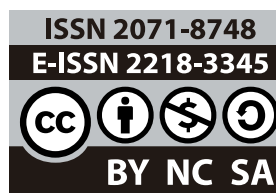


Aportes de los equipos de salud en la prevención de las violencias y promoción de la salud de los varones adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

The contributions of health teams in the prevention of violence and the promotion of health of adolescent males in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires



DOI: <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9575>
URI: <http://hdl.handle.net/11298/1168>

Débora Tajer
<https://orcid.org/0000-0003-1268-5337>

Graciela Reid
<https://orcid.org/0000-0001-6917-0380>

Mariana Gaba
<https://orcid.org/0000-0001-9765-7831>

Juliana Fernández-Romeral
<http://orcid.org/0000-0001-6917-0380>

Lucía Saavedra
<https://orcid.org/0000-0002-0105-0128>

María Eugenia Cuadra
<https://orcid.org/0000-0001-7400-2664>

Mónica Solís
<https://orcid.org/0000-0003-4310-6924>

Alejandra Lo Russo
<https://orcid.org/0000-0002-7022-9682>

Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires
Correo de contacto: dtajer@psi.uba.ar

Recibido: 6 de enero de 2020
Aceptado: 12 de julio de 2020

Resumen

El proyecto de investigación “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y profesionales de la salud” tiene el objetivo de actualizar el estado del arte sobre la salud de los varones adolescentes desde una perspectiva de género, salud colectiva y subjetividad y producir insumos para establecer acciones preventivas en este campo desde una perspectiva del derecho a la salud. Una de las hipótesis de la investigación es que existe una falta de identificación y de promoción de la detección precoz de las conductas de riesgo

Abstract

The research Project “Gender barriers in the prevention and health care of adolescent males: practices and meanings of users and health professionals,” has as its primary objective to update the state of the art about the health of male adolescents from a perspective of gender, collective health, and subjectivity, in order to produce elements for the establishment of preventive actions in this field, as seen from the rights on health perspective.

One of the hypothesis stated in this research points out the existing lack of identification and promotion

ligadas a la construcción de la masculinidad que se pueden ir consolidando en la adolescencia y expone a los varones (y a las mujeres y varones de su entorno) a riesgos y vulnerabilidades específicas. Como parte de sus resultados, esta investigación aporta insumos específicos para pensar el espacio de las consultas en salud como una oportunidad para generar estrategias de promoción de conductas alternativas y de prevención de las violencias de género, específicamente la sexual. Algunos hallazgos son que la falta de preparación de los/as profesionales de salud para atender a los usuarios varones y la escasez y ausencia de modelos, programas y materiales específicos dirigidos, desde una perspectiva de género, hacia el cuidado y la prevención de la salud en varones adolescentes son un obstáculo. Por otro lado, la posibilidad de que los adolescentes abandonen un comportamiento riesgoso está relacionada estrechamente con la posibilidad de que se les ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos.

Palabras clave

Violencia de género - Prevención - Buenos Aires, Argentina; Androcentrismo - Buenos Aires, Argentina; Servicios de salud - Buenos Aires, Argentina; Adolescentes maltratados - Prevención - Buenos Aires, Argentina.

of the early detection of risky behavior linked to the construction of masculinities that can be consolidated during adolescence. This puts young males (and the women and men around them) at risk of specific dangers and vulnerabilities. As part of the findings, this research contributes specific elements to see health consultations as an opportunity to generate strategies which promote alternative and preventive behaviors in terms of gender violence, especially that of a sexual nature. Some findings showed that both the health professionals' lack of preparation to take adequate care of male patients, and the scarcity and absence of specific guided models, programs and materials from a gender perspective--and towards the prevention and health care of young males--represent an obstacle for their well-being.

On the other hand, the possibility for adolescent males to quit risky behaviors is closely related to the opportunity for these young men to be given alternative satisfactory and valuable choices.

Keywords

Gender violence – Prevention – Buenos Aires, Argentina; Androcentrism – Buenos Aires, Argentina; Health services – Buenos Aires, Argentina; Abused adolescents – Prevention – Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Las siguientes reflexiones forman parte de un proyecto de investigación UBACyT realizado por la Cátedra de Introducción a los Estudios de Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El proyecto (UBACyT 17/19) titulado “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y profesionales de la salud” tiene por objetivos generales actualizar el estado del arte sobre la salud de los varones adolescentes desde una perspectiva de género, salud colectiva y subjetividad; producir insumos

para establecer acciones preventivas en este campo desde una perspectiva del derecho a la salud; utilizar estos insumos en estrategias de capacitación para profesionales de la salud y proporcionar conocimiento útil para la prevención y el desarrollo de intervenciones efectivas y pertinentes; y, por último, producir herramientas de transversalización de género en las políticas públicas de atención de varones adolescentes, que incluyan el propósito de impactar a modo de promoción en las etapas vitales siguientes.

