

Masculinidad hegemónica en la salud sexual y reproductiva: prácticas y creencias de hombres jóvenes en Chile.

Hegemonic masculinity in sexual and reproductive health: practices and beliefs of young men in Chile.

Karina Morales-Ortiz¹, Karen Terán-Avendaño¹, Natalia Urrutia-Villanueva¹, Karen Mardones-Leiva², Cynthia Vergara-Maldonado³

¹Matrona, como Tesista para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile.

²Psicóloga. Doctoranda en Ciencias Humanas, Facultad de Filosofía y Humanidades, y Profesora del Instituto de Estudios Psicológicos, Universidad Austral de Chile. Becaria ANID Doctorado Nacional 2017, folio 21170553.

³Matrona. Doctoranda en Ciencias Humanas Universidad Austral de Chile, Académica del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva, Universidad Austral de Chile.

*Autor para correspondencia: cynthia.vergara@uach.cl

RECIBIDO: 11 de Junio de 2021
APROBADO: 25 de Octubre de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESIS DE PREGRADO | LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *Masculinidad, Adulto Joven, Anticoncepción, Salud Sexual*

Key words: *Masculinity, Young Adult, Contraception, Sexual Health.*

RESUMEN

La masculinidad hegemónica ha impactado la salud de los hombres exigiendo su autosuficiencia, lo que conduce a conductas de riesgo perpetuadas por creencias y prácticas que se reproducen en el sistema sexo/género en el curso de vida.

Objetivo: Describir las prácticas y creencias de autocuidado de hombres jóvenes universitarios con relación a salud sexual y reproductiva en cuanto a prevención de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción.

Material y métodos: Se utilizó una metodología cualitativa de diseño descriptivo y de tipo fenomenológico. Se entrevistó a siete hombres universitarios de entre 20 y 30 años. La técnica de recolección empleada fue la entrevista semiestructurada y se reunió a los participantes por medio de redes sociales y la técnica de “bola de nieve”. Se emplearon categorías desde la revisión

teórica, tales como: masculinidad, salud sexual, salud reproductiva, autocuidado, creencias y prácticas para el análisis de contenido.

Resultados: Entre las prácticas de los jóvenes destaca el escaso uso de preservativos, búsqueda de educación en pares o en la pornografía, creencias sobre mandatos de la masculinidad hegemónica que derivan en conductas sexuales riesgosas, responsabilizando a la mujer de la anticoncepción, y limitándolos en el uso de barreras para la prevención de infecciones de transmisión sexual y la asistencia a los centros de salud, viendo a la matrona o matrn para la atención de lo femenino.

Conclusión: Las prácticas y creencias de los jóvenes ponen en peligro su salud sexual y reproductiva e invitan a considerar la promoción y prevención por parte de la matrona o matrn desde las masculinidades con sus creencias y prácticas.

ABSTRACT

Hegemonic masculinities have impacted men's health by demanding self-sufficiency, leading to risk behaviors perpetuated by practices and beliefs that are reproduced in the sex/gender system over the life course.

Objective: To describe the self-care beliefs and practices of young university men in relation to sexual and reproductive health in terms of prevention of sexually transmitted infections and contraception.

Material and methods: A qualitative methodology of descriptive and phenomenological design was used. Seven university men between 20 and 30 years of age were interviewed, the collection technique used was the semi-structured interview and participants were gathered through social networks and the snowball technique. Categories from the theoretical review, such as: masculinity, sexual health, reproductive health, self-care, beliefs and practices were used for content analysis.

Results: Among the practices of the young people, the scarce use of condoms, the search for peer education or pornography, beliefs about hegemonic masculinity mandates that lead to risky sexual behavior, making women responsible for contraception and limiting them in the use of barriers for the prevention of sexually transmitted infections and attendance at health centers, seeing the midwife for the care of the feminine, stand out.

Conclusion: Practices and beliefs of young people endanger their sexual and reproductive health and invite them to consider the promotion and prevention by midwives from masculinities with their beliefs and practices.

INTRODUCCIÓN

Las políticas y estrategias en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) se han caracterizado por una mirada focalizada principalmente en las mujeres, prescindiendo del lugar que ocupan los hombres en esos ámbitos, con las consiguientes carencias de enfoques, propuestas o consideraciones que podamos llamar de género/masculinidades (1)(3).

Se observa que los abordajes en investigaciones sobre sexualidad y embarazo en la adolescencia y juventud han privilegiado la población y experiencias de mujeres (1).

Como sostienen diversas investigaciones los hombres han sido más bien invisibles en la sexualidad y reproducción, lo que sin duda ha traído consecuencias para su responsabilidad en la anticoncepción (1)(13). Por ejemplo, asumen una actitud muy tranquila, un tanto irresponsable en la práctica de su sexualidad, observándose que no les interesa protegerse y tampoco que su pareja lo haga (18).

