadores también mencionan que los padres aceptan el inicio de la vida sexual de sus hijos varones más no el de las mujeres a quienes constantemente se les advierte sobre la probabilidad de un embarazo no planeado al comenzar una vida sexual. Así, “las mujeres suelen cuidarse de un embarazo y los hombres de infecciones”, mismo planteamiento que reportaron Rodríguez y Álvarez (2006), así como Ayús y Tuñón (2003).

Otro de los estudios que es importante mencionar es el realizado por Guevara (2005) sobre *La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto*. Se considera relevante en el

sentido de que el aborto, al igual que la infección de VPH es una situación en salud que se corporeiza – o manifiesta como lo mencionan los varones entrevistados en el estudio de Tirado (2005)-, en el cuerpo de las mujeres. La autora menciona que la responsabilidad de los varones ante el aborto, se expresa en un abanico muy amplio de comportamientos y de sentimientos, que van desde una total indiferencia y una responsabilidad económica, hasta la más completa solidaridad y responsabilidad, asumida en los aspectos físico, emocional y moral. Esta manera diferencial de responder se relaciona directamente con la consideración formal o no de la relación de pareja, es decir, con la calidad del vínculo afectivo. En su estudio, Guevara concluye que “los significados culturales sobre masculinidad- feminidad permite a los varones desatenderse de las consecuencias de sus prácticas sexuales y delegar a las mujeres los mayores costos y responsabilidades”

Por su parte Ayús y Tuñón (2003), llevaron a cabo un estudio que indaga sobre la vida sexual de jóvenes en el sureste de México. En su trabajo, tiene especial interés la experiencia de la primera relación sexual (coital como lo mencionan los investigadores). Mencionan que en las culturas contemporáneas la iniciación sexual es un proceso contingente relativamente regulado por familiares y amigos en la misma medida que por agentes mediáticos de los medios de comunicación como la televisión, el cine y las revistas. En su estudio, comentan que es común la presión social para iniciar una vida sexual a edades relativamente tempranas.

Álvarez, Calero y León Díaz (2006) entrevistaron a hombres cubanos capitalinos con el objetivo de describir las percepciones y el comportamiento real de varones jóvenes en relación al proceso de toma de decisiones sobre tener o no relaciones sexuales y adoptar o no medidas de protección. En este estudio se encontró que sólo una parte de los entrevistados realizaban la negociación de la protección mediante la conversación, lo que permite considerar que los hombres subestiman el uso de la anticoncepción, sobre todo porque la protección de los embarazos no deseados y las ITS y el VIH/SIDA se consideran fundamentales con todas las parejas menos con la esposa y la mujer virgen. De acuerdo a los investigadores, los comportamientos de los entrevistados tienen un enfoque más igualitario entre los géneros en la medida que son: 1) hombres de más alto nivel educacional y más alto *estatus* socioeconómico, 2)

hombres que vienen de las familias con relaciones intrafamiliares con mayor igualdad en las decisiones y mando y 3) hombres residentes en hogares donde no se da la desigualdad de género.

En un estudio cuantitativo realizado por Ruiz y et al. (2005) se exploraron los *conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria* de Bogotá. Entre los resultados más importantes mencionan que los hombres estadísticamente reportan un mayor número de parejas sexuales. Asimismo, se encontró que casi la mitad de las personas entrevistadas (42%) no conoce nada acerca de las enfermedades o infecciones de transmisión sexual. Este porcentaje es similar con respecto al desarrollo de cáncer de cuello uterino y su relación con el VPH (40%).

Desde el enfoque de la demografía Contreras (1999), en su trabajo cuantitativo sobre *el comportamiento reproductivo de los varones a través de la perspectiva de género*, analizó la información proveniente de la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar (ENCOPLAF) de 1996 en nueve estados de la República Mexicana. Concluye que los roles de género influyen de manera importante en las prácticas de regulación de la fecundidad, en la sexualidad y en las relaciones de poder. El investigador menciona también que aunque en apariencia han cambiado algunos roles de género a través del tiempo, en la práctica aún se reproducen roles tradicionales en donde los varones tienen poca participación en el proceso reproductivo.

Un estudio de tipo exploratorio, también realizado desde el enfoque de la demografía, es el estudio de Muradás (2002), sobre *algunos elementos del comportamiento reproductivo de un grupo de varones de la Ciudad de México*. En este estudio los participantes afirmaron discutir y hablar abiertamente con sus parejas sobre temas relacionados con su salud sexual y reproductiva, sin embargo, en la práctica se evidencia una baja utilización de métodos anticonceptivos masculinos (condón o vasectomía), decisión tomada de manera unilateral; los varones entrevistados expresan también resistencia a realizarse la vasectomía e incluso no la contemplan como una opción para el control de la natalidad. Estos mismos varones reconocen que requieren información sobre su salud reproductiva mas no expresan una demanda para obtenerla. Lo

anterior demuestra una brecha entre el discurso y la práctica, reforzando el planteamiento de otros autores en relación a la limitada presencia de los varones en el proceso reproductivo (Contreras, 1999, Figueroa; 2001a; Figueroa, 2001b, Guevara, 2003).

Por otra parte y considerando que los acuerdos por incorporar a los varones en políticas y programas en salud sexual y reproductiva se realizaron oficialmente en la Conferencia de El Cairo y en la Beijing, Artiles (2006) realizó un análisis del seguimiento de dichos acuerdos, concluyendo que se han logrado avances, pero “mucho menos de los que se pudieran haber alcanzado para el inicio de este siglo”. La investigadora identifica a las fuerzas religiosas – principalmente el Vaticano que sigue fortaleciendo una ideología de la sexualidad y reproducción dentro un marco religioso-, así como a los intereses económicos y políticos – principalmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que dan línea para determinar la cantidad y la manera de distribuir el gasto en salud-, como agentes que obstaculizan el logro de los objetivos planteados. Los resultados de este estudio son ejemplos claros del papel que juegan las instituciones en la implementación y reforzamiento de discursos que determinan en gran medida las prácticas sociales de una colectividad.

En general los estudios en salud reproductiva en varones concuerdan con la premisa de que las prácticas, decisiones y actitudes de los hombres tienen un efecto determinante en la salud de las mujeres, sin embargo, pese a que hombres y mujeres son copartícipes en la reproducción, la principal responsabilidad recae predominantemente en las mujeres (Guevara, 2003).

Los trabajos que se presentaron en este capítulo son sólo una muestra de la vasta producción que se ha presentado en los últimos años sobre la identidad masculina. Indudablemente la información obtenida en cada una de las investigaciones permite acercarse al conocimiento de las relaciones genéricas; sin embargo, aún con toda la producción, muchas de las investigaciones se han quedado en un plano descriptivo más que explicativo, por lo que se requiere hacer un esfuerzo para seguir avanzando en este sentido.

## CAPÍTULO 2

### Marco Teórico- Conceptual

A fin de comprender el objeto de estudio, se requirió de la discusión de diversos aspectos teóricos y conceptuales que se consideraron claves para la investigación. Los ejes que dan sustento teórico al trabajo de investigación y que serán abordados en este capítulo son cuatro. En primer lugar, se consideró necesario abordar generalidades de la corriente médico social, la cual sustenta que el plano biológico se subsume al social en el PSE. Como ya se mencionó en la introducción, la Medicina Social considera tres tipos de determinantes del PSE, por lo que la investigación se enfoca principalmente en las del ámbito social (cultural) más que en las económicas y políticas, aunque evidentemente es imposible y hasta cierto punto erróneo hacer una completa separación.

En segundo lugar, se aborda la categoría de género. Después de hacer una revisión de literatura, tenía una resistencia a concebir al género únicamente como la atribución y determinación de normas y conductas a partir de las diferencias anatómicas. Pensando en una realidad aún más compleja se inclinó por concebir al género como una construcción social, como un elemento de desigualdad y como un proceso relacional, como se explicará más adelante.

El abordaje de los estudios de la(s) masculinidad(es) es otro de los referentes teóricos de la investigación. En esta parte se presenta un breve recorrido de antecedentes en los estudios de la(s) masculinidad(es) reconociendo que, aunque han habido importantes aportaciones, aún existen brechas para poder entender el comportamiento de lo que se considera masculino, lo que nos posiciona en un plano descriptivo más que explicativo, sin embargo, el interés cada vez mayor en este tipo de estudios va permitiendo contar cada vez más, con herramientas para seguir avanzando teóricamente en este ámbito.

Un cuarto y último referente teórico es la salud sexual y reproductiva como proceso relacional. Reconociendo que desafortunadamente los servicios de salud sexual y reproductiva se han vinculado principalmente a las mujeres, se retoman a autores como Guillermo Figueroa quien

considera a la salud reproductiva como un proceso relacional que involucra la participación de hombres y mujeres en misma magnitud pero desde distintos planos. Siguiendo con el mismo autor, se hace una reflexión de la salud sexual y reproductiva reconociéndola como un derecho humano irrenunciable.

Los elementos teóricos que aquí se abordan no se conciben de manera aislada, sino que son ámbitos que convergen en distintos puntos. los cuales se intentaron hacer evidentes a lo largo del desarrollo de los temas.

### **2.1 El enfoque de la Medicina Social en el abordaje del Proceso Salud Enfermedad**

La concepción de la dimensión social de la salud y la enfermedad ha estado presente, al menos de manera empírica, desde la aparición del hombre. Sin embargo, es hasta finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, en que diversos estudiosos – Rudolf Virchow, Bernardo Ramazzini, Johann Peter Frank, Neumann y Leubuscher, entre otros-, desarrollaron explicaciones más sólidas sobre la relación entre los aspectos sociales y la salud (Rosen, 1986). En la década de los sesentas, ante la imposibilidad del modelo médico hegemónico (MMH)<sup>4</sup> para dar respuesta a los problemas de salud, un grupo de pensadores - la mayoría ligados a los movimientos sociales en América Latina (Garduño, Blanco y López, 2007)-, retomaron los planteamientos de la corriente médico social como cuerpo teórico, para comprender los fenómenos de la salud.

La corriente de la Medicina Social (MS) es un campo de estudio que se ocupa del proceso salud-enfermedad (PSE) de las colectividades; su desarrollo sigue la tradición del materialismo histórico como alternativa crítica a la corriente estructural-funcionalista en salud. En este modelo, se considera que la salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un mismo proceso que ocurre siempre en sociedad y cultura, por tanto, se caracteriza por tener especial atención en la

---

<sup>4</sup> Eduardo Menéndez (1988:451) define al MMH como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecerse como subalterna al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”.

historicidad. Cristina Laurell, una de las fundadoras de esta tradición crítica, define a la salud como un proceso social que se manifiesta empíricamente y con mayor claridad en la colectividad que en el individuo (Laurell, 1981). En esta línea del pensamiento se identifican dos objetos de conocimiento: 1) El proceso salud - enfermedad (PSE) y 2) la respuesta social organizada ante el PSE. En relación al primer objeto se reconoce la dimensión social, política y económica como los tres determinantes que dan cuenta del origen de “las condiciones de morbilidad de cada grupo social de acuerdo a la posición que éste tiene en la formación social” (Granados, 2006: 9). Es precisamente en este primer objeto de conocimiento en el que se ubica la presente investigación, específicamente en las determinantes sociales. En el segundo objeto, se analizan los conocimientos y prácticas que un grupo social desarrolla ante los problemas de salud-enfermedad. El abordaje de uno u otro objeto de estudio, entendiéndolos como hechos sociales, tienen sus particularidades analíticas, sin embargo, conjuntamente permiten dar una interpretación de los problemas de salud de una colectividad ubicándose en el plano social y superando las explicaciones bio- naturalistas del modelo médico hegemónico.

Considerando el carácter social del PSE y siguiendo la tradición del materialismo histórico, una de las categorías explicativas y orientadoras de la MS es el concepto de reproducción social<sup>5</sup>, definido como el conjunto de procesos que le permiten a una sociedad mantenerse a través de la historia. Esta categoría hace referencia a la relación entre dos momentos que se dan simultáneamente: producción y consumo. En su carácter dialéctico y ubicándose en la dimensión social (cultural) del primer objeto de estudio de la MS –el PSE– paralelamente se elabora (producción) y se hace uso (consumo) de significaciones y prácticas que van determinando los perfiles de salud y de enfermedad de una colectividad. Ante todo se aclara que, partiendo de la existencia de una realidad compleja, el proceso de producción y consumo ocurre simultáneamente en los dominios social, económico y político.

Dentro del marco metodológico y con el afán de desdoblar las categorías más generales de la MS, recientemente se han propuesto dimensiones (intermedias) que requieren ser explotadas

---

<sup>5</sup> Para dar cuenta de las condiciones de salud de una colectividad, la corriente de la MS también reconoce otras categorías analíticas generales como son “reproducción social”, “proceso de trabajo” y “clase social”.

para entender la diversidad del PSE; una de estas dimensiones es el género (Gil, López y Rivera, 2008:12). De acuerdo a Granados (2006: 9), el género da cuenta de la desigualdad social entre varones y mujeres frente a los daños a la salud, al ser una construcción histórica- social que, articulada con otros aspectos determinantes de la subjetividad humana, forman una constelación de elementos que complejizan su estudio. En la MS, cada vez son más las investigaciones en donde se considera la dimensión de género y, aunque los trabajos han sido predominantemente sobre la salud de las mujeres (Granados y Delgado, 2007), finalmente revelan la importancia de esta categoría para la corriente médico social.

## **2.2 Los abordajes de los estudios de género en la historia**

El género juega un papel importante en la manera de organizar la práctica social (Connell, 1997); tiene que ver con la producción y reproducción de significados que dan sentido a las acciones realizadas en determinados escenarios y facilita la organización de la experiencia y el sentido de sí de los actores involucrados (Gutiérrez, 2007: 85).

El género, como categoría teórica, surge como propuesta feminista a mediados del siglo pasado, sin embargo, su abordaje se remonta a épocas más antiguas. Considerando que los estudios de género, a *grosso modo*, son aquellos en los que se abordan las diferencias entre varones y mujeres, existen evidencias de este tipo de reflexiones en los escritos de Aristóteles, Platón y Descartes (Burín y Meler, 2000). No obstante, durante mucho tiempo, la diferencia genérica estuvo conceptualizada desde una visión esencialista, biologicista y ahistórica; en los años treinta y cuarentas el pensamiento científico, permeado por la visión parsoniana, sustentaba que la naturaleza biológica humana determinaba las conductas y normas de los individuos. Considerando que esta visión biologicista se fue modificando gracias a las aportaciones de diversos teóricos, a continuación se hace un breve recorrido histórico de algunos personajes que han contribuido a tener otra percepción del género.

En primer lugar es importante mencionar a Margaret Mead que en 1935 fue pionera con su libro *Sex and temperament in the Primitive Societies* en el que señalaba que los conceptos de género eran culturales y no biológicos y que podían variar en entornos diferentes (Conway, Bourque, Scott, 2003).

En 1949, los planteamientos del libro *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir representaron un gran impacto en contra de la visión esencialista convencional. La premisa *una mujer no nace sino que se hace* a través de un proceso individual y colectivo de adquisición de características consideradas como femeninas (Lamas, 2003) constituyó, en los años setentas, el eje fundamental para la “segunda ola del movimiento feminista”<sup>6</sup>, representando así, un hito fundamental para transformar el paradigma del determinismo biológico y romper con nociones tradicionales de lo que significa ser hombre y ser mujer.

En la década de 1950 los trabajos de Jonh Money<sup>7</sup> sobre los trastornos biológicos de la definición sexual destacaron que la identidad del niño y de la niña se constituye mediante un sistema simbólico. Money propuso el término “papel de género” (*gender role*) para describir al conjunto de conductas atribuidas a los varones y mujeres (Burín y Meler, 2000).

Desde la perspectiva del análisis de la subjetividad, Robert Stoller, en 1968, estableció la diferencia conceptual entre sexo y género y utilizó por primera vez el concepto de “identidad de género”; a través de sus estudios, Money identificó que la identidad no dependía del sexo biológico sino el haber crecido con experiencias, costumbres y rituales asignados a un género (Furlong, 2006:12).

Ciertamente se puede enunciar una enorme lista de los autores que han contribuido a romper con la noción de las determinaciones innatas de la conducta sexuada, sin embargo, por

---

<sup>6</sup> La primera “ola del movimiento feminista” lo conforma la lucha de las sufragistas por reclamar sus derechos como ciudadanas en Europa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

<sup>7</sup> Los trabajos de John Money estuvieron centrados en el estudio de niños y niñas que debido a problemas anatómicos congénitos habían sido educados con las normas genéricas que correspondían a un sexo que anatómicamente no era el suyo.

ahora nos limitaremos a comentar que sus trabajos comenzaron a generar el interés de diversas disciplinas, en inicio de la antropología, el psicoanálisis y la sociología para después extenderse a otras miradas disciplinarias y así, continuar avanzando en el abordaje teórico y metodológico de los estudios de género.

La manera de conceptualizar al género, más allá de su definición, repercute en la creación de modelos de interpretación de la realidad social. Si se parte de una perspectiva en que se naturalizan los comportamientos de hombres y mujeres, es imposible concebir un cambio social puesto que las acciones humanas se considerarán inamovibles, lo que puede utilizarse – y en muchos casos se utiliza- como un recurso ideológico para construir y justificar la desigualdad genérica. Por otro lado, superando, al menos teóricamente el determinismo biológico, se puede correr el riesgo de caer en una especie de esencialismo social, en donde si bien la biología no es destino, el ámbito social sí, obstaculizando nuevamente la posibilidad de cambio. De ahí la importancia de mirar de una u otra forma una categoría teórica ya que una perspectiva determinista – sea biológica o social-, impide comprender cómo es que cada sociedad y cultura ha dado significados y valoraciones distintas a las diferencias sexuales, creando visiones ahistóricas, simplistas, y como menciona Morin (1999), atrofiando la posibilidad de comprensión y de reflexión.

### **2.2.1 El género como categoría analítica**

La existencia en la literatura de una gama de definiciones en torno al género da cuenta de los distintos ángulos en que se ha mirado esta categoría; aunque actualmente casi todas tienen en común situarla en un plano social, se diferencian entre sí al enfatizar algunos elementos particulares. Sólo por mencionar, hay definiciones en las que se enfatiza la simbolización de la diferencia sexual anatómica (Burín y Meler, 2000, Furlong, 2006); otras, consideran al género como un proceso en el cual los sujetos corporizan las construcciones sociales para ser incluidos en un orden social (Granados, 2006); para otros es una forma de ejercicio del poder (Scott, 1996); o incluso, hay quienes le atribuyen un carácter psicoanalítico (Dio Bleichmar, 1998). Para autores

como Furlong (2006) la diversidad de definiciones se debe a que aún falta desentrañar algunos aspectos sobre todo históricos, más que eso, se considera que las distintas interpretaciones reflejan la complejidad de esta categoría, al mismo tiempo que brindan la posibilidad de ampliar la percepción de la realidad existente.

Partiendo de esta diversidad de definiciones y considerando la existencia de una realidad compleja, el género se concibe como una categoría analítica que se caracteriza por ser:

1) Una construcción histórica- social. La manera de simbolizar e interpretar la diferencia sexual varía de cultura en cultura y en los distintos momentos históricos, por tanto, la comprensión de los géneros implica el análisis de contextos particulares, abiertos a la variabilidad y situándolos en posiciones de cambio (Ramírez, 2006). Lo anterior, permite comprender cómo es que una acción puede significarse de manera distinta en momentos distintos y para sujetos también distintos.

2) Un elemento que produce desigualdad. “Las inequidades genéricas exponen de manera diferencial a varones y mujeres a los resultados desfavorables de las relaciones coitales, a la vez que generan un acceso diferencial a los medios para evitar la exposición a tales riesgos” (Figueroa, 1998). En este sentido, no hay que pasar por alto que el abordaje crítico de la categoría de género requiere también considerar las relaciones de poder, como eje esencial que atraviesa horizontalmente las relaciones. Estructuras materiales y simbólicas de poder que no solamente experimentan las mujeres, sino que también están presentes al interior del género masculino.

3) Un proceso relacional. El acercamiento a las relaciones de género no debe verse como una categoría aislada sino vinculada a otros elementos, por tanto, los sistemas simbólicos en donde todos los seres humanos somos colocados se correlacionan con el sexo, pero también con determinados factores culturales, políticos y económicos que se encuentran presentes en toda sociedad particular (De Lauretis, 1996: 238).

### 2.2.2 Conformación de la identidad de género

Montesinos (2007: 23) define a la identidad como un “conjuntos de elementos materiales y simbólicos que permiten a los individuos reconocerse como parte de un grupo social”. Según el autor, la identidad da un sentido de pertenencia a algo: a una raza, a una clase social o a un género. La identidad en cierta forma también se relaciona con la distinción, es decir, con el reconocimiento de que se es diferente del “otro” o de los “otros”, lo que permite saber “quien soy” y “quien no soy”. En una sociedad organizada a través de los esquemas de género, la identidad tiene que ver con el reconocimiento de ser hombre o mujer.

El proceso de identidad de género ha sido estudiado desde distintas miradas. En general, todas concuerdan que desde etapas muy tempranas de la vida, se van incorporando determinadas pautas de configuración que dan origen a la feminidad y a la masculinidad (Burin y Meler, 2000). Desde la perspectiva del psicoanálisis, principalmente de la corriente freudiana, el inconsciente es indispensable en la formación de la identidad de género, la cual se consolida posterior a la fase edípica. En los primeros años, los niños y niñas no tienen conciencia de la diferencia sexual. A la edad de los 2 a 3 años, comienzan a darse cuenta que son diferentes anatómicamente los niños de las niñas y que por tanto, pertenecen a diferentes géneros, los cuales no tienen los mismos derechos:

“... el falo, más que un rasgo distintivo entre los sexos, es la encarnación del estatus masculino al cual acceden los hombres y que tienen ciertos derechos inherentes, entre ellos, el derecho a la mujer.” (Rubin, 1996: 75)

A esa edad también se comienza a descubrir la existencia de una sexualidad prohibida, es decir, ni los niños ni las niñas pueden tener a su primer objeto de deseo: la madre. Sin embargo, el niño se da cuenta que no puede tener a su madre pero sí puede tener a otras mujeres; la niña, por el contrario, tiene que renunciar a su madre y al resto de las mujeres. Es así que, de acuerdo al psicoanálisis, la huella de la identidad de género es la división de los sexos y la envidia del pene. (Rubín, 1996). Lévis- Strauss en su teoría del sistema de parentesco menciona tres elementos

fundamentales en la división y “deformación” de los sexos: el tabú del incesto, la heterosexualidad obligatoria y la división asimétrica de los sexos (Tamas, 2003).

Desde un punto de vista sociocultural, la construcción de la identidad de género depende principalmente de lo que se va aprendiendo que está o no permitido culturalmente pero de acuerdo a la apariencia genital, es decir, la sociedad va imponiendo una serie de normas, de pensamientos y de conductas que el sujeto va interiorizando a través de las instituciones sociales, que van desde la familia, la escuela, la salud y que emiten discursos donde especifican lo que “debe” ser un hombre y una mujer, construyendo así, la masculinidad y feminidad.

No obstante, la identidad no puede pensarse como algo inamovible, contrariamente es necesario que se conciban identidades mutables, en constante cambio. Sin embargo, aunque se han incrementado las investigaciones que han permitido avanzar en el conocimiento de la construcción de identidad masculina, son muy pocos los trabajos que han abordado el tema desde una perspectiva que permita responder con mayor exactitud a cómo y porqué se dan cambios en la identidad masculina. (Ramos, 2006)

### **2.3 Las(s) Masculinidad (es)**

Figuroa y Fuentes (2001: 80) mencionan que hablar de mujeres como un grupo social homogéneo se enfrenta a deficiencias de interpretación y genera serias contradicciones en la práctica. Esta premisa indudablemente es válida con respecto a los varones: son tantos los grados de hibridez masculinos que difícilmente – incluso imposible- se puede definir un modelo único de varón. En una primera lectura, estas diferencias son producto de una diversidad de aspectos psicológicos y sociales como la edad, el grupo social, la escolaridad, el estado civil, la experiencia personal y el acceso al capital social, cultural y económico, entre otras características más.

El estudio de las masculinidades es muy reciente y, aunque en los últimos años se ha incrementado su producción, aún puede decirse que hay muy poco trabajo sistemático sobre el tema, por lo menos en México (Figuroa, 2001a: 37); internacionalmente su inicio se ubica en las universidades estadounidenses de la década de los setentas, como una medida reaccionaria al movimiento feminista (Acosta y Uribe, 2007). En décadas posteriores, principalmente en los años noventas, se incrementó la producción de estudios sobre masculinidades. Para Montesinos (2002), los estudios contemporáneos de las masculinidades comenzaron cuando las sociedades occidentales asumieron un cambio social manifiesto en el ámbito económico, político y cultural.

No obstante, como señala Minello (2002), la cantidad no se transmutó en calidad. Desde sus inicios y aún en la actualidad, los estudios de masculinidades han arrastrado problemas de tipos epistemológicos, teóricos, metodológicos y políticos. Entre algunas de las dificultades que Minello reconocen se encuentran:

- Una ausencia de teoría donde se definan las diferencias entre distintos términos como son hombre, varón y masculinidad ya que muchas veces son utilizados indiscriminadamente en los trabajos de investigación.
- Existencia de un número considerable de definiciones de masculinidad que enfatizan distintos campos (algunos destacan la familia, otros el cuerpo y algunos más el parentesco).
- Utilización de categorías que en vez de aportar nuevos conocimientos, confunde, como ejemplo, la concepción de machismo o sociedad patriarcal, que pueden tener múltiples interpretaciones.

Siguiendo con este autor, se reconoce que es evidente y recurrente la necesidad de construir una teoría que permita explicar a la(s) masculinidad(es), sin embargo, esta tarea es difícil debido a que no se cuenta con una suficiente “masa crítica” que permita su elaboración.

Con este planteamiento, a Minello le surgen diversos cuestionamientos que en sus textos no responde y que tienen que ver con qué y cómo se requiere indagar para poder teorizar en el campo de la(s) masculinidad(es). En este sentido, Guillermo Núñez, en su documento *Los "hombres" y el conocimiento* (2004) concuerda con Minello al puntualizar la falta de rigor epistemológico, teórico y metodológico en el estudio de los varones, sin embargo, este autor avanza en la discusión que plantea Minello al realizar una reflexión sobre si realmente se pueden conocer a los varones partiendo de supuestos teóricos, metodológicos y técnicos que se han impuesto desde un régimen social y político patriarcal, es decir, desde un "modelo de hacer ciencia" que parte de la ideología masculina dominante donde la objetividad, la objetivación y la racionalidad son criterios indispensables. De la misma manera, este autor considera que una reflexión epistemológica requiere siempre una discusión ontológica, por lo que apela al debate antiguo y complejo en torno al significado de "ser hombre", concepción aún no definida hasta este momento.

Por otro lado, aunque hay una serie de definiciones en torno a "lo masculino" que se han dejado de lado, no ocurre lo mismo con la principal preocupación que se ha tenido de definir a la(s) masculinidad(es). Es así que el concepto de masculinidad es un término históricamente reciente, a lo mucho unos cien años de antigüedad (Connell, 1997). Connell (1997) ha identificado cuatro enfoques que han interpretado y construido definiciones de masculinidad desde diferentes posturas:

- Enfoque *esencialista*. Se caracteriza por reconocer los rasgos y atributos distintivos de las actividades que se consideran de la vida de los varones. Para este enfoque las explicaciones surgidas de la biología tienen peso preponderante en las conductas y actitudes de los varones (y de las mujeres).
- Enfoque *positivista*. A partir de determinar qué "son" los varones y qué "son" las mujeres mediante lo que hacen, se establece una división entre ambos y se elaboran no sólo las categorías *hombre- mujer* sino también tipologías de varones de acuerdo a escalas de lo que se determinó como masculino.

- Enfoque *normativista*. Lo que los varones “debieran ser” es el planteamiento que guía este enfoque, por lo que la masculinidad esta determinada por normas sociales que define los roles masculinos y femeninos.
- Enfoque *semiótico*. La masculinidad se define mediante un sistema de diferenciación simbólica en donde se confronta lo masculino con lo femenino. Así, la masculinidad se deviene de la diferencia respecto a lo que es la feminidad.

Posicionándose en el enfoque semiótico, el autor realiza una crítica a los primeros enfoques considerándolos visiones limitadas al intentar definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio o una norma), aún cuando llegan a considerar el ámbito cultural. Aunque se concuerda con la crítica que hace Connell a los enfoques, se considera que el semiótico permite concebir la heterogeneidad en los sujetos, parafraseando a Sánchez G., Sánchez, R. y Palacio (2007: 184) “la visión semiótica... no logra superar el debate de los dualismos y las dicotomías que impiden ver el dinamismo relacional existente en los procesos de constitución de la subjetividad”.

### **2.3.1 El modelo de masculinidad hegemónica**

Definir la(s) masculinidad(es) es una tarea compleja ya que no existe un tipo de masculinidad fija ni homogénea. No obstante, se han identificado ideas y atributos que se reconocen como lo representativo de “ser hombre” en una cultura determinada, a este tipo de masculinidad “ideal” se le ha denominado *masculinidad hegemónica*. Recuperando los conceptos gramscianos, Laclau y Mouffe (2004: 177) mencionan que “el campo de emergencia de la hegemonía es el de las prácticas articuladoras” por tanto, sólo pueden darse en un campo constituido por un sistema organizado por la presencia de fuerzas antagónicas y una inestabilidad en sus fronteras. Con esta idea, la hegemonía solo tiene lugar en un sistema abierto y flexible de identidades relacionales para que haya “algo” por hegemonizar.

Así, el término de hegemonía hace referencia al liderazgo que tiene una dinámica cultural en la vida social. En este sentido, la masculinidad hegemónica es el predominio de una forma de expresión de “lo masculino” en una cultura determinada. Para Asturias (2004), la masculinidad hegemónica es toda una gama de conductas que aprende la mayoría de los hombres en todos los países.

Para Connell (1997) la masculinidad hegemónica se define como “la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres”. Gutiérrez (2007: 76), aludiendo a la definición de Connell, caracteriza *grosso modo* a la masculinidad hegemónica por: 1) no expresar abiertamente los sentimientos; 2) ejercer la autoridad sobre mujeres y niños (y sobre otros hombres); 3) desempeñar trabajos asalariados y públicamente reconocidos y) ser todo lo contrario a lo que significa ser mujer.

Al igual que Gutiérrez, otros autores, han enunciado una serie de concepciones que caracterizan *grosso modo* a la masculinidad hegemónica, entre las que se pueden mencionar:

- Sentimiento de superioridad en relación con las mujeres
- No expresar abiertamente los sentimientos (Gutiérrez, 2007; Cazés, 2004) o en su defecto, tener el control de sus emociones (Olavarría, 2004)
- Rechazo a cualquier conducta o actitud considerada como femenina
- Constituir el principal sostén económico de una familia
- Utilizar a la sexualidad como medio para demostrar la superioridad y dominio sobre las mujeres y al mismo tiempo un recurso para competir con los demás hombres (Cazés, 2004); definitivamente, los hombres son heterosexuales activos (Olavarría, 2004)
- Ser fuertes, racionales, responsables. (Olavarría, 2004)
- Corporalmente debe ser resistente a las demandas del trabajo arduo, debe demostrar y competir con otros hombres para derrotarlos; debe soportar molestias y dolor hasta el límite de su capacidad antes de solicitar ayuda (Olavarría, 2004)

No cumplir con los mandatos del modelo de masculinidad dominante significa “no estar a la altura de ser hombre” (Olavarria, 2004). Es por ello que la masculinidad, más que ser algo estático, es considerado un *proceso* que dura toda la vida, ya que en cada etapa los varones se enfrentan a la paradoja de cumplir con determinados atributos para sentirse y ser considerados hombres. En la medida en que estos atributos y mandatos se interiorizan y se incorporan a la identidad de los varones, pasan a constituir los referentes con los que organizan sus vidas y sus prácticas.