Según refieren diversos autores pioneros en el campo de las masculinidades (Gilmore, 1994; Inda, 1996;

Connel, 1997), los varones, “supuestos sabidos” en la conformación del sujeto universal de la modernidad, resultan aún desconocidos en sus prácticas y necesidades reales. Si bien desde hace casi dos décadas se aprecian avances en la producción científica sobre salud y masculinidad (Giffin, 1994; *The Lancet*, 2001; De Keijzer, 2006; Hartog, 2006; Tajer, 2006, 2009), la comprensión de la problemática de la vulnerabilidad en varones y de los procesos de salud-enfermedad-cuidados aún no incluye integralmente la experiencia de ellos y sus dificultades específicas, más allá del impacto de la esfera del trabajo o la preparación futura, para el caso de adolescentes (Tajer, 2009).

La adolescencia representa un período clave durante el cual las conductas de riesgo y de protección se inician y tendrán un impacto general en la salud, por su proyección hacia la vida adulta (Pasqualini & Llorens, 2010; OMS, 2014; Campbell et al., 2016). En términos epidemiológicos, estudios realizados en la región evidencian que los varones adolescentes tienen una mortalidad superior que las mujeres, se involucran menos en acciones de cuidado primario, tienen niveles más altos de necesidades de salud no cubiertas, presentan menos probabilidades de tener una fuente usual de acceso a la salud, menos probabilidades de haber visitado un/a médico/a en los últimos 12 meses y más probabilidades de haber tenido una consulta en urgencias en los últimos 12 meses (Souza, 2005). Desde la adolescencia, los varones consultan menos en el sistema de salud y las campañas orientadas a ellos muestran bajo impacto en la adopción de conductas preventivas y en la consulta precoz por problemáticas de salud de más alto impacto en esta población (Bell, Beland & Ott, 2013).

Según De Keijzer (1997), existe un modelo hegemónico de masculinidad que produce una subjetividad esencialmente dominante que se expresa en la discriminación y subordinación de las mujeres y otros varones que no se adaptan a dicho modelo. Esta forma hegemónica de socialización representa algunas claras ventajas, no obstante implica riesgos en materia de salud en tres vectores principales: a) riesgo hacia

mujeres, niños y niñas, el cual se expresa en la violencia de género, el abuso sexual infantil, el embarazo impuesto y la falta de participación masculina en la anticoncepción, b) riesgo hacia otros varones a través de la legitimación de la burla, la presión y la violencia y c) riesgo para sí mismo en tanto la temeridad se presenta como prueba de la masculinidad, lo que aumenta el riesgo de accidentes desde la infancia. De esta forma, ciertos comportamientos masculinos, considerados legítimos y hasta esperados, los sitúan en situaciones de vulnerabilidad, tales como accidentes, consumo problemático de alcohol y drogas (Jeifetz, V. y Tajer, D., 2010), violencia o ausencia de cuidado del propio cuerpo (Promundo-Ecos, 2015).

Una de las hipótesis de la investigación es que existe una falta de identificación y de promoción de la detección precoz de las conductas de riesgo ligadas a la construcción de la masculinidad que se pueden ir consolidando en la adolescencia y expone a los varones (y a las mujeres y varones de su entorno) a riesgos y vulnerabilidades específicas en etapas vitales posteriores. En ese sentido, la presente investigación aporta insumos específicos para, por un lado, pensar el espacio de las consultas en salud como una oportunidad para generar estrategias de promoción de conductas alternativas y de prevención de las violencias de género, específicamente la sexual. Y, por otro, teniendo en cuenta que en Argentina se sancionó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el año 2006 (Ley 26.150), se dará cuenta de las demandas específicas en salud de los adolescentes al incluir las perspectivas de los varones escolarizados.

Metodología

Preguntas y objetivos de la investigación

La pregunta general que guía la investigación está centrada en la invisibilidad de los componentes de la dimensión subjetiva de género en las prácticas en salud dirigidas a la atención de varones adolescentes. En este sentido, la relación entre los servicios de salud y los usuarios varones podría traducirse en distintas barreras de accesibilidad para estos últimos. Los objetivos

específicos de la investigación están orientados, por una parte, a actualizar el estado del arte sobre la salud de los varones adolescentes desde una perspectiva de género, salud colectiva y subjetividad. Y, por otra, a producir insumos para establecer acciones preventivas en este campo desde una perspectiva del derecho a la salud, con el fin de poder utilizarlos en estrategias de capacitación del personal de salud en este ámbito. Se espera producir herramientas de transversalización de género en las políticas públicas en salud dirigidas a la prevención, promoción y atención de la salud de varones adolescentes, con el propósito de impactar en las etapas vitales siguientes.