El silencio en torno a los hombres como seres fecundos (36) se produciría por el predominio de la representación de las mujeres como las responsables de la reproducción, en tanto potenciales madres (10)(21)(36), de manera tal que ellos no se sienten parte de estos temas. Esto plantea el desafío de cómo lograr convocarlos e involucrarlos en actitudes y comportamientos corresponsables (2)(37).

Para muchos hombres la SSyR es ajena, ya que la representan como parte del mundo femenino (5)(8)(9)(28), por lo que describir sus creencias y prácticas cobra relevancia en el ejercicio del autocuidado en este tema y, también, contribuye a la igualdad de género.

El estudio de los hombres como seres genéricos fue impulsado por el movimiento feminista (33), siendo hace algo más de veinte años que se ha comenzado a hablar del estudio de género de los hombres y masculinidades como un subcampo de los estudios de género (2)(33). Lerner (9) señala que de esta forma se ha buscado integrar y hacer partícipe a los hombres en investigaciones, reflexiones e intervenciones asociadas a SSyR.

Desde las Conferencias de El Cairo y Beijing (39) se ha intentado atender a aspectos de la SSyR desde un enfoque de género llamado a la participación e involucramiento de los hombres. Habitualmente la salud de los hombres se ha centrado en lo genitourinario, siendo países como Australia o Reino Unido, referentes en equidad de género considerando a los hombres (11). Uruguay, asimismo, ha incorporado hombres en estrategias de promoción y prevención en salud sexual (31) y Chile, con el Programa Chile Crece Contigo (27), intenta incluir a hombres en la

corresponsabilidad en la crianza (41). Con todo, dichas iniciativas parecen no ser recibidas y/o difundirse entre los hombres, ya que sus creencias parecen condicionar su acercamiento a los servicios de salud (34) y, por consiguiente, sus prácticas de cuidado de SSyR.

Este estudio pretende describir prácticas y creencias de autocuidado de hombres jóvenes universitarios en relación con la SSyR en cuanto a prevención de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción, como dos áreas específicas en el cuidado. Su base es parte de una tesis de pregrado de la carrera de Obstetricia y Puericultura, realizada en la ciudad de Valdivia, Chile, la cual es reconocida como ciudad universitaria caracterizada por la fuerte presencia de jóvenes y sobre todo varones de entre 20 y 29 años, superando el número de mujeres en dichas edades (22).

La pregunta que le dio origen es ¿cuáles son las creencias y prácticas de autocuidado que emergen desde los mandatos de la masculinidad hegemónica, en hombres adultos jóvenes en torno a su SSyR en la ciudad de Valdivia, durante el año 2018? Esta interrogante nos llevó a una reflexión para el análisis, con énfasis en el papel que deben tener las y los profesionales de la salud, en particular las matronas y los matrones, como líderes en la promoción de la SSyR de los hombres.

ENFOQUE TEÓRICO

Masculinidad Hegemónica

El concepto de Masculinidad Hegemónica (MH) comenzó a ser utilizado en la década de 1980 como parte de la teoría social contemporánea del género, que plantea cómo lo masculino ha sido construido socio-históricamente y dominado lo femenino a través de procesos socializadores que tienen en común muestras de virilidad y violencia (40).

Para Connell (7), investigadora que propone el concepto de MH, éste se define como “la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (p. 11). Por lo tanto, esta apreciación da cuenta de una organización más

o menos coherente de significados y normas que sintetiza una serie de discursos sociales que pretenden definir el término masculino del género. Desde ahí se hace necesario destacar aquellas creencias matricias que aparecen de modo constante organizando la vida de los hombres, conocidas como mandatos.

Los mandatos de género son representaciones construidas y reproducidas culturalmente que han operado a lo largo de la historia en nuestra sociedad y que deben ser cumplidas por hombres y mujeres, delineando los espacios y actividades que le corresponden a unos y otras y limitando sus posibilidades de acción en el mundo y sus potencialidades de desarrollo (35). A partir de la propuesta de Bonino (6), entre los mandatos masculinos encontramos la autosuficiencia prestigiosa, por la que se adjudica a los hombres la independencia y el poder del dominio; la heroicidad belicosa, por la cual ser hombre es ser luchador y valeroso como arquetipo de héroe; el respeto a la jerarquía, en la que un hombre adquiere un lugar prominente en la estructura jerárquica y asciende por obediencia a otros hombres, y la superioridad sobre las mujeres y la oposición a ellas, desde las que incluso se rechaza todo lo que se les parezca, entre ello a hombres femeninos. De lo anterior surge la visión de que ser hombre es hacer lo que las mujeres no hacen y no hacer lo que ellas hacen.