A partir de la masculinidad hegemónica se pueden establecer relaciones de subordinación entre los mismos varones que implica la exclusión de “los hombres” que no cumplen con este modelo de masculinidad dominante. Es a través de este reconocimiento que algunos teóricos han subrayado, a partir de lo que se considera masculinidad hegemónica, la coexistencia de diversas masculinidades. Montesinos (2007) ha sido uno de los autores con un planteo teórico que ha caracterizado a distintos tipos de masculinidades que no cumplen, o que cumplen parcialmente con los atributos hegemónicos considerados como masculinos para una sociedad determinada. Entre las tipologías de varones que ha propuesto este autor se encuentran: los *varones machistas* quienes ejercen un poder despótico sobre las mujeres; los *varones mandilones* que ejercen su masculinidad sin imponer su varón a los demás, esencialmente hacia la mujer; los *varones modernos* quienes tienen la idea y la convicción de la igualdad genérica, entre otros, (Montesinos, 2007). Retomando los enfoques que han interpretado a la masculinidad y que se mencionaron previamente, el planteamiento de Montesinos se ubica en una mirada positivista. Particularmente se considera que difícilmente se pueden hablar de esquemas que clasifiquen a todos los varones que coexisten en un tiempo y espacio determinado, sin embargo, se reconoce la ventaja de las tipologías por ser funcionales en términos prácticos y analíticos.

De acuerdo con investigaciones que se han realizado en diferentes sociedades, los varones – independientemente de tener más o menos atributos hegemónicos-, se caracterizan por posicionarse en mayor jerarquía en relación a las mujeres, lo que les permite el uso de un capital simbólico que se asocia con relaciones de poder. No obstante, posiblemente esta afirmación

puede ponerse en tela de juicio si se considera que los varones homosexuales también se sitúan en un plano de subordinación en comparación con varones heterosexuales.

Aunque se reconoce la existencia de un modelo hegemónico de masculinidad, al mismo tiempo se habla de una crisis de la identidad masculina que tiende a impulsar aún más la heterogeneidad intergenérica. La denominada crisis de la masculinidad mantiene una estrecha relación con el cambio social, entendiéndolo como un período en el que coexisten dos etapas, una en la que aún se mantienen expresiones sociales que tuvieron validez para la constitución de un determinado orden social pero que en ese momento están dejando de tener vigencia; y otro en el que empiezan a emerger nuevas formas de símbolos que están sirviendo para generar un nuevo orden social y diferente al que prevaleció en el pasado. (Montesinos, 2007).

En este sentido, la complejidad en el cambio social exige considerar la coexistencia de múltiples maneras de entender lo masculino. Aún cuando pueda considerarse el predominio de lo tradicional, el proceso de cambio cultural provoca un tipo de confusión y hasta cierto punto contradicción generada por la confrontación entre lo que *es* un varón desde lo tradicional y lo que *es* un varón en la denominada *modernidad*. Sin embargo, como menciona Montesinos (2007) la *modernidad* aún no termina de cuajar y es difícil reconocer en el imaginario colectivo un nuevo modelo de masculinidad. Aunque actualmente es difusa la manera de *ser* varón y esto genera conflicto entre sus miembros, este proceso de cambio implica el surgimiento de modificaciones en diferentes prácticas sociales tanto para los mismos varones como para las mujeres, como son, las prácticas sexuales.

Entre los factores identificados que contribuyen a los cambios en los modelos tradicionales de género, han sido cuestiones económicas. Las características de la economía a nivel mundial ha tenido como consecuencia la incorporación de la mujer al mercado laboral. La presencia cada vez mayor de la mujer en espacios públicos, a la vez, tiene efectos en la estructura social. En el terreno de la salud sexual y reproductiva, la anticoncepción ha acelerado los cambios de ser varón y ser mujer.

No obstante, aunque se reconoce un cambio, aún predomina el modelo de masculinidad hegemónica como el principal referente de aprendizaje de socialización masculina (Cazés, 2004); incluso se puede afirmar que todavía existe mayor flexibilidad para los modelos de feminidad en las mujeres (Castañeda, 2002), quienes con todas sus dificultades actualmente se desenvuelven en terrenos que antes eran considerados masculinos, por ejemplo, en el campo profesional o utilizando una vestimenta que anteriormente sólo era permisible socialmente para los varones; en cambio, para los varones, existe cierto recelo si se involucran en un terreno tradicionalmente femenino porque se puede poner en duda su masculinidad<sup>8</sup>.

### 2.4 La salud reproductiva como proceso relacional

La salud reproductiva es una de las demandas de salud más importante en el país (Bronfman y Denman, 2003); autores como Ramos (2006) concuerdan que la salud sexual y reproductiva se relaciona directamente con el desarrollo económico y político de una sociedad. Aunque en las últimas décadas se le ha dado especial atención, no siempre fue así.

La manera de concebir y establecer estrategias en salud sexual y reproductiva se ha vinculado a las condiciones políticas y económicas de un momento histórico determinado. Durante la década de 1970, ante la preocupación internacional por el crecimiento de la población, los programas de salud sexual y reproductiva estuvieron enfocados principalmente a disminuir la tasa de fecundidad, centrándose en promover y proveer métodos anticonceptivos a las mujeres en edad fértil por ser consideradas las principales – sino es que únicas- responsables del control de la reproducción. Aunque en muchos países en desarrollo, fue muy exitosa la aplicación de estos Programas de Planificación Familiar logrando el descenso rápido de las tasas de fecundidad y los índices de mortalidad materna e infantil (Szasz, 2003: 37), su implementación agudizó las desigualdades sociales y de género, y propició la transgresión de diversas normas en términos de

---

<sup>8</sup> Es importante mencionar que cada vez son más los varones que luchan en contra de las imposiciones culturales del modelo de masculinidad dominante. La existencia de colectivos – en México puede mencionarse el colectivo *Hombres por la equidad*-, es prueba de esta lucha por fomentar la equidad y la justicia entre los sexos, un camino que implica el desafío de reconstruir un orden social e ir construyendo uno nuevo, donde existan otras maneras de ser y sentirnos hombres y mujeres.

derechos humanos, ya que a un gran número de mujeres se les colocó el dispositivo intrauterino (DIU) sin su consentimiento e incluso sin su conocimiento.

En el caso de México, hasta antes de la década de los setentas predominaba la lógica de poblar al país, por lo que se restringía - y en algunos casos se prohibía- el uso de métodos anticonceptivos (Figueroa, 2001a). Por fines políticos, a finales de 1973 se modificó el artículo 4º constitucional eliminando del Código Sanitario todas las restricciones para la anticoncepción, además se estableció la obligatoriedad de implementar programas de planificación familiar en todas las instituciones de salud.<sup>9</sup>

En 1994 a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, se realizaron nuevos planteamientos concernientes al concepto, a los programas y a las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Esta conferencia, al igual que la de Beijing en 1995 constituyeron un parte aguas en la manera de interpretar la salud reproductiva al reconocer, entre otras cosas: 1) los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos; 2) el papel que juegan los “hombres” en la salud sexual y reproductiva; y 3) la necesidad de crear y reforzar programas para sectores de la población que habían sido descuidadas por los programas tradicionales – adolescentes y jóvenes, indígenas y los “hombres” en particular- (Langer, 2003).

No obstante, a más de una década, no se han logrado cumplir con los convenios acordados. Esto se hace evidente mediante diversos estudios (por ejemplo, Ramos 2006) que han evaluado los resultados de los compromisos concertados en El Cairo encontrando limitados alcances, la existencia de barreras -económicas, políticas y sociales- y los retrocesos en diversas áreas que se materializan en los indicadores de salud de los distintos países, entre ellos, México. Es así que se reconoce una restringida participación de los varones en los programas de salud sexual y reproductiva que se sigue limitando a programas de vasectomías y a la difusión del uso de preservativos (Benno De Keijzer, 2003). Si bien, como plantea Ramos (2006: 209), “a partir

---

<sup>9</sup> Para conocer a mayor detalle el caso mexicano, se recomienda el texto de Figueroa titulado “Masculinidad, salud y sexualidad” presentado en el Seminario sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (2001a).

de El Cairo, se ha hecho énfasis en las responsabilidades masculinas, poco se ha hablado de los hombres como sujetos de derechos en el campo de la reproducción y de la sexualidad”.

En México, el programa de acción en salud reproductiva de la Secretaría de Salud (2001) plantea dentro de sus principales objetivos el propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva. Sin embargo, aunque en ese mismo documento se reconoce que “la plena participación del hombre en la salud sexual y reproductiva se ha visto obstaculizada por factores socio-culturales que están relacionados con las percepciones y expectativas tradicionales que la sociedad tiene del género masculino”, no se proponen estrategias que impliquen la transformación en las identidades genéricas.

#### **2.4.1 Concepto de salud sexual y reproductiva**

Actualmente existen distintas maneras de interpretar a la salud reproductiva. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos, y no nada más la ausencia de enfermedad o molestias, en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad”. La OMS agrega a esta definición el goce de prácticas sexuales placenteras y ya no únicamente vinculadas a la reproducción. Esta forma de concebir a la salud reproductiva inspirada en la definición de salud en general, ha sido objeto de fuerte críticas por parecer, como menciona Martínez (2001:116), “más una declaración de buenos deseos que una definición que pueda orientar las acciones en salud reproductiva”. La autora agrega que la definición de la OMS parece reducir la salud reproductiva a los aspectos fisiológicos, y a lo mucho cognitivos, pero obviando la verdadera complejidad en la que se encuentra inmersa la reproducción y la sexualidad humana.

Paralela a la definición de la OMS, y en gran medida a partir de sus críticas, varios autores han expuesto la manera en la que conciben la salud sexual y reproductiva. De acuerdo a Amuchástegui (2006), la “salud reproductiva” es un amplio marco que incluye la salud sexual, la

educación sexual, las infecciones de transmisión sexual, la anticoncepción, los embarazos “no deseados” y el aborto. Aunque esta definición muestra un panorama sobre los aspectos que incluyen la salud la sexual y reproductiva aún queda muy ambigua.

Para autores como Figueroa y Fuentes (2001a: 78) el término salud reproductiva “más que hacer referencia al acceso a servicios e información en un ámbito institucionalizado, implica un conjunto de comportamientos, actitudes, preferencias y papeles estructurados, a partir de los cuales los individuos le van dando forma a su entorno sexual y reproductivo, desde la tradición de la que vienen hasta la convivencia con nuevos valores y realidades”.

De acuerdo a Susana Lerner (1996:14) la salud reproductiva es un “un proceso amplio, complejo y dinámico, inserto en una mayor y más variada red de relaciones sociales, resultado de la diversidad y multiplicidad de interacciones, transacciones y negociaciones que se establecen entre hombres y mujeres y otros actores sociales que intervienen en el mismo sujeto a las condiciones materiales de vida, a la heterogeneidad sociocultural y a la normatividad institucional”.

Estas dos últimas definiciones son de especial importancia para la presente investigación ya que por un lado muestran la complejidad en la que se encuentra inmersa la salud sexual y reproductiva considerándola como un proceso relacional en el que hay una coparticipación de hombres y mujeres, pero además consideran el plano social como elemento fundamental, dándole una perspectiva histórica y, explícitamente en la definición de Lerner, una perspectiva de género.

Por otro lado, al recalcar el abordaje de la salud reproductiva no sólo en términos conceptuales sino también estratégicos se reconoce la importancia de considerar a la salud sexual y reproductiva como un campo de convergencia teórico y disciplinario del área de las ciencias sociales y de las ciencias biomédicas (Stern y Yanes, 2001: 17). No obstante, en la actualidad, el estudio de los problemas de salud sexual y reproductiva principalmente se realiza desde un enfoque biomédico. Como lo plantea Salinas (2007: 171) los aspectos socio- culturales y políticos generalmente son excluidos en los problemas relacionados con la salud sexual y

reproductiva, lo que “no sólo impacta la calidad de vida de los individuos y comunidades, sino que en muchas ocasiones puede llegar hasta la muerte”.

En afán de destacar el marco de las ciencias sociales en el estudio y las acciones en torno a la salud sexual y reproductiva, se retoman los supuestos que emergen del marco analítico de Salles y Tuirán:

- 1) “La reproducción humana, amén de ser un hecho biológico, forma parte de procesos más amplios de la reproducción social y cultural;
- 2) La sexualidad y la reproducción humana están inmersas en estructuras y redes sociales, entre las que se perfilan, por ejemplo asimetrías de clase y de género;
- 3) La distribución de los recursos y las modalidades de ejercicio de poder (tanto en la sociedad y sus principales instituciones como en las relaciones familiares y en la interacción social en general) no son cuestiones ajenas a las prácticas reproductivas y sexuales de los individuos y de sus grupos de pertenencia;
- 4) Los comportamientos reproductivos, los sexuales y los de cuidado de la salud pueden ser entendidos, como conductas socialmente estructuradas dotadas de significado” (Salles y Tuirán, 2001: 99).

Continuando con la perspectiva social, se destacan también los trabajos de Figueroa y Fuentes (2001) quienes definen a la salud sexual y reproductiva en términos de derechos humanos:

“Los derechos humanos nos brindan elementos para discutir los procesos de intervención en el diseño y aplicación de las políticas públicas, por una parte al ponderar nuestras diferencias, por otra, al obligarnos a contextualizar el momento en el que se pretenden ejercer dichos derechos, reconociendo inequidades y especificidades en el acceso al capital social, cultural y económico necesario para definir los procesos de supervivencia, individual y colectivamente imaginada y, por último al hacer

evidente la necesidad de negociar democráticamente los conflictos derivados de dichas diferencias (Figueroa y Fuentes, 2001: 79).

Figueroa (2001a: 152) menciona que se ha avanzado de alguna forma en las condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, más no ha habido el mismo esfuerzo para los varones.

## CAPÍTULO 3

### Aproximación metodológica

El presente capítulo tiene como objetivo presentar la estrategia metodológica que se utilizó para el desarrollo de la investigación. Considerando que existe una pluralidad en la manera de concebir a la investigación cualitativa (IC), se inicia con un recorrido sobre algunos de los marcos referenciales que están presentes en el campo de la indagación cualitativa, para finalmente posicionar al trabajo en el enfoque interpretativo el cual enfatiza el significado social. En esta primera parte, también se expone una reflexión sobre la presencia de la IC en el campo de la salud y en la Medicina Social.

El siguiente apartado está destinado al método; aquí se abordan las técnicas, los instrumentos y los tipos de registros para la obtención de datos. Al final del capítulo, se destina un apartado para describir los “criterios de calidad”<sup>10</sup> y las consideraciones éticas de la investigación. En cada uno de los apartados, se presentan generalidades sobre el tema para posteriormente centrarse en las particularidades del presente trabajo de investigación.

#### 3.1 Acercamiento a los estudios en Investigación Cualitativa

Una *paradigma* es entendido como “el sistema básico de creencias o visión del mundo que guía la acción del investigador” (Martínez, 1996: 51). En este sentido, cada forma de hacer investigación tiene sus propias implicaciones ontológicas (naturaleza de la realidad que puede ser conocida) y epistemológicas (cómo podemos conocer esa realidad) que van más allá de la simple utilización de un método.

---

<sup>10</sup> Se utiliza el entrecomillado considerando que hay una discusión en el campo cualitativo sobre los denominados “criterios de calidad” y que se explicará más adelante.

Las distintas alternativas en investigación cualitativa dependen de la manera en que se conciba la realidad. Esto no quiere decir que un paradigma sea mejor que otro, sino que caminos distintos implican entendimientos también distintos. De acuerdo a Neuman (1994: 55- 77), los caminos para hacer IC son tres: positivista, interpretativa y ciencia social crítica.

*Positivista:* Históricamente es la corriente más longeva. Comparte marco teórico con el estructural- funcionalismo y se basa en la premisa de causa- efecto. Las variedades en esta corriente son: el empirismo lógico, el naturalismo, el Behaviorismo (Neuman, 1994: 58). En una investigación dentro de esta corriente regularmente se utiliza la entrevista como método de recolección de datos y la estadística como herramienta de análisis. Las principales críticas a este paradigma, especialmente desde las ciencias sociales, son la pérdida de la subjetividad y la reducción de los individuos a números.

*Interpretativa:* Corriente que enfatiza la indagación de los significados. Este enfoque se atribuye al sociólogo alemán Max Weber quien planteó su preocupación por conocer el interior de las personas (entendimiento empático), indagar sobre cómo crean significado y cuáles son sus razones o motivaciones que se pueden utilizar para poder comprenderlas (Neuman, 1991: 61). Este enfoque no busca encontrar leyes que determinen los comportamientos humanos. Se vincula en gran medida con la hermenéutica y el contexto es de suma importancia. Las variedades de la corriente interpretativa son: la hermenéutica, la etnometodología, la fenomenología y la sociología cualitativa. Este paradigma busca la indagación del “significado social de la acción para llegar a entender e interpretar cómo los individuos crean y establecen sus mundos sociales” (Neuman, 1994:62). La observación es una de las principales técnicas de recolección de datos. Una investigación de este tipo requiere de un análisis minucioso del material – entrevistas, videos, conversaciones-, intentando entender cada uno de los detalles con el contexto. Desde el positivismo esta corriente es criticada por considerarse demasiado subjetiva y relativista.

*Crítica:* Corriente que se asocia a los planteamientos de Carl Marx, de Sigmund Freud y de la teoría feminista. Se busca que el conocimiento que se obtiene a través de este enfoque sirva para la movilización social y así, generar cambios en las condiciones de los sujetos que les

permita construir un mundo mejor para ellos. El materialismo dialéctico y la investigación acción- participativa son versiones de esta corriente.

Considerando que en esta investigación se busca comprender que es significativo y relevante para los varones cuyas parejas han sido diagnosticadas con VPH, ésta se ubica en el marco interpretativo.

### **3.2 La investigación cualitativa en los estudios en salud**

Al principio, la IC estuvo presente en el campo de las ciencias sociales y posteriormente se extendió a otras áreas como el de la salud y las humanidades. Sin embargo, su desarrollo y aceptación estuvo limitado por el modelo médico hegemónico<sup>11</sup> en donde predominaban los métodos cuantitativos en los estudios sobre la salud.

A pesar de las limitaciones, la aceptación de la IC en el campo sanitario se ha incrementado en los últimos tiempos, ya sea como la única opción para entender al proceso salud- enfermedad (PSE) o como un acercamiento complementario o alternativo (Mercado y Bosi 2003). Esta aceptación, en gran medida, tiene que ver con las limitadas respuestas que las investigaciones cuantitativas han tenido ante problemas de investigación de naturaleza subjetiva, abriendo posibilidades a los métodos cualitativos aunque aún con poca presencia y sobre todo desarrollo. Parafraseando a Mercado y Bosi “los enfoques teóricos más empleados en los estudios cualitativos en el campo de la salud a nivel internacional a principios del siglo XXI son el interaccionismo simbólico (teoría fundamentada), la fenomenología, el construccionismo social, la teoría crítica y la denominada investigación acción participantes” (Mercado y Bosi, 2003). Asimismo, también hay una producción cada vez mayor de bibliografía y publicaciones de estudios cualitativos, así como la organización de eventos académicos que evidencian la presencia de metodologías cualitativas en el campo de la salud.

---

<sup>11</sup> Ver capítulo 2, pág. 29

De acuerdo a Mercado y Robles (2004: 40) “cada vez son más numerosos los trabajos cualitativos que se presentan en los eventos de la Medicina Social/Salud Colectiva, los cursos de IC dirigidos a estudiantes de postgrado en Medicinal Social y el creciente número de tesis o estudios en dicha corriente”. Estos mismos autores, revisaron distintos trabajos cualitativos adscritos a la Medicina Social (MS) con la finalidad de encontrar la vinculación entre ésta y la investigación cualitativa; en su estudio identificaron cuatro posturas: 1) de exclusión por considerar a la IC idealista y por tanto incompatible con la MS, uno de los autores que se encuentra en esta postura es Juan César García; 2) de asimilación subordinada en el que la IC puede ser utilizada por la MS previo análisis de sus límites y posibilidades pero sin dominar los escenarios metodológico o teórico, en esta postura se descata el pensamiento de Jaime Breilh; 3) dialógica, en el que, de acuerdo con los planteamientos de María Cecilia Minayo, se trata de recuperar dialécticamente las metodologías cualitativas a través de articular su análisis a las bases sociales de producción de los sistemas económicos, políticos y sociales; y 4) de neutralidad metodológica, postura en la que se asume una posición pragmática y utilitaria, por lo que no hay una reflexión epistemológica y metodológica en torno al uso de la metodología cualitativa (Mercado y Robles, 2004: 39- 46). Para los investigadores, la mayoría de las investigaciones en MS se adscriben en este último enfoque.

### 3.3. Método

Aunque previamente en las investigaciones cualitativas se tiene un diseño metodológico, éste se caracteriza por tener la flexibilidad para poder cambiar conforme transcurre el proceso de investigación, como escribe Arias (1999) “los métodos no son la verdad, constituyen sólo herramientas, procedimientos, instrumentos y modos de armar la teoría para investigar un problema y al usarlos facilitan el entendimiento”. Las siguientes líneas están enfocadas en el método que se utilizó en la investigación.

### 3.3.1 Recolección de datos en investigación cualitativa: Entrevista enfocada

Existe un abanico de formas para recolectar datos en el ámbito cualitativo. Ruiz (2003) menciona que entre las más difundidas se encuentran: 1) La observación, que consta de contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida social (Ruiz, 2003: 125), sus variantes son la observación etnográfica, la observación etnometodológica y la observación participativa- no participativa; 2) La lectura de documentos escritos, de pinturas o de cualquier otro objeto en el que se conserve un fenómeno social pasado; y 3) La entrevista que se concibe como la interacción entre el entrevistado y entrevistador. Es en esta última técnica en la que se profundizará, al ser la que se utilizó en la investigación.

La entrevista es una de las técnicas de obtención de información más utilizadas en IC; es un instrumento heurístico en términos analíticos pero sobre todo interpretativos. Originalmente pertenecía al campo del periodismo y fue hasta la década de los 30 del siglo pasado, cuando comenzó a utilizarse en el campo de la investigación en ciencias sociales (Sierra, 1998). En la entrevista, aunque se trata de simular un diálogo entre iguales, se diferencia de una conversación común y corriente al constituirse en condiciones asimétricas por tener una finalidad específica: la obtención de datos.

Existen muchas variantes de entrevistas y la tipología depende de la taxonomía a la que se haga referencia: si se toma en cuenta el número de participantes, la entrevista puede clasificarse en individual o grupal, si se toma en cuenta el esquema flexible o rígido del entrevistador, entonces la entrevista se clasifica en estructurada y no estructurada. Para fines de esta investigación, se considera la clasificación de Sierra (1998) que consta de dos variantes de entrevista cualitativa: 1) Entrevista a profundidad y 2) Entrevista enfocada. Como escribe el autor, la entrevista a profundidad es una narración abierta, de carácter holístico y en el que se trata de indagar las experiencias, ideas, valores y las estructuras simbólicas del entrevistado en torno a un tópico en especial sin que esto signifique que se ancle la información únicamente al tema y que no se pueda hablar de otros tópicos. La entrevista enfocada – o entrevista focalizada como la denominó Robert K. Merton-, se caracteriza por predeterminar el tema o los

temas que son foco de interés para la investigación y mediante los cuales se seleccionan a los entrevistados. En este tipo de entrevista los sujetos son obligados a hablar de un(os) tema(s) específicos, tratando de profundizar una y otra vez sobre la(s) misma(s) temática(s) pero desde diferentes perspectivas. Homologando la entrevista enfocada con la “entrevista basada en un guión” que menciona Patton<sup>12</sup> (1990:288), se caracteriza también por la libertad que tiene el entrevistador de elegir el orden y la manera de estructurar cada uno de los temas durante la entrevista. Para fines de esta investigación se decidió utilizar la entrevista focalizada ya que por la naturaleza de los datos que se quería obtener, se necesitaba una técnica en la que los temas se abordaran con cierta libertad por parte del entrevistado y de la entrevistadora, dejando que los relatos fluyeran sin que se desviara la entrevista a temas que no eran de interés para la investigación.

### 3.3.2 Decisiones muestrales

En cualquier tipo de investigación se requiere decidir a quién, cómo, dónde y qué observar, sin embargo, hay que tener en cuenta que “...la[s] decisión[es] muestral[es] casi nunca es [son] fruto de un solo criterio” (Valles, 2003:91), si no que dependen, en gran medida, de la relación entre el problema de investigación y la postura epistemológica del investigador.

*Identificación y elección de los entrevistados.* En relación a la búsqueda de informantes, para autores como Salamanca y Martín- Crespo (2007), los diseños de muestreo utilizados en el campo cualitativo son:

- 1) Muestreo por conveniencia, constituido por voluntarios.
- 2) Muestreo de avalancha, también conocido como muestreo nominado, en bola de nieve o muestreo en cadena y consiste en contactar a los participantes mediante redes sociales y,
- 3) Muestreo teórico, considerando específicamente los que cumplan criterios muy específicos de acuerdo al marco teórico.

---

<sup>12</sup> Los tipos de entrevista que propone Patton (1990) son: 1) Entrevista conversacional informal, 2) La entrevista basada en un guión, 3) La entrevista estandarizada abierta, 4) La entrevista estandarizada cerrada. Para profundizar en la información, consultar directamente la referencia.

Para poder decidir cuál era el que se iba a utilizar en la investigación, se fueron considerando y descartando las opciones. Aunque se habían contactado varios varones que expresaban su interés voluntario por participar en la investigación, ninguno de ellos cubría con todos los criterios de inclusión – no tenían pareja en ese momento o sus parejas no habían sido diagnosticada con VPH-, por tanto, el muestreo por conveniencia en primera instancia quedó descartado. Considerando la posibilidad de los otros dos tipos de muestreo – de avalancha y teórico-, se comenzó una ardua tarea para contactar a los entrevistados. Teniendo referencias sobre la facilidad de contactar a sujetos contando con listas o censos (Álvarez- Gayou, 2003), se intentó tener un acercamiento con los varones a través de:

- 1) Establecer contacto con diversas instituciones públicas de salud
- 2) Contactar a médicos a nivel privado de las especialidades de ginecología y urología
- 3) Contactar a investigadores de instituciones públicas en educación superior
- 4) Búsqueda a través de redes sociales

La búsqueda de sujetos duró cerca de cinco meses. En este tiempo se acudió a tres instituciones públicas de salud y se presentó el proyecto a diez médicos y a tres investigadores de una institución pública de educación superior. En resumen, las autoridades de las instituciones de salud expresaron que el proyecto contemplaba a sujetos de estudio inexistente ya que, según ellos, los varones no participan en investigaciones relacionados con la salud sexual y reproductiva, de tal manera que no se consiguió el apoyo para contactar a los varones; los médicos argumentaron que no podían dar una lista de las personas diagnosticadas con VPH porque estarían violando la confidencialidad del paciente; por su parte, los estudios de los investigadores estaban planteados desde una perspectiva biologicista por lo que no tenían contacto directo con pacientes. Dada las dificultades, elaboré un relato cronológico sobre el proceso para contactar a los informantes, el cual fue considerado durante el análisis de resultados.

Finalmente, se contactaron cinco varones, uno de ellos mediante la información de los expedientes clínicos de una Asociación Civil<sup>13</sup> y los otros cuatro, a través de la denominada bola de nieve o cadena, es decir, con la ayuda de redes sociales de amigos, parientes, contactos personales y conocidos. Esta manera de selección tuvo la ventaja de garantizar la disponibilidad discursiva de los entrevistados al aceptar voluntariamente participar en la investigación. El correo electrónico y las llamadas telefónicas constituyeron las principales vías para establecer contacto con los participantes.

Es importante aclarar que durante la búsqueda de informantes, sólo se les especificó que el estudio giraba en torno a varones heterosexuales. En este sentido, no había criterios de inclusión y exclusión en el tipo de pareja – noviazgo, matrimonio, unión libre, acuerdo o alguna otra connotación que los varones le pudieran dar a la relación-, ni en el tipo de relación – monógama, polígama-, por tanto, se dejó a consideración de los varones lo que ellos concebían como pareja. Para la investigación, la relación de pareja se conceptualizó como el vínculo entre dos personas que comparten una vida sexual, existiendo o no un vínculo afectivo y/o un acuerdo de monogamia.

**Tamaño de la muestra.** La generalización no es el objetivo que se sigue en un estudio cualitativo por lo que la muestra depende del propósito de la investigación; si lo que se persigue es el desarrollo de una teoría se recomienda que el tamaño de la muestra sea mayor que si se desea investigar un grupo finito de casos (Salamanca y Martín- Crespo, 2007). Considerando que la investigación cualitativa es más un proceso de búsqueda que de encuentro (Sierra, 1998: 312), no se puede preespecificar *a priori* el tamaño de la muestra ya que ésta puede evolucionar una vez comenzando el trabajo de campo (Miles y Huberman, 1994: 27 en Valles, 2003:93). Para Sierra (1998) existen dos alternativas para determinar el tamaño de la muestra:

- 1) La “saturación”: Es el criterio más utilizado para determinar el tamaño de la muestra y se refiere a una adquisición empírica y amplia de datos hasta que éstos comiencen a ser

---

<sup>13</sup> El Centro de Investigación Materno- Infantil (CIMIGen) es una Asociación Civil que surge en 1988 con la intención de proporcionar atención a la población de tipo materno- infantil con el objetivo de disminuir defectos congénitos al nacimiento.

redundantes, conforme se van obteniendo datos y se van agotando las posibilidades de nueva información, se decide terminar el proceso de recolección. Es importante aclarar que, aunque regularmente van de la mano, la “saturación” no es sinónimo de mayor número de individuos. ésta depende más de la riqueza de los datos.

- 2) El mayor número de entrevistados que se puedan contactar en un tiempo determinado.

Considerando que se tenía un tiempo límite para realizar la investigación y dada la dificultad para contactar a los varones que cumplieran con los requisitos de inclusión, el tamaño de la muestra estuvo determinada con base en este último criterio, pese a que se le critica que no siempre se obtienen suficientes datos, se arguye que la riqueza de los mismos permite aportar elementos suficientes para generar conocimientos. De esta manera, aunque se realizaron un total de siete entrevistas, no todas cubrían con los criterios de inclusión - sus parejas no habían sido diagnosticadas con VPH - por lo que sólo se incluyeron cinco para esta investigación. Todos los varones se contactaron de febrero a mayo de 2009.

#### **3.3.3 Aplicación de la entrevista**

*La guía de la entrevista.* De acuerdo a Ruiz (2003: 168) una entrevista sin guión es un camino muerto, por tanto, como parte inherente al método se elaboró una guía para organizar los tópicos que se iban a abordar en las entrevistas.

Para elaborar el guión de entrevista, se consideraron aquellos temas de interés de acuerdo a los objetivos de la investigación y a la revisión de literatura. Siendo una entrevista enfocada, el instrumento quedó constituido con cinco temas generales que se articulan entre sí (Anexo No. 1): Identidad masculina, prácticas sexuales, prácticas en salud, relación de pareja y experiencia ante el diagnóstico de VPH de su pareja.

Para el orden de los temas, se decidió comenzar con cuestiones generales (edad, ocupación, escolaridad, lugar de residencia), para después ir profundizando en aquellos tópicos que se consideraban más significativos tanto para el entrevistado como para la entrevistadora (identidad masculina, prácticas sexuales, prácticas en salud, diagnóstico de la pareja).