En relación con las hipótesis que guían la presente investigación, se pueden identificar cuatro supuestos:

- 1) Podrían existir sesgos de género en la identificación de los modos diferenciales de los varones adolescentes de enfermar, de consultar y de ser atendidos que operan como barreras en la prevención y atención de esta población específica.
- 2) La ausencia de perspectiva de género en los modelos de atención y abordaje de la salud en población masculina adolescente puede invisibilizar la complejidad de sus necesidades bio-psico-sociales específicas y diferenciales.
- 3) Los sesgos de género están presentes en los modos de comunicar las medidas preventivas, lo cual puede limitar la eficacia de la prevención de los riesgos específicos en varones adolescentes.
- 4) Existe una falta de identificación y de promoción de la detección precoz de “la masculinidad como factor de riesgo”, que se puede ir consolidando a partir de la etapa adolescente y expone a los varones a riesgos y vulnerabilidades específicas ligadas a la masculinidad hegemónica en etapas vitales posteriores, así como pone en riesgo a las personas que los rodean, especialmente mujeres, pero también otros varones, a partir de dinámicas de violencia de género y/o sexual.

Diseño de la metodología

La mayoría de los estudios realizados con población adolescente tienen un sesgo fuertemente adultocéntrico, donde más bien se habla “sobre” ellos con diferentes adultos y no con “ellos de ellos” (Laws & Mann, 2004; Campos-Ramos & Barbato, 2014). Justamente, uno de los antecedentes relevados en el anterior proyecto UBACyT 2013/16 “Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia” muestra la falta de implicación y la posición pasiva de los varones adolescentes respecto del cuidado de su propia salud y la de otros/as. En razón de lo mencionado, se justifica la realización de un estudio de carácter cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2009) y participativo (Christensen & James, 2000) que fomente una posición de sujetos con capacidad de agencia para contribuir a la construcción de políticas públicas y programas que reconozcan la capacidad de actores estratégicos y ciudadanos de los propios adolescentes y jóvenes (Pasqualini & Llorens, 2010; OMS, 2014, 2015). Por este motivo el diseño es exploratorio y comprensivo, para contribuir a ampliar un campo de estudio poco explorado, así como abierto, flexible y emergente, de tal forma que se irá adaptando a medida que se genere nuevo conocimiento sobre el fenómeno estudiado.

Los/as participantes de la investigación que configuran las unidades de análisis son profesionales de la salud, varones usuarios del sistema de salud de 15 a 19 años de edad y alumnos varones de escuela secundaria de 15 a 19 años de edad. La selección de este grupo etario responde a la hipótesis respecto de las escasas consultas de varones adolescentes en el sistema de salud. Al encontrarlos poco en el ámbito sanitario, se ha decidido buscarlos en las escuelas secundarias, dada su presencia allí por la alta tasa de escolaridad que existe en nuestro país. Esta decisión se ha tomado frente a la necesidad de ampliar la información con varones adolescentes de población general sobre sus imaginarios sociales acerca de su propia salud y la respuesta que el sistema de salud tiene frente a aquella. El tipo de muestreo fue de carácter intencionado y no

probabilístico, es decir, se trabajó con los participantes que fueron accesibles para el equipo de investigación y seleccionando aquellas unidades y dimensiones que garanticen la mayor cantidad (saturación) y la mejor calidad (riqueza) de la información. El trabajo de campo se ha realizado en la ciudad de Buenos Aires, en los servicios de adolescencia de cinco efectores de salud: dos hospitales públicos, dos centros de salud y acción comunitaria —correspondientes al primer nivel de atención— y un hospital de comunidad.

La recolección de datos se ha realizado, por un lado, a través de entrevistas semiestructuradas a informantes clave, a profesionales de equipos de salud en adolescencia y a varones usuarios del sistema de salud, y por otro, a través de dispositivos grupales de indagación a adolescentes varones estudiantes de escuela secundaria. Las entrevistas realizadas a profesionales considerados/as informantes clave fueron seleccionadas intencionalmente con el criterio de que sean referentes en los ejes de indagación en esta investigación, sea por su ámbito de especialidad, de acción o de responsabilidad. Cabe aclarar que los ejes que aborda la presente investigación son: 1) Epidemiología diferencial, 2) Consumo problemático, 3) Violencia, 4) Nutrición, 5) Salud sexual y reproductiva y 6) Identidad de género.

El trabajo de campo ha abarcado en esta etapa un total de veinte entrevistas a profesionales de distintas disciplinas (N=23) y doce entrevistas a varones adolescentes usuarios de servicios de salud (N=17). Asimismo, se han llevado a cabo dos dispositivos grupales de indagación a adolescentes varones estudiantes de dos escuelas secundarias —una pública y una de privada— de la Ciudad de Buenos Aires.