Creencias y prácticas de cuidado de la salud

Melguizo-Herrera y Alzate-Posada (26) sostienen que “la práctica, más que una colección de comportamientos discretos, es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados” (p. 118). Ahora bien, “tanto las creencias como las prácticas de cuidado de la salud se originan y desarrollan dentro del contexto social, se influyen mutuamente y son parte del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de la persona a su entorno” (26, p. 112). Por lo tanto, a las prácticas de cuidado también las llamaremos comportamientos, actividades o hábitos que se moldean de acuerdo con el sistema de creencias (26). En tanto, las creencias, por otra parte, se originan en la interacción social cotidiana, la cual propicia en las personas una manera particular de entender el mundo que las rodea, así como, también, su propio mundo interno.

A la hora de intentar especificar las prácticas de autocuidado en el ámbito de la SSyR es posible comprobar que estas incluyen el uso de métodos anticonceptivos, uso del preservativo, asistencia a controles y realización de exámenes preventivos o autoexamen de mamas, entre otras (17) (Tabla 1).

Salud Sexual y Reproductiva

La SSyR comenzó a estar presente en los discursos en la década de 1990, ocupando un lugar importante en la agenda internacional. En ese contexto, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (39) marca un punto de inflexión ante los debates normativos en esta materia, acordando reemplazar el concepto de “salud materna e infantil” por “salud sexual y reproductiva” (15). Por ello, al definir la SSyR nos encontramos por una parte con la Salud Sexual y por otra con la Salud Reproductiva.

Según el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [CIDP], la primera forma parte de la salud del ser humano y se refiere al estado de bienestar de hombres y mujeres para tener una vida placentera y segura (38), cuestión reafirmada por la Declaración de Derechos Sexuales (44). Ambas se relacionan directamente con la prevención de infecciones de transmisión sexual [ITS], las cuales, a su vez, “constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo elemento en común es el compartir la vía sexual como principal mecanismo de transmisión” (29). Por su parte, la Salud Reproductiva es definida como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y en libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las mujeres y los hombres a obtener información y planificar la familia de su elección, así como, además, otros métodos para regular la fecundidad que no estén legalmente prohibidos (39).

Masculinidades y el autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva

En general se mandata a los hombres para ser independientes e invulnerables, lo que podría explicar su escaso compromiso frente al autocuidado (12)(28). El autocuidado es entendido como la capacidad que debe desarrollar cada individuo, durante su proceso vital, en aras de promover, proteger y mantener la

vida y con ello la salud para lograr una buena calidad de vida, en el cumplimiento de un proyecto de desarrollo humano armónico (14).

En Chile, la evidencia expone la escasa participación de los hombres en consultas de SSyR (30). Dichas prestaciones y controles en su mayoría son realizados por un/a profesional matrona/ón, cuestión interesante si se piensa que la profesión tiene una larga tradición originada en la salud materno-infantil, especialmente en reducir la alta mortalidad que caracterizaba a esas poblaciones (16). En la actualidad se discute cada vez más el papel de los hombres en la SSyR y en la igualdad de género, por lo que es necesario conocer las creencias y prácticas con relación a la MH entre jóvenes universitarios.

MARCO METODOLÓGICO

Este es un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo con un enfoque fenomenológico. Los participantes fueron siete hombres adultos jóvenes entre 20 y 30 años (con un promedio de 24 años) de la ciudad de Valdivia, todos estudiantes universitarios de diferentes carreras (de la salud, derecho, ingeniería y psicología). Los criterios de inclusión contemplaron a hombres adultos jóvenes residentes en Valdivia, estudiantes universitarios, y como criterio de exclusión ser extranjeros o presentar algún tipo de discapacidad intelectual y sensorial, para contar con una muestra más o menos homogénea.

En una primera etapa -tres semanas- la convocatoria se realizó por redes sociales (Facebook e Instagram) de la Universidad, obteniendo sólo dos respuestas. Debido a ello, y considerando que los hombres no suelen ser un grupo proclive a participar en temas referentes a SSyR, se empleó la técnica de muestreo en cadena o por redes (“bola de nieve”), la que permitió identificar, a partir de los primeros participantes, a otros jóvenes que pudieran y quisieran participar en la investigación, para posteriormente contactarlos a través del equipo de investigadoras (19).