En relación a la utilización de la guía de entrevista, aunque se tenían propuestas de formulaciones textuales, no hubo un apego textual a la guía, siguiendo las recomendaciones de autores como Sierra (1998), se intentó evitar consultar directamente el instrumento y utilizarlo sólo para lo que fue elaborado: fines heurísticos. Es así, que la manera en cómo preguntar y el orden de los temas dependió de cómo iba fluyendo la dinámica de cada una de las entrevistas.

Es importante mencionar que la propuesta de guía de entrevista se piloteó con el primero de los varones que se contactó (José), permitiendo corregir y mejorar la herramienta. Uno de los principales problemas que se identificó en este piloteo, fue la dificultad para estructurar algunos de los cuestionamientos, por tanto, se elaboró una base de datos que concentraba las preguntas en las que se había tenido problema y se redactaban opciones para que se formularan de una mejor manera en las siguientes entrevistas (Anexo No. 2). Con un análisis posterior al trabajo de campo, la investigadora se dio cuenta que esta dificultad tenía que ver, en gran medida, con su limitada experiencia para realizar entrevistas ya que en las subsecuentes, se le facilitó la formulación de las preguntas y la conducción de las entrevistas, aparte de que fue de gran ayuda el ejercicio de la base de datos. De esta manera, se considera que el trabajo de campo puede generar temores en los investigadores con poca experiencia, mismos que se sustentan en pensar en los posibles errores que se pueden cometer - como una mala formulación o conducción- que pudieran afectar en los datos obtenidos.

#### **3.3.4 Tiempo y espacio**

De acuerdo a la literatura consultada, era importante que la entrevista se llevara a cabo en un lugar donde el sujeto se sintiera con holgura para narrar su experiencia. Así, cuatro de las cinco entrevistas se realizaron en un lugar que era familiar para los participantes: dos en la casa de las

respectivas parejas (José y Luis), una en la casa del entrevistado (Raymundo), una en su lugar de trabajo (Francisco) y la otra en el consultorio de una institución de salud (Roberto). En las entrevistas que se realizaron en las casas de las parejas, se negoció previamente con ellas para contar con un lugar cómodo y sin interrupciones – en todos los casos fue la sala de la casa-. La entrevista realizada en la oficina, finalmente era un lugar conocido para el entrevistado y al no haber distracciones se pudo realizar la entrevista sin contratiempos. Sin embargo, la entrevista que se llevó a cabo en la institución de salud mientras su pareja asistía a consulta prenatal y el entrevistado cuidaba a su hijo de cinco años, se tuvo la necesidad de interrumpir la entrevista en varios momentos cuando su hijo le solicitaba atención. Esto confirma el planteamiento de que el lugar de la entrevista puede afectar positiva o negativamente en la recolección de datos (Valles, 2003 y Sierra, 1998), ya que, en este caso, se perdía continuidad en los relatos, siendo difícil tanto para el entrevistado como para la entrevistadora retomar las ideas.

En relación al tiempo y considerando que en la indagación cualitativa no hay un límite preestablecido en la duración de las entrevistas y ésta depende del tema de la investigación y la dinámica de las mismas (Álvarez- Gayou, 2003), las entrevistas tuvieron una duración de entre 40 y 75 minutos. Con previa autorización de los entrevistados se optó por grabarlos para no tener pérdida de datos. Previo a la reunión, se tomaron varias precauciones en relación al uso de la grabadora: se realizaron pruebas de nitidez para calcular la distancia en que se colocaría el aparato, se corroboró la carga de energía y se contaba con repuestos de pilas aunque no hubo necesidad de utilizarlas. Una vez que se tenía la grabación, se respaldaron los archivos de audio y se etiquetaron con el nombre del entrevistado y la fecha de la entrevista.

#### **3.3.5 Proceso de la entrevista**

Cada una de las entrevistas tuvo sus propias particularidades. El proceso obedeció a muchos factores, desde la misma personalidad de los entrevistados y de la entrevistadora<sup>14</sup>, hasta el lugar donde se realizó la entrevista.

---

<sup>14</sup> En lo personal, no suelo sentirme muy cómoda cuando considero que la persona que acabo de conocer es demasiado reservada o demasiado extrovertida, aunque esto lo tenía en mente los primeros minutos de cada entrevista, me fui sintiendo más cómoda conforme sentía que fluían los relatos.

A continuación se presenta una descripción de cada una de las etapas del proceso de las entrevistas - comienzo, desarrollo y cierre-. Se pretende abordar esta parte de manera global, por lo que, a menos que se haya presentado una situación muy particular, no se detalla el proceso de cada una de las conversaciones:

**Comienzo de la entrevista.** Partiendo de que el único contacto que se había tenido con los entrevistados, al menos con cuatro de ellos, había sido a través de correos electrónicos y/o vía telefónica, se consideró pertinente iniciar con una plática informal que no tenían nada que ver con la investigación, se hablaba del clima, del tráfico de la ciudad o de cualquier otro tema, que en cierta forma permitía al entrevistado y a la entrevistadora irse familiarizando<sup>15</sup>. Para abrir la entrevista, les repetía nuevamente los objetivos de la investigación haciendo énfasis en el anonimato y en la confidencialidad, también les solicitaba su consentimiento para grabar la conversación. Aunque en el momento en que se contactó por primera vez a los informantes les había comentado éstas implicaciones, se creyó importante volver a recalcarlas. Como se planeó en la guía de entrevista, se preguntaban datos generales, después se abordaba lo relacionado a la identidad masculina y posteriormente el orden de los temas dependía de la misma narración de los entrevistados.

**Desarrollo de la entrevista.** Esta fue la etapa en donde se diferenciaron las entrevistas. Como lo que se pretendía era que el mismo entrevistado guiara la conversación, el desarrollo de la misma dependió de lo que cada persona iba narrando. De esta manera, se realizaba una pregunta y se dejaba hablar al entrevistador, fue común que con ese cuestionamiento inicial se podían obtener datos que dieran respuesta a muchas de las preguntas de la guía de entrevista, la entrevistadora sólo intervenía cuando el entrevistado se desviaba del tema, cuando se requería que el entrevistador profundizara en algo o cuando se requería realizar otra pregunta que diera pie a que el entrevistador continuara hablando. Para la investigadora, la primera entrevista fue difícil en relación a la conducción del abordaje de los temas y a la dificultad para elaborar las preguntas,

---

<sup>15</sup> Es lo que en psicología se conoce como rapport y que se refiere al proceso mediante el cual se crea un ambiente de confianza y relajación entre el entrevistado- entrevistador y que regularmente se realiza en el primer contacto con el entrevistado.

esto se atribuye a que no siempre es fácil el primer contacto en el trabajo de campo, ya que las demás entrevistas fueron más fluidas.

**Cierre de la entrevista.** Una vez que se consideraba el abordaje de todas las temáticas, se les preguntaba a los entrevistados si querían agregar o profundizar algo más sobre algunos de los puntos. En general, esto dio pauta para que compartieran algunas experiencias más que enriquecían los datos recolectados. En algunas de las entrevistas, a petición de los mismos sujetos, se aclararon algunas dudas que tenían sobre la infección por VPH. En términos generales, esto también fue importante para la recolección de la información.

Se ha documentado que en las entrevistas con varones, las respuestas a las preguntas sobre masculinidad – y agregaría sexualidad-, generalmente son escuetas (Parrini, 2003), sin embargo, aunque en un principio parecía que estuvieran contestando una especie de encuesta, conforme transcurría la entrevista, los relatos iban siendo más fluidos incluso, se puede observar en las transcripciones cómo las intervenciones de los informantes eran bastante breves al principio y poco a poco se fueron haciendo más largas y enriquecedoras en datos.

### **3.3.6 Construcción e interpretación de datos**

Una vez recolectada la información, el investigador tiene que enfrentarse al gran desafío del análisis, el cual implica procesos interpretativos y creativos. Es así que en la interpretación se requiere la organización y sistematización de los datos para lograr el entendimiento y generar resultados que den respuesta a la pregunta de investigación. Existen diversas posturas, muchas de ellas encontradas, sobre las estrategias analíticas en investigación cualitativa. Algunos defienden la postura de no enmarcarse a ningún marco interpretativo e ir construyendo pieza por pieza los elementos que son importantes para entender la realidad – Denzin y Lincoln (1998) lo definen como “*bricolage*”-; otros investigadores, son partidarios de la utilización de métodos preestablecidos, como es el caso del análisis a partir de la Teoría Fundamentada; para otros más, en cambio, el uso de paquetes informáticos ofrece una herramienta viable para el análisis. Independientemente de la estrategia de análisis que se utilice, se requiere una estrecha relación

entre la orientación teórico- metodológica y el tipo de análisis. En este sentido, de acuerdo con Grbich (2007), existen cuatro enfoques generales en el diseño y análisis de datos: iterativo, subjetivo, investigativo y enumerativo. Cada uno de estos enfoques tiene características particulares que tienen que ver con las distintas orientaciones epistemológicas. Siguiendo con la autora, cada uno de estos enfoques se caracteriza por:

- 1) Enfoque Iterativo (hermenéutico): Este tipo de análisis se caracteriza por la repetición y acumulación de datos, es decir, se interpretan los datos, se va a la pregunta de investigación, se regresa nuevamente a los datos, se vuelve a la pregunta y continua esta misma dinámica hasta que ya no hay datos nuevos porque la pregunta de investigación ha sido respondida – la autora llama a esto “espiral recursivo” (*recursive spiral*)-. Entre los diseños de investigación que se incluyen en este enfoque se encuentran: teoría fundamentada, fenomenología, etnografía, historia oral, narrativas socioculturales.
- 2) Enfoque subjetivo: En este enfoque el investigador juega un papel dual en el estudio - el de investigador y el de sujeto en estudio-, de tal manera que su experiencia forma parte del proceso de recolección de datos para posteriormente ser interpretada, sin obviar las limitaciones en el sentido de reconocer sus propios prejuicios como sujetos. En el enfoque subjetivo se encuentra: la autoetnografía, la fenomenología heurística, teoría fundamentada, entre otras.
- 3) Indagación investigativa (semiótica): Se enfoca al entendimiento e interpretación del lenguaje, principalmente escrito, inmerso en un determinado contexto. En este tipo de análisis existen múltiples versiones y éstas tienen que ver con el énfasis que se le hace a alguno(s) elementos del lenguaje – su estructura, el lenguaje corporal, actitudes, entre otros-. Los tipos de análisis que se incluyen en este enfoque son: análisis de contenido, análisis del discurso, análisis narrativo y análisis socio- lingüístico.
- 4) Indagación enumerativa. En este tipo de análisis es prioritario la producción de datos “objetivos”, es por ello que la codificación, la creación de categorías. la frecuencia de las

experiencias, entre otros son relevantes. Entre los análisis de este tipo de enfoque están: el realismo trascendental y el análisis por matrices.

La decisión de optar por uno u otro tipo de análisis depende de los propósitos de la investigación con la posibilidad de combinar dos o más enfoques. Para la presente investigación, se pensó en un inicio utilizar la indagación investigativa (semiótica) a través del análisis del discurso, sin embargo, se consideró que al enfatizar en elementos muy específicos – como el lenguaje-, se podían perder datos importantes para el trabajo, por lo que se descartó esta opción. La indagación enumerativa, al tener un acercamiento al análisis cuantitativo no podía darnos respuesta a lo que se buscaba por el tipo de investigación que se planteó desde el principio. Por tanto, el enfoque interactivo (hermenéutico) fue el idóneo para comprender qué pasaba con los varones cuyas parejas habían sido diagnosticadas con VPH. Asimismo, se consideró también este enfoque partiendo de que para la IC es fundamental el papel del investigador(a).

### **3.3.7. Plan de análisis**

La primera labor que se realizó con las entrevistas fue la descripción considerando que para autores como Patton (1990) la privilegian como una tarea previa al análisis cualitativo. Teniendo en cuenta que este autor no explica lo que entiende como descripción y se limita a afirmar que no es lo mismo que la interpretación, la autora de este trabajo la concibió como la explicación detallada de los elementos más característicos de cada entrevista. Partiendo de esto, la tarea de descripción se enfocó en los siguientes componentes:

- 1) Duración de la entrevista.
- 2) Lugar donde se realizó
- 3) Características generales del entrevistado (edad, lugar de residencia, escolaridad)
- 4) Tiempo de relación con su pareja
- 5) Tiempo de diagnóstico de VPH de su pareja

En términos heurísticos, se recalcó la importancia de contar con una propuesta inicial de cómo y con qué se iban a interpretar los datos obtenidos. De antemano se consideró como guía la propuesta de Grbich (2007) en relación a que independientemente del tipo de análisis, en IC existen tres procesos comunes: a) Segmentación, b) categorización y 3) vinculación. Cada uno de estos procesos, se tenía planteando de una manera determinada, sin embargo, conforme se fue poniendo en marcha el plan de análisis y haciendo uso de la creatividad como elemento que caracteriza a la IC, se hicieron modificaciones al plan inicial pero respetando los tres procesos ya mencionados, quedando de la siguiente manera:

- 1) Segmentación. Se realizaron varias lecturas de las transcripciones de las entrevistas hasta que se consideró que se identificaron temas emergentes, que no habían sido considerados en la guía de entrevista pero que eran importantes para los objetivos de la investigación. Para esto, en cada lectura se hacían dos cuestionamientos: 1) ¿de qué está hablando el entrevistado? y 2) ¿qué dice el entrevistado de lo que está hablando? Las ideas identificadas en cada entrevista se organizaron a manera de lista conforme se iban encontrando en las transcripciones. Posteriormente, las cinco listas fueron fotocopiadas y posteriormente recortadas manualmente. Reconociendo que era importante realizar un análisis transversal, es decir, considerar a los entrevistados en conjunto, estas listas se fotocopiaron en hojas de diferente color para que al recortarlas y compararlas se pudiera identificar, a quién de los cinco entrevistados correspondía un determinado dato.
- 2) Categorización. Considerando que esta etapa corresponde a la colocación de etiquetas y, aunque se tenían *a priori* cinco temáticas - identidad masculina, prácticas sexuales, prácticas en salud, relación de pareja, experiencia del diagnóstico de VPH de la pareja-, los temas se agruparon de acuerdo a los datos emergentes encontrados en las entrevistas, los cuales se organizaron en categorías y subcategorías para después elaborar cuadros con esta información (Anexo No. 3).
- 3) Vinculación. Siendo éste el momento específico de la interpretación, una vez teniendo los cuadros se intentó comenzar a realizar un primer análisis. Sin embargo, aunque los datos

estaban organizados de tal forma que se podía reconocer qué se había encontrado en cada una de las entrevistas sobre un tema particular, no se lograban identificar las relaciones entre los temas, es decir, se podía hacer un análisis descriptivo pero no explicativo. Enfrentándome a esto, regresé a las entrevistas para tratar de encontrar vinculaciones, después de constantes lecturas de las transcripciones elaboré esquemas para cada una de las entrevistas haciendo énfasis en las relaciones entre los datos. Posteriormente comparé los distintos esquemas para encontrar los puntos en común y las discrepancias (Ver Anexos No.4, 5, 6, 7 y 8). La combinación de ambas estrategias fueron de utilidad para el análisis de los datos.

El análisis cualitativo se sustenta en la interpretación y reinterpretación de lo que dice el entrevistado (Sierra, 1998: 329), por tanto, la entrevista es la materia prima para la generación de conocimientos, no sólo en su versión textual sino considerada como un escenario contextual y situacional, para ello, como subraya Morse (2003:32), “el análisis de los datos requiere [...] búsqueda de respuestas, observación activa y memoria precisa”. Para ello se requiere establecer un diálogo continuo entre la materia prima (en este caso la entrevista grabada y transcrita) y el(la) investigador(a).

Por otro lado, teniendo en cuenta que la entrevista es una herramienta heurística que permite la obtención de datos en términos interpretativos, el análisis no sólo debe limitarse a las estructuras y correlaciones del lenguaje. De esta manera, se escucharon varias veces las grabaciones de las entrevistas con la finalidad de identificar silencios y/o expresiones que pudieran constituir datos por sí mismos y ser retomados durante el proceso de vinculación, especialmente durante la elaboración de los esquemas.

#### **3.3.8 Comunicación de resultados**

La comunicación de resultados de una investigación depende de la audiencia a la que se le presenten. De acuerdo con Martínez (1996) en el campo cualitativo más que un informe se requiere de modalidades narrativas. En este documento se intentó dar cuenta al lector, no sólo de

los resultados, sino también del proceso de investigación de una manera detallada, con la finalidad de que esta experiencia sirva de guía para aquellos investigadores que deseen realizar una investigación cualitativa y más aún, cuando su tema esté vinculado con el que aquí se aborda.

### 3.4 “Criterios de calidad”

En IC los criterios de validez y confiabilidad son temas que actualmente están en disputa, ya que no para todos los investigadores cualitativos es relevante buscar criterios con los que evaluar su trabajo (Valles, 2003: 101). Autores como Leininger (2003) consideran que es importante contar con “criterios de evaluación de investigación cualitativa” más que con conceptos dependientes del paradigma cuantitativo como son los de validez y confiabilidad, sin embargo, la misma autora reconoce su inexistencia y demanda contar con ellos partiendo de la filosofía y los propósitos del paradigma cualitativo. Por su parte, Álvarez- Gayou, en la misma postura de Leininger, propone que hay que hablar más de autenticidad que de validez pero desde los sujetos de estudio, es decir, considerando hasta qué grado se logra la expresión real de su sentir (Álvarez- Gayou, 2003: 32), no obstante, el autor no desarrolla una propuesta clara de cómo lograrlo.

Patton (1990), por su parte, considera que el investigador es el principal instrumento de validez, por lo que para conseguirla es fundamental su habilidad y destreza durante todo el proceso en que dure el estudio.

Para fines de este trabajo, se considera que uno de los elementos que dan sustento a cualquier tipo de investigación, sea cualitativa o cuantitativa, es la descripción detallada del proceso de investigación, esto permite mostrar la solidez de los datos que se presentan. Por tal motivo, pese a que pudiera llegar a ser tedioso, en el presente documento se intentó comunicar de manera clara y precisa lo que se realizó en cada momento de la investigación.

### 3.5 Consideraciones éticas

La investigación cualitativa (IC) comparte muchos aspectos éticos con la investigación cuantitativa, sin embargo, los problemas, los métodos y la comunicación y divulgación de la investigación cualitativa plantean algunos desafíos adicionales (González, 2002:94). La IC al indagar en cuestiones humanas implica el respeto y el valor de los participantes como sujetos que tienen derecho a la réplica y a la argumentación.

Existen teorías que abordan aspectos éticos en investigación. Algunas hacen referencia a lo que Álvarez- Gayou (2003) denomina *responsabilidad científica* y que se refiere al compromiso que tienen los investigadores para contar con los elementos teóricos y metodológicos para hacer investigación, aunque realmente se considera que esto es importante, esto dependerá también de la experiencia de los mismos investigadores.

En caso concreto del presente estudio, uno de los textos que motivó a la reflexión sobre las cuestiones éticas en la investigación es el titulado *Apuntes sobre los derechos de los investigadores y de los investigados en el proceso de generación de información* cuya autoría es de Juan Guillermo Figueroa. En su documento, el autor considera que todos los que están implicados en el proceso de investigación -sean investigadores, investigados, tomadores de posiciones, entre otros-, tienen responsabilidades y derechos. Desde un inicio, se contempló que los varones tuvieran la libertad de retirarse de trabajo de investigación en cualquier momento sin sanción de ninguna índole. Asimismo, durante el momento de recolección de datos, podían negarse a platicar sobre algún tema en específico, situación que sucedió en la segunda entrevista con Luis, al preguntarle si había escuchado sobre la infección del VPH antes de que se lo diagnosticaran a su pareja y su respuesta fue afirmativa, agregando que había un familiar muy cercano que había tenido la infección, tratando de obtener más datos sobre esto, le pregunté si quería compartir su experiencia y claramente expresó que prefería omitir esa parte. Esto va muy de la mano con lo menciona Figueroa en relación a que no hay que considerar a los informantes como sujetos pasivos, sino que ellos tienen la autoridad para poder decidir qué compartir y qué no, y el investigador(a), tiene la responsabilidad de respetar dicha decisión. Por otro lado, aunque

no se plantea como un propósito en esta investigación, los informantes pueden conocer los resultados de la investigación, así como cualquier otra información que requieran en relación al proceso de investigación en cualquier momento en que lo deseen.

Por parte de los investigadores, es una responsabilidad que los resultados que surjan de los estudios sean utilizados para generar conocimientos, ya que precisamente esa es la intención de hacer investigación. Además, se tiene un compromiso para compartir información verídica, así como cuidar de no hacer inferencias sin evidencias suficientes; fue por ello que consideré importante dar cuenta del proceso de análisis de la manera más detallada posible, a parte de considerarlo relevante metodológicamente. No obstante, como lo marca el mismo Figueroa, aún queda mucho por reflexionar en torno a los dilemas éticos en investigación cualitativa.

## CAPÍTULO 4

### Resultados y Discusión

En este capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron a partir del análisis de las entrevistas. Durante el análisis, se realizaron constantes lecturas de las transcripciones y de las notas que se habían tomado durante y después de la entrevistas; se requirió un diálogo constante entre la materia prima (las entrevistas), la investigadora y el marco teórico y referencial del que se partió.

Esta sección se estructura en tres partes. En la primera, se hace una presentación de los sujetos en estudio para que el lector conozca las características generales de los participantes: sus nombres y el de sus respectivas parejas fueron modificados con la finalidad de respetar el anonimato.

En la segunda parte se presentan los resultados y su respectiva discusión. Dichos resultados se organizaron de acuerdo a las temáticas que surgieron de los datos de las entrevistas, de tal manera que varían en el orden y estructura de la guía de entrevista que se elaboró para el trabajo de campo. Cabe destacar que en distintos momentos del análisis, surgían cuestionamientos que no se podían responder con la información obtenida en las entrevistas, sin embargo, no se quisieron dejar de lado y se hicieron explícitos considerando que pueden abrir posibilidades de reflexión o al menos, colocarlos en la mesa de discusión para futuras investigaciones. En general, los relatos de los entrevistados son bastante heterogéneos y en muchas ocasiones hasta contradictorios al momento del análisis, lo que evidencia la inexistencia de identidades unidimensionales, fijas e inamovibles, sino identidades sumamente complejas que coexisten en una realidad social también de gran complejidad.

La última parte del documento se refiere a las consideraciones finales. En estos párrafos se intentó describir los resultados de una manera global, intentando hacer explícitas las vinculaciones que se encontraron a través del análisis de los datos, por tal motivo, se recomienda

al lector que consulte los últimos anexos para comprender mejor lo que se muestra en éstas líneas. La manera en cómo se elaboraron los esquemas se encuentra en el capítulo metodológico<sup>16</sup>.

#### 4.1 Caracterización de los entrevistados

Se entrevistaron cinco varones heterosexuales en un rango de edad de entre 28 y 34 años, todos residentes y originarios de la Ciudad de México; tres solteros y dos en unión libre. uno de ellos padre de un niño de cinco años y una hija próxima a nacer. Cuatro de los participantes con carrera universitaria –uno de ellos con posgrado–, y otro con bachillerato terminado. De los cinco entrevistados a uno le diagnosticaron infección de VPH antes que a su pareja (Raymundo) y recibió el respectivo tratamiento; otro más (Roberto) comenta tener lesiones sugestivas de VPH pero no ha sido diagnosticado ni recibido tratamiento médico. Este aspecto fue determinante en la manera en cómo se vivió el diagnóstico de VPH de la pareja y las repercusiones posteriores a tal vivencia. Los datos generales de los participantes se resumen en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 1**  
**Datos Generales de los entrevistados**

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Tiempo transcurrido del diagnóstico de VPH de la pareja	Tiempo con su pareja
José	30	Bachillerato	Empleado	Soltero	4 años	7 años
Luis	29	Posgrado	Ingeniero	Soltero	8 meses	2 meses
Roberto	34	Licenciatura	Psicólogo	Unión Libre	1 año	5 años
Francisco	32	Licenciatura	Empleado	Unión Libre	1 año	6 años
Raymundo	32	Licenciatura	Profesor	Soltero	1 año 6 meses	2 años

Elaboración propia, 2009.

<sup>16</sup> Ver *proceso de vinculación* en el capítulo de metodología, página 61.

A continuación se presentan las principales características de los varones que participaron en la investigación, el orden en que se mencionan es el mismo en el que se contactaron y se entrevistaron:

**“José”:** Varón de 30 años de edad, nivel de estudios bachillerato, empleado, originario y residente del Distrito Federal, soltero. Su pareja de 25 años, con grado de escolaridad de Licenciatura, le diagnosticaron y trataron la infección por VPH hace cuatro años. Mantienen una relación de pareja desde hace siete años. Se contactó al participante a través de redes sociales. La entrevista se realizó en la casa de la pareja, teniendo una duración de 40 minutos que corresponden a 10 cuartillas transcritas. Al principio de la entrevista, José tenía la idea de que se iba a calificar el grado de conocimientos sobre la infección y justificaba sus respuestas arguyendo que eso era lo que él sabía, sin embargo, después de constantemente recordarle que esa no era la intención, poco a poco se fue haciendo un poco más fluida la entrevista, aunque ésta se logró parcialmente.

**“Luis”:** Varón de 29 años de edad, nivel de estudios posgrado, labora en una empresa, originario y residente del Distrito Federal, soltero. En el momento de la entrevista llevaba 2 meses de relación con su pareja de 28 años de edad y con nivel de estudios de Licenciatura. El diagnóstico de VPH de la pareja fue seis meses antes de que formalizaran la relación. El contacto del participante se logró mediante muestreo en bola de nieve y la reunión tuvo lugar en el domicilio de la pareja. La entrevista tuvo una duración de 1 hora, 15 minutos que corresponden a 19 cuartillas transcritas. Considerando a la entrevista como una técnica que puede abrir espacios de reflexión, parecía que Luis, a través de sus relatos, establecía un diálogo con él mismo ya que constantemente expresaba una afirmación y segundos después, contradecía su planteamiento, argumentando y cuestionando sus comentarios iniciales, característica que se hará evidente durante el análisis.

**“Roberto”:** Varón de 34 años de edad, Psicólogo, desde hace dos años trabaja en una institución de gobierno dando terapias a mujeres que viven violencia familiar. Originario y residente del Distrito Federal, casado desde hace seis años, padre de un niño de cinco y una hija a meses de

nacer; su pareja de 26 años, originaria y residente también del Distrito Federal, con nivel de estudios de secundaria, le diagnosticaron VPH un año antes de la entrevista. Este participante se contactó a través de los expedientes de una asociación civil que se dedica a brindar atención a parejas durante el período reproductivo. La entrevista tuvo una duración de 45 minutos que corresponden a 13 cuartillas transcritas. Esta fue la entrevista que se realizó en la institución de salud y en presencia de su hijo (Ver capítulo metodológico).

**“Francisco”:** Varón de 32 años de edad, con nivel de estudios de Licenciatura, labora desde hace dos años en una institución educativa de nivel medio superior. Originario y residente del Distrito Federal, soltero, vive con su pareja desde hace 8 meses pero han tenido una relación desde hace más de 6 años; su pareja de 28 años de edad, en ese momento estudiante de Posgrado, le diagnosticaron VPH hace más de un año. El participante se contactó por muestreo en bola de nieve y la entrevista se realizó en su centro de trabajo. La entrevista tuvo una duración de 1 hora, 10 minutos, teniendo 16 cuartillas transcritas. Aunque ésta fue la entrevista de mayor duración y en relación a la técnica, fue el informante que constantemente comenzaba abordando un tema y se desviaba a otro(s) que no se relacionaban mucho con los propósitos de la investigación, por lo que la investigadora tenía que intervenir para retomar los temas de interés.

**“Raymundo”:** De 32 años de edad, con nivel de estudios de Maestría, profesor de educación superior. Originario y residente del Distrito Federal, soltero; su pareja de 37 años, historiadora, con dos años de relación. A diferencia de los demás entrevistados, antes que a su pareja, a él le diagnosticaron VPH, sometiéndose a tratamientos médicos y quirúrgicos para erradicar el virus. Al momento de la entrevista había pasado año y medio de esta experiencia. El contacto del participante se realizó a través del muestreo por bola de nieve y la entrevista se realizó en el domicilio del participante. La duración de esta entrevista fue de 60 minutos, con una extensión de 15 cuartillas transcritas. Raymundo fue el que se caracterizó por expresar varios de sus sentimientos cuando se enteró del diagnóstico de su pareja, posiblemente por el hecho de que él también había sido diagnosticado, incluso, al inicio y fin de la entrevista expresaba lo importante que le parecía realizar estudios en torno al VPH en varones.

De acuerdo a lo anterior, se observa que, con excepción de José, todos tienen formación universitaria. Asimismo, el promedio de edad es de 31 años, parámetro que favoreció el análisis en muchas de las dimensiones ya que hablaron de muchas cosas en común. Además, - con excepción de Luis-, mantienen una relación de pareja desde hace varios años, aunque sólo dos de ellos viven con sus respectivas parejas, situación de especial relevancia al momento de analizar los datos, especialmente su respuesta ante el diagnóstico de VPH de la pareja.

## 4.2 Resultados

Tomando en cuenta que no se tratan de temáticas aisladas, sino como elementos entretnejidos unos con otros, en esta parte de resultados se intentó resaltar las relaciones entre los datos. No obstante, se reconoce que puede ser difícil visualizar las vinculaciones en un documento redactado, por lo que se espera que en la última parte del capítulo se logren visualizar dichas relaciones.

### 4.2.1 Socializándose en el género

Se reconoce que los primeros años de vida son fundamentales para el aprendizaje social de la masculinidad. En investigaciones como la de Álvarez, Calero y León (2006) se ha encontrado que los comportamientos de los varones tienen un enfoque más igualitario entre los géneros en la medida en que vengan de familias con relaciones intrafamiliares con mayor igualdad. En el caso de los entrevistados, Raymundo fue el único que expresó haber crecido en un ambiente de este tipo:

*“...yo no noté ninguna diferencia [...] a todos nos ponían parejos. sí, mi papá decía siempre, bueno, todavía lo dice 'o es parejo o es chipotudo'. y todos parejos y así crecimos y como veníamos de familias distintas<sup>17</sup>, pues mis papás al principio sí*

<sup>17</sup> Para contextualizar el relato de Raymundo hay que comentar que su madre biológica falleció cuando él tenía seis años, posteriormente su padre establece otra relación de pareja con una persona con dos hijos, así, la familia a la que se refiere en este fragmento de la entrevista es la que se conforma de su padre, su hermana, la pareja de su papá y los dos hijos de ésta.

*fueron muy estrictos con eso, entonces sí en ese sentido en definitivo no noté mucha diferencia” (Raymundo)*

De acuerdo a su discurso y en comparación con el de los demás entrevistados, Raymundo expresa tener un comportamiento más equitativo en términos genéricos, sin embargo, esto no lo exime de reproducir en distintos momentos de su vida el modelo hegemónico de masculinidad, característica que se hará evidente en muchos de los fragmentos que se presentan en este capítulo. Esta contradicción puede explicarse si se considera que a pesar de que la familia es considerada una de las principales instituciones para la imposición de la identidad genérica, existen otras, como la educativa y la religiosa, que participan también en dicho aprendizaje y que entonces son éstas las encargadas de socializar a los sujetos en una masculinidad en términos hegemónicos (ver capítulo 2, página 18).

Los demás entrevistados no mencionaron explícitamente venir de familias inequitativas, sin embargo, en sus relatos se encuentran datos que dan cuenta que crecieron en un ambiente donde se fomentaba la desigualdad genérica:

*“Sí, a mí me educaron así, de hecho a mí no me tocaba hacer nada, nada, era, totalmente libre por decirlo así [...] sí, para mi hermana también su obligación era estudiar pero también la ponían a cocinar, por ejemplo en Puebla a mis primas, a ellas sí las ponían, o sea también su obligación era estudiar pero tenían que coordinar su tiempo con otras actividades, por ejemplo, ir al súper, lavar el baño.”*  
(Luis)

En este fragmento, resalta lo que han mencionado autores como Lomas (2004), en relación a que pese a la incorporación de las mujeres en los espacios públicos - mercado de trabajo, ámbito escolar, entre otros-, aún es muy común la asignación asimétrica de las obligaciones familiares a madres y padres o hermanos y hermanas, lo que hace que los varones se vayan familiarizando con la idea de que tienen menos restricciones que las mujeres y que conlleva a que se sientan *totalmente libres*, otorgándoles autonomía de movimiento y disponibilidad de tiempo fuera del hogar (Olavarria, 2004).

Otro de los mandatos sociales de la conformación masculina que estuvo presente en varios de los entrevistados fue la represión de algunos sentimientos que han sido considerados como femeninos (ternura, cariño) y que, aunque se pueden ejemplificar con varios fragmentos que se mostraran más adelante, por ahora sólo se mencionará el de Francisco:

*"F: ... el no haber crecido con un padre considero que no se tiene esa ley [paterna]¿no? pero se pueden dar circunstancias de vida de que están los tíos, los primos y demás entonces te pueden ir dando esa parte [de socializarte como hombre]."*

*E: ¿Qué te dieron los primos, los tíos?*

*F. Pues a lo mejor, no sé, no te podría decir, esto, no, no, no sé si podría, pero sí, este, ves que el hombre que hace, te van adentrando.*

*E. ¿Qué hacían?*

*F: Digamos 'órale cabrón, no, muévase, y órale no estés jugando a tales cosas', te van adentrando a esta cultura con el lenguaje, con las acciones, este, 'no llores cabrón', 'no seas'". (Francisco)*

Como ya se ha discutido en diversos textos (ver por ejemplo Gutiérrez, 2007; Cazés, 2004 y Olavaria, 2004), en términos de la masculinidad hegemónica los sentimientos considerados como femeninos (ternura) debe evitarse, por lo que un hombre tiene que hacer hasta lo imposible para no dejarlos emerger. Como se verá en uno de los apartados de este capítulo, fueron varios los momentos en los entrevistados hicieron alusión a la represión de ciertos sentimientos como la tristeza. En ese mismo fragmento de Francisco, también resalta la división de los juegos, es decir, mientras los hombres se van entrenando para ser rudos y valientes, los juegos de las mujeres, no tienen que ir en contra de la sutileza que las caracteriza. No obstante, parecía que había cierta flexibilidad ante esto cuando jugaban ante la presencia de su mamá:

*"...podías andar en bicicleta, y si jugábamos a veces con muñecas por los comentarios que hacía mi mamá pero era solo un ratito y pasábamos a jugar con los muñecos, a correr y mi hermana entraba a eso..." (Francisco)*

#### 4.2.2 Ser hombres: ¿Biología o cultura?

Retóricamente los entrevistados expresan que la cultura determina lo que es ser hombre y ser mujer:

*"... creo que un hombre es difícil [definirlo], pero yo creo que más que nada estoy de acuerdo que es la vida misma la que te da ser hombre y con la cultura, entonces creo que en ese sentido de decir 'tienes un pene debes de ser hombre' pues no [...] depende de la consideración de cada quién como soy hombre y de las circunstancias culturales y de espacio te hace formular [...] te digo, te vas construyendo culturalmente, donde está el espacio, con los amigos, este, no es lo mismo leer, a por ejemplo, nacer en Tacubaya, el Observatorio, que haber nacido en el Pedregal"*  
(Francisco)

En su relato, Francisco considera una diversidad de masculinidades que responden al lugar donde los hombres crecen y desenvuelven. Reconocer que la masculinidad está delineada por la cultura abre la posibilidad de romper con uno de los mecanismos de legitimación del modelo hegemónico: la biologización de los comportamientos masculinos (Olavarria, 2006). No obstante y a pesar de este reconocimiento, los entrevistados explicaron varios comportamientos masculinos o femeninos desde una postura biologicista:

*E: ¿Tú piensas que el hombre puede tener ventajas en comparación con una mujer?*

*R: Pues es que, es un poco difícil para mí pues explicar esto, porque lo puedes tomar desde dos formas, la primera sería la parte médica que fisiológicamente eh, en absoluto no hay ninguna ventaja incluso, sé que las mujeres tienen mejor habilidad o desarrollan algunas habilidades que los hombres, obviamente crecen más rápido, maduran más rápido, en otras circunstancias te puedo decir que los hombres en cuestión de medir espacios, está comprobado que el hombre tiene mejores capacidades, que esto puede variar ¿no? si tú lo entrenas como esto que ya se demostró que los juegos de computadora puede desarrollar tu habilidad visual y que ayudes a conducir mejor en un momento de emergencia, entonces en la parte eh fisiológica pues es que hay cosas que en algunas cosas evidentemente la mujer que es mejor y en otras el hombre no, pero por facultades mentales pues incluso yo te podría decir que las mujeres son mejores ¿no?*

*E: ¿Por ejemplo?*

*R: Lo que es organización, concentración, yo he visto a las mujeres que son madres que tienen hijos y pueden leer, yo no puedo leer si tengo a alguien brincando enfrente de mí no, son pequeñas cualidades que si tú las llevas a analizar son ventajas"*  
(Raymundo)

En este fragmento, Raymundo asume que los hombres y mujeres nacemos con determinados atributos, este planteamiento implica que se enmarquen comportamientos genéricos desde lo biológico, sin embargo, abre la posibilidad de modificarlos rompiendo así, con el determinismo.

Un segundo fragmento en el que también se puede resaltar la naturalización de las prácticas y significados es una de las ideas de José al abordar el tema de las prácticas sexuales. Como se ha encontrado en los estudios con otros varones (ver por ejemplo Cazés, 2004 y Olavaria, 2004), José considera que los hombres nacen con genes específicos que los hacen tener una mayor actividad sexual en comparación con las mujeres, sin embargo, a diferencia de lo que reportan otras investigaciones, no es un deseo incontrolable sino que los hombres pueden manejarlo y decidir qué hacer con él:

*"J: Yo creo que sí, sí, yo siento que en este caso es su gen del hombre [sentir deseo sexual]¿no? [...] y no es que sea machista porque, yo no me considero machista pero siento como que ya es algo natural del hombre*

*E: ¿Y entonces en tu caso?*

*J: Sí, es que tú dices, tú dices, si estoy con una pareja ¿para qué? o sea, no soy del que anda ahí buscando, no o sea, sí es el gen del hombre pero eso lo puedes controlar, hay más cosas en las que hay que pensar". (José)*

Ya que el tema de prácticas sexuales se abordará más adelante, por el momento sólo se comenta que así como hay una discrepancia en muchos de los relatos de los entrevistados, en otros, como lo que comenta José, concuerda su discurso con lo que dicen de sus prácticas. Sin embargo, lo que se destaca es que la naturalización de muchas de las prácticas de ser hombre aún sigue presente en diversos ámbitos.

Partiendo de que la visibilidad del ámbito cultural en los modelos genéricos permite pensar en la posibilidad de modificarlos, esto se ve en el siguiente fragmento del relato de Luis cuando se le preguntó si encontraba diferencias entre hombres y mujeres:

*“...bueno, tal vez el papel, las actividades que ella pudiera hacer, que supuestamente los hombres no muchos lo hacen, por ejemplo. [...] pues el lavar la ropa ¿no?, entonces, caemos si no lo hace una mujer, pues se ve mal, pero si lo hace un hombre también se ve mal, pero creo que eso sí se debe como que eliminar ¿no? tanto como el hombre lo puede hacer, como la mujer lo puede dejar de hacer, o sea, creo que es un complemento y no sólo es una cuestión de pareja. lo vuelvo a decir, es una cuestión social ¿no? dentro de tu misma familia, un hombre puede hacer actividades que supuestamente las mujeres deberían hacer, pero una mujer también pudiera hacer actividades que solamente los hombres deberían hacer, en supuestos, no sé... al hombre le pudiera tocar ir a pagar las cuentas ¿no?, el predio, el recibo, no sólo a la mujer, que el hombre igual, creo que pudiera limpiar no sé, limpiar la casa, lavar la ropa, ese tipo de cosas, es difícil”. (Luis)*

Con esta crítica a los modelos genéricos tradicionales, Luis expresa que las actividades de hombres y mujeres son atribuidas socialmente – *construcciones sociales*- y que debería haber un cambio, sin embargo, él mismo termina diciendo que es muy difícil – hay que puntualizar que no dijo imposible-, y al indagar sobre por qué lo consideraba así, Luis respondió de la siguiente manera:

*“No es difícil, bueno es difícil... si me lo preguntas a mí si lo haría, pues yo sí lo haría, a lo mejor a mí no se me haría tan difícil, porque yo en algún momento estoy acostumbrado a hacerlo, pero yo digo que es difícil por que hay algunos, algunas personas, que a la mejor, es la mayoría o es un gran porcentaje que no ven eso como una actividad normal entre comillas, entonces sí sería un poco complicado ¿no?, no sé si el hecho, de que por ejemplo a mí me educaron de tal forma y no me gusta lavar la ropa pues porque eso no me toca, aunque si lo hago, no sé si eso sea suficiente para decir que no eres un verdadero hombre” (Luis)*

Así como en este fragmento, en todas las entrevistas hubo momento en donde se hace mención de los otros, es decir, de aquellos hombres que naturalizan los significados y prácticas de hombres y mujeres y que tienen conductas que ellos califican como machistas, un tipo de hombre con el que, como se puntualiza más adelante, ellos no se identifican.

Por otro lado la literatura ha documentado que el ser hombre también varía en las diferentes etapas (ver por ejemplo Salguero, 2000), cuando se es niño se tienen distintos mandatos que cuando se es adulto y tienes pareja o eres padre de familia. Roberto es el que ejemplifica claramente esta idea cuando se le pregunta casi al inicio de la entrevista cómo se define a sí mismo:

*“En general, soy una persona... que en este momento... está trabajando mucho, mucho, mucho por salir adelante como que formarme este, con muchas expectativas que yo tenía con respecto de una familia, entonces es lo que estoy haciendo ahorita ¿no?, yo le llamaría como convertirme en un hombre pues con las expectativas que yo tenía cuando era niño de lo que sería ser un hombre, estoy trabajando en ello ¿no?...” (Roberto)*

Como él mismo lo menciona, este *convertirme en un hombre* tiene que ver con el cumplimiento de una serie de expectativas que se formó desde niño, como por ejemplo la manutención del hogar, característica que se verá más adelante. De esta manera, la identidad masculina es un proceso permanente en la vida de los hombres, pero además es un proceso regularmente arduo en el que se tiene que trabajar “*mucho, mucho, mucho*” (Roberto). En suma, también se retoma lo que expresa Roberto en relación a la idea de familia que fue interiorizando desde que era niño, nuevamente nos enfrentamos a constructos sociales que van determinando significados y a la vez prácticas.

### 4.2.3 ¿Beneficios o desventajas de ser hombre?

Todos los entrevistados concuerdan en que en la sociedad en la que viven, las mujeres se encuentran en una posición de desventaja en relación con los hombres:

*"Fíjate que ahorita ya no lo veo como un asunto de creencia, este ya lo veo como un asunto real, efectivamente o sea hay ventajas en el ser hombre, dentro de los roles tradicionales" (Roberto)*

*"No sé, pues en el ámbito familiar que yo lo he visto, por ejemplo al hombre, lo que me ha tocado a mí es que difícilmente le dicen, o sea, siempre le dicen 'a ver que quieres de comer' o '¿ya vas a comer?' eso me pasaba a mí, y pues sí bien cómodo y yo 'al rato' y la hora que quieras, pero a la mujer, pues no, o sea, no, si quieres comer, a la hora que quieras está bien, pero 'ahí está la comida y sírvete y si no hay pues háztelo'" (Luis)*

Aunque indudablemente el modelo dominante de masculinidad puede ser muy satisfactorio para los varones, se concuerda con autores como Cazés (2004) y Olavarría (2006) en que también puede provocar incomodidad, molestias y fuertes tensiones. Esto no quiere decir que se pueda clasificar a los hombres entre aquellos a los que les resulta beneficioso el modelo dominante de masculinidad y a los que no, más bien se sustenta la tesis de que este modelo les da beneficios a todos los varones en un contexto determinado pero en otros, les resulta bastante desventajoso, como menciona Ramírez (2006), la dominación masculina al vincularse con el poder implica costos. En este sentido, uno de los ámbitos en el que coinciden los entrevistados como una gran desventaja se relaciona con la idea de ser considerados como los principales proveedores económicos en una familia:

*...para mí, una desventaja dentro del rol tradicional era esta parte de decir 'mira, a ver yo soy el proveedor' y chin aviéntate todas las broncas por ser el proveedor, entonces este, para mí esa es una gran desventaja porque a fuerza, hubo un obstáculo que hasta ahorita en este trabajo estoy muy contento pero hubo momentos utá, recién nos casamos y teníamos a Dan (su hijo) muy chiquito donde yo sentía que tenía que trabajar y estaba en lugares donde yo no estaba a gusto y utá, esos momentos han sido de los momentos más horribles de mi vida... (Roberto)*

*...alguien te podría decir 'no pues es que tú tienes que llevar con toda la responsabilidad sobre la mujer', es decir, te casas y sobre ti cae toda, y si es cierto, sobre ti cae toda la responsabilidad pero tú tienes que mantener, los hijos ¿no?, un*

*hijo cuesta mucho, dos más, tres, cuatro, no sé, eso podría llamarse una desventaja.*  
(Luis)

Considerar como una desventaja el que se asuman como los principales proveedores económicos no se da de manera aislada, como ya lo han discutido otros autores, cada vez es más difícil que la manutención de un hogar pueda cubrirse con los ingresos de una sola persona lo que ha llevado a que en las últimas décadas se haya incrementado la participación de la mujer en el ámbito laboral remunerado. Sin embargo, no hay que perder de vista de que de que la manutención económica se vincula con relaciones de poder. Aquí nuevamente nos encontramos con ambigüedades. Por otro lado, esto ejemplifica cómo los cambios sociales se dan en un tiempo más rápido de lo que se requiere para ser asimilados ya que en este caso, a pesar de que las mujeres tienen varias décadas involucradas en el campo laboral, aún es muy común, como lo han expresado los entrevistados, que a los varones se les continúe considerando como los principales proveedores económicos y si no cumplen con este mandato son fuertemente criticados, poniendo muchas veces en duda su propia hombría.

En este reconocimiento sobre ventajas y desventajas, al preguntarles a los entrevistados si las mujeres estaban en desventajas por ser mujeres, sin pensarlo comenzaban a mencionar distintos ejemplos, sin embargo, al indagar sobre las desventajas en los hombres, en un inicio tuvieron dificultades para responder:

*Mmmm... no sé ejemplificar cómo ejemplificar una desventaja [para los hombres], no se me viene a la mente... (Luis)*

*¿Desventaja? Pues, sociales, no, no le encuentro ninguna desventaja [de ser hombre], este, pues no, realmente no, no, no le encuentro ninguna desventaja... (Raymundo)*

Desafortunadamente las entrevistas no dan suficientes datos para profundizar en este tema, sin embargo, eso no nos impide dejar de mencionar que hubiera sido enriquecedor responder los siguientes cuestionamientos: ¿Por qué tuvieron dificultad para responder a esta pregunta? ¿Realmente no ven desventajas por ser hombres? ¿Son tan pocas desventajas que no las ven?

¿Será acaso que el discurso constante de que principalmente son las mujeres las que pagan las facturas de la desigualdad genérica hace que ellos se invisibilicen al hablar de sus desventajas?  
¿Realmente el modelo hegemónico de masculinidad conlleva más beneficios que costos?

#### 4.2.4 Ruptura del modelo hegemónico de masculinidad. “A ver, a ver, cómo que se está volviendo al revés la cosa”

Pese a que en general había una sensación de estar muy a gusto con los patrones con los que crecieron, sobre todo los que fueron socializados con concepciones más definidas del modelo hegemónico de masculinidad, varios de los entrevistados tienen en común que en un momento determinado de su vida se enfrentaron a una situación coyuntural que movió la manera en que ellos se venían situando como hombres en el mundo. Por ejemplo, Luis creció en un ambiente donde las mujeres eran las responsables de las actividades domésticas. Después, se fue a vivir con unos familiares y ahí comenzó a tener responsabilidades en las labores del hogar, tiempo después, cuando se fue a estudiar a Puebla y empezó a vivir solo, se vio en la necesidad de hacerse responsable de la limpieza del lugar donde rentaba:

*Cuándo me cambié de residencia, terminé de estudiar, me fui a vivir a Puebla con la familia de mi mamá, en ese momento, como no es mi casa, no era mi casa iba a decir, pero tampoco es mi casa ahora, este, lógicamente tú llegas a un lugar y tienes que adaptarte y pues ahí, este, yo viví con mi abuela y con mi tía, con la hermana de mi mamá, en ese entonces, ella estaba soltera, entonces cuando yo llegué, yo sabía que no iba a hacer lo mismo, por lo menos yo tenía que adoptar una responsabilidad ahí o no sé, y yo en ese sentido llegué a trabajar a Puebla, por eso me fui a vivir para allá y luego, luego me dijo ¿no? 'tú vas a tener la responsabilidad de esto, esto y esto' y sí, no, no sabía realmente hacerlo, pero me enseñaron y me adapté, y me gustaba[...] de ahí me fui a estudiar y entonces ya me tocó vivir solo, casi, casi, la primera vez que vivía yo solo, no pasó mucho tiempo y me fui a estudiar y ahí ¿qué hago no? Podía yo comer fuera y todo como estudiante, pero compartía yo departamento con un compañero del posgrado y teníamos que limpiarlo, para que estuviera lo más aceptable posible y eso me ayudó, mi compañero lavaba ropa, yo también, no sé, limpiábamos, lavábamos el baño, ese tipo de cosas, íbamos al súper, hasta al mercado llegué a ir, cuando generalmente yo no voy al mercado ¿no? porque no me gusta el ambiente del mercado. (Luis)*

En este fragmento, nuevamente el contexto y las relaciones sociales que se dan en el mismo, aparecen como determinante en las prácticas masculinas, al cambiar de residencia y llegar a un lugar donde se tenían obligaciones domésticas, tuvo que romper con esquemas con los que creció, ¿qué hubiera pasado si en vez de *adoptar una responsabilidad* en las actividades domésticas se hubiera rehusado a hacerlas? De alguna manera, es un contexto en el que tenía pocas posibilidades de decisión si es que quería vivir con su familia en Puebla.

En el caso de Roberto lo que desencadenó la desestabilización en sus prácticas y significados de ser hombre fue el comenzar a dar terapias a mujeres que vivían en un ambiente con violencia intrafamiliar:

*... en primer lugar no sabía yo bien qué era la violencia, de entrada, o sea, yo tenía como una idea que se tiene en común que es este, dar golpes ¿no?, pensaba que era eso y ahora me doy cuenta que no es eso, o sea, es cuando se considera que alguien es inferior a uno ¿no? que ejerce violencia, incluso ejercía violencia en muchos momentos sobre mi esposa, a mí me daba pena aceptarlo pero así era ¿no?, este y bueno, tenían que ver un chorro de cosas incluso las diferencias en los grados escolares y todo eso y eran cosas que ella me decía pero que yo no entendía, yo decía 'no es que yo tengo la razón' y ahorita me doy cuenta que no, que sí estaba equivocado... (Roberto)*

Si bien Roberto expresa muchas de las características del modelo dominante de masculinidad en su forma más pura, incluso dentro de lo que los demás caracterizaron como machismo, lo que hay que resaltar es la pena que expresa haber sentido al darse cuenta que ejercía violencia hacia su pareja, una conducta que es inaceptable en su espacio de trabajo donde lo que se busca es la equidad genérica. Entonces, al igual que Luis, Roberto se enfrentó a una situación que confrontó al menos una parte de lo que aprendió que eran o hacían los hombres. Hay que pensar también que el detonante no se presenta de manera aislada, si no que se encuentra inmerso en una complejidad donde confluyen distintos elementos del contexto y de las relaciones que se dan en el mismo, como lo menciona Roberto en el siguiente fragmento, hay una especie de crisis, un momento de enfrentamiento con diversos elementos, con sus creencias, con lo que ellos aprendieron desde niños, con su formación profesional:

*... sí entré en choque y en conflicto, yo solo pues, o sea me ponía a pensar y a reflexionar, decía cómo todo esto que estoy trabajando yo lo hago, porque al principio que entré nomás veía lo de las demás personas y era fácil pero conforme empecé a involucrarme más en la temática y empecé a trabajar personalmente, no sé ni en que momento fue, no lo hice de manera intencional simplemente me di cuenta que había cosas que me estaban tocando, entonces me senté y dije 'a ver, ¿qué está pasando?' y si me di cuenta que había cosas que empezaba ya a modificar de manera automática y fueron como las más sencillas pero había otras que me costaban bastante y entonces me ponía analizar 'a ver, en qué momento yo considero a la mujer inferior' y fue como empecé a analizar todo eso, a escucharla mucho más porque ella me lo estaba diciendo en muchas, en muchos momentos, entonces fue así como empecé pero sí fue, fue un conflicto, o sea, fue angustiante de pronto descubrirlo porque decía '¿cómo?, yo que estudié psicología y todo este rollo' (Roberto)*

Como el mismo Roberto lo menciona, el hecho de que se haya dado cuenta de la situación no significa que los cambios se pueden dar por una decisión individual, se tiene que atravesar por un proceso y una lucha que en muchos casos puede durar toda la vida y muestra de ello es el mismo caso del diagnóstico de VPH, en el que, como se verá más adelante, coexisten prácticas y significados de un modelo de hombre dominante y la idea de un hombre que se considera equitativo desde la perspectiva de los mismos entrevistados.

En el caso de Francisco, quién también fue uno de los entrevistados que creció con concepciones muy marcadas del modelo de masculinidad hegemónica, no está tan clara una situación específica que se considere detonante de esta desestabilización, más bien, pareciera que fue un cambio paulatino en el que mucho tuvo que ver su formación académica, ya que en diversas ocasiones, durante la entrevista, sus comentarios iban amarrados a tal o cual autor o a alguna experiencia de determinado curso o seminario al que había asistido, que le ayudaban a reforzar o ejemplificar lo que estaba diciendo. De hecho en una parte de la entrevista él mismo menciona que su carrera había sido importante en su vida para modificar la manera de mirar el mundo:

*"...encontré lo que es sociología y de esa manera sociología me permitió entrar al mundo del ser ¿no? es decir de las personas, hombre y mujer ¿no?, este y de la diversidad sexual, en la toma de la decisión entonces..." (Francisco)*

*"... estoy de acuerdo con lo que dice Lacan en que la palabra y demás...creo que este, lo importante aquí, a mi parecer es lo que dices, porque me viene el caso, que platicaba una de las psicoanalistas en un diplomado, hay veces en que se le dio el caso de que una mujer eh, un hombre este le dijo, es que 'todos los pinches hombres son iguales, son ojetes y demás' pero es que depende de cómo hayas tomado esas circunstancias de vida" (Francisco)*

En varios estudios se ha mencionado que el enfoque de igualdad genérica tiene que ver con un mayor nivel de educación; como los entrevistados tienen un nivel académico similar y sólo se tienen cinco entrevistados esto no puede corroborarse totalmente, sin embargo, al menos se abre la posibilidad de pensar que la educación institucional no siempre modifica los modelos genéricos tradicionales. Por ejemplo, el mismo Roberto se dio cuenta que era violento con su pareja hasta que comenzó a dar terapias a mujeres violentadas, no durante su formación académica como psicólogo; hipotéticamente podría pensarse que él seguiría ejerciendo violencia hacia su pareja si estuviera trabajando en otro campo laboral. Por otro lado, cabe también la posibilidad de pensar que estos cambios, respaldados por una retórica de igualdad genérica, pueden darse sin estar tan alejados de la masculinidad hegemónica ya que como se recordará, una de las concepciones de este modelo precisamente tiene que ver con ser hombres coherentes:

*E: ¿Existirían algunos otros aspectos que pudieran definir a un "verdadero hombre"?*

*L: Pues una persona responsable, coherente<sup>18</sup> entre lo que dice y lo que hace, aunque eso es muy difícil de lograr, porque eso depende mucho de donde te desenvuelvas pero que tenga objetivos y que luche por ellos, que trate de estar bien con todo lo que rodea y si eso no es posible, pues por lo menos que, que trate de llevar la situación (Luis)*

---

<sup>18</sup> Aunque a Luis se le preguntó sobre las diferencias entre hombres y mujeres y él contestó que "las mismas características", al desarrollar la idea mencionó la responsabilidad y luchar por sus objetivos, más no, la coherencia.

Vincular el relato de Luis con el de Roberto, implicaría pensar que al dar terapias a mujeres que viven violencia, su conducta debería ir *ad hoc* con su vida, por que los verdaderos hombres son “*coherentes entre lo que se dice y lo que hace*”, como lo comenta Luis.

#### 4.2.5 Lo que hay que evitar: El machismo y la homosexualidad

La literatura ha marcado que el machismo<sup>19</sup> es un compañero habitual del modelo dominante de masculinidad (Meler, 2000). Sin embargo, discursivamente es rechazado totalmente por los entrevistados. Entre las características que se vinculan con el machismo se encuentra el sentimiento de inferioridad de la mujer, la violencia física y verbal y el presumir las conquistas sexuales. Estas conductas y sentimientos, aparte de ser rechazados por los entrevistados son considerados alejados de los que significa ser un “verdadero hombre”:

*“...a mi concepto [un hombre machista] es una persona que se siente muy... muy cabrón, por ejemplo, que puede tener dos o tres mujeres, ir con mujeres, puede hacer lo que quiera si tiene una esposa puede llegar y le pega, 'aquí yo soy el que mando', 'atiéndeme', este... 'tú no puedes opinar', 'tu cállate porque tus palabras no cuentan, el único que vale soy yo'. 'y yo no hago quehacer en mi casa, para eso está la mujer', ese es mi concepto de machista” (José)*

*“Para mí un hombre machista, pues es un hombre eh, prepotente hacia la mujer, es, es un hombre que se aprovecha y que tiene muchas, en algún tipo, pensamiento bastante retrógradas, por ejemplo, la mujer solo a la casa, no puede salir, incluso se relaciona un poquito con los celos no, y el hombre pues que puede, se siente muy macho teniendo a la esposa, a la novia y a la amante no o más y entre más creo que mejor”. (Raymundo)*

De acuerdo a Olavarría (2004), lo que no corresponde al modelo de masculinidad hegemónica es disminuido, por tanto, considerando los relatos de los entrevistados, significaría que el machismo es equivalente a una modalidad precaria - *retrógrada*, como lo menciona Raymundo- de ser

<sup>19</sup> Como se ha mencionado en diversos textos, el machismo es un concepto bastante complejo y ambiguo que ha sido objeto de discusiones académicas profundas; al parecer lo entrevistados conciben al machismo dentro de los planteamientos de Castañeda quien lo define como un atributo, como una *forma de relacionarse* en donde se encuentra en juego principalmente el uso del poder a favor de los varones (Castañeda, 2002).

varón. Sin embargo, aún se está muy lejos de que muchas de las conductas que los entrevistados calificaron como machistas, queden fuera del modelo dominante de masculinidad ya que, paradójicamente, muchas de estas prácticas se reproducen o dicen reproducirlo en contextos muy específicos, comúnmente cuando están *entre hombres*:

*“ ... quieres darte a mostrar como que, eres parte, de no sé... de, de que no te digan 'y tú porque no dices nada, seguramente eres puto', tienes que decir algo para quedar bien en ese entorno, y es algo que te absorbe, pero claro, la responsabilidad es de cada quién, de quién lo dice, pero creo que, como te decía, hay momentos en que, no conjuntamente, pero sí te das cuenta que sí le dan importancia a su pareja y como que sí tienen en mente que se le debe un respeto. eso también pasa, entonces, este, no sé. como que es un afán de, de, de demostrar que eres un vale madre y que las cuestiones sentimentales a mí no me pegan, pero realmente creo que es todo lo contrario, es como ponerse una capa, yo lo he visto, incluso en ocasiones, eh, me he dado cuenta, de muy lejos que, que, algunas de esas personas llegan a tener problemas, con las personas con las que están, sus novias, parejas, y sí cómo que les afecta, les afecta... de repente, no sé, de repente dicen 'ya ni novia tengo', pero la forma en que lo dicen, ahí te das cuenta que sí te llega a afectar, y no es que digas 'ya no tengo novia y así me van a dejar de estar chingando', no es así, la forma en que te lo dicen o lo expresan o el momento en que lo expresan y te das cuenta que sí les afecta aunque intenten enmascararlo... (Luis)*

En este sentido, hay momentos, de acuerdo al contexto y las interacciones sociales en el mismo, en que los varones sienten que deben demostrar comportamientos del modelo dominante de masculinidad, por tanto, a manera de *teatralización*, hay un afán de convencer de que dicho modelo guía sus significados y prácticas en la vida, en caso contrario, corren el riesgo de ser rechazados o excluidos por el conjunto social que los rodea en ese momento.

La última frase de Luis - *aunque intenten enmascararlo*- refuerza el planteamiento anterior. Lo que llama la atención es que están conscientes, hasta cierto punto, de que no sólo ellos, sino también los otros se ven presionados para convencer a los demás de que son un tipo de hombre que muchas veces está alejado de lo que realmente son. Esto repercute en lo que menciona Ramírcz (2006:42) en relación a que “lo hegemónico no implica que se viva como tal, sino con el solo hecho de que se tienda o se aparente a vivir como tal, se puede disfrutar de los

beneficios de 'lo hegemónico' simplemente por el hecho de representarlo". Lo peligroso, desde los términos de la equidad genérica, es que con la simple intención de querer alcanzar, cumplir o aparentar lo hegemónico, aunque sólo sea en espacios y con relaciones sociales determinadas, se continúa fortaleciendo y legitimando dicho modelo dominante.

Otro de los elementos que resalta en el relato de Luis, es el peso que expresa sentir por estar aparentando el modelo hegemónico de masculinidad, la frase *"tienes que decir algo para quedar bien en ese entorno, y es algo que te absorbe"* denota la presión social que se ejerce en los varones y que, aunque *"la responsabilidad es de cada quién"*, finalmente son imposiciones sociales que van más allá de la decisión individual. Curiosamente, aunque hay una denuncia de la presión que sienten por ser un tipo de hombre determinado, lo que a la vez es una imposición social, ninguno de los entrevistados lo mencionó cuando se abordó el tema de las desventajas en los hombres por ser hombres. Una cuestión más que sale a luz, es la supresión de ciertos sentimientos – *como que las cosas sentimentales a ellos nos les pegan-*, relacionados con la relación se pareja; como se vio con el relato de Francisco en páginas anteriores, es una represión que se aprende desde los primeros años de vida y que continua fortaleciéndose en sus relaciones adultas.

En un contexto diferente al que menciona Luis, Raymundo considera que en su actual lugar de trabajo - académico, universitario-, es menos común la inequidad genérica. Esto tiene que ver con la concepción de los espacios sociales, y nuevamente me remito a los constructos sociales e históricos. En caso de que el planteamiento de Raymundo fuera cierto, eso significaría que en determinados lugares no se presenta la inequidad genéricas, lo cual resulta una falacia. No obstante, sí se reconoce que hay lugares donde son menos evidentes las conductas que fomentan la inequidad de género en comparación con otros espacios donde pudieran ser permisibles – más no justificables-, este tipo de comportamientos:

*"Pues si es frecuente, en parte obviamente, en el ambiente en el que estoy no se nota tanto pues porque es un ambiente académico pero yo recuerdo que cuando estaba en la ambulancia y era más pequeño era más el poder de la testosterona"* (Raymundo)

Con este *obviamente* pareciera que Raymundo está dando por sentado que en un ambiente como el de las ambulancias es común que los hombres tengan conductas machistas en comparación con la universidad donde actualmente trabaja, incluso, hasta se me viene a la mente que el informante podría ver raro si fuera al contrario, sin embargo, este “*no se nota tanto*” abre la posibilidad de que sí exista, aunque con menos probabilidades.

Por otro lado, una concepción del modelo dominante de masculinidad y que definitivamente hay que demostrar es la heterosexualidad.

*“...en Chiapas. platicando con un francés pues nos estábamos despidiendo y él se acerca y me quiere dar un beso y yo así (mueve la cabeza hacia atrás), me costó trabajo, y ahí vi toda mi cultura, toda mi historia en el que digo, no sólo son 32 años sino también los hijos de la chingada de los españoles, ahí dije, órale, fue muy fuerte de, y después así que, es cultural esa parte del beso, al único que le doy beso digamos cuando lo veo es a mi padre, 'hola como estas padre', entonces, pero a otros es como difícil no y bueno, cuando hay unos tragos, que a un amigo, 'te quiero cabrón' no era homosexual, pero si hay esa, esa, esa represión histórica de no puedes demostrar que eres, eres, sientes, el hombre...” (Francisco)*

Se ha documentado que una de las formas en que se demuestra la heterosexualidad es a través de la paternidad; si bien es algo que sólo lo expresó Raymundo y abriendo la posibilidad de que en él se exprese una colectividad, él no considera a la procreación como un mandato indispensable para sentirse hombre:

*“...la verdad es que algo que sí he tenido muy claro es que no voy a tener hijos no, bueno ahorita más, pero en ese entonces [cuando era adolescente] evidentemente sabía que no quería tener hijos no...” (Raymundo)*

Desafortunadamente no se ahondó más sobre este tema, sin embargo, aunque se reconoce que hubiera sido importante profundizar sobre lo que representaba para él la paternidad, llama la atención que, con excepción de Roberto, ninguno de los entrevistados tiene hijos sabiendo que en promedio tienen 30 años de edad y que de acuerdo a la literatura, un mandato social de los hombres adultos precisamente es ser padres (Cazés, 2004). Por tanto, puede decirse que la

paternidad no entra como un mandato esencial en el significado de ser hombre, al menos. no por el momento.

#### 4.2.6 La práctica sexual

Una de las prácticas que en la literatura se ha identificado indispensable en la identidad masculina, es mantener una actividad sexual activa, en donde lo que se les demanda es ser expertos conquistadores y tener múltiples parejas sexuales (ver por ejemplo Cazés, 2004 y Olavarría, 2004). Aunque no fue explícito en ninguno de los entrevistados, aparentemente por sus relatos, no es algo que sea determinante en el significado de ser hombre de los entrevistados. Esto no quiere decir que no haya conciencia de que los hombres con varias parejas sexuales tengan cierto reconocimiento, muestra de ello es la reacción de José cuando se le preguntó cuántas parejas sexuales había tenido:

*“E: ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?”*

*C: jajajajaja no me acuerdo, ya perdí la cuenta, no, no es cierto, mmm, bueno pues tres parejas sexuales” (José)*

La risa espontánea de José expresa, aunque sea a manera de burla, el reconocimiento que logra un hombre con un gran número de parejas sexuales, al menos en un contexto determinado, como el que se mencionó en párrafos anteriores, en donde *estar entre hombres* se tiene que demostrar atributos muy específicos. No obstante, de acuerdo a los relatos, muchas de las prácticas sexuales varían a las que se identifican con el modelo dominante de masculinidad. Por ejemplo, si se compara el número de parejas sexuales de los cinco entrevistados, José es uno de los que mencionó haber tenido menos:

*“E: ¿Cuántas parejas sexuales has tenido hasta ahorita?”*

*R: Pues más de diez” (Raymundo)*

*“E: ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?”*

*L: Mmmm... no sé, te puedo decir que como diez” (Luis)*

Al igual que José, Roberto también ha tenido tres parejas sexuales. Los dos expresan que han tenido relaciones sexuales únicamente con parejas que han considerado estables, es decir, con las que han mantenido un vínculo afectivo:

*E: ¿En el tiempo que has estado con Ale has tenido otras parejas sexuales?*

*C: No, no... ahora si que cada pareja en su turno jajajajaja, si, no.*

*E: ¿Entonces dices "si soy fiel"?*

*C: Igual y no lo digo pero tampoco ando así que digas ando buscando...en mi caso, bueno, estás con alguien y le tienes cariño... también por esto de que inconscientemente te llega a la cabeza de que las enfermedades, de que... no sé, igual se embaraza, embarazas a alguien, te infecta, te pasa una infección, problemas que te puede generar (José)*

Al igual que José, todos los entrevistados se caracterizan por un tipo de monogamia sucesiva<sup>20</sup> siempre y cuando exista un vínculo afectivo hacia la mujer con la que mantiene una relación, y aquí es dónde nos empezamos a adentrar en el significado cultural de pareja y que se resaltarán en líneas subsecuentes. Francisco, por su parte, aunque no mencionó el número exacto de parejas sexuales, expresó que han sido *pocas* y él mismo califica su vida sexual como *no muy activa*, información que se corrobora con otros datos de la entrevista:

*"...no, nunca he sido un, nunca he tenido una sexualidad muy activa, este, activa, pues son pocas parejas, pero o compañeras de así de, pero bueno se dio el caso [de la primera relación sexual]" (Francisco)*

Así, la práctica sexual de los entrevistados es muy heterogénea, con discrepancias y correspondencias con lo que se ha documentado en la literatura. Un ejemplo de concordancia es la primera experiencia coital, la cual, con excepción de Francisco, la vivieron dentro de una relación de pareja:

---

<sup>20</sup> Autores como Lagarde (1994: 128) hacen mención de la monogamia sucesiva cuando "se permiten cambios de personas y en tiempo de la relación", es decir, que mientras sólo tenga una pareja sexual – acompañada o no de vínculo afectivo- no se tiene(n) otra(s); la monogamia sucesiva es contraria a la denominada monogamia vital.

*“Sí, fue con una novia, ahora sí que con la novia que tenía en ese momento, pues sí éramos estables, no era así que una amiga que me encontré, o algo así no, sí, era una pareja estable” (José)*

*“Pues empezamos a andar ¿no?, fue algo así de, te puedo hablar de ¿cuatro meses?, sí, de cuatro meses, por ese tiempo sí anduvimos” (Luis)*

*“Pues mira mi primera experiencia sexual fue con mi novia que tenía en ese momento” (Roberto)*

*“... fue con una amiga de... familiar, entonces se dio” (Francisco)*

*“... fue con una novia [mi primera relación sexual]” (Raymundo)*

Como se recordará, en el estudio de Rojas y Castrejón (ver capítulo 1, página 20), el mayor porcentaje de hombres mexicanos tiene su primera relación sexual en pareja. Al indagar sobre el significado de esta experiencia, para la mayoría de ellos fue bastante significativa en el plano emotivo:

*“Pues yo creo que siempre la primera experiencia es sorpresiva ¿no? así como 'ehhhh, pasó'(risas) sí, porque no me imaginaba este, y fue así como 'órales y esto que onda', fue chido...” (Francisco)*

*“Para mí o sea, fue muy importante, porque fue el primer contacto que yo tenía, sí lo sentí muy importante de que una persona aceptara estar conmigo, o sea, para mí fue muy significativo y realmente no hubo una presión como muchas veces sucede de que 'quiero que me des una prueba de amor si realmente me quieres', y entra una especie de presión o chantajes, no, sucedió porque ambos lo queríamos, de hecho, para mí significaba mucho cada vez que estaba con ella.” (Luis)*

Haciendo alusión de los constructos sociales nuevamente, pareciera que la primera relación sexual se vincula más con idea de consolidar un sentimiento afectivo con otra persona que con el “convertirse en un hombre” como lo han encontrado en otras investigaciones (ver por ejemplo Ramos, 2006). Si lo anterior se vincula con la edad de los entrevistados a la que tuvieron su primera relación coital, se reafirma el planteamiento de que sus prácticas sexuales no

corresponden fielmente a lo que se describe en la literatura como modelo hegemónico de masculinidad. En este sentido, la mitad de los entrevistados tuvieron su primera relación sexual después de los 18 años de edad, siendo calificada por ellos mismos como tardía:

*"A los... tarde, a los 18" (Luis)*

*"A los 18 años. si ya grande" (José)*

*"...ya fue bastante. bueno. no sé si grande. pero sí fue. a los 23 años mi primera relación sexual..." (Francisco)*

Al preguntarles por qué consideraban que habían iniciado su vida sexual tardíamente, la respuesta que en común, fue porque se comparaban con sus compañeros o amigos que ya habían tenido relaciones sexuales; el caso de Roberto y de Raymundo fue distinto ya que ambos comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 15 y 16 años, rango de edad en que se inicia la vida sexual en México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud (Instituto Mexicano de la Juventud, 2005):

*"E: ¿Por qué consideras que tu primera relación sexual fue a una edad tardía?"*

*L: Sí, porque yo escuchaba a compañeros o amigos, de 15, 16 incluso hasta 14, no sé que tan válida sea esa información porque uno tiende mucho a exagerar algunas cosas ¿no? y bueno. eran unos 'expertos' según ellos ¿no?" (Luis)*

Aunque también se ha documentado que es muy común que los varones se vean presionados por sus redes sociales para iniciar una vida sexual (Ortiz y et al., 2004; Rojas y Castrejón, 2007), ninguno de los entrevistados, independientemente de la edad a la que tuvieron la primera relación sexual, expresaron haberse sentido presionados:

*"E: ¿Pero los comentarios nunca fueron en un sentido de presionarte para tener relaciones?"*

*L: No, de qué. no, o sea, mmm... no en ese sentido. más bien era en un sentido de ufanarse ellos mismos, de que 'no, yo ya tuve' igual era cierto o no era cierto.*

*E: ¿Tú que decías? ¿Te preguntaban a ti algo?*

*L: Pues sí, sí, me preguntaban, no sólo a mí, sino a varios ¿no?, '¿y tú?', 'no, pues yo no', y ya te decían 'no pues es que se siente bien chingón' y cosas así, pláticas de hombres ¿no? 'ya te chingaste a una vieja', una cuestión así'" (Luis)*

Pese a que dicen no haberse sentido presionados, si se hace una lectura del “*sí, me preguntaban*” o “*pues es que se siente bien chingón*” puede verse como una forma de presión aunque no directa. Por otro lado, aunque expresaron no considerar el inicio sexual como un mandato social para ser hombres, sí había un mensaje de que la práctica sexual activa estaba vinculada de alguna manera a la identidad masculina, de hecho, las últimas palabras de Luis sobre *ya te chingaste a una vieja* denota el poder, documentado en diversos textos, que muchos hombres sienten en relación a la mujer cuando se tienen relaciones sexuales. No obstante, al preguntarles a los entrevistados qué pensaban de las mujeres con una vida sexualmente activa, sus respuestas fueron bastante similares:

*“E: ¿Y qué piensas de las mujeres que tienen varias parejas sexuales?*

*R: Pues igual [que los hombres], incluso cuando yo estaba en la universidad pues hablas con la persona y llegas a un trato no, yo muchas veces llegué a acostarme con chicas que tenían novio y sabían que yo tenía otra pareja no, pero no puedes juzgar, si es una acuerdo mutuo pues esta bien no” (Raymundo)*

Encontrando diferencias al comparar los discursos de los cinco entrevistados se muestra que, por un lado Roberto habla sobre una libertad sexual de hombres y mujeres, y por otro, se encuentra el discurso de José en donde hace una tipología de mujeres considerando su experiencia sexual:

*“¿Mi familia? No, nada, incluso hasta la fecha, en la casa, has de cuenta que nunca tocas ese tema, igual por pena, o sea, no es porque les de miedo, es más por pena, yo conozco a mis papás, no, nunca este, nunca toqué el tema con mis papás así de que, bueno que mi papá me dijera 'cuando inicies tu vida sexual cuídate [...] andu con una chava que sea tranquila, que sea decente, no con cualquiera'" (José)*

Evidentemente José hace una diferencia entre las mujeres con una actividad sexual más activa (*una cualquiera*) que otras (una mujer *decente*), sin embargo, ninguno de los entrevistados hace mención sobre la inclinación de tener relaciones de pareja que no hayan tenido relaciones sexuales previas – etiquetadas comúnmente como “mujeres vírgenes”-, incluso, sus actuales parejas ya habían tenido experiencias sexuales, sin que mencionaran tener conflicto con eso:

*“... Diana también tuvo relaciones anteriores y bueno, esta esa problemática del, del problema del papiloma humano y pues va a revisarnos” (Francisco)*

No obstante, aunque Francisco no expresó ningún comentario negativo sobre la experiencia sexual previa de su pareja, sí bromeó al hablar sobre la mujer con la que tuvo su primer encuentro coital:

*“No, no fue planeado [la primera relación sexual], por eso te digo fue bastante sorpresivo de mi parte, ella, este, tenía, tenía o tiene una, este sexualidad muy activa, entonces, este, pues ella, ya tenía experiencia y 'ah, este muchachito'”, entonces para mí fue sorpresivo, a lo mejor para ella ya llevaba, maquiavélicamente un plan” (Francisco)*

Aunque lo haya comentado a manera de broma, el considerar que su primera pareja sexual había formulado *maquiavélicamente un plan* se vincula con la tipología que hace José sobre las mujeres decentes, que no formulan un plan con alevosía y ventaja y las que sí lo hacen. Con el resto de los entrevistados no se lograron identificar comentarios sobre este tema. Retomando la dimensión de las prácticas sexuales, es importante mencionar lo relacionado al deseo sexual, como ya se señaló, José hizo alusión a que existen ciertos genes en los hombres que determinan el deseo sexual, aunque puede ser controlado; una idea más que refuerza que los entrevistados no presentan conductas que hagan pensar en un deseo sexual incontrolable es el caso de Raymundo, quién decide no tener relaciones sexuales con un mujer que no conoce si no tiene un preservativo:

*“E: ¿Y si acabas de conocer a la persona y no tienes preservativo a la mano?”*

*R: Pues sí, pero no [no tengo relaciones sexuales], si cuando era más chico era más precavido, desde chico de hecho, en la secundaria tenía preservativos, y se te*

*quedaban pero bueno. ahí los tenías, sobre todo cuando tenía 16, compraba y ahí los tenía y a veces se usaban y a veces no". (Raymundo)*

Como se pudo observar, las prácticas sexuales de los entrevistados dependen de varios elementos – el contexto, la pareja, la edad-. Por tanto, se puede afirmar que, tiene mucho que ver con el modelo hegemónico de masculinidad, no responden fielmente al mismo.

#### **4.2.7 Las ITS: “Caigo en lo que muchos hombres piensan 'yo no'”**

De acuerdo a los datos que emergieron de las entrevistas, ninguno de los entrevistados considera que pueda contagiarse de una ITS, no porque se sientan inmunes a las enfermedades como se ha planteado en otros trabajos (ver por ejemplo Guerriero, Ayres y Hearst, 2002), si no más bien por estar convencidos de que ellos no tienen ni han tenido prácticas sexuales que puedan calificarse de riesgo y de que sus respectivas parejas están exentas de una ITS, aún con el diagnóstico de VPH de su pareja. Cada uno de estos aspectos tiene sus particularidades.

El que los entrevistados consideren que no han tenido prácticas sexuales de riesgo se relaciona con el hecho de que no han tenido relaciones coitales con trabajadoras sexuales, en este sentido, todos los entrevistados negaron un encuentro sexual comercial:

*...no lo siento yo que lo necesite [realizarse pruebas diagnósticas de ITS], es decir, si yo me acostara con una prostituta eh, a lo mejor. y no utilizara condón, pues si me haría a hacer el análisis luego, luego, pero no he estado en ninguna situación como para decir 'ay caray, me infecté de algo' (Raymundo)*

*No, no, nunca [he tenido relaciones con una sexo- servidora] (Roberto)*

Una segunda práctica sexual de riesgo y que por el tipo de expresiones de los entrevistados se puede asumir con menos peso que el sexo comercial, es la no utilización del preservativo pero únicamente con las mujeres que no conocen o que están conociendo – como se verá más adelante, esta práctica fue diferente durante la adolescencia-. En este sentido, cuando los entrevistados

inician una relación de pareja utilizan el preservativo pero cuando se vuelve una relación estable, lo dejan de hacer:

*"...con mi primera novia, pues empezó estuve cinco años con esta pareja, tuvimos relaciones cuidándonos con condón específicamente, eh, pero bueno, a determinado tiempo que teníamos como más confianza entre los dos dejamos de usarlo.... con la segunda manejamos como la misma dinámica, empezamos utilizando condón y eso y ya que teníamos como más confianza, este, utilizábamos el ritmo o cosas así, a lo mejor hubo otras cosas como diafragma y cosas, bueno, no me acuerdo específicamente, y luego ya mi pareja siguiente fue Eva, mi esposa, y pasó exactamente lo mismo, o sea, empezamos cuidándonos, pero no, no es cierto, no fui igual, estábamos cuidándonos y lo que pasó con acá (señalando con la cabeza a su hijo), es que se rompió [el preservativo]... pero seguramente hubiera pasado igual".*  
(Roberto)

*"... cuando empieza a ser como una pareja estable tiendes a dejar de usarlo [el preservativo]."* (Raymundo)

Ya que las parejas con las que se encontraban en el momento de la entrevista eran consideradas como relaciones estables – hay que recordar que la mayoría tienen varios años juntos-, no se hace indispensable la utilización del preservativo.

Con lo anterior, nuevamente nos encontramos con una especie de tipología de mujeres considerando la posibilidad de contagiarse de una ITS: las de mayor riesgo que son las trabajadoras sexuales; las de menor riesgo que son con las que deciden tener relaciones sexuales; y con las que no existe riesgo alguno por considerarlas parejas estables. Esto se remite nuevamente al significado social que se tiene de una pareja con la que se tiene un vínculo afectivo<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> La relación de pareja como la describen los entrevistados puede ubicarse en lo que en Psicología Social se denomina *amor romántico*. Tomando en cuenta a Sangrador (1993) se plantea que la idea de amor se desprende fundamentalmente de un fenómeno sociocultural, por tanto, el amor romántico es un modelo de la cultural occidental que surge a inicios del siglo XIX y que se caracteriza por: la entrega total de la persona, vivir experiencias muy intensas de felicidad o sufrimiento, depender de la otra persona y adaptarse a ella postergando lo propio, consagrarse al bienestar de la otra persona, entre otras más (Ferrera, 1995, 179- 180).

En este sentido, la concepción de pareja estable es bastante importante porque para ellos implica un compromiso de monogamia – sucesiva, como se describió anteriormente-, por ambas partes; esta idea salió a la luz con el relato de Raymundo quien comentó que al inicio de su actual relación de pareja tenían un acuerdo en que ambos podían “ver” a otras personas, sin embargo, cuando comenzaron a involucrarse afectivamente lo dejaron de hacer:

*“R: ... fue un poco raro con esta pareja, porque al principio no éramos pareja y decidimos que no íbamos a andar pero teníamos relaciones sexuales*

*E: ¿Y después?*

*R: En ese momento[...] también ella tenía otras parejas sexuales*

*E: ¿Y qué pasó, dejaste de tener otras parejas?*

*R: Pues sí, eso fue hace mucho*

*E: ¿Tuvo algo que ver el diagnóstico?*

*R: No, fue básicamente la pareja, ya cuando comienzas a sentir algo, pues es diferente”*  
*(Raymundo)*

Por su parte Luis y Francisco reconocen que han tenido encuentros sexuales ocasionales pero cuando no han estado involucrados afectiva y emocionalmente:

*“...he tenido encuentros ocasionales, pero siempre han sido con gente que conozco, o sea sí, que previamente al menos haya habido un contacto de compañeros, de amigos, entonces este, no es así que de hoy la conozco y no la he tratado, al menos se quién es y ella sabe quién soy, regularmente creo que previamente se habla, no te digo que nos reunimos en una fiesta o coincidimos en algún evento y pues ya, vamos no, creo que hay algo”* (Luis)

Es decir, la monogamia sucesiva existe sólo cuando está presente un vínculo amoroso. el cual, determina la concepción y el tipo de relación, planteamiento que emergió al indagar sobre el significado de pareja y en el que dieron respuestas en común:

*“Pues hijoles, significa muchas cosas, pues realmente tener una relación de pareja es tener un compromiso en muchos sentidos, no, o sea, tener, ser, independientemente del amor, pues necesitas ser solidario con la persona y apoyarla, este, pues es muy amplio no”.* (Raymundo)

*"Hijole, para mí me resulta... en este momento es lo más importante para mí, porque este, mi familia ahora es lo más importante para mí, entonces éste, mi relación de pareja me ha enseñado muchas cosas, fortaleza, apoyo este, un chorro de cosas bien bonitas, es como que lo principal, considero que estando bien en mi relación de pareja, incluso los hijos". (Roberto)*

*"...tener una compañera o en tu caso tener un compañero, o entrar el mismo gusto del sexo hombre y mujer, yo creo que es esa parte de compartir y entender y acompañar en el proceso y acompañarnos, este yo creo que es esa parte de acompañarnos, si viene en la vida cabrón o si viene algo chido, disfrutarlo y builarlo, yo creo que para mí, el amor, no es feliz, el amor, tiene sus altibajos ¿no? se deben dar las encabronadas, porque es parte, eêe es el sabor de la vida de decir, chin ¿qué pasa?, y ahora pasa esto y haber, pensarlo, y comunicarlo, hay veces en que sí es difícil, pero no es imposible llevar una relación un compañerismo de vida y creo que eso este y el apoyo es fundamental, el comprender la situación en que nos encontramos y decir 'no, pues no' y aceptar las cosas" (Francisco)*

Como se puede ver en los relatos, el compromiso, el apoyo, la solidaridad y el acompañamiento son algunas de las características que se destacan en estos relatos y que en varios momentos de las entrevistas también mencionaron.

Si en ese momento sólo se tiene una única pareja sexual y no se ha tenido contacto con trabajadoras sexuales, *per se* no hay posibilidad de contagiarse de una ITS<sup>22</sup>:

*"...no quieres que te SIDA, pues no hagas cosas que te hagan que te de SIDA y ya, y por lógica dices, si tienes relaciones sexuales sucio, así y andas de pareja en pareja, por lógica te vas a infectar alguna cosa no, de cualquier cosa, te va a pasar una infección, como que siento que sé lo básico, que sé lo básico, nadamás para cuidarme ¿no?, para cuidarme y para cuidar a las personas que están conmigo" (José)*

Como forma de contagio de una ITS, aparece el aspecto de la higiene, que mencionaron dos de los entrevistados cuando se indagó sobre el VPH y que se retomará más adelante. Lo que hay que

---

<sup>22</sup> Aunque en los fragmentos que se presentan de las entrevistas no mencionan como tal a las ITS, éstos se extrajeron cuando se les preguntó específicamente sobre este tipo de infecciones.

resaltar, es que con la idea de moverse dentro de relaciones libres de infecciones, dentro de esta dinámica de monogamia sucesiva, se corre el riesgo de terminar una relación e iniciar otra sin concebir la posibilidad de que se pueda transmitir o contraer una ITS, es decir, metafóricamente se cierra un sistema de contagio con una pareja sin asegurarse con pruebas diagnósticas que no exista una ITS<sup>23</sup>. En suma, si se concibe tener relaciones sexuales con parejas estables exentas de infecciones y además se considera que la misma pareja viene de un sistema similar, se reducen aún más las posibilidades de pensar en una ITS. De esta manera, si no se tienen prácticas sexuales que no se consideran de riesgo y se tiene una relación de pareja donde la confianza y la fidelidad constituyen la columna vertebral, entonces no hay cabida para una ITS:

*"Pues mira, como solamente, a parte de ese diagnóstico, ya solo he tenido una pareja y solo lo hago con condón, pues no le encuentro otro sentido o más bien otro motivo no" (Raymundo)*

Como se verá más adelante, Raymundo fue el entrevistado al que más le afectó el diagnóstico de VPH – física y emocionalmente-, a pesar de esto, comenta que *a parte de ese diagnóstico* -refiriéndose al VPH-, considera que no hay posibilidad de contagiarse de una ITS. Agregado a esta contradicción, Raymundo comenta en otro momento de la entrevista *"por su carrera"* conoce el virus y las consecuencias de la infección y aún así, se contagió de VPH:

*"...yo ya sabía lo del papiloma, sé que hace más o menos, causa cáncer cervicouterino, pero pues como es común, te dice que te puede pasar y no tomas más conciencia hasta que deberás te pasa y creo que así somos muchos humanos" (Raymundo)*

Al no concebir la posibilidad de una ITS, aún con el diagnóstico de VPH de la pareja, las pruebas diagnósticas para detectar una ITS quedan fuera como práctica en salud sexual y reproductiva:

---

<sup>23</sup> A esto es a lo que llamé *imaginario de sistema cerrado de no contagio* y que lo explicaré con más detalle en el capítulo de conclusiones.

*“No [me he realizado pruebas para diagnosticar alguna ITS], porque ahora sí, sí estoy consciente de que no he hecho nada malo pues no tengo por que tener eso...”*  
(José)

Como se mencionó en líneas anteriores, el no haber “*hecho nada malo*” – no tener relaciones sexuales sin condón con una pareja que se consideren de mediano riesgo, no tener relaciones coitales con trabajadoras sexuales y considerar a la pareja estable exenta de infecciones-, es el argumento que tienen para no realizarse pruebas diagnósticas por su cuenta, limitándose a hacérselas cuando son un requisito indispensable para donar sangre o someterse a algún procedimiento médico o quirúrgico:

*“Pues no directamente, sino cuando donas sangre te hacen de sífilis, te hacen de gonorrea, te hacen los de hepatitis y obviamente SIDA”* (Raymundo)

*“Contra el VIH, pero ahí sí ha sido una... bueno una vez fue sí, fue una cuestión porque yo quise, yo fui a hacerme mis propias pruebas, pero la mayoría, que han sido como tres tal vez, han sido por una cuestión de que tengo que someterme a un tratamiento médico”.* (Luis)

Con lo que menciona Luis, pareciera que depende del tipo de ITS es el grado de importancia que se le da, considerando que la más importante es la de VIH. Esto puede vincularse con la respuesta de algunos de los médicos que se contactaron durante la búsqueda de los sujetos de estudios, quienes expresaron lo interesante que les parecía la investigación debido a que ellos percibían que el VIH es la ITS a la que se le da mayor importancia.

Considerando la limitada iniciativa que los entrevistados tienen para someterse a pruebas diagnósticas para ITS, acudir a una revisión con profesionales de salud y dar seguimiento a un cuidado en su salud sexual y reproductiva está ausente. La principal razón que motivaría acudir a algún servicio de salud es que hubiera una manifestación de que algo en su cuerpo no estuviera “normal”:

*"No sé, que mi pareja se empiece a sentir mal, no sé, que a ella le detectaran una enfermedad, creo que sería un detonante, si, o no sé cuando yo notara algo, un granito, no sé..." (Luis)*

De acuerdo a los entrevistados un segundo detonador que los motivaría para acudir a revisiones médicas, no menos importante que el anterior, es que su pareja se lo pidiera o que ella comenzara con manifestaciones que dieran muestra de alguna enfermedad, como fue el caso de algunos de los entrevistados cuando conocieron el diagnóstico de VPH de su pareja, como se verá más adelante.

#### **4.2.8 "Dependiendo con quién...": Métodos de Planificación Familiar**

Una de las prácticas sexuales que también se abordó fue la utilización de métodos de planificación familiar (MPF), aspecto que también ha sido bastante documentado en otras investigaciones (ver por ejemplo Ramos, 2006 y Szasz, 2003). El MPF más utilizado por los entrevistados en los últimos años ha sido el preservativo.

*"E: ¿Actualmente utilizan algún método de planificación?"*

*J: El más común, lo que es el preservativo, el condón [...] es el más seguro y es el más, como que el que más fácil, o sea vas a la farmacia, ves unos preservativos y ya..." (José)*

No obstante, aunque actualmente la utilización del preservativo se hace de manera selectiva - dependiendo de la mujer con la tengan relaciones sexuales- , durante su adolescencia no siempre lo utilizaron:

*"...creo que ahora tengo más información, sé más, no sé tanto, pero sí, tengo más referencias sobre las enfermedades de este tipo, algunas no todas, pero creo que en aquel entonces, a esa, yo creo que a esa edad no se puede pensar mucho, analizar todo tu entorno, tú lo que quieres es llegar a algo con esa persona" (Luis)*

*"...la hormona es la hormona y más cuando estás joven, simplemente un día lo usabas, otro día ni te acordaste, ninguno de los dos se acordó, y simplemente se dan las cosas y obviamente, es lo malo, pero bueno" (Raymundo)*

La limitada utilización del preservativo cuando eran adolescentes, concuerda con lo que se ha encontrado en otras investigaciones en relación a que el uso del condón es escaso en los jóvenes (Ortiz y cols., 2004):

*"E. ¿Y antes de que estuvieras con Ale utilizaste el preservativo?"*

*J: sí, sí, mmm... igual en las relaciones anteriores sí*

*E: ¿Nunca hubo alguna vez en que dijeras "chin"..?"*

*J: Deja me acuerdo, creo que sí, uuuy... pero un... no sé... un ejemplo ¿no? de 10 veces, 9 u 8 utilizaba condón y una sí" (José)*

Los entrevistados mencionan que tampoco en su primera relación sexual utilizaron el preservativo, ni siquiera en los casos donde el encuentro sexual había sido planeado:

*"...se dieron las circunstancias y decidimos ir a un lugar y tener relaciones sexuales, pero bueno, ni hablamos del condón" (Raymundo)*

Independientemente que con el tiempo, los entrevistados expresan que tuvieron consciencia de los riesgos que tenía la no utilización del condón para adquirir una ITS, tenían claro desde la adolescencia, que no querían enfrentarse a una experiencia de embarazo no planeado, así que tomaban medidas para prevenirlo, que no tenían con el preservativo:

*"...bueno, en ese, en ese entonces lo que, lo que hacía era como interrumpir el coito, antes, incluso yo nunca, nunca.... terminé la relación así, digo eyaculé, era como la forma de proteger, lo dejé de utilizar por el temor de que pudiera darse un embarazo" (Luis)*

*"Bueno ahí, realmente nunca tuve, nunca tuve eyaculación, entonces por eso no era el caso de la pastilla anticonceptiva o del día siguiente" (Francisco)*

Aunque el coito interrumpido es un método poco efectivo para prevenir un embarazo y es algo que no está en discusión, llama la atención que éste era su principal preocupación cuando lo que se ha encontrado en otras investigaciones, como la Rodríguez y Álvarez (2006), es precisamente lo contrario, los varones utilizan el condón para evitar enfermedades mientras que las mujeres lo usan para no embarazarse. Por tanto, pareciera que aunque el riesgo de adquirir una ITS y la posibilidad del embarazo son situaciones no deseables, no se toman medidas preventivas para ambos casos. Posiblemente esto tiene que ver, otra vez, con el constructo social de pareja que, como se planteó, se considera no consideran que puedan adquirir una ITS con las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin condón, que en este caso, sólo han sido con parejas que ellos consideran estables.

Por otro lado, en varios fragmentos de las entrevistas existen evidencias de una limitada comunicación con sus parejas sexuales. Por ejemplo, no es común que hablen con sus parejas sexuales, ni siquiera con las que tienen actualmente, para decidir que MPF utilizar, situación que dos de ellos lo expresaron verbalmente:

*“...estos temas del... se podría decir que íntimos... si ¿no?, de la intimidad de una persona casi no... no los toco, no es muy frecuente que yo los toque, aunque con mi pareja, por ejemplo con Ale en este caso no hablamos de si... no es una comunicación sexual muy abierta, muy este... muy plena...” (José)*

*“F: ... ¿cómo la he experimentado? [la sexualidad] Pues con mucha represión a veces, en el sentido de que vivo en un mundo de, o en una sociedad en la que es bastante difícil ¿no? desarrollarte pero creo que ahorita con mi compañera, bueno, vamos experimentando*

*E: ¿Por qué represivo?*

*F: Porque de repente es esta parte de que tú quieres algo ¿no?, entonces considero que es muy difícil hablar*

*E: ¿A ti te ha costado trabajo hablarlo?*

*F: Sí, a veces si cuesta trabajo hablar con tu compañera, bueno en mi caso, es difícil así de quiero esto o me gusta hacer esto, entonces a veces se piensa así de si hablo por donde me tomará o si voy por esto, chin, ¿Qué onda?, pero creo que hay cosas que a veces se van dando y la experiencia de la relación se va permitiendo hablando,*

*decir 'oye, que onda, hay esto, ¿podemos hacer esto?, ¿sí o no? ah, pues sí órale', o ¿cómo lo vemos? (Francisco)*

En ambos testimonios, se percibe una concepción de la sexualidad como algo privado y que cuesta mucho trabajo socializar en pareja, contrario al carácter público que se atribuye a la sexualidad cuando se platica con otros hombres. Sea cual fuera la causa, el que no haya una comunicación entre pareja implica que las decisiones se den por entendidas o se tomen de manera unilateral, como se ejemplifica con el caso de Luis quien utilizaba el coito interrumpido sin avisar a su pareja:

*"...el coito interrumpido fue por mi decisión, fue como unilateral, entonces, este, fue en el momento ¿no?" (Luis)*

Aún con sus actuales relaciones existe esta limitada comunicación, en donde los informantes dejaron de utilizar el preservativo - hay que recordar que en un inicio sí usaban el condón-, sin que fuera negociado en pareja:

*"E: ¿Usualmente platicas con tus parejas el dejar de utilizar el preservativo?"*

*R: Pues no, como ha sucedido es algo que se va dando" (Raymundo)*

Si se considera que para ellos la pareja significa apoyo, compromiso y solidaridad, se observa una brecha entre el discurso y la práctica, situación que encontró también Muradás Troitiño (2002) en los varones que participaron en su estudio y que afirmaban discutir y hablar abiertamente con su pareja sobre cuestiones de su sexualidad pero en la práctica se evidenciaba la toma de decisiones de manera unilateral. Es importante recalcar, que en esta limitada comunicación, ni ellos ni sus parejas pusieron en la mesa de discusión dejar de utilizar el preservativo, como dice Raymundo, *es algo que se va dando*, por lo que habría que indagar, directamente con sus parejas porque tampoco hablaron con ellos sobre este asunto, ¿acaso fueron cuestiones de género en dónde se suele considerar a la mujer pasiva en el aspecto sexual? o ¿para ellas también es innecesario el uso del condón con parejas que conciben como estables? Aunque son cuestionamientos que no se pueden responder en esta investigación, sí son importantes para futuros trabajos.

Pese a la limitada comunicación, que se hace evidente en los aspectos que se mencionaron, el diagnóstico de VPH, fue una situación que sí se comunicó y habló en pareja; nuevamente se pone en evidencia cómo las prácticas sociales están inmersas en ambigüedades.

#### 4.2.9 “¿Surge así o es una cadenita?”: El diagnóstico infección por Virus del Papiloma Humano

Es muy heterogéneo el grado de conocimientos que se tiene sobre la infección por VPH. Mientras tres de ellos tienen una vasta información sobre el tema, los otros dos reconocieron saber *lo necesario*. En el caso de los primeros, lo que los motivó a buscar información fue el diagnóstico de la pareja o de alguien cercano, como es el caso de Luis quien previamente vivió la experiencia del diagnóstico con un familiar, o el propio diagnóstico de infección por VPH de Raymundo. Previo a estas experiencias, habían escuchado del VPH pero desconocían las implicaciones de la infección, esto nos habla de la poca difusión que tiene ésta y otras ITS que pueden ser tratables siempre y cuando se diagnostiquen a tiempo:

*“Sí [mi pareja], lo tuvo [el virus] y bueno nos informamos hay ciento y tantos formas de ¿cómo? ¿Clases? Tipos de, de papiloma” (Francisco)*

*“Sí, yo ahí empecé como que a, cómo que a tener más referencia del virus, porque a mí esta persona me platicó lo que le había pasado y todo el proceso que tuvo que llevarse para poder este, resarcir el problema y creo que ahí, la parte que... físicamente sufre más pues es la mujer, es la mujer... fue en un entorno familiar, por eso [...] sí, yo lo he buscado en el internet y todo, por eso, incluso con un médico platicué..” (Luis)*

De esta manera, los tres entrevistados que tenían más información sobre la infección mencionaron saber que hay diferentes tipos de virus - algunos más malignos que otros-, relacionan la infección con la aparición de cáncer cervicouterino, señalan la importancia de las pruebas diagnósticas, saben que existe una vacuna que se puede aplicar a edades tempranas, entre otras cosas más. En general, reconocen las repercusiones de la infección en la salud de las

mujeres más no en la de los hombres, esto es de especial importancia ya que retomando los estudios de Guevara<sup>24</sup> (2005), el tener conocimiento de que el virus se manifiesta principalmente en el cuerpo de las mujeres más no en ellos, se considera decisivo en el grado en que los varones se involucran en una experiencia que generalmente se atribuye únicamente a las mujeres:

*"... no sé el número exacto pero hay muchos tipos de virus del papiloma humano que algunos sí son más perjudiciales que otros, en el hombre no se desarrolla, el hombre es portador solamente, por eso yo digo que ahí el culpable pues es el hombre, si habría que echarle la culpa a alguien, no sé, en primera instancia, a lo mejor no es así, pero hay que pensar en el hombre". (Luis)*

*"...en el hombre es, es.... ¿cómo le llaman?, asin... asintomá..., asintomático y en la mujer sí ya empieza, después de un tiempo. empieza a desarrollar molestias, por eso cuando, por eso creo que es importante los estudios ¿no?, regularmente ahí se detectan [...] lo importante de aquí es detectarlo a tiempo, por que no, no se presentan síntomas hasta ya una parte muy avanzada, eso es lo que yo sé." (Luis)*

A diferencia del estudio de Tirado (2005), en que las parejas de las mujeres diagnosticadas con cáncer cervico-uterino y con antecedentes de VPH argumentaron que al ser un problema de salud de las mujeres, ellos no tenían ningún compromiso, en la presente investigación los entrevistados comentaron que estaban conscientes de la responsabilidad de acompañar a su pareja durante esta u otra experiencia de salud sexual o reproductiva:

*"...porque creo que somos dos, este eh, somos uno y uno, porque dos no igual a la suma de uno y uno, entonces para disfrutar de nuestros placer y gozarnos y eso pues estar chidos, estar lo mejor posible y de esa manera pues este, platicarlo y pues darnos ánimos ¿no? pues estamos aquí los dos y adelante" (Francisco)*

*"...es por salud de los dos ¿no?... con relaciones intimas, pues debes cuidarte, yo lo siento equitativo, te cuidas, me cuido" (José)*

Nuevamente su discurso está atravesado con la el constructo social de pareja que tiene que ver con el apoyo incondicional, siempre y cuando exista un vínculo afectivo. Precisamente

---

<sup>24</sup> Ver capítulo 1, página 22.

informarse sobre la infección era una de las formas de demostrar su compromiso y apoyo hacia la pareja. Por otro lado, los varones que tenían menos conocimientos sobre la infección, aunque también expresaban este compromiso, mostraron una actitud pasiva, limitándose a lo que la pareja les solicitó:

*"Pues nada más sabía que es un virus que en algunas ocasiones, he estado confundido pues, porque es cómo todo siempre te dice no pues es que nadamás por transmisión sexual o no pues es que puede ser como una infección se va degenerando y puede causar esto pero como hay muchas cosas que no sé, me acostumbro a escuchar eso, sé que yo lo tengo, eh, no me causa mayor, bueno en realidad no tengo la certeza". (Roberto)*

Los dos varones con menos conocimientos sobre la infección son los que mostraron más contradicciones entre el discurso de ser hombres equitativos y la práctica, especialmente en el grado en el que involucraron en el diagnóstico y tratamiento de VPH de su pareja. Uno de los relatos que más llamó la atención fue el de José cuando se le preguntó si conocía las causas de la infección por VPH y su respuesta fue:

*"...es que creo que... bueno... que esos bichitos siempre están ahí ¿no? pero de repente como que... en algunas personas se les manifiesta más que a otras y... no sé... en este caso yo pienso que fue así... o sea... yo lo que sé nada más... y tampoco me he puesto a platicar con ella por qué esto, por qué otro... entonces yo siento, es lo que me da a pensar mi razonamiento, sería eso... te digo, he escuchado que ese virus todo mundo ¿no?. o sea pero en algunas personas se les manifiesta y en otras no, porque el virus siempre está ahí latente, latente, es lo que yo sé, te digo que no sé muy bien" (José)*

El pensar que el VPH se encuentra en el organismo de manera natural conlleva a no relacionar al VPH con una ITS. En suma, una de las primeras preguntas que viene a la mente es que si la pareja tampoco sabía que el VPH es una ITS, o si lo sabía porqué no se lo hizo saber a José. Con esta situación se retoma la plática que se sostuvo con un médico ginecólogo en el tiempo en que se intentó contactar a los participantes, quién, después de expresar lo importante que le parecía la investigación, agregó que para él era muy importante evitar conflictos en la pareja por lo que

cuando las mujeres diagnosticadas con VPH le preguntaban las causas de la infección, solía decir que posiblemente adquirieron el virus en una alberca o en un baño público.

El no considerar al VPH como una ITS tiene distintas implicaciones. En primer lugar, si la pareja recibió tratamiento y él no y también tiene el virus, al seguir teniendo relaciones sexuales sin preservativo, habría posibilidad de que su pareja volviera a contraer la infección. Por otro lado, si José llegara a tener otra pareja sexual, al no considerarse portador del virus – y si lo fuera-, podría dejar de utilizar el preservativo con esta nueva pareja y transmitir la infección.

Ahora bien, una de las preguntas cruciales en este trabajo es qué pasó a partir del diagnóstico de VPH de la pareja, y la respuesta depende de lo que para ellos significa su relación, de la manera en que se concibe la infección y de la identidad masculina. Por un lado, Francisco, aunque fue uno de los que más se involucró en el diagnóstico y tratamiento de su pareja, buscando información y solicitando atención médica para él, pareciera que crea un tipo de resistencia al abrir la posibilidad de concebir otra forma de contagio distinta a la sexual:

*“Bueno, mi pregunta sería. ¿surge el papiloma humano?, pero por ejemplo, una pareja que no tiene. ¿les puede dar papiloma así nada más así porque no hay una higiene? Serían esas mis preguntas. ¿por que no hay una higiene suficiente? o ¿se tienen relaciones cuando se están menstruando? No sé, por ejemplo, surge así o es una cadenita ¿no?. esa sería mi pregunta, si hay dos personas que no lo tienen y de repente ¿surge por falta de aseo?, esa sería mi pregunta” (Francisco)*

Francisco mencionó lo anterior, casi al final de la entrevista, a pesar de que fue uno de los entrevistados que demostró tener más y mejor información sobre la infección, en todo momento relacionándolo con una ITS. Se considera que la resistencia a considerar al VPH como una ITS responde nuevamente responde al significado de pareja, cuando existe un vínculo afectivo:

*“...es mi compañera de vida y... tratamos, tratamos de caminar casi por donde vayamos apoyándonos” (Francisco)*

Roberto y Raymundo, tuvieron varias repercusiones en sus prácticas sexuales y en su relación de pareja, problemas atribuidos a que tenían claro – tanto ellos como sus parejas-, que el VPH era una ITS. No hay que olvidar que los dos se responsabilizan del contagio, no porque ellos hayan tenido relaciones sexuales con otras personas estando con su pareja - ya que mantienen un patrón de monogamia sucesiva con sus actuales parejas -, sino por relaciones sexuales anteriores:

*“...yo le hablé a mis dos últimas parejas y les dije que me habían diagnosticado, lo que adquirí, y de hecho supe quién fue, quién me los transmitió porque ella también me regresó la llamada amablemente y me dijo, ' pues fui, y tenía unas lesiones muy avanzadas, pero ya me dieron tratamiento', yo supongo que fue ella porque la otra persona con la que tuve relaciones que apenas tenía lesiones leves”. (Raymundo)*

Sin embargo, ¿qué pasa cuándo los varones saben que el VPH es una ITS y no se sienten responsables de la transmisión? Posiblemente éste fue el caso de las parejas de las mujeres que se mencionan en otras investigaciones como la de Tirado Gómez (2005), donde los varones se desligan de responsabilidades y culpan a las mujeres de la infección. Además, hay que recalcar que Roberto y Raymundo fueron los únicos que aceptaron tener o haber tenido manifestaciones del virus:

*“... físicamente tengo unas verrugas... la verdad no me di cuenta cuándo aparecieron, no me di cuenta, pero cuando oí que era uno de los síntomas me revisé y dije si tengo, y entonces fue ahí que me di cuenta” (Roberto)*

*“R: Pues, fue eh, por lo del diagnóstico, lo del diagnóstico, ya no me acuerdo bien, pero probablemente fue a finales, como por octubre del 2008 o 2007, no, como un año.*

*E: ¿Y tú le comentaste a tu pareja que tenías las lesiones?*

*R: De hecho fue ella quien las vio porque estábamos haciendo el sexo oral y entonces ella fue la que me dijo 'oye tienes algo aquí' y dije 'ah, si tienes razón'” (Raymundo)*

Con estos antecedentes, sólo en el caso de Roberto y Raymundo, se hizo indispensable la utilización del preservativo con sus respectivas parejas después del diagnóstico de VPH:

*“... desde que tuve la cirugía pues ya no hemos tenido relaciones sexuales eh. con, más bien sin preservativo” (Raymundo)*

*“... de hecho ahorita no he tenido relaciones con mi esposa, este... o sea porque sé que ella ya tuvo un tratamiento y yo no, me da miedo, o sea, he utilizado condón pero aún así me da miedo” (Roberto)*

Sin embargo, donde se presentaron más cambios, que posiblemente sea mejor llamarlos repercusiones, fue en la parte afectiva:

*“...pues una especie de sentimiento, pues no sé si de culpa o de extremar cuidados y cuando empezamos a tener relaciones sexuales pues es inevitable pensar que probablemente lo tengas y que lo puedas infectar otra vez, ajá, entonces, pues muchas veces incluso eh, me ha hecho el sexo oral y es inevitable pensar en eso ¿no?, entonces empiezas a pensar en eso y como conozco el tema y sé que se puede incluso de la boca por intercambio de fluidos poderle infectar en la vagina, pues es como que te llena la cabeza de todo esto, de las precauciones que tienes que tomar, la parte erótica se te cae al suelo, incluso pierdes la erección y sí, sí ha sido difícil, sí ha sido difícil” (Raymundo)*

La actividad sexual de ambas parejas también se vio modificada en frecuencia e intensidad:

*“...en ese momento teníamos una relación, una vida sexual bastante activa, bastante activa, después viene el diagnóstico y bueno, después de la cirugía, mientras se recuperaban las lesiones pues fueron como 4 meses ¿no?, en que terminaran de sanar completamente la piel y a partir de ahí pues la verdad es que sí ha bajado mucho nuestra intensidad” (Raymundo)*

*“...sí le dije 'este sabes que nomás que ahorita no te voy a tocar mientras' porque sabe y me entiende entonces bueno, de pronto hemos tenido relaciones sin penetraciones, buscando nuevas alternativas y vaya por lo menos eso nos permite pues también tener acercamiento físico, emocional” (Roberto)*

Retomando el modelo dominante de masculinidad, pareciera que la decisión de tener relaciones sexuales alternativas - sin penetración – es más de él que de la pareja, ya que ella le ha pedido

que acuda a una revisión médica y Roberto ha puesto varias excusas, situación que se abordará más adelante. Lo anterior, en el marco de género es inquietativo, ya que lo que le pide la pareja no concuerda con lo que comenta Roberto – ella *sabe y me entiende*”-.

Considerando que en la Conferencia de El Cairo se enfatizó en la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria (Figueroa, 1998) y pensando a la salud sexual y reproductiva en términos de derechos, el diagnóstico de VPH repercutió negativamente en la vida emocional de las parejas que sí consideraban la infección como una ITS:

*“Pues a veces pienso que no me comprende y a veces pienso que sí. yo pienso que lo que más le afecta a ella es que piensa que ya no me gusta. que ya no siento atracción por ella” (Raymundo)*

Lo anterior es similar a lo que se ha encontrado en otras investigaciones en mujeres (Ortiz, 2007; Gómez y cols., 2005) en relación a que el diagnóstico de VPH provoca sentimientos de culpa y alteraciones en la estabilidad de pareja. Nuevamente se recalca que estos problemas sólo se presentaron en los entrevistados que reconocen a la infección de VPH como una ITS, mismos que coincidieron en sentirse responsables de la transmisión.

Retomando al grupo de los varones que no relacionan al VPH con una ITS, las modificaciones en sus prácticas sexuales respondieron a cómo se concibe la infección:

*“Pues lo platicamos y vimos las consecuencias que pueden dar, hasta donde puede llegar el papiloma si no se atiende y entonces dijimos, '¿que hay que hacer?' bueno pues la higiene, preguntar eso, los cuidados, el chequeo, la otra, lo que te decía, la alimentación y el estado de ánimo, es este imposible que todo el tiempo esté feliz. alegre, o vienen altibajos y pues bueno, es parte de la misma vida...” (Francisco)*

En este sentido, José y Francisco, al no considerar el VPH como una ITS – hay que recordar que para José el VPH son unos *bichitos* que todos tenemos y que se a veces se manifiestan; para Francisco, a parte de la transmisión sexual abre la posibilidad de infectarse por falta de higiene-, los cambios en su vida sexual tuvieron que ver con cuidar aspectos de higiene y alimentación.

Como se mencionó anteriormente, esto podría seguir fortaleciendo la cadena de transmisión del virus.

#### 4.2.10 “*Revisame internamente...*”: Las instituciones de salud

Posterior al diagnóstico de VPH de sus parejas y aparte de informarse a través de diversas fuentes, algunos de los entrevistados también buscaron atención médica para ellos. Francisco fue uno de los que acudió a revisión médica para solicitar pruebas diagnósticas, sin embargo, al no tener lesiones visibles le negaron los estudios:

*F: ...contra el papiloma, llegamos, llegué una vez y bueno, me lo quiero hacer, hay una resistencia por parte de los médicos muy cabrona*

*E: ¿Por qué? ¿Cuál fue tu experiencia?*

*F: Porque llegan y te revisan y si no tienes verrugas en los genitales, no lo tienes, ¿no?, entonces, pero sabemos que el hombre, no nomás es externo sino también interno y digo 'oye güey, revisame internamente', no, no*

*E: ¿Entonces tú fuiste a una consulta?*

*F: Ajá, pero no, te encuentras con ese rechazo o... o esa, no es rechazo, con esa eh, dificultad ¿no? de de decir, 'no, no lo tienes güey, no tienes verrugas, vete', no pero es que 'güey, aunque sea que no lo tenga, por dentro lo tengo, necesitas checar', entonces si te encuentras con esa barrera, entonces, para mí, el poder médico es, sin palabras ¿no?, está cabrón, pinche saber, o esa, prepotencia del saber, se creen dioses a veces". (Francisco)*

Considerando la experiencia de Francisco se puede ver que en las instituciones de salud se continúa considerando a la mujer como único sujeto con necesidades reproductivas. Este fragmento de la entrevista se relaciona con el discurso de más de un médico al que me enfrenté como investigadora durante el tiempo en que contacté a los participantes. Con esto, se recalca otra vez en las repercusiones negativas que puede tener este tipo de actitudes de los profesionales de la salud – o más bien enfermedad- en la salud de la población.

Por otro lado, el relato de Francisco pone en evidencia la demanda de atención de servicios reproductivos en los varones, esto no quiere decir que todos los varones la busquen, sería imposible universalizar esta o cualquier otra demanda de salud en cualquier grupo de edad,

sin embargo, hay una manifestación de molestia al no recibir la atención que de antemano se considera un derecho:

*“...fue en un hospital de la mujer [donde recibió tratamiento de VPH su pareja], entonces no puedes entrar ni a la puerta, de pronto son cosas que a mi me molestan creen que las mujeres tienen esos derechos y nosotros como hombres no, pero bueno, fuera de mi neurosis, no, no, no me dijeron nada, de hecho yo le decía 'dile por fa, que nos mande algo' pero no” (Roberto)*

El reconocimiento de que en las instituciones de salud los varones no tienen acceso a los servicios en salud reproductiva, es algo que varones como Francisco lo han vivido directamente, otros en cambio, lo dan por hecho, como fue el caso de Raymundo que su primera opción fue atenderse la infección de VPH con un médico privado que sabía que había diagnosticado y brindado tratamiento a otros hombres con el mismo diagnóstico:

*“...yo busqué algo privado en principio porque yo pensaba, si llegaba al ISSSTE se les iba a hacer raro que yo pidiera ir con el ginecólogo, incluso con el especialista que yo fui, este pues es alguien que se encarga en el López Mateos, que en mi caso ese es mi hospital, entonces, él trabaja ahí, sé que está metido mucho con esto de la colposcopia y de virus del papiloma y por eso le llamé porque sabía que era la mejor persona a la que me podía acercar, porque sabía que también había visto hombres con este problema y pues dije, 'bueno, mejor persona no voy a encontrar', y fui con él directamente” (Raymundo)*

En el caso de Raymundo y considerando el aspecto económico, él tuvo las posibilidades para poder cubrir los gastos no sólo de diagnóstico sino también de tratamiento de la infección a nivel particular, sin embargo, ¿qué pasa con aquellos que no tienen los recursos económicos para poder hacerlo?, ésta fue la situación de varios de los entrevistados que al darse cuenta que en las instituciones de salud pública no podían atender sus demandas buscaron la opción del servicio privado pero se encontraron con obstáculos económicos:

*“Bueno no el especialista, yo estaba platicando con un médico y entonces me dijo 'si quieres vamos y ya te llevo con el especialista adecuado y ya él te va a hacer la*

*prueba del virus del papiloma, sale más o menos en tanto' y ya, realmente no sé cómo sea la prueba ¿no?. algo me... cómo que me dio una leve idea, pero no sé. yo creo que es un poco doloroso, pero no importa, pero en este momento no lo he hecho por una cuestión económica, pero sí iba yo a ir pero por la cuestión económica ya no, yo creo que lo voy a hacer en unos meses, tres, tres, no va a pasar de cuatro" (Luis)*

*"F: ...uno quiere hacerse un exámen y en el seguro<sup>25</sup> madres ¿no? y pues en particular uta, no puedo, entonces, son muchos factores que se relacionan para tomar algo así*

*E: ¿Fuiste con un especialista?*

*F: De ahí del seguro, entonces un urólogo, pinches urólogos, son más... este pues no hay, bueno pues a veces uno quisiera ir a un privado pero si son bastante caros ¿no?, que la primera cita, y que después la segunda cita, el medicamento y si son análisis y ahí dices no está dentro de mis posibilidad y en el seguro a veces te encuentras con esto, entonces es difícil" (Francisco)*

Ahora bien, esta limitación económica, podría servir también de argumento – o excusa-, para que muchos varones se desliguen de su responsabilidad en pareja en aspectos reproductivos; varones que posiblemente en un inicio tuvieron el interés de involucrarse, en este caso, en el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH – aunque puede tratarse de cualquier otro problema de salud- lo que implicaría seguir fomentando un círculo vicioso en el que sólo las mujeres sigan siendo reconocidas como las únicas con necesidades sexuales y reproductivas:

*"...ahorita estoy esperando, nomás quiero que pase lo de la bebé y todos los gastos pero si lo voy a hacer porque sé que me está truncando esa parte de mi vida" (Roberto)*

Por otro lado, también se puede pensar que la cuestión económica pueda cubrir las verdaderas razones de no realizarse pruebas diagnósticas, como fue el caso de Roberto, quien, en un inicio, argumentaba que los gastos que implica el próximo nacimiento de su hija, era la razón por la que

---

<sup>25</sup> Refiriéndose al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual es la institución más grande en México – e incluso de América Latina-, que brinda seguridad social a un porcentaje considerable de trabajadores en el país.

no buscaba atención médica privada después de que se le fue negada en la institución de salud pública, sin embargo, él mismo termina reconociendo que existen otras razones para justificarse:

*“Mira, cuando sucedió esto, este... bueno, te puedo argumentar 'n' cantidad de cosas, pero no, la verdad es que ha sido desidia ¿no? y que me da miedo también porque me han dicho que en la prueba te meten algo, soy muy chillón para los dolores entonces la verdad no... nada más he escuchado que te meten algo, este es como una laparoscopia o una cosa así y me da mucho miedo”.* (Roberto)

Aunque este temor a las pruebas diagnósticas puede deberse a cuestiones individuales, cabría la posibilidad de atribuirse al desconocimiento total sobre este tipo de procedimientos en varones y ahí nuevamente se recalca a las instituciones como productoras de significados, sin embargo, en los varones no hay suficientes datos para saber qué pasa con ellos. Retomando nuevamente la revisión bibliográfica que se realizó para la investigación, llama la atención que los estudios que se dirigen a evaluar la eficacia de determinadas técnicas de diagnóstico se describe con detalle el procedimiento – citologías ureterales o peneoscopias-, pero no se mencionan aspectos subjetivos de los varones, por ejemplo, la actitud ante las pruebas diagnósticas, si hubo resistencia o flexibilidad en el momento en el se les realizó la prueba, el significado que tuvo para ellos el someterse a ese tipo de tratamientos, entre otras cosas. Con lo anterior, se reconoce que las instituciones de salud no dan importancia al diagnóstico de VPH en varones y mucho menos existe un interés de indagar sobre su experiencia en el diagnóstico y tratamiento de una ITS como es el VPH:

*“Me hicieron una electrofulguración, pues obviamente me quemaron eh, todo lo que es la parte baja de pues, justamente abajo del glande y otras lesiones que tenía sobre el prepucio y otras partes del pene, fue muy dolorosa, el pene se hinchó demasiado, eh. y sí, sí fue muy, muy, muy doloroso”* (Raymundo)

Desafortunadamente, para la investigación, Raymundo, fue el único que experimentó el diagnóstico y tratamiento de infección por VPH y, aunque nos da elementos muy valiosos sobre su experiencia, no se tienen los suficientes datos para realizar un análisis colectivo. sin

embargo, es una prueba de la necesidad de indagar qué pasa con los varones que son diagnosticados con VPH. .

Finalmente, antes de pasar a las consideraciones finales del capítulo, se comenta que en el trabajo de campo - las entrevistas-, no sólo fueron de utilidad para la obtención de datos, sino que también representó un espacio para que los varones compartieran sus experiencias. sus pensamientos, como prueba, fue que la mayoría de los entrevistados comentaron que era la primera vez que relataban muchas de las cosas que dijeron:

*“Pues, creo que no. no había yo platicado con esto, de esto con nadie... yo creo que entre hombres es fácil comentar si te acuestas con cinco, pero si tienes roncha en el pene, yo creo que no lo cuentas no, no, no conozco a nadie que me cuente 'es que yo tengo una roncha ahí” (Raymundo)*

En este fragmento Raymundo se refiere a una experiencia que considera personal – su propio diagnóstico de VPH-, sin embargo, él fue uno de los participantes que al inicio de la entrevista, contestaba cómo si estuviera respondiendo una encuesta, aunque conforme se fue desarrollando la entrevista le fueron surgiendo relatos más personales. Parecido a Raymundo Luis menciona lo siguiente casi al final de la entrevista, cuando se le preguntó si quería agregar algo más su respuesta fue:

*“Pues, pues no, agregar algo, pues no, creo que... hasta de más hablé, pero, bueno, mmm... referente al virus del papiloma humano, este, pues yo creo que nadie está exento de eso ahorita” (Luis)*

Después de este comentario, la entrevista se alargó varios minutos más porque aún compartió otras experiencias, sin embargo, lo anterior lleva a la discusión sobre la inexistencia de redes de apoyo en los varones en ámbitos como el de la salud sexual y reproductiva.

### 4.3 Consideraciones finales

Evidentemente los varones fueron socializados bajo las concepciones del modelo hegemónico de masculinidad. En varios de los entrevistados hubo un detonante que desestructuró dicho modelo. Eso no significa que la identidad genérica se encuentre estática y se presente este detonante, lo modifique y nuevamente se vuelva a estabilizar. Tomando en cuenta de que existe una malleabilidad en la identidad de género, al momento de atravesar por este momento coyuntural, un conjunto de significados es integrado a la subjetividad de los varones, los cuales emergen dependiendo del contexto y de la interacción social. Cuando no existe este detonante, los componentes de equidad genérica pueden irse incorporando a la subjetividad masculina a través de la socialización en contextos específicos donde se va imponiendo, al menos, un discurso de equidad. Por tanto, hay un continuo juego entre concepciones del modelo hegemónico de masculinidad y lo que ellos van interiorizando de lo que significa ser un hombre equitativo.

Ante esta coexistencia, los varones establecieron una relación de pareja. Así como la identidad masculina, la idea de relación de pareja de los entrevistados está permeado por un vínculo afectivo (amor), el cual, siguiendo a Marcela Lagarde (2005), también es histórico y social. En este sentido, el amor es manifestado a través de lo que ellos consideran compromiso, apoyo y acompañamiento en pareja ante cualquier situación, como por ejemplo, un diagnóstico de ITS como es el VPH. De esta manera, el significado de pareja junto con los atributos impuestos socialmente a los géneros, determinan las prácticas sexuales de los varones, por tanto, no utilizan el preservativo, si mantienen una relación estable – con amor-, pero además, sabiendo que, con la mujer con la que mantienen esa relación, no es del tipo con la que se corre el riesgo de contagiarse de una ITS.

La manera de responder ante el diagnóstico de VPH de la pareja también tiene que ver con el hecho de considerarla o no una ITS. Si se considera una ITS, las repercusiones en la pareja dependerá de la responsabilidad que ellos se atribuyan al contagio, al sentirse ellos involucrados, se presentan una serie de secuelas que afectan a la relación, en primer lugar, en el ámbito de la actividad sexual de la pareja, lo que a la vez repercute en el ámbito afectivo. Pese a ello, y ante la

idea nuevamente de amor de pareja que han introyectado socialmente, muestran un compromiso para solventar dichas repercusiones. Por otro lado, a pesar de que el VPH no es considerado una ITS y aún después del diagnóstico de la pareja, los entrevistados no expresan cambios en sus prácticas sexuales, o al menos no para prevenir otra ITS.

Con todo lo anterior se puede plantear que la manera en que los varones participan en el diagnóstico de VPH responde a identidad masculina, la cual se encuentra inmersa entre los elementos de un modelo dominante de masculinidad y una idea de lo que ellos consideraron la equidad de género. No obstante, vinculado a la identidad masculina, también participan un conjunto de elementos sociales como es el significado de pareja y el contexto que determinan el papel que desempeñan los varones ante el diagnóstico de VPH de la pareja.

## Capítulo 5

### Conclusiones

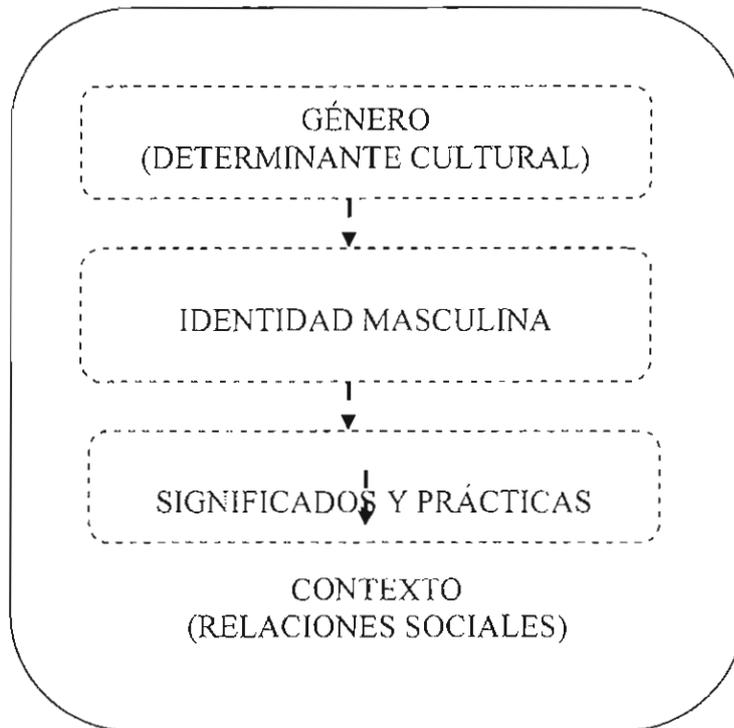
En este capítulo se presentan los planteamientos más relevantes de la investigación, tanto de la temática como del proceso metodológico. Como se aclaró al inicio, el trabajo da cuenta de la diversidad de experiencias de cinco varones que viven una situación particular: el diagnóstico de VPH de la pareja.

En primer lugar, quiero mencionar que me enfrenté a diversas dificultades en el abordaje de algunos de los temas, especialmente en el significado de ser hombre. Los relatos eran tan distintos e inmersos en dinámicos en el que confluían un gran número de elementos, que debía tener mucho cuidado para poder encontrar las vinculaciones entre los datos. Ante esta complejidad, me atrevo a decir que no hay técnica que pueda captar la esencia exacta de los significados genéricos, sin embargo, aproximaciones como las de este trabajo, son de gran utilidad para entender los diversos hechos empíricos.

Debo reconocer también – y con temor a la crítica-, que en un inicio me rehusaba a utilizar como categoría eje a la masculinidad en términos hegemónicos, es decir, considerar que los varones son socializados como hombres que se sienten superiores a las mujeres, que no realizan actividades domésticas, que ejercen violencia física y emocional; pese a que en la literatura constantemente se hacía alusión a dicho concepto, tenía cierto recelo de caer en un tipo de universalismo que, parafraseando a Victor Seidler (2006: 153), tanto se cuestionó Gramsci en su pensamiento sobre Italia; este rechazo se sustentó en gran medida, cuando observaba a mi alrededor y me percataba de que algunos comportamientos de los hombres en contextos específicos y en determinadas relaciones, no correspondían a los esquemas tradicionales de masculinidad. Con una lectura más profunda sobre el tema y al irme familiarizando cada vez más con las transcripciones de las entrevistas, me di cuenta que era más que indispensable considerar al modelo de masculinidad hegemónica siempre y cuando evitara encuadrarme en una visión homogeneizadora.

Aunque el aprendizaje social de la masculinidad tiene lugar en los primeros años de vida, esto no quiere decir que una vez interiorizado sea inmutable. Si se considera que el género es una construcción histórica y cultural, la identidad masculina de los sujetos es trastocada por distintos elementos en donde el contexto constituye el elemento clave. Así, un varón que se comporta – o aparenta comportarse- conforme a los parámetros del modelo de masculinidad hegemónica en un espacio determinado puede ser aceptado por un grupo específico, sin embargo, si se torna la misma actitud en otro espacio diferente, puede ser motivo de rechazo. Esto da cabida a considerar la existencia de una identidad genérica maleable, construida, negociable y con una diversidad de posibilidades que responden al contexto y a las interacciones sociales que se dan en el mismo, como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 2



Elaboración propia, 2010.

Como se puede observar, el género es un determinante cultural que tiene implicaciones en los significados y prácticas. En nuestras sociedades continúa predominando el modelo hegemónico de masculinidad que promueve la inequidad genérica. Como se marca en el cuadro, no es una

determinación esencialista, todo depende del contexto social en el que tenga lugar cada hecho empírico, un contexto que se conforma, a la vez, de relaciones con otros sujetos. El contexto también depende del momento histórico; en la actualidad y como producto de trabajo de varias décadas en contra del modelo hegemónico de masculinidad iniciado por el movimiento feminista, se vive en una sociedad en donde comienza a ser mal vista la inequidad genérica; podemos percatarnos que cada vez son más frecuentes las campañas en contra de la violencia física y psicológica hacia las mujeres. Este discurso de equidad de género poco a poco ha comenzado a permear los discursos oficiales en el que se incluyen las políticas y los programas en salud y, aunque evidentemente en la práctica aún no se han logrado grandes cambios, sí se puede afirmar que ha comenzado a filtrarse en la retórica de los varones.

Teniendo en cuenta que no se puede mirar a los varones desde una postura esencialista y entonces catalogarlos de acuerdo a si cumplen o no con determinados atributos del modelo hegemónico de masculinidad, en los varones – y en todo sujeto-, hay un abanico de identidades que se hacen visible en situaciones determinadas, como dice Gutiérrez (2007) “la identidad es un sentido de sí mismo o misma que emerge en el transcurso de la interacción social y discursiva”; de ahí la importancia del contexto social en el que se encuentre inmerso el sujeto, que sea permisible o rechazada una actitud más o menos igualitaria entre los sexos.

Las prácticas masculinas se encuentran inmersas en una gran complejidad. Por un lado, dependen de características particulares de cada sujeto como la edad, el estado civil, entre otras; y del contexto social y las interacciones sociales. Las prácticas masculinas también están determinadas por otros constructos sociales e históricos, como por ejemplo, la idea de relación de pareja o la idea de familia.

En este sentido, aunque está ampliamente documentado que las prácticas sexuales de los varones suelen ser un instrumento para confirmar la identidad masculina, se asume dicha tesis siempre y cuando se considere el contexto de los varones. Al menos los discursos de los entrevistados de esta investigación, no concuerda con lo que dice la literatura. Esto no significa negar que en muchos casos las prácticas sexuales sí constituyan un elemento fundamental para

reafirmar la masculinidad, al contrario, como menciona Gutiérrez (2007:80), “se abre la posibilidad de concebir a la identidad masculina como producto de múltiples y en muchas ocasiones contradictorias prácticas sociales”.

Aunque hay un discurso de igualdad genérica y de deseo por ser partícipes en el cuidado de la salud de la pareja, en la realidad, sus prácticas sexuales, ponen en riesgo su salud y la de sus parejas. A diferencia de otros estudios que han realizado el mismo planteamiento, las prácticas sexuales no tienen que ver con el mandato del modelo de masculinidad que les exige a los varones ser conquistadores sexuales, sino con prácticas sexuales que se vinculan a la posibilidad de una ITS. Es aquí donde el vínculo afectivo en la relación de pareja juega un papel importante, y que éste, determina muchas de las prácticas sexuales – como la utilización o no del preservativo- o involucrarse en diagnóstico de una ITS, como es el VPH. En este apartado y considerando los datos que emergieron del análisis de las entrevistas, se quiere proponer la existencia de una especie de “imaginario social de sistema cerrado de no contagio”, entendiéndolo como la idea de no poder transmitir ni adquirir una ITS con una pareja determinada. Esta idea de imaginario social se retoma de Cornelius Castoriadis<sup>26</sup>, quien lo entiende como un conjunto de significados sociales que hace presente algo que no existe, pero que guía discursos y prácticas. Siguiendo la línea de Castoriadis es un concepto hermenéutico y explicativo; se denominan sociales por ser productos de una colectividad.

De antemano se reconoce que queda mucho por reflexionar sobre esta propuesta de imaginario social de sistema de no contagio. Sin embargo, teniendo la finalidad de que el presente documento sea un trabajo propositivo, se pone en la mesa de discusión una alternativa que intenta explicar por qué razón los varones utilizan el preservativo únicamente con determinadas parejas. Incluso, hipotéticamente se considera que este imaginario social no es exclusivo de los varones sino que también está presente en muchas mujeres y sujetos no

---

<sup>26</sup> Castoriadis, filósofo y psicoanalista francés, enfatiza en varios de sus escritos el dominio históricosocial en el estudio del hombre, considerando que éste sólo existe en sociedad y por la sociedad, la cual a su vez se mantiene por la institución quien constituye normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y al individuo mismo (Castoriadis, 1988:67)

heterosexuales, sin embargo, es un planteamiento que tendrá que reforzarse o en su defecto, descartarse con otras investigaciones.

Si bien se ha reconocido que no es tan evidente una respuesta activa por parte de los varones en los procesos reproductivos (Figueroa, 2001a), cuándo finalmente toman la iniciativa de involucrarse, se encuentran con obstáculos por parte de las instituciones de salud. Por un lado, es importante reconocer que el hecho de que los varones comiencen a solicitar atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, abre la posibilidad de resignificar la práctica de la reproducción en los varones y en los profesionales de la salud – o mejor dicho de la enfermedad-, más allá del plano discursivo, sobre todo cuando hay evidencias de que en el campo médico se sigue teniendo una inclinación por intervenir el cuerpo femenino y no promover la participación de los varones, situación de inequidad genérica que en una noción relacional de la salud sexual y reproductiva, repercute negativamente en la salud de varones y mujeres.

En este sentido, aunque no se tenía establecido como uno de los objetivos principales abordar el papel de los profesionales de la salud, éste se hizo evidente en el trabajo de campo y en varios fragmentos de los relatos de los entrevistados. Ya en otras investigaciones se ha puesto ha documentado que las representaciones y valores culturales genéricos permean la práctica médica<sup>27</sup>. sin embargo, teniendo como antecedente lo que se encontró en esta investigación, no podemos dejar de cuestionar ¿qué actitud tienen los profesionales de la “salud” ante un diagnóstico de una ITS como es el VPH?, ¿en qué forma la socialización en el género repercute en su práctica?. Partiendo de esto, se considera que urgen investigaciones que involucren a los distintos gremios de la salud como sujetos de estudios para conocer qué pasa con ellos ante un diagnóstico de VPH y en qué medida su práctica repercute en el proceso salud- enfermedad de una colectividad.

Otro de los temas que no se quisiera dejar del lado es el relacionado con las políticas públicas. Como ya se ha mencionado, la perspectiva de género ha sido incorporada, al menos discursivamente en las políticas y programas en salud sexual y reproductiva, sin embargo, en la

---

<sup>27</sup> Algunos de estos trabajos se pueden encontrar en Loggia y Fernández (2006).

práctica no se ha logrado tener grandes avances. Como menciona Figueroa (2001b:154) al referirse a los derechos reproductivos, “no basta con el reconocimiento, sino se requieren la construcción de las condiciones sociales necesarias para su puesta en práctica”. Por tanto, si se considera que una política debe ir de lo abstracto a lo concreto es precisamente este tipo de estudios los que permiten construir las bases de su elaboración.

Finalmente, los hallazgos más importantes de la investigación son:

- 1) La masculinidad hegemónica continúa siendo el principal modelo de socialización masculina – y femenina- aunque con diversos matices.
- 2) Los varones pueden enfrentarse a un momento o situación coyuntural que implica la ruptura de algunos elementos del modelo hegemónico de masculinidad, por lo que sus significados y prácticas, incluyendo el diagnóstico de VPH de la pareja, son un ir y venir entre este modelo y una idea de hombre equitativo en términos de género.
- 3) La infección por VPH no siempre es considerada una ITS.
- 4) Al igual que la identidad masculina, el constructo social de pareja que se interioriza como parte de la socialización en el cual está presente un vínculo afectivo hacia la pareja es crucial para involucrarse en el diagnóstico y tratamiento de VPH de la pareja; al considerar que la relación de pareja significa apoyo y solidaridad, hay un compromiso, al menos discursivamente, de acompañar y enfrentar el diagnóstico y tratamiento.
- 5) La infección por VPH se considera un problema de salud de la pareja, más no de ellos, por tanto, si se involucran lo hacen a nombre de ella, más no por verlo como una situación de salud en términos relacionales.
- 6) El diagnóstico de VPH de la pareja modifica las prácticas sexuales pero en función de lo que se piensa que causó la infección. Si se considera que el VPH es una ITS, la utilización del preservativo con la pareja se hace indispensable; si la infección se atribuye a la falta de higiene, es entonces esto, lo que se modifica.
- 7) El diagnóstico de VPH, cuando es considerada una ITS, repercute en la relación de la pareja, ya que se presentan sentimientos de culpa, enojo y miedo de que aparezca nuevamente la infección.

- 8) Los servicios de salud sexual y reproductiva continúan considerando a las mujeres como las únicas con necesidades reproductivas.
- 9) La práctica de los profesionales de la salud está permeada de su socialización genérica y de otros constructos sociales, en caso particular de la investigación, la idea de familia como unidad fundamental de la sociedad, lo que tiene implicaciones negativas en la atención a la salud de hombres y mujeres.

Como no se encontraron antecedentes de investigaciones sobre varones y VPH desde una perspectiva social – ni psicológica-, no se pueden comparar muchos planteamientos que aquí se expresan. Sin embargo, en los hallazgos que sí tienen punto de comparación en algunos difiere con los estudios previos y en otros son similares. Por ejemplo, se tenía documentado que la participación de los varones ante el diagnóstico de VPH era de indiferencia o incluso de reproche hacia la pareja, sin embargo, esto no se encontró en la presente investigación, aún cuando algunos de los entrevistados reconocían al VPH como una ITS.

Vinculando los hallazgos con el marco conceptual se observa que, a parte de lo que se ha mencionado en los últimos dos capítulos, muchas de las características que se presentaron en los entrevistados corresponden al modelo de masculinidad hegemónica; la situación coyuntural que se presentó en algunos de los entrevistados corresponde a lo que muchos autores denominan crisis de la masculinidad. Por otro lado, la salud sexual y reproductiva, considerada en términos relacionales como lo marca Figueroa (2001a, 2001b), se continúa quedando en un plano teórico, ya que se ve a las mujeres como los sujetos en los que recaen los problemas de salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a los puntos anteriores y aún reconociendo que la muestra fue pequeña, se considera que los objetivos planteados para la investigación se cumplieron, sin embargo, se abre la posibilidad de que el estudio sea retomado para ampliar la muestra.

### ***El Proceso de Investigación***

Metodológicamente la indagación cualitativa permitió acercarse al entendimiento de las conductas de los varones. A pesar que han habido especulaciones en relación a que los varones son un universo de estudio inexistente en investigaciones sobre sexualidad y reproducción, y aunque se reconoce que hubo dificultades para contactar a los participantes, se considera que son un grupo viable de compartir sus vivencias, siempre y cuando, al igual que con otros sujetos de estudios, se utilicen técnicas con las que se sientan en confianza para compartir sus experiencias.

En relación a la técnica, la utilización de la entrevista enfocada permitió tener flexibilidad durante los encuentros con los participantes, fue satisfactorio darse cuenta que para los varones constituyó un espacio de reflexión, hecho que se constató no sólo durante el análisis de los datos sino también, con frases explícitas de los participantes. Se considera que un mayor número de informantes hubiera fortalecido aún más los planteamientos que aquí se proponen. En relación al análisis, fue un proceso bastante difícil en el que se requirió de mucha paciencia y constancia. La dificultad se atribuye a que, al tener un acercamiento social, se contaban con datos individuales que en muchos de los casos eran tan diferentes entre sí, además, se complejizaba aún más al considerar que en un mismo sujeto existían tantas ambigüedades. En gran medida, por la idea que tengo enraizada del paradigma cartesiano en el cual se puede estudiar una realidad estática. Después de varias propuestas de estrategias, se logró encontrar los puntos en común para poder mirar al objeto de estudio desde lo social. Por tanto, aunque se reconoce que “para asir la lógica más profunda del mundo social es necesario sumergirse en la particularidad de una realidad empírica situada y fechada” (Bourdieu, 1997: 9), aún queda un gran camino por recorrer en el campo cualitativo y su relación con el campo médico social que permita facilitar la vinculación entre los procesos macros y los hechos empíricos.

### ***El papel de la investigadora***

Algo que no se puede dejar del lado, es que la autora de este trabajo también fue socializada a través de esquemas genéricos considerados tradicionales, los cuales, se

manifestaron en distintos momentos del proceso de investigación. Al redactar esta líneas, se me viene a la mente uno de los cuestionamientos que se hizo Mauricio Beuchot (2005) al inicio de uno de sus textos: ¿qué puede decir el varón acerca de la mujer?; modificando la pregunta me cuestionaba ¿qué puedo decir yo como mujer sobre los varones? ¿Cómo lo puedo decir sin caer en una perspectiva radical, que yo misma he criticado en varios momentos, donde los varones suelen verse como los culpables? Con esto debo decir que este trabajo fue un gran desafío profesional y personal, ya que, como se mencionó en el capítulo de resultados y discusión, constantemente fue necesario hacer pausas, reflexionar, construir, deconstruir, reconstruir – quisiera comentar que existen múltiples borradores principalmente del cuarto capítulo, que ponen en evidencia este proceso-, fue durante el análisis de los datos en que me preguntaba constantemente qué hubiera pasado si los participantes hubieran sido entrevistados por un investigador, personalmente, seguramente habrían relatos que hubieran variado; estas reflexiones se fortalecieron aún más, después de leer un texto de Amuchástegui (2006) en el que hablaba sobre una de las investigaciones que realizó en varones sobre el significado de la reproducción; en su reporte, la autora reconocía que el sexo del entrevistador producían efectos importantes en la información. Finalmente, llegué a la conclusión de que colocarse en una postura en la que sólo los hombres puedan entrevistar a otros hombres, o mujeres sólo a mujeres, implicaría estar perdiendo la posibilidad de conocimiento y por tanto, de entendimiento de un objeto de estudio.

En relación al proceso de investigación, me enfrenté a diversas dificultades que se atribuyen a que la investigación cualitativa constituye un campo nuevo para mí. A pesar de que teóricamente tenía lecturas y había asistido a cursos y seminarios que me habían proporcionado ciertas herramientas metodológicas, fue en la práctica donde realmente me enfrenté a distintos obstáculos que había que resolver. Esta situación provocó que constantemente estuviera recordando a autores, como Grbitch, que hacen alusión a la creatividad como uno de los principales atributos de la investigación cualitativa. En este sentido, otro de los elementos que también se consideró fundamental durante todo el proceso de investigación fue el diálogo. Entendiéndolo como una comunicación constante con las entrevistas, con el marco teórico, con las investigaciones que se habían consultado previamente y, especialmente con uno mismo, lo que me permitió a la vez, reflexionar sobre mi historia de vida y pensar en las redes sociales en

las que me he movido como mujer socializada en el género, especialmente en los campos donde los varones han tenido un papel clave. Con todo esto, considero que esta primera experiencia en investigación cualitativa constituye una invitación para continuar trabajando sobre esta línea metodológica.

### *Propuestas de investigación*

Durante el desarrollo de este capítulo se han ido mencionando una serie de propuestas que se consideran necesarias para seguir acercándose al entendimiento del fenómeno en estudio, por tanto, sólo puntualizo en otras más que me parecen también relevantes. Considerando la limitada producción que se encontró del tema durante la revisión de literatura, las propuestas para futuras investigaciones es considerar el mismo objetivo pero: 1) que el universo de estudio sea la pareja; 2) contactando un mayor número de informantes; 3) con varones que hayan sido diagnosticados con VPH; 4) varones que hayan tenido una pareja diagnosticada con VPH sin que en el momento del estudio sea un criterio de exclusión el tener o no una relación; 5) variando la técnica de recolección de datos utilizando, por ejemplo, historias de vida.

Cualquiera que sea el objeto de estudio, se insiste en la necesidad de realizar investigaciones desde un marco explicativo más que descriptivo que permita avanzar en la teoría sobre el estudio de los varones que repercute, al mismo tiempo, en los abordajes de género en las mujeres

Finalmente quiero concluir este trabajo parafraseando a Gutmann (2007: 414) en relación a que “los avances en equidad de género y la participación de los varones son limitados, y seguirán siendo difícil progresar en dichos proyectos si no enriquecemos nuestro conocimiento de la vida sexual y reproductiva de los varones y mujeres, [equitativamente]”.

## BIBLIOGRAFÍA

Acosta, M. y Uribe, F. (2007). Masculinidad, adolescentes y representación social. En: Montesinos, R. (Coord.), *Perfiles de la masculinidad* (pp. 147- 179). Universidad Autónoma Metropolitana. México: Plaza y Valdés Editores.

Álvarez- Gayou, J. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.

Álvarez, L., Calero, R. y León, E. (2006). Salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del varón. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(1). Extraído el 20 de Enero de 2008 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Amuchástegui, H. (2006). “¿Masculinidad(es)?: Los riesgos de una categoría en construcción”. En: Careaga, G. y Cruz, S. (coords.) *Debates sobre Masculinidades*. (pp. 159- 181). Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Estudios Universitarios de Estudios de Género. México.

Amuchástegui, A. (2007). Ética, deseo y masculinidad: La difícil relación entre lo sexual y lo reproductivo. En: Amuchástegui, A. y Szasz I. (Coord.), *Sucede que me canso de ser hombre...Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. (pp. 121- 139). México: El Colegio de México.

Arango, Ma. P. (2005). El Virus del Papiloma Humano. *Archivo Médico*, Facultad de Medicina - Universidad de Manizales. 10, 29- 33.

Arias, M. (2002) Triangulación Metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En: Mercado, F., Gastaldo, D., Calderón, C. (coords.) *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. (pp. 481- 520) Una antología Iberoamericana. Universidad de Guadalajara. México.

Artiles, L. (2006). A diez años de Beijing. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(1). Extraído el 18 de Mayo de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100009&script=sci_arttext)

Asturias, L. (2004). La Construcción de la masculinidad y las relaciones de género. En: Carlos Lomas (comp.) *Los chicos también lloran. Identidades masculinas. igualdad entre los sexos y coeducación*. (pp. 65- 78). España: Ediciones Paidós Educador.

Ayús, R. y Tuñón, E. (2003) Género, sexualidad y fecundidad de los jóvenes del Sureste mexicano. En: Bronfman, M. y Denman, C. (editores) *Salud Reproductiva, temas y debates*. (pp. 83- 102) Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Barrón, A. (1999). *Sexualidad, construcción de género y servicios de salud enfocados a los varones*. Cuadernos de trabajo de la Coordinación de Investigación y Posgrado en el I.C.S.A. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. 5,

Beuchot, M. (2005) *Hermenéutica Analógica y Género*. En: Guerrero, L. y García, D. (coords.) *Hermenéutica Analógica y Género*. (pp. 23- 38) Editorial Torres Asociados. México.

Bourdieu, P. (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría y la acción*. Barcelona: Anagrama

Bravo, M. Medina, O., Melgarejo, D. y Serrano, M. (2004). Infección por virus del papiloma humano en una muestra de mujeres jóvenes con citología normal. *Revista Colombiana de Cancerología*. 8(2), 5-10.

Breilh, J. (1993). *Género, poder y salud*. Aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones. Centro de Estudios y Asesoría en salud. Universidad Técnica del Norte UTN. Ecuador.

Bronfman, M. y Denman, C. (2003) *Salud Reproductiva. Temas y debates*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Burin M. y Meler, I. (2000). Género: una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina, En: Burin M., e Meler, I *Varones. Género y subjetividad masculina*. Paidós. Argentina.

Carmona, A. (2006). *Emociones presentes en el VPH*. Tesis de Licenciatura no publicada, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Castañeda, M. (2002) *El machismo invisible*. Grijalbo. México

Castellsagué, X., Bosch, F. y Muñoz, N. (2003). The male role in cervical cancer. *Salud Pública de México*. 45(3), 345- 353.

Castoriadis, C. (1988) Lo imaginario: la creación en el dominio historicosocial. En: Castoriadis, C. *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*. (pp. 64- 80) Gedisa. España,

Cazés, D. M. (2004). El feminismo y los hombres. En: Carlos Lomas (Comp.) *Los chicos también lloran. Identidades masculinas, igualdad entre los sexos y coeducación*. (pp. 35- 44). España: Ediciones Paidós Educador.

Conell, R. (1997). La organización social de la masculinidad. En: Valés, T. y Olavarría, J. (Edits). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. (pp. 31- 48) ISIS Internacional. FLACSO, Chile.

Contreras, J. (1999). *El comportamiento reproductivo de los varones a través de la perspectiva de género*. Tesis de Maestría no publicada. Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano, El Colegio de México, A.C.

Conwey, J., Bourque, S. y Scott, J. (2003). "El concepto de género". En: Lamas, M. (comp) *El género. Construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 21- 33) Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. Miguel Ángel Porrúa. México.

De Keijzer, B. (2003). Los hombres ante la salud sexual y reproductiva: una relación contradictoria. En: Bronfman, M. y Denman, C. (Edits). *Salud Reproductiva: Temas y Debates*. (pp. 53- 82). Instituto Nacional de Salud Pública. México.

De Lauretis, T. (1996). "La tecnología del género" (traducción de Ana María Bach y Margarita Roulet, tomado de *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, London Macmillan Press, 1989, pp. 1-30), en revista *Mora* N° 2, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Dio Bleichmar, E. (1998): *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Buenos Aires: Paidós.

Denzin, N. y Lincoln, Y.(1998) Entering the Field of Qualitative Research. En: Denzin, N. y Lincoln, Y. (Editores). *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. Publicaciones (pp. 1- 34) SAGE. California, London, New Dehli.

Escobar, G. (2007). Relación entre las conductas sexuales y algunas patologías del tracto genital inferior femenino. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, (pp. 165 – 177) Colombia,

Ferreira, Graciela (1995). *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Buenos Aires: De Sudamericana. 2ª edición.

Figueroa, J. (1998). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". *Salud Publica*; 14(1), 87-96

Figueroa, J. (2001a). *Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos reproductivos*. Libro de Memorias 1. México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Figueroa, J. (2001b). Un apunte sobre ética y derechos reproductivos. En: Figueroa, J. (Comp.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. (pp. 303- 311). Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México.

Figueroa, J. y Fuentes, C. (2001). Una reflexión ética sobre los derechos humanos: el contexto de la reproducción de las mujeres jóvenes. En: Figueroa, J. (Comp.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. (pp. 75- 95). Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México.

Furlong Aurora (2006). *Género, poder y desigualdad*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

Garduño, A., Blanco, J. y López, S. (2007) *Módulo "Salud y Sociedad"* Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

Garibay, V. (2007). *Aptitud de la pareja ante el VPH*. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México.

Gbrich, C. (2007) *Qualitative data analysis. an introduction*. Sage Publication: Inglaterra

Gil, J., López, O. y Rivera, J. (2008) *Módulo Distribución y Determinantes de Salud-Enfermedad*. Programa del Módulo II de la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México.

Gómez, E., Gómez, M., Conde, S., Maganto, E. y Navío, S. (2005). Infección por Papillomavirus en el hombre: Estado actual. *Actas Urológicas Españolas*, 29, (4). Extraído el 20 de abril de 2008 desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062005000400006&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062005000400006&script=sci_abstract).

Granados, A. (2006). *La perspectiva de género en el estudio de los trastornos mentales y el trabajo*. Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Departamento de Atención a la Salud. México. 70- 74

Granados, A. y Delgado, G. (2007). *Salud mental y riesgo de VIH - SIDA en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia*". Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Departamento de Atención a la Salud. México.

Guerriero, I., Ayres, R: y Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*. 36 (4), 50- 60

Guevara, E. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres: un debate pendiente. *Desacatos*, Centro de Investigaciones de Estudios Superiores en Antropología Social, México, 11, 105- 119.

Guevara, E. (2005). La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos*. Centro de Investigaciones de Estudios Superiores en Antropología Social, México, 33- 56.

Gutiérrez, S. (2007). La construcción cultural de la sexualidad masculina: un análisis discursivo. En: Montesinos, R. (Coord.). *Perfiles de la masculinidad*. (pp. 75- 114). Universidad Autónoma Metropolitana. México: Plaza y Valdés Editores.

Gutmann, M. (2007). El dominio del cuerpo varonil: los impulsos sexuales y la salud reproductiva masculina. En: Amuchástegui, A. y Szasz I. (Coord). *Sucede que me canso de ser*

*hombre...Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México.* (pp. 411- 432). México: El Colegio de México.

Holmes, K., Levine, R. y Weaver, M. (2004, Junio). Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ*, 82(6), 454-461.

Instituto Mexicano de la Juventud. *Encuesta Nacional de Juventud 2005*. Extraído el 30 de Mayo de 2008 desde [http://www.consulta.com.mx/interiores/99\\_pdfs/15\\_otros\\_pdf/oe\\_20060523](http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/oe_20060523)

Jiménez, H. (2007). *Valor diagnóstico de la peneoscopia en parejas sexuales con infección por VPH*. Tesis de Especialidad de Ginecología y Obstetricia no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Jiménez, M. y Tena, O. (2007). Algunos malestares de varones mexicanos ante el desempleo y el deterioro laboral. En: Burín, M., Jiménez, M, y Meler, I. (compiladores) *Precariedad laboral y crisis de la Masculinidad. Impacto sobre las relaciones de género.* (pp. 148- 173) Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Argentina.

Laclau, E. y Mouffe, Ch (2004) Más allá de la positividad de lo social: Antagonismo y hegemonía. En: Laclau, E. y Mouffe, Ch. *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia.* (pp. 177- 199). México. Fondo de Cultura Económica, 2ª edición (1ª edición en inglés 2986)

Lagarde, M. (1994). Mito, deseo, normas y experiencias de las mujeres. En Dörign, Tercsa. *La pareja o hasta que la muerte nos separe ¿Un sueño imposible?* (pp. 127- 159) Fontamara, México.

Lagarde, M. (2005). *Para mis socias de la vida.* Claves feministas. Barcelona: Horas y Horas

Langer, A. (2003) Reseña de Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos en la Investigación. En: Stern, C. y Figueroa, J. (coords.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos en la Investigación.* (pp. 203- 210) Estudios Demográficos y Urbanos. El Colegio de México.

Lamas, M. (comp.) (2003). El género. Construcción cultural de la diferencia sexual. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. Miguel Ángel Porrúa. México. 9- 20

Laurell, C. (1981) La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud.* 2 (1), 7- 25

Leininger, M. (2003) Criterios de evaluación y crítica de los estudios en investigación cualitativa. En: Morse, J. (Editora) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* (pp. 114- 137) Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia.

Lerner, S. (1996) La formación en metodología cualitativa. Perspectiva del programa salud reproductiva y sociedad. En: Szasz, I. y Lerner, S. (Comp.) *Para comprender la subjetividad*. (pp. 9- 16) México: El Colegio de México.

Loggia, S. y Fernández, A. (2006) *Género, cultura y sociedad. Mujeres y hombres frente a las instituciones de salud*. Serie de investigaciones PIEM. El Colegio de México.

Lomas, C. (2004). ¿Los chicos no lloran?. En: Carlos Lomas (Comp.), *Los chicos también lloran. Identidades masculinas, igualdad entre los sexos y coeducación*. (pp. 9- 31) España: Ediciones Paidós Educador.