Procesamiento y análisis

El material recopilado fue desgrabado y analizado con base en una matriz diseñada de acuerdo con las variables por estudiar para su posterior procesamiento. Se utilizó el método de análisis de contenido (Bardin, 1996), descomponiendo el corpus en unidades de análisis que representan los segmentos del

contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados, para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos, siguiendo el criterio de analogía, que consideró las similitudes o semejanzas que existen entre estas en función de criterios preestablecidos (Hernández et al., 1994; Bardin, 1996). Para otorgar mayor validez y confiabilidad al estudio, se realizó un proceso de triangulación (Denzin, 1970) del material producido mediante el uso de múltiples fuentes de información primarias y secundarias, de diversos informantes e instancias de análisis e interanálisis.

Resultados y discusión

Existe consenso internacional en afirmar la necesidad de incorporar la perspectiva de género a lo largo del ciclo vital en la promoción y la atención de la salud (OMS, 2014; 2015), siendo la adolescencia un período fundamental para ello. Incorporar una perspectiva de género implica considerar dos elementos centrales: a) Especificidad de género: Mirar las necesidades específicas que los jóvenes poseen en términos de salud y desarrollo por cuenta de su proceso de socialización. Esto significa, por ejemplo, involucrarlos en discusiones sobre el uso de drogas o comportamientos de riesgo, ayudarlos a procesar críticamente por qué se sienten presionados a comportarse de esta o de aquella forma y b) Equidad de género: Involucrar a los varones en la discusión y reflexión sobre la jerarquía de género con el objetivo de llevarlos a asumir su parte de responsabilidad en el cuidado de los hijos/as, en las cuestiones de la salud reproductiva y en las tareas domésticas (Promundo, 2015). En atención a ello, se vuelve necesario incorporar los aportes del campo de la subjetividad (Fernández, 2011) en sus dimensiones de género (Burin & Meler, 2000; Tajer, 2009) y sumar como herramienta conceptual la noción de modos de subjetivación de género, aportada desde la articulación entre los estudios de género y el psicoanálisis (Meler & Tajer, 2000; Tajer, 2009), para visualizar cómo la conformación temprana de valores, exigencias, legitimidades, estándares de autoestima diferenciales para varones y para mujeres ligados a los modos diferenciales por género en la construcción del psiquismo (Bleichmar, 2005) tiene efectos diferenciales

en los procesos de salud-enfermedad-cuidados de los/as sujetos/as pertenecientes a cada uno de los colectivos genéricos (Bleichmar, 2006).

Como se precisó anteriormente, la investigación realizada incluyó varios ejes de indagación respecto de las barreras de género en la atención de la salud de los varones adolescentes, siendo sin embargo el foco de este trabajo profundizar en el eje específico de violencia y su articulación con la producción de subjetividad masculina, con particular interés en insumos y aportes específicos que los equipos de salud pueden tener en la prevención de las violencias y promoción de la salud de los varones adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En esta línea, se observa que los/as profesionales que incorporan la perspectiva de género en los modelos de atención realizan aportes específicos en relación con dos ejes clave: en primer lugar, el eje de salud sexual y reproductiva, territorio ligado casi con exclusividad a las demandas y cuerpos de las mujeres; y, en segundo lugar, a la indagación respecto de las conductas de consumo problemático de sustancias (drogas y/o alcohol) como factores asociados a comportamientos violentos y, más específicamente, a la violencia de género.

Según los/as profesionales entrevistados/as, los adolescentes consultan con menor frecuencia en los servicios de salud y cuando lo hacen es a través de los servicios de urgencia como consecuencia de traumatismos por exposición a situaciones riesgosas, accidentes, consumo problemático de alcohol y/o drogas y violencia contra sí o contra terceros/as. Los condicionantes sociales del “ser varón” y el papel de las mujeres en los cuidados de la salud (alta presencia en las consultas tanto de madres y parejas mujeres como de aquellas que los llevan o acompañan) son dos respuestas que los/as profesionales brindaron con mayor frecuencia. Uno de ellos indica que “el condicionante social de que los varones son más fuertes, que necesitan menos controles, que no es de ‘machito’ ir al médico: va al médico el que tiene problemas o es débil; eso también es un condicionante muy fuerte, cada vez más fuerte” (pediatra, hospital de comunidad).