Se concertó fecha, hora y lugar para la entrevista de común acuerdo. Se empleó la entrevista semiestructurada como técnica de investigación, la que fue realizada por dos de las tesis. El instrumento utilizado fue un guión de preguntas de acuerdo con las categorías previas relacionadas con el objetivo de la

investigación y derivadas de la revisión teórica, tales como: masculinidad hegemónica, salud sexual, salud reproductiva, creencias y prácticas. La validación estuvo a cargo de dos expertas (una en SSyR y otra en masculinidades), y se realizó una prueba piloto en un grupo de jóvenes universitarios escogidos al azar por las investigadoras, quienes otorgaron sugerencias en cuanto a redacción y comprensión de las preguntas. Se eliminaron preguntas con el sesgo de discapacidad social y se cuidó el orden de las preguntas para eliminar sesgos en recogida de información. Para garantizar la calidad las entrevistadoras, éstas fueron capacitadas con antelación, estableciéndose un protocolo de entrevista y garantizando la confiabilidad a través de una pista de auditoría con un cuaderno de notas y con una triangulación de investigadoras. Los participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria, en anonimato y confidencialidad.

Al momento de realizar las entrevistas –y para resguardar el anonimato– se identificó a cada entrevistado con una letra E (entrevistados) y un número correlativo. Las entrevistas se detuvieron cuando la información se saturó. La validez fue garantizada por la revisión de las transcripciones por parte de los entrevistados y la comprobación de las tutoras de tesis en calidad de expertas, quienes mantuvieron la auditoría de los datos en una nube virtual de información con clave de acceso.

La evaluación de las respuestas se realizó mediante un análisis de contenido, referente a interpretación de los textos procedentes de las transcripciones de las entrevistas. Para ello se realizó codificación abierta y axial, que consistió en filtrar las categorías surgidas. Finalmente, la codificación selectiva permitió seleccionar una categoría central en torno a la que el resto de las categorías se organizaron.

Desde los criterios de credibilidad y validez de la investigación podemos decir que a todos los participantes se les aplicó el mismo guión de entrevista, con las mismas entrevistadoras y bajo las mismas condiciones. Las entrevistas se realizaron con grabadora y fueron transcritas por las tesisistas con técnica manual en procesador de textos, previo fichaje y subrayado, con apoyo de audios de grabación. La

investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Servicio de Salud Valdivia con fecha 8 de marzo del 2018.

RESULTADOS

Los resultados se agruparon según categorías preestablecidas y categorías emergentes.

Un entrevistado se declaró homosexual, siendo el único en admitir que ha recibido más información sobre uso del preservativo por parte de sus pares y colectivo. No obstante, se evidencia que existen tanto prácticas como creencias entre los hombres universitarios que derivan de la masculinidad hegemónica, guiados por el rol de género esperado y la presión social. Aunque reconocen barreras para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), como el uso del condón y métodos para la anticoncepción, sus creencias los limitan para utilizarlos, ya que atribuyen dichas responsabilidades a las mujeres.

Sus prácticas están condicionadas a creencias como la autosuficiencia prestigiosa, que repercuten en el autocuidado en SSyR y los lleva a practicar conductas de riesgo mediante las cuales exponen, además, a sus parejas. Igualmente, afirman que los sistemas de salud no favorecen su inclusión en temas de SSyR y expresan reticencia a acudir a un profesional (Tabla 2).

A continuación se mencionan las categorías respectivas, respaldadas con citas de los entrevistados:

Categoría Masculinidad Hegemónica

En esta categoría se evidenció que los participantes comparten el modelo de hombre exitoso y las diferenciaciones con respecto a las mujeres. En cuanto a autosuficiencia prestigiosa, los resultados de las entrevistas se enfocan en el rol de género que debe cumplir el hombre:

“proveedor, que tiene que...que tiene que cumplir con el rol de familia, casarse, de tener hijos y de... proveer a esas familias de lo mejor que pueda él” E1

“el hombre tiene que tener relaciones sexuales con muchas personas, muchas mujeres y en el fondo también la protección, o sea dígame condón significa como... ¿tapar un poco tu masculinidad?” E2

Subcategoría: Belicosidad heroica.

Destacan el riesgo que optan tomar, inclusive en situaciones que incumben a su SSyR:

“en general los hombres son más propensos a tener relaciones sexuales de cualquier manera en realidad, como no sé, no sé cómo decirlo, pero es y es, no es cómo, que es ... tal vez me pueda pasar tal cosa, sino que, si tengo la oportunidad lo voy a hacer” E6

En este contexto, se evidencia en todos los participantes el poder que ejercen los mandatos de la masculinidad por sobre las decisiones de ellos. En particular, durante la relación sexual, estos deben responder positivamente a ello para evitar poner en duda su virilidad.

Subcategoría: Respeto al valor de la jerarquía y superioridad a las mujeres.