López, J. y Ancizar, A. (2006). Integración viral y cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Ciencias Químicas y Farmacéuticas*. 35(1), 5-32. Extraído el 20 de Junio de 2008 desde <http://www.ciencias.unal.edu.co/unciencias/data-file/farmacia/revista/V35N1-01.pdf>

Martín- Crespo, C. y Salamanca, A. (2007) El muestreo en la Investigación cualitativa. *Nure Investigación*. Núm 27 Extraído el 30 de noviembre de 2009 desde [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf)

Martínez, C. (1996). Introducción al trabajo cualitativo de investigación. En: Szasz, I. y Lerner, S. (Comp.) *Para comprender la subjetividad*. (pp. 33- 57) México: El Colegio de México.

Martínez, C. (2001) Cuatro líneas de reflexión en torno a los elementos sociales de la salud reproductiva. En: *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México

Martínez, J. (2007). El virus del papiloma humano (VPH). Un problema importante para la salud pública en vías de solución. *Index de Enfermería*. 16(58). Extraído el 23 de Julio de 2008 desde <http://www.index-f.com/index-enfermeria/58/r6575.php>

Meler, I. (2000) La masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos. En: Burin M., e Meler, I *Varones. Género y subjetividad masculina*. (pp. 71- 122) Paidós. Argentina.

Menéndez E (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 451-464.

Mercado, F. y Bosi, M. (2003) Investigación cualitativa de los servicios de salud. Notas para un debate. En: Bosi, M. y Mercado, F. *Investigación cualitativa de los servicios de salud*. (pp. 11- 36). Argentina: Lugar Editorial.

Mercado, F. y Robles, L. (2004, Julio- Diciembre) La Medicina Social latinoamericana y sus miradas múltiples sobre la investigación cualitativa. *Salud Problema. Nueva Época*, Universidad Autónoma Metropolitana, 9(17), 39- 46.

Minello, N. (2002). Los estudios de masculinidad. En: *Estudios sociológicos de El Colegio de México*. 20(60), 715- 732.

Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad. Ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. Biblioteca Iberoamericana de Pensamiento. México: Gedisa Editorial.

Montesinos, R. (2007). Cambio cultural, prácticas sociales y nuevas expresiones de la masculinidad. En: Montesinos, R. (Coord.). *Perfiles de la masculinidad*. (pp. 17- 45). Universidad Autónoma Metropolitana. México: Plaza y Valdés Editores.

Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Morse, J. (2003). Emerger de los datos: Los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: Morse, J. (Ed.) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (pp. 29- 52) Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia

Muradás, M., (2002) *Estudio exploratorio de algunos comportamientos reproductivos de un grupo de varones de la Ciudad de México*. Tesis de Maestría no publicada. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México.

Nazzari, O., Suárez, E., Larraguibel, R., Rojas, L. y Bronda, A. (2006). Lesiones Preinvasoras de cuello uterino: una visión actual. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 71(5). Extraído el 15 de Mayo de 2008 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Neuman, WL (1994) The meanings of Methodology. En: Neuman, WL, *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches*. (pp. 55- 77) Boston: Allyn and Bacon..

Núñez, G. (2004). Los “hombres” y el conocimiento. Reflexiones epistemológicas para el estudio de los “los hombres” como sujetos genéricos”. *Desacatos*, 15- 16, 13- 32.

Olavarria, J. (2004). Modelos de masculinidad y desigualdades de género. En: Carlos Lomas (Comp.), *Los chicos también lloran. Identidades masculinas, igualdad entre los sexos y coeducación*. (pp. 45- 63). España: Ediciones Paidós Educador.

Olavarria, J. (2006) Hombres e identidad de género: algunos elementos sobre los recursos de poder y violencia masculina. En: Careaga, G. y Cruz, S. (coords.) *Debates sobre masculinidades*. (pp. 115- 130) Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Organización Mundial de la Salud (2006). Estrategia Mundial de Prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006- 2015. Extraído el 04 de Noviembre de 2008 desde [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC1/s/Anexo2-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/Anexo2-sp.pdf)

Ortiz, N. (2007). *La infección por VPH y sus repercusiones en la pareja*. Tesis de Licenciatura no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Trabajo Social.

Ortiz, A., Rivas, M., Huerta, F., Salazar, G. y Gómez, A. (2004). *Una apreciación relacional de género al campo de las sexualidades y la reproducción. Un estudio de caso de cómo se perciben el ejercicio y apropiación de las mujeres de sus derechos sexuales y de sus derechos reproductivos en distintos contextos mexicanos*. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. 75- 93.

Pacheco- Sánchez, C., Rincón, L., Guevara, E., Latorre, C., Guerreo, E. y Nieto, J. (2007, Enero-Febrero). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*. 49(1). Extraído el 10 de Junio de 2008 desde [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100007&lng=es&nrm=iso)

Parrini, R. (2007) El cuerpo, la intimidad, los deseos: masculinidad y erotismo. En: Parrini. *Panópticos y Laberintos. Subjetivación, deseo y corporalidad en una cárcel de hombres*. (pp. 163- 23) México. El Colegio de México.

Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. EU: Sage Publication.

Ramírez, J. (2006) “¿Y eso de la masculinidad? Apuntes para una discusión” En: Cruz. S. y Careaga, G. (coords.) *Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. (pp. 31- 56) Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de género. México.

Ramos, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 23(3). Extraído el 25 de Mayo de 2007 desde [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000100010&script=sci_arttext)

Rocha, G. (1995) *Las representaciones sociales de la enfermedad. Una mirada sociológica a la perspectiva lega*. Tesis de Doctorado no publicada. Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, A.C.

Roche, G., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M. y Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1). Extraído el 30 de Mayo de 2007 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(1). Extraído el 26 de Mayo de 2008 desde [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu08106.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.pdf)

Rojas O y Castrejón J. (2007). Relaciones de Género e Iniciación Sexual Masculina en México. *Otras miradas*. Universidad de Los Andes. 7(1), 7-28. Extraído del 26 de Mayo de 2007 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/183/18370103.pdf>

Rosen, G. (1986) *De la policía médica a la medicina social*. Editorial Siglo XXI. México. 77-137.

Rubin, G. (1996) El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En: Lamas, M. (comp.) *El género: la construcción política de la diferencia sexual*. (pp. 35- 96) Paidós. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ruiz, J. (2003) *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. España.

Ruiz, A., Latorre, C., Beltrán, J., Ruiz, J, y Veléz, A. (2005). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia*, 12(3). Extraído el 28 de Abril de 2008 desde <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>

Salguero, A. (2000). Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en el Estado de México. *Papeles de población*, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. 155- 179.

Salinas, A. (2007). "La disociación entre sexualidad y reproducción". En: Jarillo, E. y Guinsberg, E. (editores). *Temas y desafíos en salud colectiva*. (pp. 217- 243) Lugar Editores. Buenos Aires, Argentina,

Salles, V. y Tuirán, R. (2001) El Discurso de la salud reproductiva; ¿un nuevo dogma? Sexualidad y salud reproductiva. En: Stern, C., Figueroa, J. (editores) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos para la Investigación*. (pp. 93- 113) México: El Colegio de México.

Sánchez G., Sánchez, R. y Palacio, C. (2007) Las masculinidades: configuración social, campo de estudio y conocimiento. En: Montesinos, R. (coord.) *Perfiles de la masculinidad*. (pp. 181-230) Universidad Autónoma Metropolitana. México: Plaza y Valdés Editores.

Sandoval, J. (1991). *Frecuencia de VPH en uretra masculina de compañeros sexuales con pacientes con condilomas*. Tesis no publicada de Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.

Sangrador, J. (1993) Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*. Vol. 5. Suplemento 181- 196 Extraído el 14 de junio de 2010 desde <http://www.psicothema.com/pdf/1137.pdf>

Scott, J. (1996) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M. (comp.) *El género: la construcción política de la diferencia sexual*. (pp. 265- 302) Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. Paidós.

Secretaría de Salud (2007). *Salud México: 2006. Información para rendir cuentas*. México. Extraído el 04 de Noviembre de 2008 desde <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2006/SM06.pdf>

Secretaría de Salud (2001). *Programa de acción. Salud reproductiva*. México.

Seidler, V Transformar las masculinidades. En: Careaga, G. y Cruz, S. (coords.) *Debates sobre masculinidades*. (pp. 57- 66) Universidad Nacional Autónoma de México. México

Sierra, F. (1998) Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social, En: Galindo, J. (Coord.). *Técnicas de investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. (pp. 277- 345) México: Pearson Educación.

Stern, C. y Yanes, M. (2001) *Introducción* En: Figueroa, J. y Stern, C. (coord.) *Sexualidad reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México.

Stern, C., Fuentes, C., Lozano, L. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública México*, 45(1), 34-43.

Szasz, I. (2003). Pensando la Salud Reproductiva de Hombres y Mujeres. En: Bronfman, M. y Denman, C. (Edits). *Salud Reproductiva: Temas y Debates*. (pp. 47- 57). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Tirado G, L. (2005). *El papel de la infección por virus del papiloma humano en el desarrollo de cáncer cervicouterino. Un estudio de casos y controles*. Tesis de Doctorado no publicada. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Trejo, O., Mendoza, G., Díaz, J. y Aragón, M. (2000). Detección del virus de papiloma humano en el varón con cepillado uretral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 43(3), 33- 79.

Vacarella, S., Lazcano- Ponce, E., Castro, J., Cruz, A., Díaz, V., Schiavon, R., Hernández, P., Kornegay, J., Hernández, M., y Franceschi, S. (2006) Prevalence and determinants of human papillomavirus infection in men attending vasectomy clinics in Mexico. *International Journal of Cancer*. 119, 1934- 1939.

Valles, M (2003). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Reflexión metodológica y práctica profesional.

Walboomers, J. Jacobs, M. Manos, M., Bosch, Kummer, J., Shah, K., Snijders, P., Peto, J., Meijer, C. y Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology*. 189, 12-19.

## ANEXOS

**ANEXO No.1**  
**GUIA DE ENTREVISTA**

**Presentación**

Buenas (tardes, días), mi nombre es Esmeralda Covarrubias, soy Licenciada en Enfermería y Obstetricia, actualmente estudio la Maestría en Medicina Social en la UAM- X y me encuentro realizando mi trabajo de grado que tiene la finalidad de explorar la experiencia de los hombres sobre el diagnóstico de VPH de su pareja.

Para lo anterior, le pido me permita unos minutos de su tiempo para que me platicara sobre algunas de sus experiencias acerca de sus prácticas de salud, su sexualidad y sobre el diagnóstico de VPH de su pareja. De antemano le garantizo el anonimato y la confidencialidad, por tanto, me gustaría que se sintiera con toda la libertad de contarme hasta donde usted lo desee, si desea parar, en cualquier momento lo podemos hacer ¿está usted de acuerdo?

**Datos generales**

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Dónde nació?
3. ¿Dónde vive actualmente?
4. ¿A qué se dedica?
5. ¿En donde trabaja?
6. ¿Cuál es su estado civil?
7. ¿A qué se dedica su pareja?
8. ¿Tiene hijos (as)?

**Identidad masculina**

9. Si yo le preguntara qué características podrían definir a (nombre del entrevistado). ¿Qué me respondería?

10. Hábleme un poco de lo que significa ser hombre:
- a) Diferencias entre ser un hombre y ser una mujer
  - b) Actividades propias de un hombre
  - c) Actividades propias de una mujer
  - d) Ventajas cree que tiene usted por haber nacido hombre
  - e) Desventajas cree que tiene usted por haber nacido hombre
11. De todo lo que me ha platicado ¿cree que haya diferencia en relación con la mujer?

### **Relación de pareja (prácticas sexuales)**

Cuénteme sobre su relación de pareja...

12. ¿Cuánto tiempo llevan juntos?
13. ¿Qué significa para usted una relación de pareja?
14. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? ¿Podría contarme como fue su experiencia?
15. Hasta este momento ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?
16. ¿Utiliza algún método de planificación familiar? ¿Cuál? ¿Desde cuándo utiliza ese método?
17. ¿Utiliza el preservativo con todas sus relaciones sexuales? ¿En que casos si utiliza el preservativo y porqué? ¿En que casos no lo utiliza y porqué?
18. ¿Cómo fue que se enteró del diagnóstico de VPH de su pareja?
19. ¿Ha cambiado su relación de pareja a partir del diagnóstico? ¿En qué sentido? ¿Podrías describirme como es?

### **Prácticas en salud**

En relación a sus prácticas en salud...

20. ¿Alguna vez se ha realizado pruebas de laboratorio para detectar alguna ITS?
21. ¿Usted presentó algún síntoma de la infección por VPH?

22. Después de que se enteró sobre el diagnóstico de su pareja. ¿acudió a revisión médica?
23. A parte del tratamiento al que se sometió su pareja ¿fue necesario que también usted siguiera algún tratamiento clínico?
24. Si supiera que existe una prueba para diagnosticar VPH ¿se la haría?
25. ¿Ha contribuido a resolver el problema de salud de VPH que le dieron a su pareja? ¿En qué forma?

## **VPH**

Específicamente del diagnóstico de VPH podría decirme...

26. ¿Qué es lo primero que se le viene a la mente cuando usted escucha la palabra VPH? ¿en qué piensa usted?
27. ¿Antes del diagnóstico había escuchado hablar sobre el VPH? ¿Qué y cuál fue su fuente?
28. ¿Cuáles cree que son las consecuencias que se podrían presentar por tener una infección por VPH?
29. ¿Sabía cómo prevenir el VPH?
30. ¿Cree que usted pudo hacer algo para prevenir la infección de VPH en su pareja? ¿En qué forma?

## **Cierre**

¿Algo más que quisiera agregar o profundizar sobre alguno de los temas que abordamos?

Pues le agradezco su participación y su tiempo para proporcionarme la entrevista.

¿Tiene usted alguna duda?

ANEXO No. 2

FRAGMENTO DEL EJERCICIO QUE SE REALIZÓ  
DESPUÉS DE LA PRIMERA ENTREVISTA

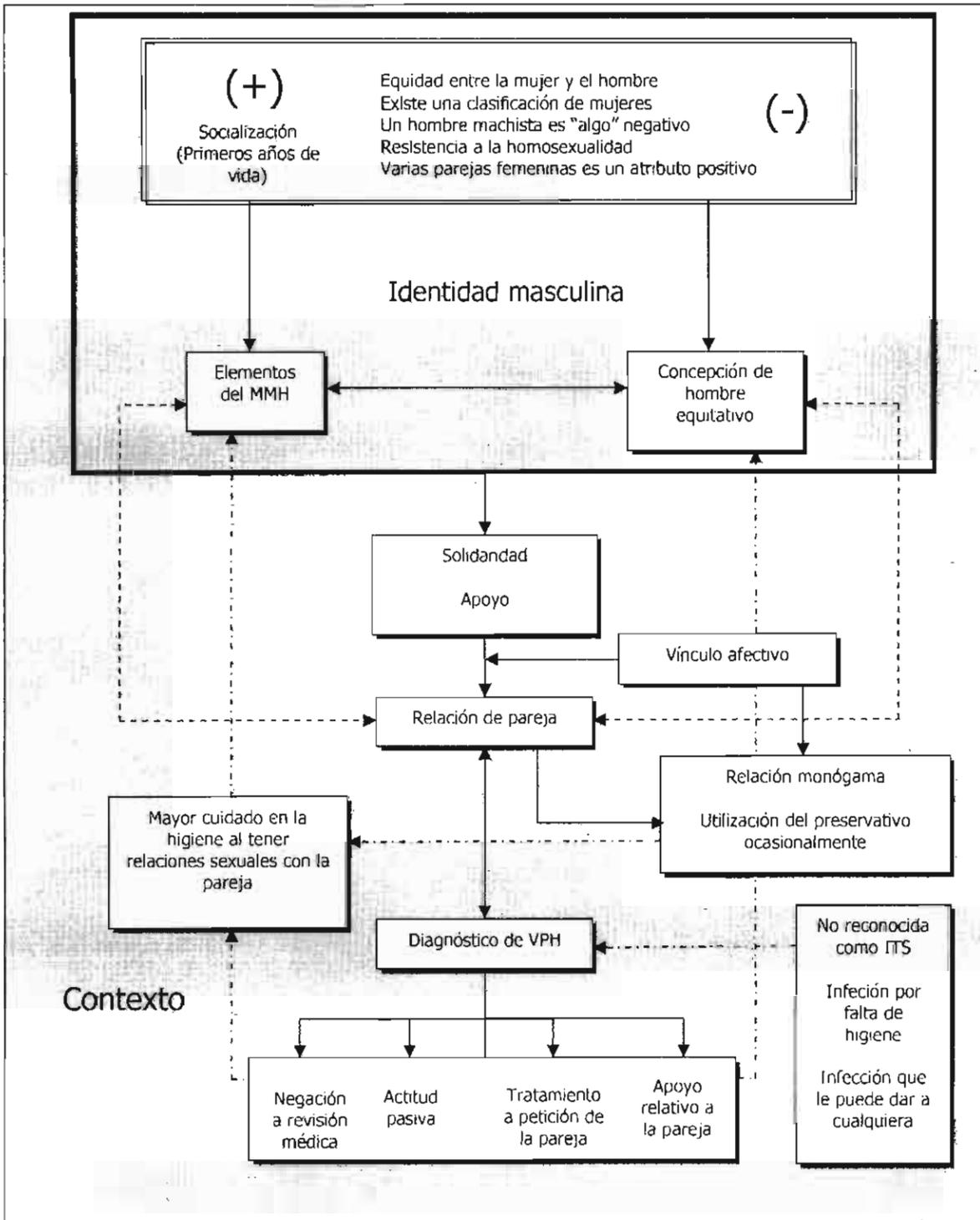
Preguntas que hice	Dificultad	¿Cómo podría preguntar?
¿Podrías dar una idea de lo que crees que es el VPH?	Si	¿Qué es lo primero que se le viene a la mente cuando usted escucha la palabra VPH? ¿en que piensa usted?
¿Porqué crees que se pueda presentar esta infección?	No	-----
¿Te acuerdas un poco como fue la dinámica... ella te comentó que tenía VPH o tú te enteraste?	No	¿Cómo fue que se enteró del diagnóstico de VPH de su pareja?
Te acuerdas el tratamiento que tuvo ella? ¿Algún tratamiento que te hayan pedido a ti llevar?	No	A parte del tratamiento al que se sometió su pareja ¿fue necesario que siguiera algún tratamiento?
¿Alguna vez te has hecho alguna prueba para diagnosticar alguna infección de transmisión sexual o VIH- SIDA?	No	-----
¿Actualmente utilizan algún método de planificación? ¿Se cuidan? ¿El preservativo? ¿o que utilizan? ¿Fue una decisión de ambos utilizar el preservativo o porque a lo mejor optaron por el preservativo y por ejemplo no el DIU o pastillas?	No	¿Utiliza el preservativo en todas sus relaciones sexuales?
¿Cambiaron alguna de su dinámica en el aspecto sexual después del diagnóstico de VPH?	Si	¿Considera que hubo cambios en su relación a partir del diagnóstico de VPH
¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	No	-----
¿Te acuerdas a los cuántos años empezaste a tener relaciones?	No	-----

ANEXO No. 3

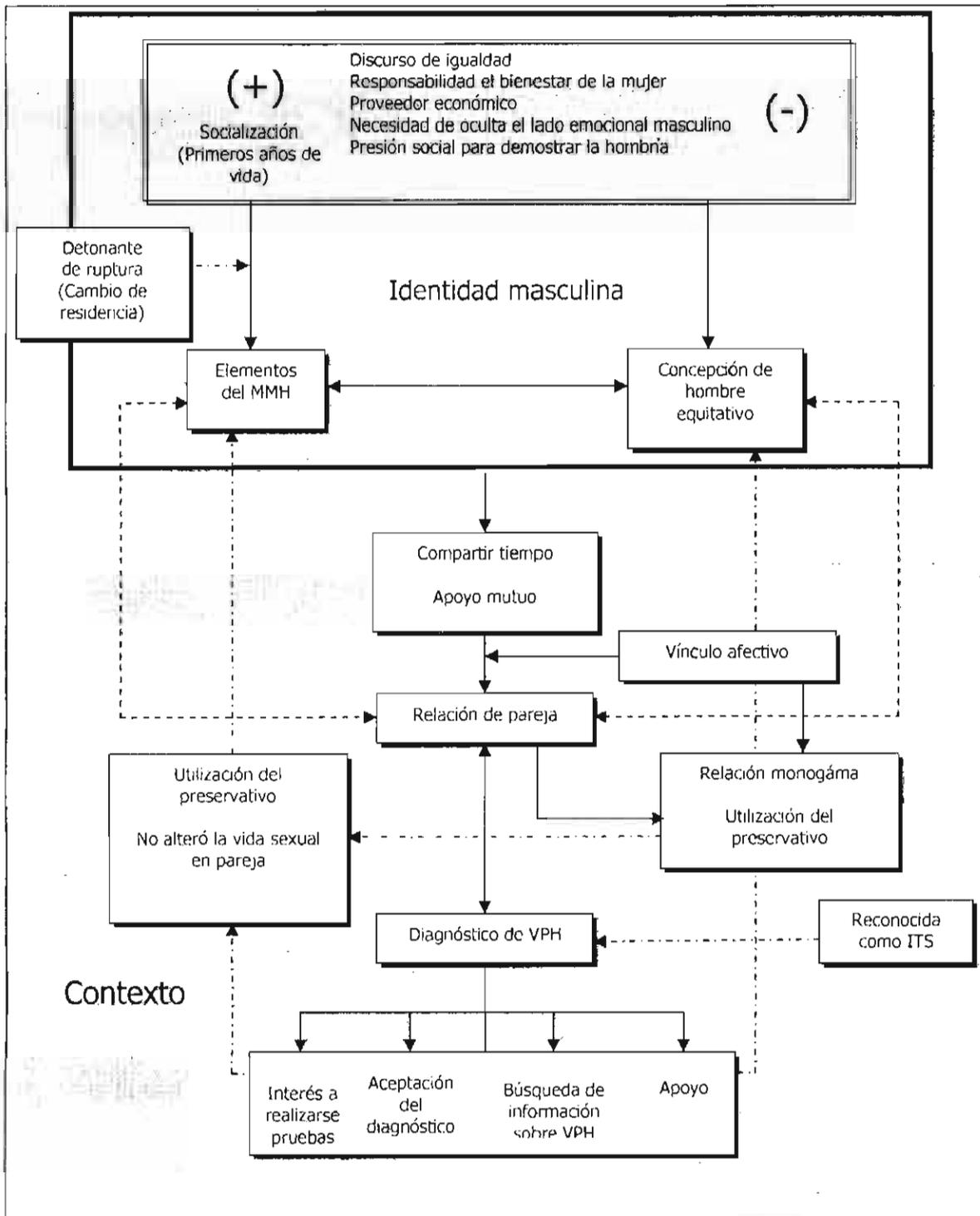
EJEMPLO DE LOS CUADROS ELABORADOS PARA LA VINCULACIÓN DE LOS DATOS

José	Luis	Roberto	Francisco	Raymundo
11. Tres parejas sexuales	13. Ha tenido 10 parejas sexuales  16. Significado diferente si se tiene relaciones con una pareja a la que se le tiene sentimientos que con otra con la que no, como es el caso de las sexoservidoras.	27. Hasta ese momento había tenido 3 parejas  11. Las relaciones sexuales que ha tenido han sido con parejas estables de varios años	29. Pocas parejas sexuales  Anteriormente tenía encuentros sexuales ocasionales, a partir de su pareja actual ya no	11. Más de diez parejas sexuales
15. No tiene relaciones con sexoservidoras	14. No ha tenido relaciones con sexoservidoras, sin embargo, expresa que en los encuentros con sexoservidoras hay una separación entre el aspecto sexual y el emotivo.	16. No habitúa tener encuentros sexuales ocasionales ni con sexoservidoras	17. Aunque si ha tenido encuentros ocasionales no con sexoservidoras	10. No ha tenido encuentros con sexoservidoras porque las considera como un factor de riesgo para contraer una ITS así como la posibilidad de que sea asaltado

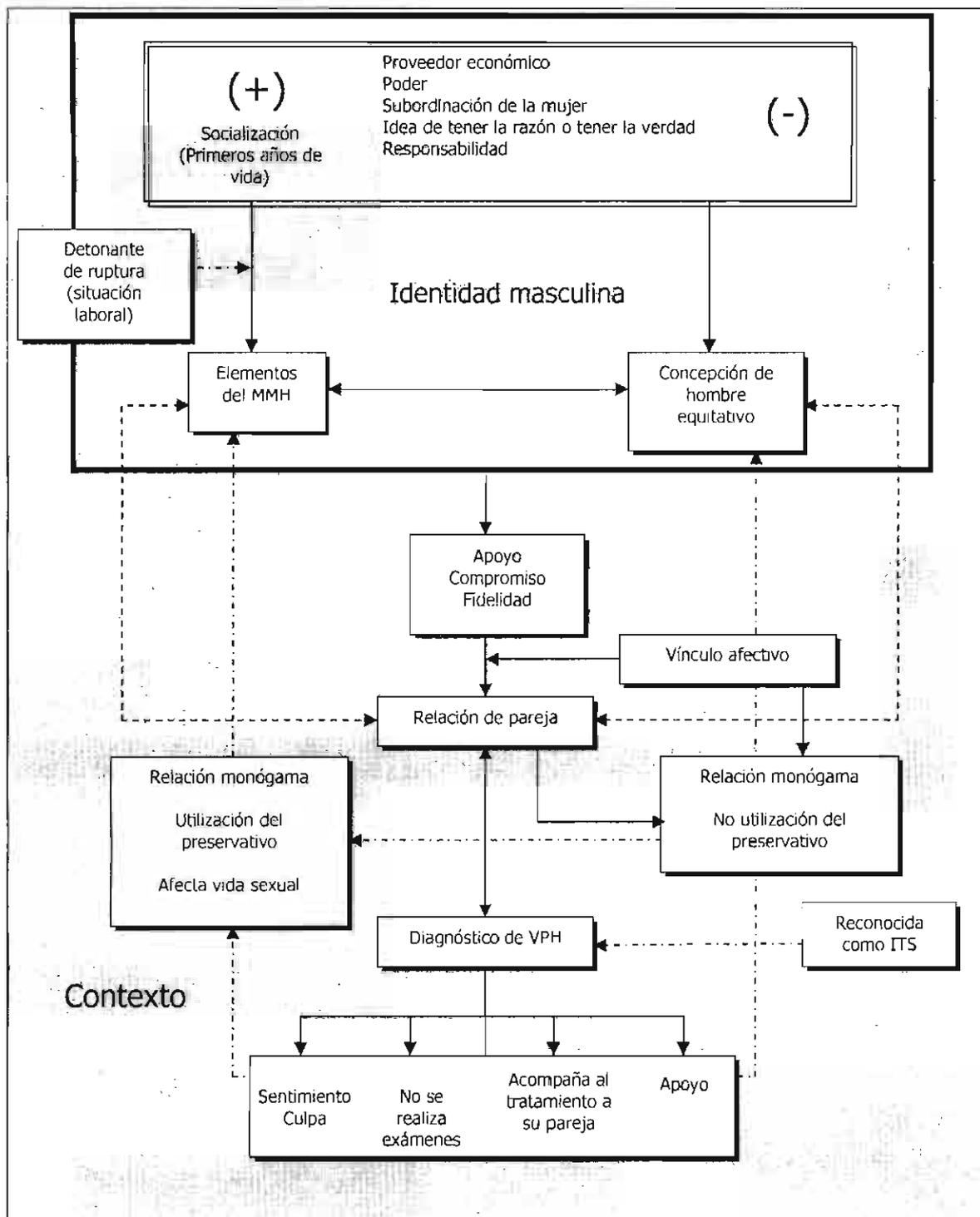
**ANEXO No. 4**  
**REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS**  
**DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA DE JOSÉ**



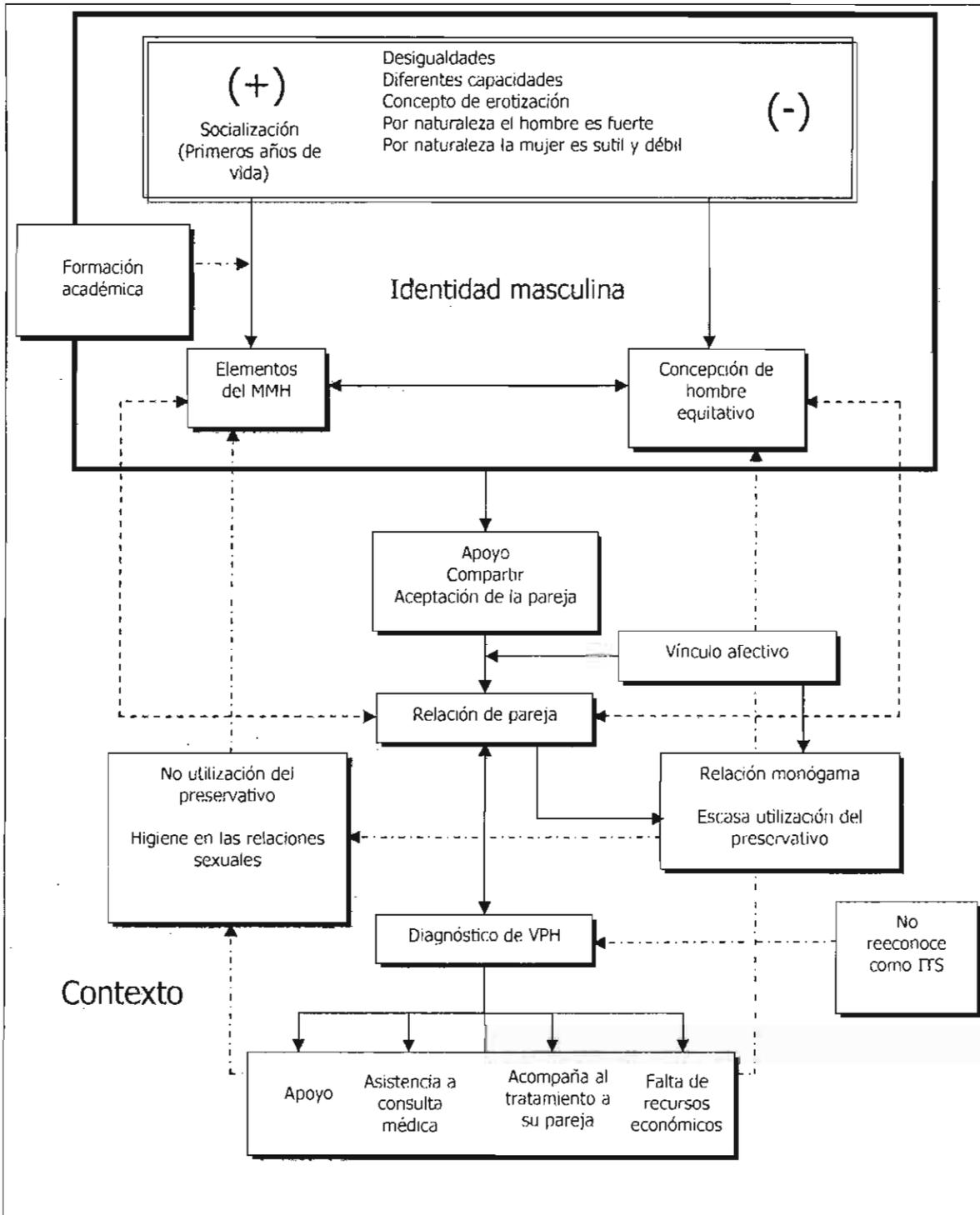
**ANEXO No. 5**  
**REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS**  
**DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA DE LUIS**



**ANEXO No. 6**  
**REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS**  
**DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA DE ROBERTO**



**ANEXO No. 7**  
**REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS**  
**DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA DE FRANCISCO**



**ANEXO No. 8**  
**REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS**  
**DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA DE RAYMUNDO**