Las respuestas de los usuarios y profesionales orientan a pensar que las consultas de los varones aparecen mediadas por mujeres. Cuando dicha mediación no se produce, las consultas disminuyen, y las que aparecen son en su mayoría por la solicitud de “apto médico” —certificado de salud solicitado por las instituciones educativas y deportivas—; y en menor medida por cuestiones físicas como consecuencia de accidentes, por un lado, y cuestiones tanto estéticas como deportivas, por el otro. Entonces, mayoritariamente, la construcción de la demanda al servicio de salud se ubica externamente: los varones van a consultas llevados o acompañados por mujeres, por pedido de una institución o por una dolencia o accidente físico de gran magnitud. Esto evidenciaría la falta de implicación y la posición pasiva de los varones adolescentes respecto del cuidado de su propia salud. Estas acciones y conductas, legitimadas como propuesta social de masculinidad, los exponen a situaciones de vulnerabilidad específica (Tajer, 2012) que debiera ser tenida en cuenta por los equipos de salud. Algunos/as de los/as profesionales entrevistados/as mencionan que, cuando los varones consultan para obtener los certificados de apto médico para instituciones educativas y deportivas, lo utilizan como una oportunidad ganada para realizar abordajes integrales.

Una cuestión de relevancia desde la perspectiva de género y subjetividad es que los papeles de género asociados a la masculinidad hegemónica (o tradicional) tienden a llevarlos a que nieguen tanto sus problemas de salud como a esconder sus vulnerabilidades (Garita Arce, 2001), lo cual se vuelve de vital importancia para el abordaje de los comportamientos grupales masculinos y sus efectos en las vidas de los adolescentes y de terceras personas (pares y/o parejas). A partir de las entrevistas realizadas a usuarios, se reveló que estos identifican con rapidez conductas violentas en la vida cotidiana entre pares en el ámbito escolar, en la calle o en deportes competitivos. La mayoría de ellos refiere que las conductas violentas tienen una raigambre social. Uno de los entrevistados refiere: “Sí, he escuchado muchas veces. A mí mismo me han dicho que si alguien me pega yo se la tengo que devolver [...] porque, sino, te dicen que sos un buchón, un cagón.” Otro entrevistado

señaló: “Si sos hombre, tenés que ser más violento, más fuerte”. Asimismo, una minoría de entrevistados no encuentra que la sociedad colabore y justifique estas conductas violentas en varones. Así, por ejemplo, en la escuela los varones refirieron que la exposición a situaciones de violencia “depende de la persona”, haciendo foco en la individualidad y no reconociendo esas situaciones como un comportamiento asociado al mandato de la masculinidad hegemónica.

En las respuestas de los usuarios, se destaca el componente de la fuerza física y de “poner el cuerpo” al servicio de la violencia como un modo de accionar para legitimar y/o resguardar la masculinidad hegemónica. En este sentido, De Keijzer (1997) sostiene que la masculinidad hegemónica implica tres vectores de riesgo: a) hacia otros varones, b) hacia sí mismos y c) hacia las mujeres. Respecto del primer vector, el riesgo hacia los pares, se produce mediante la legitimación de la resolución violenta de los conflictos, haciendo de dicha legitimación una condición necesaria, aunque no suficiente, del estereotipo masculino.

El segundo vector, denota la contracara del primero: en tanto la masculinidad hegemónica implica un riesgo hacia otros varones, también implica un riesgo hacia sí mismos. Es decir, “poner el cuerpo” al servicio de acciones violentas también implicaría “ofrecer el cuerpo” para dar testimonio de su masculinidad, por ende, oscilar entre ser el riesgo y ponerse en riesgo, donde el cuidado del propio cuerpo pasa a un segundo plano.

Respecto del tercer vector, se vincula con el riesgo para las mujeres. En nuestra investigación, se indagó acerca de cuándo ellos consideran que una relación es violenta; y mayoritariamente respondieron que hay violencia cuando hay celos, agresión física o verbal y/o desconfianza. Resulta interesante poner en relación esta visibilización de la problemática con otras cuestiones que fueron surgiendo, en nuestro país, en colegios

secundarios de la Ciudad de Buenos Aires. Parte de este equipo de investigación también lleva adelante tareas de extensión universitaria, y desde allí se nos ha convocado a intervenir en instituciones escolares frente a denuncias de abuso sexual entre adolescentes y el método de *escrache*¹ como forma de autogestión de respuesta.² Estas situaciones pueden ser leídas en tanto “punta del iceberg” de una situación más amplia de cambio de paradigma en las relaciones entre los géneros en el marco de una pérdida de legitimidad del patriarcado, evidenciado por los movimientos sociales de “Ni una menos” y la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en nuestro país. Estos movimientos han tenido un impacto particular en el ámbito educativo, a modo de caja de resonancia de lo que sucede a nivel macrosocial, en tanto se considera que las relaciones entre los géneros han cambiado en los últimos años, surgiendo nuevas libertades y nuevas conflictivas (Tajer et al., 2019).