De los relatos se desprende la presión social a la cual se exponen y cómo ésta repercute en sus cuidados de salud.

“ahí la presión social influye caleta (mucho) y cuando un amigo y un grupo de amigos, de cinco amigos le dicen a uno: ‘¡ah, pero lo tuyo no cuenta, porque tú no has tenido sexo sin condón!, no cachai (conoces) lo que es la experiencia real del sexo’. El otro termina poniendo como esa presión social en virtud de la poca educación sexual que tiene y que termina prefiriendo como el placer antes del cuidado y eso termina perjudicando” E1

Categoría Salud Sexual

En esta categoría la mayoría de los entrevistados reconoció el uso del preservativo como un método de prevención de ITS. Sin embargo, prima la creencia respecto a su uso sólo para prevenir embarazos. Además, se manifiesta la incomodidad y la disminución del placer en su utilización:

“siendo honesto igual el condón mmm... O sea, mmm, molesta un poco en mi opinión, pero en verdad es la visión, la poca visión de riesgo/beneficio” E2

“tenemos el preservativo y usándolo no se siente igual... yo creo que la cosa va un poco más por ahí...” E4

Cabe señalar que los entrevistados que se declaran con una mayor educación sexual y con información sobre el uso del preservativo la han recibido por parte de su familia, aunque el entrevistado homosexual señala haberla recibido de parte de sus pares.

Categoría Salud Reproductiva

En cuanto a métodos anticonceptivos, los hombres reconocen -en su totalidad- el uso del preservativo para tal efecto. En menor medida mencionan la vasectomía, seguida por la abstinencia y el coitus interruptus (este último inclusive es practicado por algunos). No obstante, la mayor responsabilidad con respecto a la salud reproductiva para ellos recae en las mujeres:

“Yo no creo que sea algo así como que la industria haya inducido a que las mujeres sólo sean las compradoras de los anticonceptivos, sino que yo creo que la fisiología de la mujer es más controlable en ese aspecto” E2

“Entonces como que la vasectomía no es un método, porque se contrapone al hombre “viril” jajaja” E4

Sin embargo, se destaca que poco a poco los hombres están responsabilizándose en la reproducción, integrándose como actores e informándose respecto a las nuevas ofertas que se están implementando para ellos, esto caracterizado por al menos dos entrevistados:

“quizás se asume que la mujer lo tiene que hacer, también lo otro, pero no creo que sea lo único; pero también está el tema de que los hombres deberían aportar en eso, en las pastillas, en el método que sea y deberían estimular a la mujer a hacerlo”. E2

Categoría Creencias y prácticas

Con respecto a las creencias que influyen en el autocuidado, los jóvenes destacan a la familia como la primera fuente de educación sexual e identifican a la madre como la responsable de la educación de sus hijos. Por otra parte, mencionan el sistema educa-

cional, pero según ellos éste contribuye muy pobremente. También destaca la pornografía, reconocida como un factor condicionante que interviene en las creencias y, posteriormente, en las prácticas de riesgo:

“y eso potencia las infecciones de manera súper harto y mis amigos no lo saben, porque básicamente se han criado con el porno como maestro sexual” E1

“en el colegio mmm, la verdad es que... a ver yo fui a un colegio público, así que la educación sexual fue muy pobre, a lo mucho enseñaba a cómo colocar un condón...” E5

En relación con las prácticas de los hombres que influyen en el “autocuidado”, destacan como factores externos de riesgo el consumo de alcohol y drogas, lo que altera la conciencia y dificulta la capacidad para tomar decisiones, contribuyendo de paso a prácticas sexuales riesgosas.

Categorías emergentes

Una de las categorías emergentes correspondió a “cuerpo y sexualidad”:

“Como un hombre te va a tocar el pene, un urólogo o como una mujer después, como una enfermera te va a tocar el pene, y si se me para y todo eso, es muy real” E1

Otra categoría es la “percepción del/a profesional matrona/ón”. La gran mayoría de los participantes refieren no sentirse considerados en los sistemas de salud, desconociendo a qué especialista pueden acudir y asocian a ‘la matrona’ -no matrón- como una profesional ligada a lo femenino:

“como que les cuesta ir a la matrona, porque asocian la matrona a lo femenino (...) como una mujer me va a enseñar a mí no se estas cosas (...) así como ya no quiero que la matrona me vea mi pene...” E3

“igual las mujeres tienen a su matrona, ginecólogo, y los hombres como... ‘cri, cri’ jajaja, así que bacán que quieran acercarse más a nosotros...” E4

“si las matronas le dan un enfoque sólo al femenino, o sea sólo desde las mujeres y yo creo que esas temáticas deberían ser tanto para hombres como para mujeres ...pero sería super como bueno que se hable de los dos, desde los dos sexos, tanto de hombres como de mujeres...” E7

Se observa una valoración de la profesión de la matronería, pero sus creencias en torno a la masculinidad condicionan sus prácticas para el acercamiento a los centros de salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados principales de este trabajo revelan que los mandatos de la MH operan en las creencias y prácticas de los jóvenes impactando su SSyR.