En nuestra investigación, los/as profesionales señalaron que adquiere relevancia la indagación respecto de la salud sexual y reproductiva, en tanto los varones no consultan espontáneamente por estos temas, motivo por el cual los/as profesionales deben introducirlos. En la misma línea, las campañas de salud sexual y reproductiva en nuestro país se encuentran orientadas fundamentalmente a mujeres, lo cual genera que los adolescentes no se sientan convocados. De existir un motivo de consulta, está relacionado con un síntoma en los genitales, asociado generalmente con infecciones de transmisión sexual, lo cual se vería reflejado en la presencia de varones adolescentes en las consultas de los CePAD (Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-Sida) que funcionan en hospitales públicos, centros de salud y organizaciones comunitarias.

Asimismo, se registran consultas cuando presentan dificultades para el desempeño sexual ligado a la

1 En la actualidad, se denomina *escrache* a la práctica autogestiva de autogestión por la cual —a través de distintas modalidades— se hacen públicas situaciones de violencia sexual en voz de quienes las padecieron (Faur, 2019) Peker, 2019). Estas acciones tienen como antecedentes las intervenciones públicas de la organización H.I.J.O.S, la que desde el año 1995 comenzó a llevar adelante esta herramienta de condena social frente a las leyes que promovieron la impunidad de la última dictadura cívico militar en nuestro país.

2 Para ampliar sobre la experiencia en un colegio secundario, se puede acceder al siguiente trabajo en <https://jornadasforodepsicoanalisisygenero2017.files.wordpress.com/2019/10/jornadas-2019-tajer-y-equipo-colegios-secunarios-trabajo.pdf>.

penetración. Los procesos reproductivos —incluyendo su responsabilidad en estos— son considerados como irrelevantes en comparación con el desempeño y rendimiento sexual (Garita Arce, 2001; Promundo-Ecos, 2015). Esto evidenciaría la construcción de una sexualidad masculina en torno a valores tradicionales, asociada a prácticas en las cuales lo relevante sería la excitabilidad del varón en tanto emblema de la masculinidad hegemónica. De esta manera, el imperativo hacia la actividad conduce a una desestima del propio deseo, así como del deseo de quien sea *partenaire*. Ambos deseos caen bajo la presión por el logro (Burin y Meler, 2000; Tajer, 2009).

Al consultarles a dónde o a quiénes recurren si tienen alguna inquietud sobre la sexualidad, la mayoría de los usuarios entrevistados busca alguien o algo que les inspire confianza, entre los que se mencionan amigos, hermanos, padre, internet, profesores. Estas respuestas refuerzan la hipótesis de que ciertas condiciones estructurales de las instituciones del sistema de salud podrían operar como barrera para su acceso en dos sentidos complementarios: por un lado, el sistema de salud se encuentra con dificultades para generar el acceso y la atención a los varones y, por otro, los varones suelen no considerar al sistema de salud como un espacio al cual recurrir ante dudas sobre su sexualidad o por prevención y atención. Al respecto, algunos/as profesionales refirieron que la escuela debe ser la gran protagonista en este tema a través de la implementación, en nuestro país, de la Ley de Educación Sexual Integral (en adelante ESI).³ En esta misma línea, en la escuela, los adolescentes señalaron que los talleres que recibieron sobre este tema se centraron en el embarazo y el uso del preservativo. Uno de ellos comentó: “No me gusta que hablen siempre de embarazos”. Resulta relevante señalar que los/as estudiantes valoran la existencia de la ESI, aunque son críticos de su implementación en tanto resulta reducida a una serie de talleres o clases anuales. El aporte del marco legislativo consiste en su integralidad, es decir, en abordar aspectos relacionados con los vínculos entre los géneros y su democratización. Entonces, en

esta etapa del ciclo vital cobra un valor fundamental el enfoque de prevención y promoción en salud —desde el ámbito sanitario y educativo en acciones articuladas—, incorporando a la salud mental desde una perspectiva de género y derechos humanos, que valoriza el eje de ciudadanía (Tajer, 2018b).

En síntesis, para los equipos de salud es un desafío trabajar en prevención, puesto que los varones no consultan espontáneamente como así tampoco son convocados por aquellos. En este sentido, un pediatra de un equipo de salud de un hospital público refiere: “En líneas generales, uno tiene más formación para detectar personas que están en riesgo de ser víctimas, más que trabajar con personas que están haciendo el papel de victimario (...) me parece que es un sesgo de formación eso”. Otro profesional agregó que es más difícil trabajar la violencia cuando es ejercida por los varones que consultan, ya que no la identifican como tal.

Los/as profesionales acuerdan en que hay una naturalización de la violencia en la socialización de los varones, sobre todo en la que se ejerce entre los pares varones. En este sentido, hay una construcción del silencio entre los varones, lo que se manifiesta en aprender a *bancársela*.⁴ En relación con la violencia de género, los/as profesionales manifiestan que hay protocolos cuando la violencia se hace evidente o se manifiesta, no obstante, refieren una ausencia de instrumentos para indagar violencia de género y noviazgos violentos. Por ejemplo, hay indagación sobre si mantuvieron relaciones sexuales, pero no hay una intervención vinculada con la construcción del consentimiento en esos adolescentes varones.

Conclusiones

A lo largo de este recorrido, hemos buscado evidenciar que los costos físicos y emocionales de los ordenamientos de género dominantes no resultan evidentes para los adolescentes varones y que son pocos los espacios y las oportunidades que ellos tienen para expresar sus dudas y frustraciones o denunciar

3 Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>.

4 *Bancársela* es una expresión coloquial que hace referencia a aguantar una situación sin quejarse.

situaciones de violencia física y simbólica a las que se ven sometidos, y que, por lo general, no perciben cómo las representaciones de género afectan otras dimensiones de sus vidas (Promundo-Ecos, 2015). Junto con lo anterior, en los servicios de salud se identifican diversos obstáculos como la falta de preparación de los/as profesionales de salud para atender a los usuarios varones y la escasez y ausencia de modelos, programas y materiales específicos dirigidos, desde una perspectiva de género, hacia el cuidado y la prevención de la salud en varones adolescentes (Garita Arce, 2001; De Keijzer, 2007; Promundo-Ecos, 2015; Tajer et al., 2018).

Se ha identificado que las propias dinámicas institucionales no responden de modo adecuado a los riesgos que enfrentan los varones adolescentes —dentro de los cuales las construcciones hegemónicas de género cumplen un importante papel—, ya que están anclados en paradigmas biopolíticos de exclusión. Estas dificultades podrían estar operando como barreras de accesibilidad materiales y simbólicas en el sistema de salud de los varones adolescentes. Los/as profesionales identifican que existe una brecha entre lo que el sistema de salud valora que debiera ser un motivo de consulta de los varones adolescentes —ligado a los indicadores epidemiológicos de género y generación— y las razones efectivas por las cuales estos últimos acuden al sistema de salud. Por tal motivo, señalan la importancia de incluir la voz de los adolescentes al momento del diseño y de la definición de las políticas sanitarias en función de sus necesidades. Esto implicaría incluir información acerca de cómo quieren ser atendidos y cuáles identifican como sus necesidades, para incorporarlas en las acciones de promoción, prevención, atención y cuidados. Al mismo tiempo, señalan la necesidad de que los adolescentes conozcan sus riesgos específicos en salud de manera comprensible y que dicha información adquiriera un sentido para ellos.

Específicamente en el eje de detección y prevención de conductas de riesgo de violencia, la promoción y prevención de la salud con los adolescentes varones

pierden impacto al no considerar las modalidades propias en que la masculinidad hegemónica los conduce a sostener conductas de riesgo (Tajer, 2009). Este posicionamiento, permitiría un abordaje integral de la violencia, donde su dimensión política (vinculada con las relaciones de poder) no puede ser soslayada. Desde esta perspectiva, se despatologiza el ejercicio de violencia y se busca un abordaje que—sin perder de vista la singularidad de quienes se encuentran involucrados/as— lo sitúe como un problema social y de salud. En este sentido, cabe destacar que la posibilidad de que los adolescentes abandonen un comportamiento riesgoso está relacionada estrechamente con la posibilidad de que se le ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos (Pasqualini & Llorens, 2010).

Uno de los desafíos actuales es la transferencia de los resultados de estos estudios a los sistemas de salud para su incorporación en los modelos de prevención y atención de dicha población. Esto podría contribuir a construir acciones preventivas en el corto y mediano plazo, así como también lograr mayor eficiencia en el largo plazo, puesto que prevenir es menos costoso que curar (Tajer et al., 2014).

Agradecimientos

Al resto del equipo de investigación conformado, además de las autoras, por las/ licenciados/as Víctor Javier Forni, Elizabeth Ceneri, Federico Cappadoro, Germán Alvarenga, Jessica Gutman, Natalia Arlandi, Florencia Borello Taiana, Rocío Fabbio y Lucero Garber.

Referencias

- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido* (2ª ed.). Madrid, España: Akal.
- Bell, D. L., Breland, D. J., & Ott, M. A. (september 2013). Adolescent and young adult male health: A review. *Pediatrics*, 132(3), 535-546. Retrieved from www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-3414
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires, Argentina: Topía.