Estos últimos asocian la MH al control y al poder, a la renuncia de todo aquello que resulte ser femenino y a la validación de la “homo-socialidad”. Es decir, a las relaciones con sus pares como lo realmente importante (23)

Respecto de ellas los jóvenes destacan la importancia de la presión que estos ejercen en la toma de decisiones, y -por ende- en los riesgos de ITS, así como en la reticencia a consultar con profesionales mujeres como las matronas y la no responsabilidad en la anticoncepción. No obstante, al romper de alguna manera con dichos mandatos, como en el caso del entrevistado homosexual, se acercan a los cuidados en salud sexual y al acceso de más información entre pares, más que a la pornografía, considerando que esta última se ha observado en relación con la violencia de género (20).

Aun así, la totalidad de los entrevistados se rige mayormente por dichos mandatos, cuestión que concuerda con otros estudios en poblaciones de jóvenes universitarios que muestran cómo los hombres jóvenes adhieren en mayor medida a los cánones tradicionales de la masculinidad si los comparamos con las mujeres de su generación (24)(25).

En cuanto a las prácticas y creencias en SSyR, éstas suelen estar muy condicionadas a la presión social y a la posibilidad de afrontar cualquier riesgo -incluso entre los jóvenes universitarios del área salud- como contagios de ITS o embarazos no de-

seados. En este último punto se da una diferencia en relación a otros estudios con jóvenes universitarios, que muestran una cada vez mayor conciencia de las responsabilidades que implica un/a hija/o y se preocupan de evitar un embarazo, con el objetivo de no truncar o dificultar el avance en sus estudios universitarios (32)(43) o de plano descartar la paternidad, como parte del proyecto de vida (32).

Queda a discusión cómo las creencias -especialmente las relacionadas con la imagen del cuerpo del hombre fuerte y vigoroso- les han distanciado del cuidado en su SSyR, situación que se refuerza en un sistema de salud que excluye a los hombres de estos procesos y se orienta principalmente a la atención materna infantil, dejando de lado sus las necesidades en este plano. (4). De esto ahí la importancia de desplazar el foco de la matronería hacia un sujeto de derechos sexuales y reproductivos (41) y comprender a los hombres también como seres fecundos (36).

Asimismo, las creencias entorno a la MH limitan las prácticas de autocuidado de los hombres y si bien obtienen de ellas dividendos/ganancias (7) también se exponen a riesgos de SSyR, que igualmente pueden afectar a sus parejas mujeres. Por tanto, un punto crucial a considerar es la educación sexual integral desde la infancia y durante todo el curso de la vida. Por lo anterior, es necesario ampliar las políticas de salud -con enfoque de género/masculinidades- que consideren a niños, hombres jóvenes y hombres adultos (1)(3).

Queda como desafío para la disciplina la opción de cómo convocar e incorporar a los hombres desde el género e involucrarlos en actitudes y comportamientos de cuidado y corresponsabilidad en la SSyR de sí mismos y sus parejas (2)(37).

Como limitación del estudio identificamos el enfoque territorial centrado sólo en una ciudad, quedando la tarea de profundizar cómo operan la MH en otros contextos y grupos (nivel educativo, migrantes, disidencias, etc.).

Agradecimientos

Agradecemos a todos los jóvenes que participaron en el estudio y nos entregaron sus testimonios. También a las tutoras del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva y del Instituto de Estudios Psico-

lógicos de la Universidad Austral de Chile (UACH), por alentarnos y guiarnos para publicar estos resultados y contribuir a la investigación en matronería como estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la UACH.

REFERENCIAS

1. **Aguayo F, Sadler M.** El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? En: Aguayo F, Sadler M, editores. Masculinidades y políticas públicas, involucrando hombres en la equidad de género. Santiago de Chile: FACSO-CulturaSalud-EME; 2011. p. 106-126.

2. **Aguayo F, Nascimento M.** Dos décadas de estudios de hombres y masculinidades en América Latina: Avances y desafíos. *Revista Latinoamericana. Sexualidad, Salud y Sociedad.* 2016; (22): 207-220. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>

3. **Aguayo F.** Masculinidades y políticas en América Latina transcurridos 20 años de los estudios de género de los hombres. En: Madrid S, Valdés T, Celedón R, compiladores. *Masculinidades en América Latina. Veinte años de estudios y políticas para la igualdad de género.* Santiago de Chile: Ediciones Universidad Academia Humanismo Cristiano, Crea Equidad. 2020. p. 331-358.

4. **Aspilcueta-Gho D.** Rol del varón en la anti-concepción, como usuario y como pareja. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2014; 30(3): 480-486. <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2013.303.287>

5. **Barker G, Greene M.** ¿Qué tienen que ver los hombres con esto? Reflexiones sobre la inclusión de los hombres y las masculinidades en las políticas públicas para promover la equidad de género. En: Aguayo F, Sadler M, editores. *Masculinidades y políticas públicas. Involucrando a hombres en la equidad de género.* Santiago de Chile: LOM; 2011. p. 23-48.

6. **Bonino L.** Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes.* 2002; (6): 7-35. <https://doi.org/10.6035/Dossiers>

7. **Connell R.** Masculinidades. 2 ed. México: UNAM-PUEG; 2015.
8. **De Keijzer B.** Los hombres ante la salud reproductiva; 2001; s/i: s/i. Disponible desde: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Los_Hombres_ante_la_Salud_Sexualreproductiva._Una_relacion_contradict.pdf
9. **De Keijzer B.** Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. Revista La Manzana. 2006; 1(1): 137-152. Disponible desde: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf
10. **De Martino-Bermúdez M.** Padres adolescentes y jóvenes: tensiones y debates. Pesquisa teórica. 2016; 19(1): 91-99. doi: 10.1590/1414-49802016.00100010
11. **Elterman D, Pelman R.** Salud masculina: un nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo, educación e investigación. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(1): 40-45. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70009-4](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70009-4)
12. **Escobar M, Pico M.** Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013; 31(2):178-186. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113003.pdf>
13. **Figueroa-Perea J.G.** Algunas reflexiones para dialogar sobre el patriarcado desde el estudio y el trabajo con varones y masculinidades. Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016; (22): 221-248. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.10.a>
14. **Franco Z, Duque J.** La bioética y el autocuidado de la salud: Imperativos para la formación integral en la universidad. Acta Bioethica. 2015; 21(1): 37-44. Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000100005
15. **Galoviche V.** Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994). Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. Revista De Ciencias Sociales y Humanas RevIISE. 2016; 8(8): 89-97. Disponible desde: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/95>
16. **Godoy L, Zárate M.** Trabajo y compromiso, matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. Revista Ciencias de la Salud. 2015; 13(3): 411-430. Disponible desde: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56242524008/html/index.html>
17. **González S, Arriagada M.** Ciudadanía y cuidado en salud reproductiva y sexual: Un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores de salud y educación. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 1999; 8(1): 183-197. Disponible desde: www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17331/1807
18. **Gutiérrez B.** Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: Aproximación a un grupo de jóvenes. [Maestría]. Universidad Industrial de Santander, Colombia; 2010.
19. **Hernández R, Fernández, C, Baptista P.** 6ta ed. Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2014.
20. **Hernández I, Santana J.** ¿Existe relación entre el consumo de pornografía y la violencia de género? Los efectos que produce la pornografía en las relaciones. [Pregrado]. Universidad de la Laguna; 2021.
21. **Herrera F, Aguayo F, Goldsmith J.** Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina. Polis, Revista Latinoamericana. 2018; (50): 5-20. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682018000200005>
22. **Instituto Nacional de Estadísticas, Gobierno de Chile [INE].** Resultados del Censo 2017; 2017. Disponible desde: <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R14>
23. **Kimmel M.** Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés T, Olavarría J, editores. Masculinidad/es: poder y crisis. ISIS-FLACSO: Ediciones de las Mujeres N° 24; 1995. p. 49-62.
24. **Mardones K, Vizcarra M.** Creencias de universitarios del sur de Chile sobre mandatos de género masculinos. Revista de Psicología. 2017; 26(2): 1-15. DOI:10.5354/0719-0581.2017.47945

25. **Mardones K, Navarro S.** Mandatos de género para hombres, creencias de universitarios y universitarias del sur de Chile. *Revista Integración Académica en Psicología.* 2017; 5(15): 55-65. Disponible desde: <http://integracion-academica.org/attachments/article/172/Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V5N15.pdf>
26. **Melguizo-Herrera E, Alzate-Posada M.L.** Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av. Enferm.* 2008; 26(1): 112-123. Disponible desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=en.
27. **Ministerio de Salud [MINSAL],** Gobierno de Chile. Chile Crece Contigo. Protección Integral a la Infancia. Santiago; 2007.
28. **Ministerio de Salud [MINSAL],** Gobierno de Chile. Situación actual de la salud del hombre en Chile. Santiago; 2011. Disponible desde: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d-7f2fe040010165013351.pdf>
29. **Ministerio de Salud [MINSAL],** Gobierno de Chile. Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); 2016. Disponible desde: http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480%0Ahttps://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_infecciones_transmision_sexual.pdf%0Ahttp://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/106
30. **Ministerio de Salud [MINSAL],** Gobierno de Chile. Controles de salud sexual y reproductiva según tipo de control, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2016 (Datos preliminares). Departamento de estadísticas e Información de Salud; 2016. Disponible desde: <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM01SECCIONA/REM01SECCIONA.aspx>
31. **Ministerio de Salud, Gobierno de Uruguay.** Salud de los varones; 2017. Disponible desde: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Tr%C3%ADptico%20Salud%20de%20los%20Varones.pdf
32. **Moreno-Rangel Y, Rincón-Silva E.** Maternidad/Paternidad: el declive de roles sociales convencionales en una muestra de universitarios(as). *Revista Ciencia y Cuidado.* 2020; 17(3): 96-107. <https://doi.org/10.22463/17949831.2378>
33. **Núñez G.** Abriendo brecha. 25 años de estudios de género de los hombres y masculinidades en México (1990-2014). México: CIAD; 2017.
34. **Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M.** Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2018; 42: 1-7. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.124>
35. **Olavarría J.** ¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo. FLACSO-Chile; 2001.
36. **Olavarría J.** Los hombres también somos fecundos. En: Olavarría J, Márquez A, editores. Varones: entre lo público y la intimidad. FLACSO-Chile; 2004. p. 119-128.
37. **Olavarría J.** Sobre hombres y masculinidades. “Ponerse los pantalones”. Universidad Academia Humanismo Cristiano; 2017.
38. **Organización Mundial de la Salud [OMS].** La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Human Reproduction Programme. 2018. Disponible desde: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
39. **Organización de las Naciones Unidas [ONU].** Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1996. Disponible desde: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf
40. **Peña J, Arias L, Sáez F.** Masculinidad, Socialización y Justificación de la Violencia de Género. El Caso de la Región de la Araucanía (Chile). *Hipatia Press.* 2017; 6(2): 142-165. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6073313>

41. Vergara C. Reflexiones sobre heteronormatividad: los modelos y representaciones de familia en una web de salud desde la multimodalidad. *Revista Perspectivas de la Comunicación*. 2020; 13(1): 85-104. <https://doi.org/10.4067/S0718-48672020000100085>

42. Vergara C. Midwifery Hermeneutic. Historical Implications And Life Stories. *European Proceedings of Social and Behavioral Sciences*. 2020; 84: 68-79. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2020.05.8>

43. Vizcarra M.B. y Poo A.M. Cambios en los significados asociados a la paternidad en hombres de Temuco, Chile. *Revista de Psicología*. 2017; 26(1): 94-107. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46394>

44. World Association for Sexual Health [WAS]. Declaración de los Derechos Sexuales; [Internet] 2014. Disponible desde: https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

ANEXOS

Tabla 1. Prácticas y creencias de los hombres desde la literatura

Prácticas	Creencias
Salud sexual:	Autosuficiencia pres- tigiosa que lleva a riesgos en salud
Pasividad en la práctica de la sexualidad res- ponsable (uso de pre- servativos, asistencia a controles y exámenes preventivos)	
Salud Reproductiva:	Belicosidad Heroica (proveedor y protec- tor de otros)
Desligarse de la planifi- cación familiar (uso de anticonceptivos como función de la mujer)	
	Respeto a la jerarquía entre hombres y ha- cia las mujeres como inferiores.

Tabla 2. Prácticas y creencias de los hombres encontradas en el estudio.

Prácticas	Creencias
Uso de preservativo asociado evitar embarazos	Rol de género que debe cumplir el hombre
Relaciones sin protección dado la oportunidad de sexo acompañado de riesgos (alcohol, drogas, etc.)	Anticoncepción como responsabilidad de las mujeres
Descarte de uso de métodos de esterilización	Vasectomía como amenaza a la virilidad y motivo de bromas
Mayor cantidad de sexo con diferentes personas y sin limitarse por uso de preservativos	Sexo como indicador de virilidad y relacionado al placer
Búsqueda de información de educación sexual en fuentes como amigos y pornografía	Madre como responsable de su educación sexual
Uso de alcohol y drogas que llevan a conductas de riesgo en SSyR.	Presión social de los pares por sobre cuidados en salud
Asistencia a los servicios de salud solo en caso urgencia	Cuerpo de un hombre no debe ser examinado menos por mujeres
Desmotivación para consultar a un/a profesional prevención de ITS o anticoncepción.	Matronas/es como proveedores de salud solo de las mujeres