- Bleichmar, S. (2006). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Burin M. y Meler I. (2000). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Campbell, F., Biggs, K., Aldiss, S.K., O'Neill, P.M., Clowes, M., McDonagh, J., While, A., & Gibson, F. (april, 2016). Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-58. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009794.pub2>
- Campos-Ramos, P. C. y Barbato, S. (julho a setembro, 2014). Participação de crianças em pesquisas: Uma proposta considerando os avanços teórico-metodológicos. *Estudos de Psicologia*, 19(3), 157-238. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300004>
- Christensen, P. M., & James, A. (2000.) *Research with children: Perspectives and practices*. London, England: Falmer Press.
- Connel, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.). *Masculinidad/es. Poder y Crisis* (pp. 31-48). Santiago, Chile: Isis Internacional.
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: E. Tuñón Pablos (Coord.), *Género y Salud en el Sureste de México* (pp. 196-211). Villa Hermosa, México: ECOSUR-UJAD.
- De Keijzer, B. (enero-marzo, 2006). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. *La Manzana, Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 1(1). Recuperado de <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx / paginas/frames.htm>
- Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods methodological perspectives* (2nd ed.). New Jersey, United States of America: Aldine Transaction.
- ECOS – Comunicación en Sexualidad (2001). *Sexualidad y Salud Reproductiva* [versión Adobe Acrobat Reader]. Recuperado de <https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2015/01/Programa-H-Trabajando-con-Hombres-Jovenes.pdf>
- Faur, E. (s. f.). Del escrache a la pedagogía del deseo. *Revista Anfibia*. Recuperado de <http://revistaanfibia.com/cronica/del-escrache-la-pedagogia-del-deseo/>
- Fernández, A. M. (2011). Hacia los Estudios Transdisciplinarios de la Subjetividad. Reformulaciones académico-políticas de la diferencia. *Revista Investigaciones en Psicología*, 16(1), 61-82. Recuperado de <http://www.anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/hacialosestudios.pdf>
- Garita Arce, C. E. (2001). *La construcción de las masculinidades: Un reto para la salud de los adolescentes*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/masculinidades/JOB01.html>
- Giffin, K. (1994). Esfera de reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), 23-40. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311994000100002&lng=pt&tlng=pt
- Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre: Concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Hartog, G. (enero-marzo, 2006). De las ciencias del hombre a los estudios sobre masculinidades. *La Manzana, Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 1(1). Recuperado de <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx / paginas/reporteguite.htm>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México D. F., México: McGraw-Hill.
- Inda, N. (1996). Género masculino, número singular. En M. Burin y E. Dio Bleichmar (Comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 212-240). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Jeifetz, V. y Tajer, D. (septiembre, 2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de

- adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de Investigaciones*, 17, 317-320.
- Laws, S. y Mann, G. (2004). ¿Así que quiere hacer participar a los niños y niñas en la investigación?: Paquete de herramientas para apoyar la participación significativa y ética de los niños y niñas en la investigación relativa a la violencia contra los niños y niñas [versión Adobe Acrobat Reader]. Recuperado de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc_schild00/31.dir/schild0031.pdf
- Meler, I. y Tajer, D. (2000). *Psicoanálisis y Género: Debates en el Foro*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década* [versión Adobe Acrobat Reader]. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
- Pasqualini, D. y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral* [versión Adobe Acrobat Reader]. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Peker, L. (2019). *La revolución de las hijas*. Buenos Aires, Argentina: Planeta.
- Ramos de Souza E. (janeiro-março, 2005). Masculinidade e violência no Brasil: Contribuições para a reflexão no campo de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 59-70. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer, D. (Comp.), *Género y Salud: Las Políticas en acción* (pp. 7-20). Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Tajer, D. (2006). *Varones y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en varones jóvenes*. Presentado en las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tajer, D. (2018). Género, salud mental y derechos humanos. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>
- Tajer, D., De la Sovera, S., Lavarello, M. L., Reid, G., Lo Russo, A., Amore, M. A., Arlandi, N., Barrera, M. I., Blanco, F., Camou, M. L., Fronza, L. I., Gasteminza, F., Gutman, J., Jerez, N., Kreis, M., Manconi, M., Ortiz, A., Petit, A., Ruibal, S. y Speranza, A. (s. f.). *Malestares entre los géneros en un colegio secundario. Nuevas libertades y nuevas conflictivas*. Recuperado de <https://jornadasforodepsicoanalisisygenero2017.files.wordpress.com/2019/10/jornadas-2019-tajer-y-equipo-colegios-secunarios-trabajo.pdf>
- Tajer, D., Reid, G., Ceneri, E. y Solís, M. (mayo, 2014). Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia. *Anuario de Investigaciones*, 21, 233-240.
- Tajer, D., Reid, G., Fernández Romeral, J. y Saavedra, L. (agosto, 2017). Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes. *Anuario de Investigaciones*, 24, 221-226.
- The Lancet. (june, 2001). Time for creative thinking about men's health. *The Lancet*, 357(9271), 1813. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04974-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04974-6)
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.
- World Health Organization. (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria* [Adobe Acrobat Reader version]. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf