

Salud, malestares y problemas sexuales
Textos y contextos

**Primer Consenso Cubano
sobre Salud Masculina y Masculinidades**

VOLUMEN X

TOMO II

Salud, malestares y problemas sexuales
Textos y contextos

**Primer Consenso Cubano
sobre Salud Masculina y Masculinidades**

Coordinadores

María Teresa Díaz Álvarez

Ramón Rivero Pino

Compiladoras

Beatriz Torres Rodríguez

Ada C. Alfonso Rodríguez

VOLUMEN X

TOMO II

Edición: Rubén Casado García

Obra de cubierta: *Horizonte de luz*, de María Caridad (Mary Cary) Díaz García

Diseño de cubierta e interiores: jacalfonso

Maquetación: Roque David

© María Teresa Díaz Álvarez, Ramón Rivero Pino, coordinadores, 2021

© Beatriz Torres Rodríguez, Ada C. Alfonso Rodríguez, compiladoras, 2021

© Sobre la presente edición: SOCUMES, 2021

© Sobre la presente edición: Editorial CENESEX, 2021

ISBN: 978-959-7187-57-8 (obra completa)

978-959-7257-21-9 (volumen)

Esta publicación es resultado de la colaboración entre la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES), el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y la Oficina en Cuba del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los puntos de vista, opiniones, conceptualizaciones y terminología utilizados son responsabilidad exclusiva de las/los autoras/es y no implican la expresión de ninguna opinión por parte del UNFPA.

Las/los autoras/es declaran que no tienen conflictos de interés con respecto a esta obra.

Centro Nacional de Educación Sexual
Calle 10 no. 460, esquina a 21, Vedado
Plaza de la Revolución, La Habana
Tel: (53 7) 838 2528 - 29 ext. 154
<http://www.cenesex.org>

ÍNDICE

TOMO I

INVITACIÓN A LA LECTURA	9
Ada C. Alfonso Rodríguez	
GÉNESIS DE UN PRIMER CONSENSO	25
María Teresa Díaz Álvarez, Ramón Rivero Pino	
APARTADO 1. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA Y RUTAS INVESTIGATIVAS SOBRE MASCULINIDADES Y SALUD DE LOS HOMBRES. FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD MASCULINA	
ORIGEN Y RECORRIDO DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO DE LOS HOMBRES Y MASCULINIDADES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL. LOS ENCUENTROS CON LA SALUD	33
María Teresa Díaz Álvarez	
LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA MASCULINIDAD	48
Mayda Álvarez Suárez	
LO MASCULINO: ¿NOCIVO PARA LA SALUD?	61
Ramón Rivero Pino, Yosbel Hernández de Armas	
¿PASAR EL LENTE?: MASCULINIDADES NO HETERONORMATIVAS Y SALUD	79
Alberto Roque Guerra	
LOS COSTOS DE LA MASCULINIDAD. APROXIMACIONES TEÓRICAS	93
Lisandra Chaveco Valdés, Tania Caram León	

EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS HOMBRES Y SU VÍNCULO CON LA CONSTRUCCIÓN DE LAS MASCULINIDADES **105**
Iyamira Hernández Pita

MASCULINIDAD HEGEMÓNICA. SU IMPACTO EN LA SALUD PSICOLÓGICA, LA PAREJA, LA PATERNIDAD Y LA FAMILIA **110**
Patricia Arés Muzio

MASCULINIDAD. MIRADAS Y OPORTUNIDADES PARA EL CAMBIO **118**
Amado Rodríguez Iglesias, Miriam Rodríguez Ojeda

INDICADORES DE MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN MENORES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. IMPACTO EN LA SALUD MENTAL **131**
Lucía de la Caridad García Ajete, Caridad Rosario Zurita Cruz

APROXIMACIÓN AL CUIDADO DE LA SALUD DEL HOMBRE ADULTO CUBANO **148**
Reinaldo Ramos Miranda, Zoe Díaz Bernal, Aida Rodríguez Cabrera

MIRADAS DESDE LA EDUCACIÓN A LAS MASCULINIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA CÁTEDRA DEL ADULTO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA HABANA **165**
Miriam Marañón Santa Cruz, Malvy A. Tavares Noa, Vilma M. Vázquez Hibal

INFLUENCIA DE LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN LA SALUD DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS **173**
Yuleivis Valdés Ayala

APARTADO 2. LA SEXUALIDAD DE LOS HOMBRES. EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL

PENSAMIENTO Y ACCIONAR EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MASCULINA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO **185**
Reina Fleitas Ruiz

RESISTIR: PALABRA CLAVE EN LA SALUD SEXUAL DE LOS HOMBRES **195**
María Teresa Díaz Álvarez

COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS HOMBRES. UNA MIRADA DESDE LA INVESTIGACIÓN	206
Matilde de la C. Molina Cintra, Livia Quintana Llanio	
PERCEPCIONES DE LOS HOMBRES SOBRE SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	218
Yoanna Martínez Boloña, Zoe Díaz Bernal	
INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA ERECCIÓN DEL PENE	231
Yamira Puentes Rodríguez	
¿DIFIEREN LAS RESPUESTAS SEXUALES DE HOMBRES Y MUJERES CON RELACIÓN AL ESTRÉS?	248
Alina Julia Ortega Bravo	
MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD Y DESARROLLO DEL TRASTORNO DE EXHIBICIONISMO Y PORNOFILIA. DOS ESTUDIOS DE CASO	255
Elvia de Dios Blanco, Gustavo Valdés Pi	
TAMAÑO DEL PENE: ¿MITO O REALIDAD?	267
Neida Méndez Gómez, Daysi Navarro Despaigne, Gilda Monteagudo Peña, Manuel Gómez Alzugaray, Zoraida Rodríguez Iglesias	
APROXIMACIÓN A LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON GÉNEROS Y SEXUALIDADES NO HEGEMÓNICAS EN LA SOCIEDAD CUBANA ACTUAL	277
Alain Darcout Rodríguez	
LA INFECCIÓN POR EL VIH: UN ABORDAJE DE SU PREVENCIÓN EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN CUBA	289
Yandy Alberto Betancourt Llody	
UNA MIRADA GÉNERO-SENSIBLE A LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN POBLACIONES CLAVE	299
Yandy Alberto Betancourt Llody, Zoe Díaz Bernal, Ileana Elena Castañeda Abascal	

MASCULINIDADES. SU IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL DE LOS HOMBRES CON DISCAPACIDAD 312
José Julián Castillo Cuello, Celia Sarduy Sánchez

DISFUNCIONES SEXUALES: DE LAS MASCULINIDADES HETERONORMATIVAS AL FUNCIONAMIENTO SEXUAL INOPORTUNO 321
Neida Méndez, Yamira Puentes Rodríguez, María Teresa Díaz

IMPLICACIONES DEL MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD EN LA SALUD DE HOMBRES HOMOSEXUALES 334
José Manuel Novales Armenteros

SOBRE AUTORAS Y AUTORES 343

TOMO II

APARTADO 3. EXPRESIONES DE LA CONSTRUCCIÓN HEGEMÓNICA MASCULINA EN DIFERENTES PATOLOGÍAS CLÍNICAS

MASCULINIDADES HEGEMÓNICAS E INFERTILIDAD 13
Gilda Monteagudo Peña, Neida Méndez Gómez,
Manuel Gómez Alzugaray, Daysi Navarro Despaigne

MASCULINIDADES Y ENFERMEDADES ENDOCRINAS 23
Daysi Navarro Despaigne, Neida Méndez Gómez,
Gilda Monteagudo Peña, Manuel Gómez Alzugaray

MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS FRECUENTES EN CUBA 35
Ramón Rivero Pino, Beatriz Suárez Besil, Yudelkis Benítez Cordero

MASCULINIDAD Y CÁNCER 49
Isbel García Figueredo, Celia María Pereda Meira,
Pablo Zarut Portillo, Edmundo Rodríguez Reigoza

ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS Y MASCULINIDADES Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Beatriz Torres Rodríguez	67
MASCULINIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES ADICTOS Annia Duany Navarro	82
APARTADO 4. LA PROMOCIÓN–PREVENCIÓN COMUNITARIA E INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN EN SALUD. UNA ALTERNATIVA VIABLE PARA MEJORAR LA SALUD DE LOS HOMBRES	
EL PAPEL DE LA PROMOCIÓN–PREVENCIÓN EN SALUD MASCULINA Ramón Rivero Pino	93
PENSANDO LA MASCULINIDAD. ¿CÓMO PERCIBEN LOS HOMBRES SU PROBLEMÁTICA Y LA NECESIDAD DE TRABAJARLA? Mirtha Cucco García, Grisell Crespo Carro	100
CUESTIONANDO CERTEZAS: LOS HOMBRES CRECEMOS EN PLATAFORMA Sergio Enrique Morlán Vega	110
PUNTES PARA POTENCIAR SALUD MASCULINA. LA EXPERIENCIA DE LA RED IBEROAMERICANA Y AFRICANA DE MASCULINIDADES Enmanuel George López	122
EPÍLOGO. UN DEBATE PROMETEDOR María Teresa Díaz Álvarez, Mirian Rodríguez Ojeda, Ángela Suárez Estévez	135
SOBRE AUTORAS Y AUTORES	163

APARTADO 3

EXPRESIONES DE LA CONSTRUCCIÓN HEGEMÓNICA MASCULINA EN DIFERENTES PATOLOGÍAS CLÍNICAS

MASCULINIDADES HEGEMÓNICAS E INFERTILIDAD

Gilda Monteagudo Peña, Neida Méndez Gómez,
Manuel Gómez Alzugaray, Daysi Navarro Despaigne

Introducción

La infertilidad, más allá de la importancia de las afectaciones físicas que pudieran subyacer en su origen, tiene implicaciones psicológicas y sociales que le confieren relevancia adicional como problema de salud. Por la especial significación que tiene la posibilidad de ser padre o madre para la mayoría de las personas, cuando no se pueden satisfacer el anhelo y la aspiración de tener los hijos que se deseen y en el momento que se crea conveniente, se generan conflictos afectivos y relacionales con gran impacto en la vida de quienes pasan por esa experiencia (1). Por las exigencias personales y sociales que la masculinidad hegemónica impone, estos conflictos suelen condicionar una vivencia subjetiva más negativa para los varones (2).

En la práctica asistencial es común observar que se reiteren comportamientos tanto en las personas que buscan ayuda médica como en los/las prestadores/as de salud, quienes reproducen estereotipos de género asociados a las representaciones sociales sobre la masculinidad (3). Este trabajo tiene el propósito de hacer una revisión del tema y contribuir a visualizar que la necesidad de atención multidisciplinaria, en especial la participación del especialista en salud mental, debe ser diferenciada cuando la causa de la infertilidad involucra un factor masculino.

Desarrollo

En relación con la infertilidad se han descrito diferencias de género tanto en su origen como en el afrontamiento del fallo reproductivo, los

tratamientos, la relación con la pareja y con el medio social en general, así como en la repercusión en la atención de salud y las consecuencias para quienes la padecen (1-7).

Entre los aspectos más sobresalientes se menciona que los varones presentan más dificultad para admitir su incapacidad reproductiva y reconocer su condición de infértil. En opinión de algunos autores, pudiera explicarse por el simbolismo que adquiere la procreación en las construcciones socioculturales. Desde la perspectiva socioantropológica, la paternidad se considera un eje central para el reconocimiento de la identidad masculina y se interpreta como un deber anclado al ciclo «natural» de vida, que marca el tránsito a la adultez, el arribo a la plenitud de la hombría y la satisfacción de demandas construidas desde el género, que le exigen: trabajar, formar una familia y tener hijos. Además se constituye en un mandato, porque los significados arraigados en el imaginario social relacionan fuertemente la fertilidad a la virilidad, y ambas al concepto de masculinidad, la que, a diferencia de la feminidad, debe ser probada para sí mismo y demostrada ante la sociedad (1-5).

Desde esta visión, la infertilidad puede ser mal entendida como una amenaza a la masculinidad, al rendimiento sexual y al desarrollo social del individuo como varón pleno. El embarazo y el/la hijo/a se constituyen en la demostración suprema de la masculinidad toda vez que lleva implícita: la evidencia inequívoca de la capacidad sexual y reproductiva, la orientación heterosexual activa y la posibilidad de satisfacer mandatos centrales de género (constituirse en «cabeza de familia», satisfacer a plenitud los roles de proveedor, «trascender» a las generaciones futuras, y otras creencias que refuerzan o maximizan la expresión social de la masculinidad) (1-3).

Calero y Santana entrevistaron a varones cubanos que consultaron por infertilidad y demostraron que la problemática no gana peso solo en la posibilidad de embarazarse a la mujer, sino que su máxima expresión está dada en tener un hijo (1). El hijo se considera la razón que sella los lazos de la pareja, le da sentido y autenticidad a la familia y concede a los

varones un estatus de importancia, un reconocimiento y una posición de jerarquía, que les permiten aproximarse al ideal de identidad masculina. Por lo tanto, el sentimiento de frustración y/o pérdida producido por la infertilidad genera gran angustia y dolor, que se percibe como un evento negativo.

Concerniente a las causas, se ha señalado que la forma de «ser hombre» puede condicionar alteraciones en la salud general y la salud reproductiva en particular. Entre las características de «lo masculino», de acuerdo con los mandatos de la masculinidad hegemónica, se encuentran la necesidad de asumir conductas sexuales de riesgo y poco cuidado de la salud: fumar, ingerir bebidas alcohólicas, consumir drogas, inadecuada alimentación, estrés laboral y exposición a sustancias tóxicas (8,9), todo lo cual puede incrementar la posibilidad de padecer infertilidad.

Un estudio que analizó las causas de la infertilidad en 300 varones atendidos en la consulta provincial de reproducción asistida, en la provincia de Matanzas, demostró que los factores ambientales y socioculturales fueron la primera causa de los trastornos reproductivos (10).

Asimismo, diferentes condicionamientos de género imponen presiones sobre roles sexuales-sociales diferenciados en cada sexo biológico y contribuyen a que varones y mujeres asuman diferentes formas de afrontar el fallo reproductivo. El hecho de que en el cuerpo de la mujer se materialice la concepción y el mayor impacto de la reproducción, tanto natural como por técnicas de reproducción asistida, adquiere un valor simbólico tal que condiciona que a nivel familiar, social y en el contexto clínico la responsabilidad sobre la infertilidad se considere más femenina que masculina (2,3). Lo habitual es que se suponga a la mujer responsable en primera instancia del fallo en lograr la gestación, responsabilidad que es asignada y asumida, por lo que es la que primero busca atención médica y acepta con más facilidad su infertilidad.

Del mismo modo, tiene connotaciones en el proceso de atención, las políticas públicas, los programas y servicios de salud, en los que las mujeres

se identifican como sujetos de referencia (3,11,12). En este sentido, Figueroa-Perea señala que existen «maternidades», «servicios materno-infantiles», «educación maternal», múltiples programas de salud materna/materno-infantil y muy pocas intervenciones preventivas para hombres, servicios de planificación familiar o programas de salud paterna/paternidad responsable; se contabiliza la «mortalidad materna», pero no la «mortalidad paterna», y las encuestas sobre fecundidad se aplican solamente a mujeres (11).

Este mismo autor llama la atención sobre la relevancia del lenguaje como filtro para ordenar y construir la cotidianidad y la necesidad de trabajar en la flexibilización de expresiones como que «las mujeres dan la vida», porque contradice la información biológica básica de que los varones son coautores de los embarazos y permea especializaciones de género excluyentes de la presencia de los varones en los comportamientos reproductivos (11).

Díaz Bernal y García han destacado aspectos en los que esta «concepción perpetuada y culturalmente arraigada, en cuanto al responsable papel femenino en la reproducción biológica y social de la especie» impactan en los servicios de salud en nuestro medio. Señalan que la atención de la infertilidad es «para y por las mujeres», pues aunque concorra la pareja es la mujer quien recibe las órdenes e instrucciones médicas y quien posee historia clínica. Por el contrario, muchos hombres se muestran reacios a enfrentar el problema, temen que se conozca públicamente y se niegan a los estudios o a asistir a consulta, pues lo consideran «cosas de mujeres» (3).

A nivel internacional, Lafuente y Segura entrevistaron a 46 hombres que acudieron a la I Feria de Reproducción Asistida, celebrada en Valencia, en 2013. El 22% de los hombres manifestó que no se les interrogó y el 52% dijo que fue breve. No se realizó una exploración genital al 67% de los casos. El 55% declaró que fueron poco o nada informados sobre la causa de su infertilidad, y a la mitad de los casos con un tratamiento previo fallido no le explicaron las posibles razones (4).

En cuanto a las consecuencias psicosociales de la infertilidad, se reconoce que tiene una fuerte repercusión psicológica que, aunque afecta a ambos sexos, se vivencia de forma diferenciada entre mujeres y varones. La infertilidad constituye siempre una situación de frustración personal que genera temor y ansiedad; en un inicio es común que se asocie a sorpresa, negación y aislamiento, seguido de enojo, ansiedad, sentimiento de pérdida, culpa o «el castigo por algo malo que se hizo en el pasado». Cuando no se logra un afrontamiento positivo a estas emociones, pueden llevar a diferentes estados de disfuncionalidad psicológica y/u orgánica (1,4,7).

Tradicionalmente se asume que las mujeres tienen mayor repercusión emocional, pero se ha demostrado que ambos sufren por igual; los hombres a veces más, lo que cambia es la forma de socialización (3). En el hombre, la masculinidad hegemónica dicta la sobrevaloración de la identidad masculina y de la procreación como afirmación suprema de ella, pero al mismo tiempo impone que no deben mostrar sus emociones (8), de modo que las implicaciones psicológicas derivadas de la dificultad para reproducirse son complejas. Mientras las mujeres expresan su angustia, dolor y el sentimiento de pérdida, los varones suelen «hacerse los fuertes», contener sus emociones e invisibilizar el sufrimiento (3,13).

Sin embargo, la infertilidad resulta tan difícil de asimilar para algunos varones que es frecuente que sufran ansiedad y depresión, asociados a procesos emocionales como vergüenza y autojuicio, con efectos negativos en la sexualidad, la autoimagen, la autoestima y sentimientos de desvalorización personal, frustración, derrota, disfuncionalidad sexual y estigmatización (1-4,6,7,14,15). Es común que se genere secreto alrededor del diagnóstico y que la mujer asuma la culpa de la infertilidad (2,3).

Galhardo y sus colaboradores demostraron que los hombres infértiles tienden a ser más duros y más crueles con ellos mismos, y se juzgan más negativamente en sus insuficiencias, fracasos y dolores percibidos (14). Este autor y otros también señalan que en el caso de los hombres existe mayor tendencia a la somatización, al punto de destruir la vida en pareja (1-3,14,15). Mediante una encuesta virtual anónima a 500 hombres

de Medellín, Lozano y Cardona demostraron que la percepción de calidad seminal no solo se relaciona con «buena capacidad para fecundar», sino también con «buena salud», y en muchos sujetos la mala calidad se identifica como «vergüenza» (6).

A lo anterior se suma el impacto psicológico negativo de los tratamientos. En más de la mitad de los varones que acuden por infertilidad no se logra identificar la causa, por lo que se usan tratamientos empíricos, generalmente largos y con poca eficacia, lo que provoca sentimientos de frustración, desesperanza, falta de adherencia y a veces abandono. La indicación de incrementar las relaciones sexuales en el período fértil lleva con frecuencia a que el sexo se convierta en «el trabajo de hacer bebés», lo que limita la espontaneidad y el placer, y favorece la compulsión o rigidez (7).

Estas consecuencias psicológicas pueden generar en la pareja una situación disfuncional, que lleva a malas relaciones, rechazo, evitación o disfunción sexual, y en muchos casos a la disolución del vínculo (1-3). Es común que el hombre busque relaciones extramatrimoniales con la intención de reafirmar su virilidad, lo que afecta aún más la estabilidad de la pareja y de la familia en construcción (3).

Entre los factores que condicionan un mayor impacto psicológico en la infertilidad, se mencionan: vivir en zonas rurales, tener menor nivel socio-cultural, antecedentes de psicopatías, tensiones del ambiente familiar (sobre todo de los padres de la pareja, que desean un nieto) y la falta de información del personal de salud, o cuando existe recriminación o impugnación sobre la causa de la infertilidad por parte de uno de los miembros de la pareja (7). También tienen influencia la edad, si la infertilidad es primaria o secundaria, la presencia de hijos en alguno de los miembros de la pareja y el tiempo transcurrido en la búsqueda de la fertilidad (1,7).

Por todo lo antes comentado, algunos autores consideran la infertilidad como una crisis vital y una situación de estrés crónico. Izzedin-Bouquet describe que las parejas que reciben tratamiento para lograr fertilidad transitan por un ciclo emocional caracterizado por mesetas de emocio-

nes positivas y negativas que se suceden repetidamente (7). El comienzo del tratamiento alienta el tan esperado deseo, y si existen fracasos es el final de todo. Cada nuevo tratamiento es un nuevo estresor, que adquiere mayor intensidad si es mayor el tiempo que la pareja lleva en el proceso de diagnóstico y tratamiento, e implica sufrimiento y desgaste psíquico.

De este modo, los factores psicológicos pueden a veces ser la causa de la infertilidad o constituirse en agravante de causas orgánicas. Esto se ha demostrado en relación con la calidad espermática o el fracaso reproductivo en parejas a las que se les realiza procedimientos de reproducción asistida. Por lo tanto, se considera necesario que se brinde orientación y apoyo psicológico especializado.

En la experiencia asistencial de los autores de este trabajo se presentan diversas situaciones que prueban las diferencias de género en infertilidad. La mayoría de los hombres ofrece resistencia inicial o muestra vergüenza ante el examen genital, que suele requerir de un proceso de convencimiento. Es común que rehúyan de realizar el espermograma alegando que ya tienen hijos previos (hasta en el caso de que la mujer también tenga hijos) o soliciten que se realice primero el estudio de la mujer, lo que hace necesario reprogramar los turnos una y otra vez.

También se observa en nuestro contexto que una cantidad considerable de mujeres acudan solas a la primera consulta, que la asistencia a los seguimientos sea irregular cuando existe un factor masculino y que si no se demuestra causa en ellos dejen de acompañar a la mujer, lo que cuando es a la inversa no sucede. Es usual que «para proteger la imagen del varón», cuando existe un factor masculino no se socialicen las verdaderas razones de la infertilidad y las mujeres asuman públicamente una responsabilidad que no tienen. La disfunción sexual y los conflictos de pareja —que en no pocos casos llegan al divorcio— son más frecuentes si hay una causa masculina de infertilidad.

Ante los tratamientos, la actitud puede ser variable y muchas veces relacionada con la presencia o no de hijos previos, el grado de compromiso

con la pareja o la severidad de la afección. En situaciones irreversibles es común la negación, el reclamo e insistencia en que se les indique algún tratamiento, o la no aceptación inicial de ciertos procedimientos, sobre todo los que requieren reproducción asistida de alta tecnología, la participación de donantes o la adopción.

Asimismo, existen diferencias en el comportamiento del personal de salud. En general se presta más atención a la mujer; la minuciosidad en el examen físico y el soporte emocional están más dirigidos a la mujer, mientras que a los hombres se les da menos explicaciones y se les hace menos partícipes de los procesos. El examen genital masculino resulta embarazoso para buena parte del personal médico y por ello muchas veces no se realiza.

Conclusiones

Los elementos hasta aquí analizados fundamentan la necesidad de trabajar por garantizar servicios de atención a la pareja infértil verdaderamente amigables para los varones, en los que se consideren los significados socioculturales que, desde el condicionamiento de la masculinidad hegemónica, hacen que la vivencia de la infertilidad adquiera matices particulares para los varones. Resultan imprescindibles el acompañamiento psicológico con un enfoque de género de las parejas que consultan por infertilidad y la educación social dirigida a disminuir la influencia de las exigencias socioculturales que sitúan a los varones en una posición de mayor vulnerabilidad biológica y psicológica en relación con su salud sexual y reproductiva.

Referencias bibliográficas

1. Calero JL, Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Rev Cubana Endocrinol.* 2006;17(1).
2. Salvo I. Masculinidades y paternidades en la adopción. Un lugar por construir. *Masculinities and Social Change.* 2016;5(2):157-81.
3. Díaz Bernal Z, García D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Rev Cubana de Salud Pública.* 2011;37(1):106-19.
4. Lafuente R, Segura A. La percepción del hombre cuando acude a un centro de reproducción asistida. *Rev Int Androl.* 2015;13(1):14-9.
5. Ramírez JC, Gómez MP, Gutiérrez NC, Sucilla MV. Masculinidades y emociones como construcciones socioculturales: una revisión bibliométrica. *Masculinities and Social Change.* 2017;6(3):217-56.
6. Lozano LJ, Cardona WD. Ser o no ser fértil, esa es la cuestión: encuesta sobre la fertilidad masculina. *Clin Invest Gin Obst [serie en Internet].* 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.06.009>
7. Izzedin-Bouquet R. Psicología de la reproducción: De la infertilidad a la reproducción asistida. *Rev Cient Cienc Med.* 2011;14(2):31-4.
8. Rivero R, Hernández Y. Lo masculino ¿nocivo para la salud? *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).
9. Machado Y. Factores de riesgo asociados a la masculinidad hegemónica: su prevención desde la participación social. *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).
10. Perdomo JC, Luna EJ, Castro M. Factores del riesgo reproductivo preconcepcional en varones con trastornos de la fertilidad. *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).
11. Figueroa-Perea JG. Algunas reflexiones metodológicas al abordar experiencias reproductivas de los varones desde las políticas públicas. *Masculinities and Social Change.* 2016;5(2):134-55. doi: 10.17583/MCS.2016.2032
12. Rodríguez V, Díaz Z, Castañeda I, Rodríguez A. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. *Rev Cubana de Salud Pública.* 2016;42(1):101-14.

13. Wischmann T, Thorn P. Male infertility: What does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive BioMedicine*. 2013;27(3):236-43. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.06.002
14. Galhardo A, Moura-Ramos M, Cunha M, Pinto-Gouveia J. The infertility trap: How defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Hum Reprod*. 2016;31:419-26.
15. Griffiths AW, Wood AM, Maltby J, Taylor PJ, Tai S. The prospective role of defeat and entrapment in depression and anxiety: A 12-month longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2014;216:52-9.

MASCULINIDADES Y ENFERMEADES ENDOCRINAS

Daysi Navarro Despaigne, Neida Méndez Gómez,
Gilda Monteagudo Peña, Manuel Gómez Alzugaray

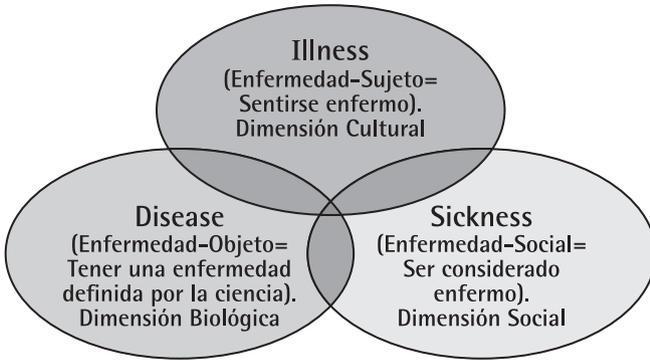
Introducción

En Cuba las diez primeras causas de muerte, con excepción de la Diabetes Mellitus (DM), son más frecuentes en los varones que en las mujeres (1). Además de la DM, las enfermedades del tiroides y los trastornos de la función gonadal, en el Instituto de Endocrinología se encuentran entre las mayores causas de solicitud de atención médica. Estas están implicadas de manera directa o indirecta con las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población cubana.

Aunque estas enfermedades se encuentran en ambos sexos, presentan particularidades, de manera que las enfermedades del tiroides son más frecuentes en las mujeres, la DM tipo 1 en los varones, y la tipo 2 y la obesidad en las mujeres. Estas últimas solicitan atención por los trastornos reproductivos, mientras que los hombres por los trastornos de la función sexual (2-7).

Al considerar la salud del humano, es necesario tener presente la influencia de los determinantes de salud según Marc Lalonde: resulta imprescindible tomar en cuenta el medioambiente (factores físicos, biológicos, socioculturales y psicosociales relacionados con la vida en común), el estilo de vida (hábitos personales, alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud...), la biología (aspectos genéticos y la edad de las personas) y la atención sanitaria (calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud) (8).

Hoy día, según la antropología médica, en las enfermedades crónicas es preciso considerar los siguientes aspectos o «miradas»: *tener una enfermedad* es un problema biológico, mientras que *sentirse enfermo* constituye una dimensión cultural de la afección y *ser considerado como enfermo* es la dimensión social. La siguiente figura resulta muy ilustrativa (9).



A pesar de lo antes expresado en relación con la prevalencia de dichas entidades, las guías de diagnóstico y tratamiento de estas no consideran el sexo como una variable a considerar en la decisión terapéutica, aunque destacan explícitamente las situaciones que afectan la función sexual del varón (10-12). Una excepción lo constituye el I Consenso Cubano de Diabetes Mellitus (13).

Lo arriba expuesto justifica el propósito del siguiente artículo: identificar las diferencias clínicas entre los sexos en afecciones endocrinas como la DM, las tiroidopatías y los trastornos de la función sexual, así como la influencia de las características de la masculinidad hegemónica en el proceso de salud-enfermedad de los varones.

Desarrollo

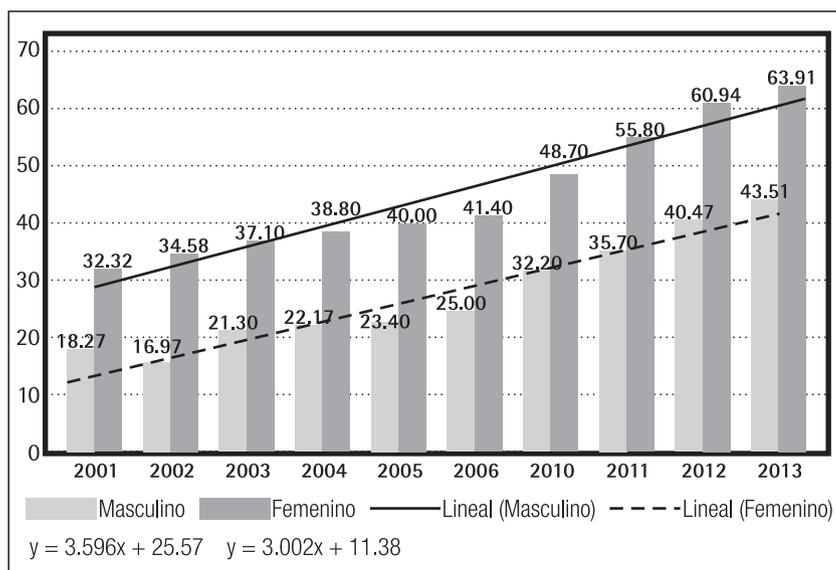
Desde el punto de vista biológico y como expresión del envejecimiento, en particular de la mujer, con posterioridad a la menopausia

ocurre un déficit de estrógenos, asociado con cambios de instauración rápida (primeros cinco años) en la composición corporal, que se expresan con disminución de la masa muscular y de la masa ósea (conocido como osteosarcopenia) (13-18) y aumento de la masa grasa, lo cual favorece (en población susceptible) el desarrollo de hipertensión arterial, DM y enfermedad cardiovascular, y el incremento del riesgo de fractura por osteoporosis; en los varones aparece la disminución de los esteroides sexuales (conocido como andropausia) (19), con consecuencias (síntomas vinculados con la esfera sexual) que ocurren con mayor lentitud, por lo que se expresan a mayor edad, y pudieran afectar su calidad de vida.

Debido a la mayor longevidad de la mujer, a partir de la década de los ochenta del pasado siglo xx se desarrollaron estudios con el objetivo de prevenir los cambios corporales postmenopausia, en particular aquellos favorecedores de la Osteoporosis, con el motivo de identificar los factores de riesgo para esta entidad y definir las opciones terapéuticas específicas para las mujeres, las que fueron aplicadas a los hombres, sin considerar las diferencias biológicas. Algo similar, aunque de inicio contrario, ocurrió en relación con los factores de riesgo respecto a la enfermedad cardiovascular, considerados de manera similar para ambos sexos aunque identificados en los hombres.

En Cuba la dispensarización y las muertes por DM muestran diferencias entre sexos (1): la proporción de varones dispensarizados es menor (ver figura siguiente) y la edad promedio de la muerte también (ver tabla), por lo que los años potenciales de vida perdidos son mayores. De acuerdo con reportes de la Federación Internacional de Diabetes, el cáncer de hígado como comorbilidad asociada a la DM2 es más frecuente en los hombres (20). En las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) no se proponen opciones terapéuticas diferentes para hombres y mujeres con DM, aunque destaca «la preocupación» explícita de no afectar la función sexual del varón (10).

PREVALENCIA DE DM SEGÚN SEXO 2001-2013.



Fuente: Universo población cubana (2000 a 2013) y población con diagnóstico de DM en el Registro Nacional de Dispensarización.

EDAD DE LA MORTALIDAD POR DM ($X \pm DE$). CUBA 1990, 1995, 2000, 2005 Y 2010.

años	Hombres		Mujeres	
	promedio	DE	promedio	DE
1990	67.51	15.01	69.31	13.98
1995	65.87	16.43	70.52	14.11
2000	65.67	14.90	68.77	14.18
2005	68.01	14.00	71.24	13.05
2010	70.24	13.04	72.23	12.98

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

En la educación terapéutica que se les brinda a las personas con diabetes se hace referencia al importante papel del control metabólico como vía para prevenir las complicaciones y lograr mejor calidad de vida, y en relación con la salud sexual y reproductiva se hace referencia en «las mujeres» a la reproducción y en los hombres a cómo evitar la disfunción sexual (12,20).

En relación con los pacientes, en un trabajo presentado por Navarro y colaboradores en el III Congreso «Controlando la diabetes y sus factores de riesgo» (Varadero, diciembre de 2018) se expresa que en un grupo de adultos mayores con DM2 atendidos en la consulta de DM del municipio de Playa, las adultas mayores refirieron que la enfermedad las hace dependientes y las limita, mientras que a los varones adultos mayores les preocupa la influencia de la DM en la función sexual.

Obesidad

En niños y adolescentes con obesidad, según experiencia acumulada en las consultas de obesidad brindada en el Instituto de Endocrinología, en los varones con obesidad la «preocupación» de padres y niños está respecto al tamaño de los genitales, mientras que en las niñas la preocupación es fundamentalmente «estética» y no se relaciona con las complicaciones secundarias de la obesidad. Experiencia similar reporta una de las autoras de este artículo en 60 adolescentes obesos que acudieron a la consulta de sexología, que refirieron como su mayor «inquietud» el tamaño del pene, que consideraban que «no se había desarrollado» como era esperado, en comparación con otros miembros de la familia.

Enfermedades del tiroides

Las enfermedades del tiroides son más frecuentes en las mujeres y su debut clínico se asocia con eventos como la menarquía, los embarazos, la menopausia y el estrés, de ahí que las diferencias clínicas entre mujeres

y hombres con disfunción tiroidea se muestre en la «manera en que se expresan» los síntomas, de ahí que los varones con hipertiroidismo refieran «palpitaciones» y «nerviosismo» con menos frecuencia que en las mujeres. Cuando se utiliza el I^{131} como parte del tratamiento en estos pacientes, a las mujeres se les advierte que no deben tener una gestación en un tiempo no menor de doce meses; no ocurre así de manera habitual con los hombres, a pesar de que en ellos este isótopo podría interferir con la espermatogénesis (3-6).

Función gonadal

En la función gonadal, necesaria para la reproducción y la función sexual, se expresan con mayor nitidez las diferencias entre la biología (dimorfismo sexual) y lo sociocultural, en particular la influencia de las construcciones socioculturales (género), que imponen presiones sobre roles sexuales y reproductivos para cada sexo biológico (21-24). Los hombres ven el «sexo» como una manera de confirmar su identidad como hombres, y la procreación se constituye como afirmación suprema de la masculinidad; por otra parte, al «rechazar» la posibilidad de enfermarse, la infertilidad tiene consecuencias para la sexualidad, la autoimagen y la autoestima y se asocia a frustración, derrota, disfuncionalidad sexual y estigmatización, por lo que se tiende a responsabilizar de la procreación a la mujer, la que por demás es la primera en solicitar ayuda. El hombre es común que rehuya de los exámenes y muestre mayor dificultad para encarar su situación de ser infértil; en parejas infértiles la atención médica, la exploración física y el soporte emocional están más dirigidos a la mujer. Persisten tabúes hacia el examen genital masculino, y a los hombres se les da menos explicaciones y se les hace menos partícipes de los procesos (25-28).

Estudios al respecto (25-30) permiten referir que:

- Se reconoce que la infertilidad tiene una fuerte repercusión psicológica, que se vivencia de forma diferenciada entre mujeres y varones. La infertilidad constituye siempre una

situación de estrés que genera temor y ansiedad; en un inicio es común que se asocie a sorpresa, negación y aislamiento, seguido de enojo, ansiedad, sentimiento de pérdida o culpa («el castigo por algo malo que se hizo en el pasado»). Cuando no se logra un afrontamiento positivo a estas emociones, pueden llevar a diferentes estados de disfuncionalidad psicológica y/u orgánica. Tradicionalmente se asume que las mujeres tienen mayor repercusión emocional; sin embargo, se ha demostrado que ambos sufren por igual —los hombres a veces más—, lo que cambia es la forma de socialización. Las mujeres asumen «con más facilidad» su infertilidad (incluso a veces asumen ser las responsables cuando en realidad es un factor masculino).

- Entre los factores que condicionan un mayor impacto psicológico en la infertilidad, se encuentran vivir en zonas rurales y tener menor nivel sociocultural, antecedentes de psicopatías o tensiones en el ambiente familiar (como ocurre cuando los «potenciales abuelos conminan a la pareja a darles un nieto»), situación que se agrava cuando entre los miembros de la pareja existe recriminación o impugnación sobre la causa de la infertilidad, lo que lleva a malas relaciones, rechazo, evitación o disfunción sexual, y en muchos casos el divorcio.
- No solo resulta estresante la infertilidad en sí sino además los tratamientos, pues en más de la mitad de los varones que acuden por infertilidad no se logra identificar una causa, por lo que se emplean tratamientos empíricos, generalmente largos y muchas veces con baja eficacia, lo que provoca sentimientos de frustración, desesperanza, falta de adherencia y a veces abandono. La sugerencia de incrementar las relaciones sexuales en el período fértil, lleva a que la actividad sexual se convierta en «el trabajo de hacer bebés», que limita la espontaneidad y el placer, genera compulsión y rigidez y favorece disfunciones sexuales o en la relación de pareja. En situaciones irreversibles es común la negación, el reclamo e insistencia en que se indique algún medicamento, o la no

aceptación inicial de la donación de espermatozoides o la adopción cuando se proponen como solución de la infertilidad.

- Los factores psicológicos pueden a veces ser la causa de la infertilidad o constituirse en agravante de causas orgánicas, como ocurre con la ovulación, la calidad espermática o el fracaso reproductivo en parejas a las que se les realiza procedimientos de reproducción asistida.

Estas manifestaciones tienen relación con los elementos que caracterizan la llamada masculinidad hegemónica como factor de riesgo para la salud del varón. Al respecto, Rivero y colaboradores reportaron en un grupo de varones cubanos adultos la presencia de un conjunto de rasgos, hábitos y actitudes, entre los que se señalan: ingerir bebidas alcohólicas, consumir drogas, sedentarismo, alimentación inadecuada, sobreexposición al sol, «tener dificultad para percibir signos de alarma procedentes del cuerpo y, cuando ocurren, tendencia a minimizarlos», «no admitir ante los demás que algo les aqueja» y «expresar como enojo los malestares», entre otros rasgos que en su conjunto están implicados en la morbilidad y mortalidad de este grupo humano (30-32).

En resumen, si bien el dimorfismo sexual puede explicar algunas características clínicas de las enfermedades endocrinas descritas, su prevalencia, complicaciones y pronóstico están modulados por el constructo social de la masculinidad y su significado como factor de riesgo, lo que no siempre está explícito en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas. En los próximos años el desarrollo de la llamada Medicina de Género podrá ofrecer mecanismos para disminuir/erradicar el efecto nocivo de la masculinidad sobre la salud del hombre (33).

En fin, consideramos que se justifica:

- 1) identificar las diferencias genéricas en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades endocrinas;

- 2) transversalizar el concepto de género en la educación terapéutica para paciente y familiares, así como en la formación de los educadores;
- 3) considerar los significados socioculturales de las endocrinopatías desde el condicionamiento de la masculinidad hegemónica, y tenerlos en cuenta en el manejo médico;
- 4) asegurar el acompañamiento psicológico, con un enfoque de género, de las parejas que consultan por infertilidad, así como por cualquier afección endocrina;
- 5) mantener e incrementar las acciones de la educación social para disminuir factores de riesgo asociados a los mandatos de la masculinidad a los que están sometidos los varones.

Referencias bibliográficas

1. Anuario Estadístico de Salud 2015. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
2. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011 [citado 10 Sep 2019]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indicep.htm
3. Navarro Despaigne D. Enfermedades del Tiroides. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral. Vol. V, cap. 115. 3a ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.
4. Navarro Despaigne D. Hipotiroidismo. En: Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. Pt. XVI, cap. 160. 5a ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2017.
5. Navarro Despaigne D. Hipertiroidismo. En: Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. Pt. XVI, cap. 161. 5a ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2017.

6. Navarro Despaigne D. Nódulo del Tiroides. En: Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. Pt. XVI, cap. 162. 5a ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2017.
7. Izzedin-Bouquet R. Psicología de la reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida. Rev Cient Cienc Med. 2011;14(2):31-4.
8. Lalonde M. Los determinantes sociales de la salud. Sociedad Argentina de Cardiología; 2017. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>
9. Pérez O. Una aproximación del concepto de enfermedad desde el enfoque de la lecto comprensión del inglés médico. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/ose-_Perez30/publication/27700237-una-aproximacion_del_concepto_de_enfermedad_desde_el_.
10. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. México, D.F.: Permanger México; 2019.
11. Bergoglio L, Mestman J. Guía de Consenso para el Diagnóstico y Seguimiento de la Enfermedad Tiroidea. National Academy of Clinical Biochemistry (NACB). Disponible en: <http://www.seqc.es/download/gpc/83/3786/783366625/5116624/cms/guia-de-consenso-enfermedad-tiroidea.pdf>
12. Infante Amorós A. Actualización hipertiroidismo. En: Rodríguez Silva M, Galego Pimentel D, Alfonso Fernández J, editores. Manual de prácticas médicas. Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. 6a ed. La Habana: Ediciones digitales CEDISAP; 2018.
13. Salud sexual y reproductiva de personas adultas con diabetes mellitus. En: Navarro D, Gómez N, coordinadoras; Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol. VI. I Consenso Cubano de Diabetes Mellitus. La Habana: Editorial CENESEX; 2016. p. 35-42.
14. Lugones Botell M, Navarro Despaigne D, Fernández Britto-Rodríguez JE, Bacallao Gallestey J. Intensidad y evolución del síndrome climatérico y su relación con los factores de riesgo para aterosclerosis. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2017;43(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n1/gin03117.pdf>
15. Cabrera-Rego JO, Navarro-Despaigne D, Staroushik-Morel L, Díaz-Reyes K, Lima-Martínez MM. Association between endothelial dysfunction, epicardial

- fat and sub-clinical atherosclerosis during menopause. *Clin Investig Arterioscler*. 2017 Sep. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2017.07.006>
16. Navarro Despaigne D, Díaz Socorro C, Soria Mejías O, Prado Martínez C, Díaz Curiel M. Índice de masa corporal y masa ósea en mujeres postmenopáusicas: dilema en la práctica clínica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2017;16(4).
 17. Navarro Despaigne D, Mili Alfonso T. Respuesta ósea al tratamiento con bisfosfonatos, experiencia en la Clínica de Climaterio y Osteoporosis. *Revista Cubana Endocrinol*. 2017 Abr;28(1):1-10.
 18. Regitz-Zagrosek V. Unsettled issues and future directions for research on cardiovascular diseases in women. *Korean Circ J*. 2018 Sep;48(9):792-812. Disponible en: <https://doi.org/10.4070/kcj.2018.0249>
 19. Monteagudo G, Gómez M, Sánchez I, Ovies G, Ledón L, Rodríguez K, et al. Nivel de información sobre el síndrome de declinación de la función testicular en el envejecimiento masculino. *Rev Cubana Endocrinol*. 2017;28(1).
 20. Atlas IDF 2019. 9a ed. p. 80-5. Disponible en: www.diabetesatlas.org
 21. Díaz Díaz O, Orlandi N. Tratamiento farmacológico en las personas con diabetes. En: *Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud*. OPS/OMS; 2013. p. 50-62.
 22. Figueroa JG. Algunas reflexiones metodológicas al abordar experiencias reproductivas de los varones desde las políticas públicas. *Masculinities and Social Change*. 2016;5(2):134-55. doi: 10.17583/MCS.2016.2032
 23. Díaz Z, García D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37(1):106-19.
 24. Salvo I. Masculinidades y paternidades en la adopción. Un lugar por construir. *Masculinities and Social Change*. 2016;5(2):157-81. doi: 10.17583/MCS.2016.2082
 25. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. Men's health: Non-communicable chronic diseases and social vulnerability. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2756. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0735.2756>
 26. Lozano LJ, Cardona WD. Ser o no ser fértil, esa es la cuestión: encuesta sobre la fertilidad masculina. *Clin Invest Gin Obst*. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.06.009>

27. Lafuente R, Segura A. La percepción del hombre cuando acude a un centro de reproducción asistida. *Rev Int Androl.* 2015;13(1):14-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2014.06.003>
28. Rivero R, Hernández Y. Lo masculino. ¿Nocivo para la salud? *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).
29. Rivero Pino R, Suárez Besil B, Benítez Cordero Y. Masculinidad hegemónica en pacientes con enfermedades. *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).
30. Machado Y. Factores de riesgo asociados a la masculinidad hegemónica: su prevención desde la participación social. *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).
31. Perdomo JC, Luna EJ, Castro M. Factores del riesgo reproductivo preconcepcional en varones con trastornos de la fertilidad. *Revista Cubana de Genética Comunitaria.* 2018;12(1).

MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS FRECUENTES EN CUBA

Ramón Rivero Pino, Beatriz Suárez Besil, Yudelkis Benítez Cordero

Introducción

El modelo hegemónico de masculinidad continúa reproduciéndose acríticamente y con él sus impactos nocivos en la salud. La salud de los hombres ha sido menos estudiada y atendida por ellos mismos y por la sociedad en su conjunto, hecho que ha tenido implicaciones negativas para ambas partes, lo que es necesario cuestionarse para encontrar soluciones por el bien de la humanidad.

A efectos de esta investigación, se definió la masculinidad hegemónica como una forma particular de «ser hombre»: conjunto de estereotipos, mitos y tabúes que vinculan la hombría a atributos que imprimen una huella negativa en el desarrollo personal-social de las personas y, en particular, de los hombres.

Está ampliamente recogido en la literatura que la forma de vivir que caracteriza a los hombres es expresión, en buena medida, de modos y estilos de vida que constituyen factores de riesgo para su salud (1-4). Ello permite comprender la necesidad de identificar las condiciones y estilos de vida de los hombres y perfeccionar el trabajo de promoción-prevención comunitaria asociado a los atributos de masculinidad hegemónica.

Unido al objetivo de caracterizar la presencia de indicadores de masculinidad hegemónica en la experiencia de 31 hombres que padecen enfermedades crónicas de las más frecuentes en Cuba, a partir del análisis de la prevalencia de sobremortalidad masculina, fue de suma importancia examinar sus árboles genealógicos, tanto en ellos como en sus familiares

de primero y segundo grados, con el propósito de detectar la presencia de esos padecimientos.

Método

Se desarrolló una investigación descriptiva cuyos instrumentos esenciales fueron el estudio de documentos, el cuestionario autoadministrado (ambos validados como parte de la investigación de Hernández de Armas (5) y la construcción del árbol genealógico.

El cuestionario fue aplicado por estudiantes de las carreras de Sociología e Historia, en calidad de colaboradores de la investigación. Una vez entregado, los sujetos de la investigación tuvieron tres días para devolverlos al equipo de investigación.

Las entrevistas individuales fueron utilizadas en seis casos, como complemento metodológico en el proceso de obtención de datos empíricos, lo que fue motivado en aquellos casos en los que fue insuficiente la información ofrecida en las respuestas a las preguntas abiertas 31 (¿Cuáles son las causas por las que cree que desarrolló la enfermedad que padece?) y 32 (¿Qué podría hacer la sociedad, la familia y usted para que los hombres se enfermaran menos?) del cuestionario.

La muestra fue de tipo intencional y el criterio que prevaleció fue el grado de cercanía geográfica de los hombres a las localidades de residencia de los estudiantes que colaboraron con la investigación. Finalmente, la muestra quedó conformada por 31 hombres residentes en zonas urbanas, de cuatro provincias cubanas: La Habana (27), Villa Clara (1), Ciego de Ávila (1) y Pinar del Río (2).

El estudio tuvo carácter exploratorio, por lo que no buscaba como finalidad dar conclusiones absolutas sobre el objeto de investigación. En esencia, su pretensión metodológica era abrir un camino para el desarrollo de futuros estudios sobre el tema.

La concepción metodológica que se utilizó, se fundamenta en el análisis integrado que se ha realizado de la variable *masculinidad hegemónica*. Los indicadores se transformaron operacionalmente en unidades de análisis teórico para el proceso de indagación.

En relación con los procedimientos de análisis de la información, se realizaron cualitativa y cuantitativamente. Se analizó el sentido latente y manifiesto del material informativo utilizado y se consideró el cumplimiento de cada atributo en cada ítem de los instrumentos.

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta el principio del consentimiento informado y los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2008.

El uso de la información resultante de la investigación no contempla datos que puedan implicar socialmente a las personas participantes. En todos los casos los sujetos de la muestra expresaron su consentimiento de participación libre y voluntaria y para que la información brindada pudiera ser utilizada y socializada, lo que quedó explicitado en el momento en que se aplicaron los instrumentos, pues en esta investigación solo se aplicaron técnicas de recolección de información verbal.

Resultados

De los hombres que participaron, 67.7% tenían al momento del estudio menos de 60 años y 90% de ellos oscilaban entre los 31 y 60 años. Esto informa acerca de que el mayor porcentaje de estos hombres ya es portador de los padecimientos desde la adultez media. De los sujetos, 67.7% eran blancos y 32.3% mestizos y negros.

Del total de hombres que participaron en el estudio, 50% están ocupados en puestos técnicos y administrativos y 53% en el sector estatal de la producción; 20% son trabajadores por cuenta propia; 10% trabajadores

independientes ilegales e igual cantidad son jubilados. Dos no trabajan, uno es obrero y otro campesino.

Tienen significativa incidencia en los hombres estudiados los ingresos que reciben del exterior, los que resultan del trabajo por cuenta propia o de las actividades ilícitas. El 16% consideró sus ingresos de regular (medios) y 6% de mal (bajos). En estos últimos predominan los que provienen del sector estatal.

Las enfermedades referidas por los sujetos de investigación fueron: cardiovasculares (6), cáncer (5), crónicas respiratorias (6), diabetes (5), cirrosis hepática (3), accidentes (2), enfermedades cerebrovasculares (1), neumonía (1), insuficiencia renal (1) y lesiones autoinfligidas (1).

En la tabla 1 puede apreciarse que de 34 indicadores de masculinidad hegemónica solo 9 se muestran por debajo de 50%. De estos, 4 presentan cifras por encima de 25% y 3 entre 19 y 22%. El uso de drogas (1) y la exposición a sustancias tóxicas (0) son los indicadores de menos y/o ninguna incidencia.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN INDICADORES DE MASCULINIDAD HEGEMÓNICA.

Indicadores de masculinidad hegemónica (IMH)	Hombres portadores de IMH	%
Fumar	28	90
Ingerir bebidas alcohólicas	28	90
Consumir drogas	1	3
Inadecuada alimentación	28	90
Sedentarismo	29	93
Diabetes	10	32
Colesterol alto	19	61
Hipertensión arterial	21	67
Ansiedad	17	54
Estrés	24	77
Exposición a sustancias tóxicas	-	-
Sobreexposición al sol	30	96

Continuación (IMH)	Hombres portadores de IMH	%
Tener dificultad para percibir signos de alarma corporal, y cuando lo hacen, minusvalorarlos y desjerarquizarlos	31	100
No admitir ante sí mismo y los demás que algo del orden del malestar los aqueja	27	87
Gestionar el miedo y la ansiedad por vías indirectas como el enojo, la culpabilización a otros/as, o el ensimismamiento	12	38
Ser reticentes a las maniobras e indicaciones médicas. Abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos	30	96
Deficientes redes de apoyo	6	19
Inconsciencia de la necesidad de cambios de sus estilos de vida	29	93
Apego al poder	26	83
Autoexigencia de liderazgo	27	87
Ejercer violencia	7	22
No expresión de sentimientos	28	90
Dificultades para articular movimientos cotidianos de vida, validismo personal (lavar, planchar, cocinar, comprar sus alimentos, vestuario y medicinas...)	29	93
No compartir espacios de disfrute y responsabilidad como la paternidad	25	80
Sobrevaloración de la identidad masculina (misoginia, homofobia y transfobia)	21	67
Limitada comprensión del placer sexual	19	61
Autoestima asociada a logros laborales	30	96
Deficiente preparación para la vida en pareja y en familia	22	70
Temor a la inadecuación y al fracaso	8	25
Mal uso del tiempo libre	30	96
Bajo grado de satisfacción consigo mismo	6	19
Ritmos de vida con excesos	28	90
Deficientes rasgos del carácter: impulsivos, obsesivos, controladores, nerviosos, protestones, hiperresponsables que no saben delegar, idealistas en su relación con la realidad	26	83

Al menos 4 de los 9 indicadores que expresan menor porcentaje, guardan una estrecha relación con la forma histórica de construcción de la masculinidad, según la cual no es de hombres quejarse, expresar sentimientos

que puedan apuntar a su supuesta debilidad en el afrontamiento «viril» de los obstáculos que la vida interpone. Sería lógico esperar, entonces, que los relacionados con la gestión del miedo, las deficientes redes de apoyo, el temor al fracaso y la baja satisfacción consigo mismos como hombres no hayan sido identificados.

El ejercicio de la violencia se visualiza con un porcentaje no correspondido con las ideas que al respecto circulan en diferentes medios de comunicación-socialización. De los hombres de la muestra, 22% dicen que son violentos. Sin embargo, detrás de este dato pareciera que se esconde el desconocimiento sobre lo que es violencia y sus manifestaciones, especialmente acerca de la violencia psicológica y sus modus operandi. También podría estar incidiendo la naturalización, por parte de toda la sociedad, de modos violentos de actuar de los hombres.

La triangulación de resultados, específicamente en lo referido a los factores sociodemográficos, permite plantear que para la muestra estudiada:

- en la adultez media se concentra la mayor cantidad de hombres con enfermedades que forman parte de las diez que inciden en la mayor cantidad de muertes en el país;
- no existe una correspondencia directa entre mayor presencia de enfermedades de este tipo y el bajo nivel de instrucción de las personas afectadas;
- prevalecen los hombres enfermos que están ocupados laboralmente en el sector estatal;
- predomina el color blanco de piel entre los hombres enfermos;
- se muestra positivo el indicador *redes de apoyo* en los hombres;
- las condiciones de la vivienda y el acceso a los servicios, así como el acceso a las tecnologías de última generación, expresan valores positivos;
- aunque más de la tercera parte de los encuestados reconoce como altos y satisfactorios los ingresos económicos que reciben, es importante visualizar que 21 % de ellos los califica de medios bajos e insatisfactorios. Especial importancia y atención por el

Estado debe tener el dato relativo a que en este último valor inciden predominantemente los ingresos que provienen del sector estatal.

Las cifras no expresan diferencias significativas cuando se relacionan con el tipo de enfermedad que padecen los hombres y las provincias donde residen.

La identificación de otros individuos enfermos para cada uno de los indicadores explorados en las 30 familias estudiadas (tabla 2), a partir del caso índice, reveló para familiares de primer grado un total de 27 individuos afectados, de los cuales 16 se correspondían con hombres enfermos (59.3%); para familiares de segundo grado se encontraron 15 individuos afectados, de los cuales 8 eran del sexo masculino (53.3%).

TABLA 2. TOTAL DE FAMILIARES DE 1ERO Y 2DO GRADOS Y PORCENTAJE DE HOMBRES AFECTADOS POR LA MISMA ENFERMEDAD.

Enfermedades	Familiares de 1er grado afectados			Familiares de 2do grado afectados		
	Total	Hombres afectados	%	Total	Hombres afectados	%
Diabetes Mellitus	8	6	75	7	5	71.4
Cardiovasculares	6	5	83	2	0	0
Enfermedades respiratorias crónicas	5	2	40	3	1	33
Cáncer	4	1	25	3	2	67
Accidentes	2	1	50	0	0	0
Cerebrovasculares	1	1	100	0	0	0
Lesiones autoinflingidas	1	0	0	0	0	0
Neumonía	0	0	0	0	0	0
Insuficiencia renal	0	0	0	0	0	0
Cirrosis hepática	0	0	0	0	0	0
Total	27	16	59.3	15	8	53.3

La enfermedad que alcanza los mayores porcentajes de familiares hombres afectados es la diabetes mellitus (75 % los de primer grado y 71.4 % los de segundo grado), seguido de las enfermedades cardiovasculares (afectados el 83 % de los familiares de primer grado) y enfermedades respiratorias crónicas (40 % de familiares de primer grado y 33 % de los de segundo grado).

Los factores de riesgo que se encontraron más frecuentemente en los árboles genealógicos realizados, fueron hábito de fumar, ingestión de alcohol, ansiedad y estrés, sedentarismo, obesidad y dieta inadecuada. No se realizó un análisis detallado de cada uno de estos factores en los familiares afectados.

Los resultados alcanzados dieron respuesta al objetivo previsto, pues permitieron conocer cómo se expresan los indicadores de masculinidad hegemónica en las experiencias de vida de los hombres sujetos de la investigación, lo que a su vez permitió visualizar la posible relación entre esta variable y las enfermedades que padecen las personas que formaron parte de la muestra, así como su coincidencia en los familiares de primero y segundo grados de parentesco.

Discusión

Estos resultados obtenidos dan cuenta de la alta incidencia que tienen los indicadores de masculinidad hegemónica en la vida de los hombres estudiados, que padecen enfermedades frecuentes del cuadro de mortalidad de nuestro país.

Los resultados manifiestan correspondencia con lo aportado por investigadores respecto a la relación *masculinidad-salud* en el contexto de América Latina: si bien las enfermedades vinculadas con ciertos modos de vida fueron comunes a ambos sexos, se manifestaron con más intensidad en el masculino por factores culturales.

Los ejemplos clásicos son el hábito de fumar y el cáncer de pulmón en hombres. Los factores de riesgo de las enfermedades no infecciosas que afectan la salud de los hombres adultos, se relacionan con los modos de vida (especialmente los tumores malignos de estómago, pulmón y próstata, los problemas cardiovasculares por complicaciones de la arteriosclerosis y la hipertensión, y las consecuencias de la violencia por homicidio o de los accidentes de vehículos de motor) y se sienten con más intensidad en la población de menores ingresos y grado de escolaridad. En consecuencia, la incidencia y la mortalidad por esas causas continúan siendo altas en la población general que no tiene acceso a la información sobre los riesgos que afectan su salud (1).

Si importante es incidir en las personas que viven en situaciones de riesgo o están enfermas, tanto o más lo es actuar para evitar que esto suceda. Por tanto, en la teoría y práctica de la genética médica, cada vez se le concede mayor importancia a un conjunto de aspectos que forman parte del contenido esencial de la labor de promoción-prevenición de salud genética, por ejemplo: la información-comunicación, la percepción de los riesgos genéticos y las intervenciones protectoras (6).

En el caso de los hombres, las características de la forma tradicional de ser hombre —asociadas en gran medida a factores de riesgo para la salud masculina y a la expresión diferencial de genes para ambos sexos— están fuertemente internalizadas en ellos y forman parte esencial del significado de masculinidad socialmente promovido y sancionado, por lo que se producen y reproducen con intensidad mediante todos los mecanismos de socialización, entre los que juegan un papel fundamental las familias, las escuelas, los centros de trabajo, los grupos de amigos y las organizaciones sociopolíticas. Incidir en cada uno de esos espacios de socialización es vital para el éxito del trabajo de promoción-prevenición de salud masculina.

Los hombres y las mujeres tienen información genética idéntica en la mayoría de sus genomas, pero albergan muchas características específicas del sexo.

En un artículo reciente, Gershoni y Pietrokovski descubrieron que aproximadamente un tercio de los genes en los humanos (más de 6500) realiza actividades muy diferentes en los hombres y en las mujeres (7). Identificaron que algunos de los genes solo están activos en los hombres o en las mujeres, mientras que muchos genes están más activos en un sexo o en el otro.

Estos hallazgos relacionados con los indicadores de masculinidad hegemónica pudieran dar respuesta a por qué hombres y mujeres enferman de manera diferente, incluyendo las enfermedades crónicas del adulto.

En relación con la presencia de familiares de los sujetos de la muestra que padecen las mismas enfermedades que los hombres estudiados, se pudo constatar que existen pocos artículos que evidencian los aspectos relacionados con el mayor riesgo de encontrar hombres enfermos en una familia en relación con enfermedades crónicas frecuentes como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y algunas localizaciones de cáncer.

Un estudio de agregación familiar realizado en el sur de la India en 976 pacientes enfermos de diabetes mellitus tipo 2, encontró un exceso paterno en la transmisión de la diabetes (325 padres diabéticos frente a 304 madres, $p = 0.4$; $p = 0.07$ si se compara con los métodos de tablas de vida). La edad del diagnóstico de diabetes en probandos resultó menor que la de sus padres diabéticos ($p < 0.001$); además, el aumento de la historia parental de diabetes se asoció con un diagnóstico más temprano de diabetes en probandos ($p < 0.001$) (8).

Pakistán ocupa el sexto lugar entre los diez principales países del mundo con elevados índices de casos de diabetes, de 5.2 millones en 2000 y se prevén 13.9 millones en 2030 (9). Se ha demostrado que la prevalencia de diabetes mellitus entre la población urbana de Pakistán es de 6.0% en hombres y 3.5% en mujeres. Los datos recientes en poblaciones con alto riesgo de diabetes proporcionan evidencia de

efectos genéticos paternos únicos. Un estudio realizado por Huxtable y colaboradores (10) con la utilización de métodos de asociación basados en la familia en tríos de padres e hijos con diabetes tipo 2, informó transmisión exclusivamente paterna de alelos de clase III en el polimorfismo regulador de repetición en tándem de número variable del gen de insulina (INS-VNTR), un mediador conocido del crecimiento y desarrollo fetal (11).

Datos recogidos del pueblo pima también sugieren la existencia de un factor paterno único asociado con bajo peso al nacer. Entre los pima, los padres de bebés con bajo peso tenían un mayor riesgo de diabetes, y los bebés lo tenían de padecer diabetes solo cuando el padre, pero no la madre, la padecía (12).

Pocos estudios han investigado la transmisión de enfermedades coronarias y no han mostrado diferencias significativas entre la transmisión paterna o materna (13-17).

El trabajo promocional-preventivo, justo y emancipador, debe estar encaminado en dos direcciones: identificar y afrontar factores de riesgo y enfermedades, y potenciar las características individuales y grupales positivas, o sea, los factores protectores, que aumentan la capacidad de respuesta ante los problemas y la posibilidad de evitar daños. Por esta razón, desde el punto de vista epistemológico, es preferible referirse a la promoción-prevención como un continuo de acciones en salud (7).

Conclusiones

Se identificó un conjunto de indicadores de masculinidad hegemónica que pueden tener relación con la salud de los hombres, especialmente con el hecho de la sobremortalidad masculina existente en Cuba. Ello exige un posicionamiento teórico-metodológico y práctico del proceso de atención de salud. La lógica indica que, al actuar sobre los factores

de riesgo de masculinidad hegemónica, resulta posible que se obtengan mejores indicadores en el cuadro de salud general de la población cubana.

Recomendaciones

Al Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, incorporar el enfoque de masculinidades en el «Manual de normas y procedimientos de los servicios de Genética Médica en Cuba» y desarrollar nuevas investigaciones con una mayor muestra.

Referencias bibliográficas

1. Salazar A. La desventaja masculina en salud. En: Rivero Pino R. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015. p. 66-78.
2. Riuz M. Epigenética: los hábitos del padre también dejan huellas en el hijo. La Vanguardia [serie en Internet]. [actualizado 13 Feb 2016] [citado 20 Dic 2017]. Vida. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20160213/302119227627/epigenetica-habitos-padre-dejan-huella-hijo.html>
3. Donkin I, Soetkin V, Ingerslev LR, Quian K, Mechta K, Nordkap L, et al. Obesity and bariatric surgery drive epigenetic variation of spermatozoa in humans. Cell Metab [serie en Internet]. 2016[citado 26 Dic 2017];23(2):369-78. Disponible en: [https://www.cell.com/cell-metabolism/fulltext/S1550-4131\(15\)00571-9](https://www.cell.com/cell-metabolism/fulltext/S1550-4131(15)00571-9)
4. Rivero Pino R, Ulloa Guerra O. Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades. La Habana: Editorial CENESEX; 2017. p. 11-19.
5. Hernández de Armas Y. Impacto del modelo hegemónico de masculinidad en la salud cardiovascular masculina. Programa de superación para profesionales de enfermería [tesis para máster en Sexología y Sociedad]. La Habana: Centro Nacional de Educación Sexual, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018.
6. Rivero Pino R. Promoción-prevenición local-comunitaria en salud genética [tesis de Maestría en Desarrollo Comunitario]. Santa Clara: Facultad

- de Ciencias Sociales, Universidad Central Martha Abreu de Las Villas; 2018.
7. Gershoni M, Pietrokovski S. The landscape of sex-differential transcriptome and its consequent selection in human adults. *BMC Biol.* 2017;15(1):7.
 8. Viswanathan M, McCarthy MI, Snehalatha C, Hitman GA, Ramachandran A. Familial aggregation of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus in South India; absence of excess maternal transmission. *Diabet Med.* 1996;13(3):232-7.
 9. Wild S, Roglic G, Anders G, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care.* 2004;27:1047-53.
 10. Huxtable SJ, Saker PJ, Haddad L, Walker M, Frayling TM, Levy JC, et al. Analysis of parent-offspring trios provides evidence for linkage and association between the insulin gene and type 2 diabetes mediated exclusively through paternally transmitted class III variable number tandem repeat alleles. *Diabetes.* 2000;49(1):126-30.
 11. DeChiara TM, Efstradiatas A, Robertson EJ. A growth-deficiency phenotype in heterozygous mice carrying an insulin-like growth factor II gene disrupted by targeting. *Nature.* 1990;345(6270):78-80.
 12. Lindsay RS, Dabelea D, Roumain J, Hanson RL, Bennett PH, Knowler WC. Type 2 diabetes and low birth weight: The role of paternal inheritance in the association of low birth weight and diabetes. *Diabetes.* 2000; 49(3):445-9.
 13. Tatiana K, Jan AS, Agnieszka O, Andrew R, Katarzyna S, Sofia M. Maternal and paternal influences on left ventricular mass of offspring. *Hypertension.* 2003;41(1):69-74.
 14. Chen C, Haolin Z, Yue Z, Rong L, Jie Q. Paternal history of diabetes mellitus and hypertension affects the prevalence and phenotype of PCOS. *J Assist Reprod Genet.* 2015;32(12):1731-9.
 15. Howard DS, Min L, Michael Gaziano J, Kathryn MR, Robert JG, Julie EB. Maternal and paternal history of myocardial infarction and risk of cardiovascular disease in men and women. *Circulation.* 2001;104(4):393-8.
 16. Idoia L, Jonatan RR, Francisco BO, Helle ML, Jaanus H, Toomas V. Inter-generational cardiovascular disease risk factors involve both maternal and paternal BMI. *Diab Care.* 2010;33(4):894-900.

17. Kinra S, Davey SG, Okasha M, McCarron P, McEwen J. Is maternal transmission of coronary heart disease risk stronger than paternal transmission? *Heart*. 2003;89(8):834-8.

MASCULINIDAD Y CÁNCER

Isbel García Figueredo, Celia María Pereda Meira,
Pablo Zarut Portillo, Edmundo Rodríguez Reigoza

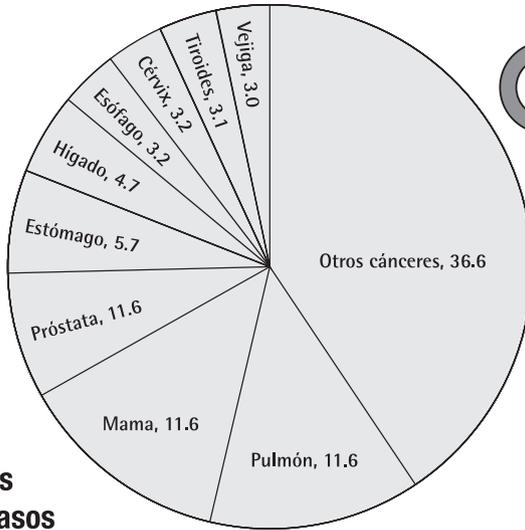
Introducción

A nivel mundial, la proporción de la esperanza de vida entre mujeres y hombres es de 4.6 años, favoreciendo a las mujeres (1). Además, el incremento global de las enfermedades, en especial las crónicas no transmisibles (2), afecta de manera desproporcionada a los hombres. Incluso si los hombres y las mujeres están expuestos al mismo riesgo, las consecuencias para la salud son diferentes entre ambos (3).

Las enfermedades crónicas no transmisibles se asocian de manera directa a la masculinidad y a la percepción personal sobre la masculinidad (4). A nivel global, el cáncer es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades del corazón (2). Se estima que para el 2040, se alcancen los 27.5 millones de casos nuevos y los 16.3 millones de muertes por cáncer, solamente debido al envejecimiento de la población (5).

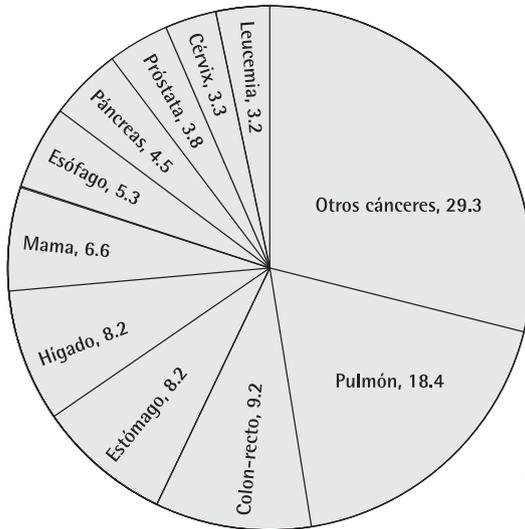
Acorde con datos de la Agencia Internacional de la Lucha contra el Cáncer, para el mundo los tumores de mayor incidencia en el hombre son: cáncer de pulmón (23.2%), próstata (20.5%), colon y recto (13.9%), estómago (11.8%), hígado (10.8%), vejiga (6.2%) y esófago (6%). Entre los que causan un mayor número de defunciones, se encuentran: cáncer de pulmón (31.4%), hígado (14.9%), estómago (13.4%), colon y recto (10.7%), próstata (8.8%), esófago (8%), labio y cavidad bucal (5%) y vejiga (3.5%) sobre el resto de las localizaciones (figura 1, páginas siguientes) (6).

INCIDENCIA



13.1 millones de nuevos casos

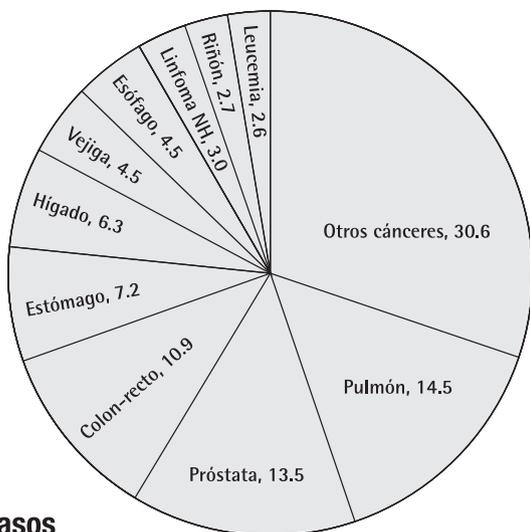
MORTALIDAD



9.6 millones de muertes

FIGURA 1(A). Para ambos sexos. La figura representa la distribución de nuevos casos y las muertes asociadas a los diez primeros tipos de cánceres, reportados por la Agencia Internacional del Cáncer. Cada área representa la proporción (%) de casos respecto al total de casos y de los fallecidos reportados. Fuente: los datos se tomaron del Observatorio Global de Cáncer (Globocan 2018) (6).

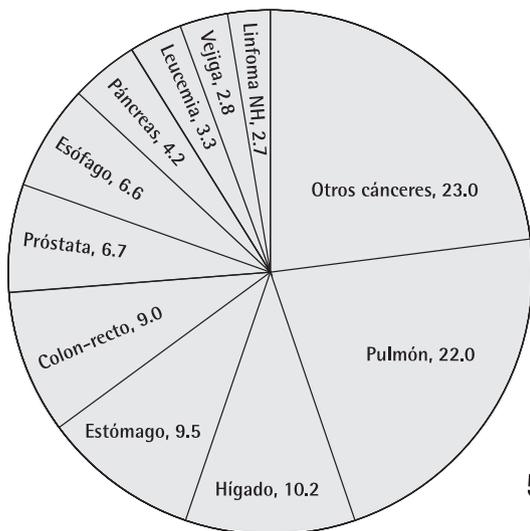
INCIDENCIA B



9.5 millones de nuevos casos



MORTALIDAD



5.4 millones de muertes

FIGURA 1(B). Para los hombres. La figura representa la distribución de nuevos casos y las muertes asociadas a los diez primeros tipos de cánceres, reportados por la Agencia Internacional del Cáncer. Cada área representa la proporción (%) de casos respecto al total de casos y de los fallecidos reportados. Fuente: los datos se tomaron del Observatorio Global de Cáncer (Globocan 2018) (6).

Existen algunos factores de predisposición para la aparición de un cáncer: por ejemplo, las infecciones por virus y bacterias, por exposición ambiental a sustancias tóxicas y agentes patógenos como el tabaco, alcohol y una dieta poco saludable; también por factores internos, tales como mutaciones genéticas hereditarias, hormonas y afecciones del sistema inmunitario (5). Por tanto, las proyecciones sobre el elevado número de posibles pacientes con cáncer pudieran estar subestimadas, debido a la adopción de comportamientos, actitudes y hábitos de vida poco saludables.

En Cuba, de generación en generación se transmiten falsos conocimientos y anécdotas que conducen a la creencia de que el cáncer causa temor y dolor, y que una vez que conoces su presencia conlleva a la muerte. Además, los hombres cubanos muestran necesidad de responder a las normas de masculinidad, lo cual afecta su asistencia a los servicios de salud. El desgaste físico y el dolor que usualmente acompañan al cáncer, refuerzan los tabúes que se unen a esta enfermedad e intensifican el miedo, las convicciones y las supersticiones que existen ante su presencia.

Con la finalidad de replantear los argumentos existentes sobre la realidad de los hombres con cáncer, así como llevar a cabo una interpretación teórica al respecto basándonos en el panorama de conocimientos previos, se propuso realizar este estudio con el objetivo de identificar la influencia que tiene la masculinidad sobre la aparición del cáncer, por medio de las evidencias establecidas en la revisión de la literatura.

Métodos

Se realizó una búsqueda en bases de datos especializadas en temas médicos como MEDLINE, PubMed, ScieLo y Dynamed. Se evaluó la información recuperada teniendo en cuenta la confiabilidad de la fuente, objetivo, alcance, audiencia, prestigio y factor de impacto de la revista, año de publicación y nivel de acceso a la información, con el fin de obtener una revisión actualizada de los últimos diez años. Se procedió a redactar una revisión sistemática a tenor de la información recupe-

rada según los siguientes descriptores: cáncer, masculinidad, hombres, diagnóstico, cáncer y tumores. El proceso de selección de los artículos se realizó en colectivo y por consenso. La elección incluyó las revisiones sistemáticas, los artículos originales y los meta-análisis. En las bases de datos de artículos en idioma español apareció una menor cantidad de artículos que cumplían con los requerimientos propuestos, por lo que más del 95% de los artículos utilizados para esta revisión provienen de la base PubMed en idioma inglés.

Resultados

Acorde con el Anuario Estadístico de Cuba para el año 2018, en el caso particular del cáncer, la tasa fue de 221.3 como la segunda causa de muerte reportada para los hombres. Las tasas de incidencia de cáncer en los hombres se incrementaron en 2018 y entre los tumores más frecuentes encontramos el cáncer de piel (116.5), próstata (72.8), bronquios y pulmón (57.0), labio, cavidad bucal y faringe (22.4), laringe (21.1), colon (19.8), vejiga urinaria (16.2), esófago (11.0), estómago (10.8) y linfomas (10.6), todos en mayor proporción respecto a las mujeres (7).

La tasa de mortalidad por localización de cáncer más elevada en ambos sexos, correspondió a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón (50.9); como segundo fue el tumor maligno del intestino (22.1), excepto el recto, y luego otros tumores del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos (8.9) (7).

En el caso de los hombres, el tumor que causó un mayor número de defunciones, fue el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (3 534); le siguió, en orden decreciente, el tumor maligno de próstata (3 132), el de intestino excepto el recto (1 029), y el de laringe (696) y esófago (681). Persistió la sobremortalidad masculina para el resto de los tumores malignos, a excepción de las localizaciones de recto, porción rectosigmoidea y de ano, cuyo riesgo de morir fue mayor en las mujeres (figura 2, página siguiente) (7).

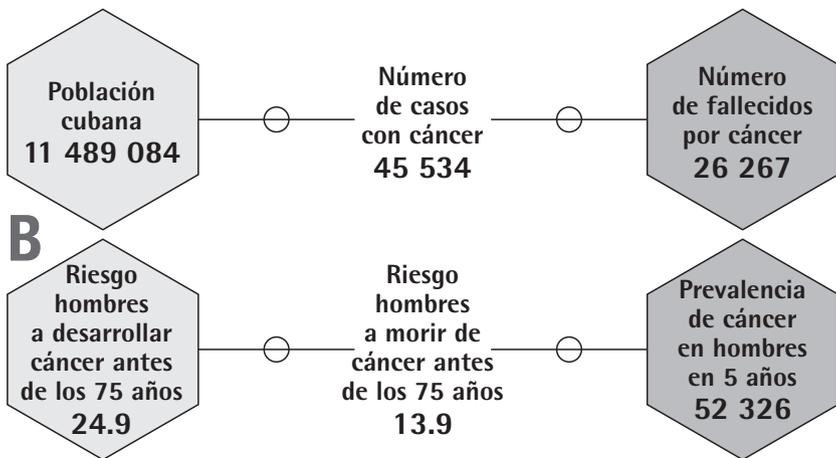
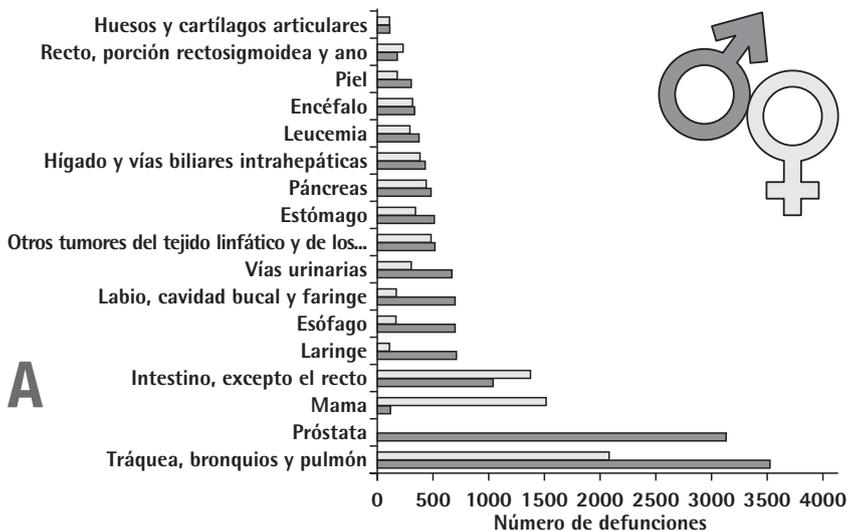


FIGURA 2. *Cuba en cifras*. Se representa la distribución de las defunciones asociadas a los diez primeros tipos de cánceres reportados en Cuba para ambos sexos (A), lo que demuestra que en nueve de los diez tipos de cáncer los hombres cubanos mueren en mayor proporción. También se representa el riesgo a tener cáncer y morir por este antes de los 75 años en los hombres (B) para 2018. Fuentes: Los datos se adaptaron del Globocan 2018 y del *Anuario estadístico de salud 2019*(6,7).

Influencia de la masculinidad y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón

En el caso del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, es el tumor que más muertes causó en Cuba (7) y a nivel mundial (6), con un impacto negativo en la familia y a nivel social. En el país los hombres causaron 3 406 defunciones, mientras que en las mujeres fueron 2 220, para una razón de tasa entre ambos sexos de 1.5 a favor de los hombres.

A pesar de los avances tecnológicos en la detección temprana de este tumor, no existe un impacto positivo en la disminución de la mortalidad (8). Se observó que el 90% de los tumores de pulmón se manifestó en fumadores (8), aunque solo el 20% de ellos desarrollara un tumor; por lo tanto, fumar aumentó el riesgo de cáncer veinte veces (9).

Además, ser hombre incrementó el riesgo de padecer metástasis óseas en aquellos cuyo tipo histológico fue el adenocarcinoma de pulmón, lo cual lo convierte en una enfermedad incurable. Esto se demostró después del análisis de dieciocho registros de cáncer del mundo, lo que resultó un estudio robusto y confiable (9). El riesgo incluso fue mayor para los hombres con color de piel negra y edad menor de 65 años (9).

Influencia de la masculinidad en el cáncer de próstata

Se observó que el cáncer de próstata, en Cuba, es el tumor que ocupa el segundo lugar en incidencia (4 074 casos) y la segunda causa de muerte (3 132 defunciones) para el sexo masculino. La distribución por etapas clínicas de los casos estudiados muestra un incremento en el diagnóstico en etapas avanzadas, y las defunciones son significativas en los mayores de 60 años (7). El análisis de la mortalidad a nivel mundial arrojó que este tumor ocupa el quinto lugar y que la mortalidad está disminuyendo gracias a la detección precoz, que posibilitó tratamientos con intención curativa (5). Sin embargo, Cuba no presenta el mismo escenario, ya que la mortalidad para este tumor está en ascenso, solo superado por el cáncer de pulmón en 402 defunciones para el año 2018 (7).

Para este tipo de tumor, la edad fue el principal factor de riesgo; otros factores importantes fueron: el antecedente de cáncer de próstata en familiares de primer grado (padre, hermanos, tíos) y el color de piel negra (10).

Entre los factores asociados a la masculinidad, el que más se asoció al riesgo de ser diagnosticado por tumor de próstata, fue el hábito de fumar. Los estudios epidemiológicos indicaron que este hábito, en especial diez años antes del diagnóstico, pudiera ser un indicativo de la presencia de fenotipos tumorales más agresivos, hasta dos veces superior, comparado con los no fumadores (11). El cese del consumo de cigarrillos reduce en 30 % el riesgo de un tumor letal (11).

Es de suma importancia que los hombres se sometan a la realización de los exámenes preventivos para el cáncer de próstata (determinación del antígeno prostático específico, el tacto rectal y el ultrasonido). Este conjunto de factores permite el diagnóstico de la enfermedad en su fase inicial y, en la mayoría de las ocasiones, los mejores pronósticos (5). A pesar de contar con marcadores tumorales distribuidos por toda la red hospitalaria del país (12), en Cuba la detección temprana del cáncer prostático no es posible y se detecta en etapas avanzadas (7).

Uno de los temores más grandes que persisten en los hombres cubanos y latinoamericanos es someterse al examen de próstata (13), aun cuando este puede salvarles la vida. Esta palpación produce mucha inseguridad por miedo a perder la masculinidad. Este concepto que posee el hombre de sí mismo y que se relaciona con una cultura y costumbre arraigada en la mayoría de los países latinoamericanos (13,14), no se restringe solo a los latinos, ya que los afroamericanos sufren de inseguridades similares (15). En consideración de lo anterior, se ha sugerido que algunos factores sociodemográficos (creencias, ansiedad, actitud ante un examen rectal...) (13-17) pueden influir negativamente en la prueba. Esto genera un retraso en la visita a la consulta de urología, que podría relacionarse o no con la detección tardía de la enfermedad. De igual forma, la renuencia del hombre a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce

su capacidad producto de la enfermedad, conllevó a que no se buscara oportunamente atención en salud, configurándose un fenómeno que ha sido denominado «masculinidad marginalizada» (18).

Cáncer de colon

Los factores modificables que aumentan el riesgo del cáncer colo-rectal, además de los hereditarios y enfermedades inflamatorias, incluyen obesidad (especialmente abdominal), alto consumo de carnes rojas o procesadas, inactividad física (solo para el cáncer de colon), fumar cigarrillos, consumo de alcohol en exceso, baja ingesta de calcio y muy baja ingesta de frutas y verduras (19). Además, los latinos se ven desproporcionadamente afectados por el exceso de peso corporal (19,20) y la diabetes tipo 2 (21).

En el caso del cáncer de colon, los exámenes de colonoscopia y el tacto rectal, al ser tan invasivos, dejan marcas corporales y emocionales en los hombres. Sin embargo, la mayoría de los pacientes experimentaron, ante la noticia de que sufren este tipo de tumor, una necesidad de prontitud para someterse al tratamiento. Estos sentimientos estuvieron relacionados con los valores de la vida y las expectativas de cómo la vida se presenta. En la condición de tener un cáncer, esta ansiedad es una perspectiva de esperanza en los resultados terapéuticos, lo que no significa la obtención de la cura, sino más bien el cese de los síntomas y de la posibilidad de retomar el control del cuerpo y de la vida (19-21). Este hecho cobra mayor importancia con la transformación del cuerpo por la colostomía, cirugía que implanta un estoma, cuya visualización y la constatación de la pérdida del control del esfínter fueron dramáticas (20). Aprender a convivir con los cambios del sistema intestinal aproximó a los hombres a las características relacionadas con el género femenino: sensibilidad, cuidado, dependencia, aprehensión por la actividad sexual y fragilidad (21).

Influencia de la masculinidad en otros sitios tumorales

Los tumores de pene y testículo no presentan una elevada incidencia y mortalidad, pero en Cuba aparecen a edades tempranas (7). No obstante,

es un tema difícil de abordar en el ámbito de la salud masculina, pues se trata de un tema de género, comportamiento y hábitos socioculturales. Además, estos tipos de cáncer inciden de manera directa en la identidad del hombre, pues tiene que ver con tocar, conocer y reconocer alteraciones en sus genitales. De acuerdo con la cultura en que está inserto, la masculinidad se asoció con correr riesgo y con someterse a situaciones peligrosas cuando el hombre optó por retrasar la visita al médico y soportar el dolor (22).

Se planteó que una de las causas que prevaleció, fue la forma hegemónica de socializar de los hombres construyendo su identidad desde la historia y la cultura, lo cual establece un estereotipo cuya socialización, desde la infancia hasta la edad adulta, dicta algunos códigos, valores, significados y conductas que se aprenden para relacionarse con los otros, y a su vez esos valores influyen en los estilos de vida. La masculinidad, como un estereotipo, va siempre unida a la fuerza, la violencia, la agresividad, el poder, la contención emocional y la idea de que es necesario estar probando y probándose continuamente que se «es hombre» (23). Además, también los afectó los problemas relacionados con los efectos de los tratamientos (la impotencia, la incontinencia, las prótesis) o de la planificación que se debe tener cuando se reincorporen a su vida cotidiana, incluso en la vigilancia por la posible recidiva al cáncer; el miedo es uno de los sentimientos que estará siempre presente en su vida diaria (24).

El cáncer vesical en el mundo se situó entre los diez tumores más frecuentes (6) y el segundo en incidencia del aparato genitourinario, tras el de próstata en los hombres. En Cuba fue el séptimo tumor en incidencia y el séptimo en mortalidad para el hombre (7). A nivel mundial, las tasas del cáncer vesical en hombres fueron entre cuatro y diez veces superiores a las de las mujeres, y la razón hombres/mujeres osciló entre tres y ocho (6). El tabaco fue el factor de riesgo principal identificado tanto en fumadores actuales como en exfumadores (25). La cantidad de años de consumo de tabaco se asoció con un incremento lineal del riesgo de sufrir esta enfermedad (25) y se observó una relación dosis-respuesta con el número de cigarrillos fumados al día (10), el cual disminuyó al aumentar

los años de abandono del consumo de cigarrillos, pero no regresa al nivel de los no fumadores (25). La reducción de ese riesgo se estimó entre 30% y 60% (26). En los hombres también se asoció un mayor riesgo de desarrollar el cáncer de vejiga con el consumo de café (10), con quienes consumen alcohol en términos globales (26), en función de la cantidad y frecuencia de consumo, así como con hombres con ingesta elevada de cerveza e infecciones urinarias recurrentes por largos periodos (26).

Otro de los tumores de baja incidencia pero letal para el sexo masculino, fue el cáncer de mama masculino. Este se conoce desde la época del antiguo Egipto, evidenciado en un papiro que data de 2 500 a 3 000 años antes de nuestra era, en el que aparece la descripción de ocho tumores mamarios tratados mediante cauterización, el primero de ellos en un hombre (27). El cáncer de mama masculino representa a nivel mundial entre 0.5% y 1% del total de cánceres de mama diagnosticados, con un cociente masculino/femenino de 1/100, aunque su incidencia se ha incrementado en los últimos veinticinco años (6). En Cuba, el cáncer de mama masculino tiene una baja incidencia (7), aunque se planteó que el 98% de los tumores se diagnostican en etapas avanzadas y suelen ser letales, como se evidenció en un estudio conducido en Cuba en el que 47.3% de los pacientes murieron en los primeros cinco años posteriores a la cirugía (27). Esta enfermedad fue más frecuente después de los sesenta años (28). Además, la ginecomastia, las dietas ricas en grasas y el uso de antitranspirantes son los factores de riesgo más significativos (27,28). El carácter infrecuente, el desconocimiento y la inadecuada percepción del hombre sobre su cuerpo, hacen que se tenga un diagnóstico tardío de la enfermedad. El hombre, que no palpa sus mamas y que opina que es cuestión de mujeres, puede que no note las ligeras variaciones que pudieran conducir a un mejor control de la enfermedad (29).

Discusión

Por lo general el diagnóstico de cáncer en los hombres se asoció a reacciones emocionales de sufrimiento, angustia y percepción de fragilidad.

Con el diagnóstico, la enfermedad pasa a tener un nombre (cáncer) y el paciente sufre una ruptura en su biografía de vida y su identidad. En la mente de las personas, independientemente del nivel educacional (13), las representaciones del cáncer son de enfermedad fatal, que causa sufrimiento y limitaciones. De ese modo, los hombres se sienten vulnerables y frágiles, y reconocen que no correspondieron al estándar de masculinidad socialmente establecido y se sintieron marginalizados y subordinados a los conocimientos y prácticas del modelo médico (13).

Un cambio en los estilos de vida (abstenerse del consumo de tabaco, mantener un peso corporal saludable, mantenerse físicamente activo, consumir una dieta saludable...) puede reducir considerablemente el riesgo de por vida de una persona de presentar o de morir de cáncer (9-11,30). Además, determinados cánceres causados por agentes infecciosos afectan a los hispanos (30), en especial a los cubanos (7), de manera desproporcionada y podrían prevenirse mediante cambios conductuales más que con vacunas o tratamientos para la infección.

Fumar cigarrillos aumentó el riesgo de al menos diez tipos de cáncer (de cavidad oral y faringe, laringe, pulmón, esófago, páncreas, riñón, vejiga, estómago, colon y recto, hígado) (9-11,30), así como de cáncer letal de próstata (10,13).

Los fumadores que dejaron de fumar a los treinta años de edad, vivieron un promedio de diez años más que si hubieran continuado fumando (10,11,30,31). Sin embargo, los latinos y los cubanos presentan en general una resistencia a recibir el consejo de un profesional de la salud para dejar de fumar o a usar recursos que ayuden al fumador a abandonar el hábito (31).

Además de evitar el consumo de tabaco, mantener un peso saludable y hacer actividad física regular son los métodos más importantes para reducir el riesgo de cáncer y de muchas otras enfermedades crónicas (10,19,20). Por lo tanto, se recomienda alcanzar y mantener un peso saludable durante toda la vida, adoptando un estilo de vida físicamente

activo, consumiendo una dieta saludable con un énfasis en fuentes vegetales y limitando el consumo de bebidas alcohólicas. En este sentido, el consumo de alcohol fue un factor de riesgo bien establecido para cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto (10,32). Combinado con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de cánceres de boca, laringe, faringe y esófago mucho más que el efecto independiente de solo beber o fumar (33).

Para el hombre es muy difícil ocupar el papel de paciente y con frecuencia niega la posibilidad de estar enfermo y acude a un médico en último momento, ya que lo contrario sería asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad (22). Además, el cuerpo se vuelve transparente para la conciencia del varón en momentos de crisis, cuando el cuerpo deja de cumplir sus funciones habituales o se rompe el silencio de los órganos mediante el dolor o la imposibilidad física de llevar a cabo ciertos actos (34).

En este sentido, cuando comienzan los primeros síntomas simplemente se ignoran o se considera que desaparecerán, ya que han sido educados a partir de creer que son resistentes. Además, esta situación de incertidumbre e inestabilidad corporeizada pone en crisis la identidad de ser hombre. Al mismo tiempo, la experiencia cotidiana de vivir con ese padecimiento, visibiliza el cuerpo como un objeto extraño, incierto y frágil (34).

Estos aspectos influyen en la participación en el tratamiento, mantenimiento y adaptación al tratamiento oncológico y consecuentemente en el autocuidado, pues torna al hombre más vulnerable y frágil, condición que no conciben con su papel hegemónico. Es importante resaltar que la participación de pacientes con cáncer en programas dirigidos al autocuidado causa cambios comportamentales y una mayor promoción de la salud o, en otras palabras, una mayor calidad de vida (35).

Las limitaciones en este estudio radicarón en que se realizó una revisión sistemática y no un meta-análisis, el cual hubiera arrojado datos muchos más concluyentes del que aporta el presente estudio. Sin embargo, identificar los principales factores que se asociaron a actitudes, patrones

y creencias, como reflejo de la masculinidad, en los hombres que sufren cáncer, fue el mayor alcance que tuvo el presente estudio. Por lo tanto, ser hombre, no reconocer su cuerpo, mantener actitudes y opiniones negativas sobre los exámenes que conducen a una detección temprana del cáncer, conllevan al desarrollo ulterior de este. Se hacen necesarios estudios a mayor escala que no solo establezcan una relación de la masculinidad con el cáncer, sino también que logren medirla. De esta manera, pudiéramos especular si «ser hombre» pudiera considerarse un factor de riesgo.

A modo de conclusión

Se identificaron los principales factores de riesgos relacionados con la masculinidad y que conllevan al cáncer. Además, se observaron gran impedimento psicológico, aversión, marginación de la masculinidad, actitudes negativas, conductas poco saludables y desconocimiento del cuerpo y la exploración de este: factores que influyeron e impidieron la realización de un diagnóstico oportuno del cáncer. Este conocimiento contribuirá a estructurar acciones dentro del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) que mejoren la oportunidad de acceso a otras variantes diagnósticas que tributen a la detección temprana de esta enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Life expectancy. Global Health Observatory (GHO) data. [Citado 16 Abr 2019]. Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/
2. G.B.D. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;(390):1151-210.

3. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosratid E, Magar V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ.* 2018;(96):644–53.
4. Occhipinti S, Laurie K, Hyde MK, Martin S, Oliffe J, Wittert G, Chambers SK. Measuring masculinity in men with chronic disease. *Am J Mens Health.* 2019;(13).
5. Siegel RL, Miller KM, Jemal A. Cancer Statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;(70):7–30.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>
7. Bess S, colectivo de autores. Anuario estadístico de salud 2018. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. 2019 [citado 20 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>, <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba>
8. Cheng TY, Cramb SM, Baade PD, Youlden DR, Nwogu C, Reid ME. The International Epidemiology of Lung Cancer: Latest trends, disparities, and tumor characteristics. *Journal of Thoracic Oncology.* 2016;(11):1653–71.
9. Wang B, Chen L, Huang C, Lin J, Pan X, Shao Z, et al. The homogeneous and heterogeneous risk factors for occurrence and prognosis in lung cancer patients with bone metastasis. *Journal of Bone Oncology.* 2019;(17).
10. Sociedad Americana contra el Cáncer TM. Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2018–2020. Atlanta: Sociedad Americana contra el Cáncer; 2018.
11. Jones MR, Joshu CE, Kanarek N, Navas–Acien A, Richardson KA, Platz EA. Cigarette smoking and prostate cancer mortality in four US states, 1999–2010. *Preventing Chronic Disease.* 2016;(13).
12. Romero Pérez T, Abreu Ruíz G, Bermejo Bencomo W, Monzón Fernández A. Programa Integral para el Control del Cáncer. Pautas para la gestión de implementación. 2017 [citado 22 Feb 2018]. Disponible en: http://www.iccpportal.org/system/files/plans/CUB_B5_CUB_Estrategia_cancer.pdf

13. García Figueredo I, Pereda CM, Morejón A, Correoso K, Candia MN, Zarut P, Pacheco M. The Cuban Institute of Oncology and Radiobiology experience on the beliefs and opinions about digital rectal exam in urological patients: A technic. *Medwave*. 2016;(16):e6501.
14. Astudillo MNM, Pinzón LAS, Ospina JJ, Grisales A, García JDR. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años: Santa Rosa de Cabal, 2010. *Hacia Promoc Salud*. 2011;(16):147-61.
15. Winterich JA, Quandt SA, Grzywacz JG, Clark PE, Miller DP, Acuña J, et al. Masculinity and the body: How African American and white men experience cancer screening exams involving the rectum. *Am J Mens Health*. 2009;(3):300-9.
16. King-Okoye M, Arber A, Faithfull S. Beliefs that contribute to delays in diagnosis of prostate cancer among Afro-Caribbean men in Trinidad and Tobago. *Psychooncology*. 2019;(28):1321-7.
17. Shaw EK, Scott JG, Ferrante JM. The influence of family ties on men's prostate cancer screening, biopsy, and treatment decisions. *Am J Mens Health*. 2013;(7):461-71.
18. Baker P. Men's health: Time for a new approach. *Physical Therapy Reviews*. 2018;(23):144-50.
19. World Cancer Research Fund International / American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer. 2017. Disponible en: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/colorectal-cancer>
20. Martinsen RP, Morris CR, Pinheiro PS, Parikh-Patel A, Kizer KW. Colorectal cancer trends in California and the need for greater screening of Hispanic men. *Am J Prev Med*. 2016;(51):e155-e163.
21. Daniel-Ulloa J, Sun C, Rhodes SD. The intersection between masculinity and health among rural immigrant Latino men. *Int J Mens Health*. 2017;(16):84-95.
22. Garduño A, Guillén DM, Aristizabal GP. Influencia de la masculinidad en el diagnóstico del cáncer testicular en hombres mexicanos. *Investigación Cualitativa en Salud*. 2018;(2):223-31.
23. Valcuende del Río JM, Blanco J. Hombres y masculinidad. ¿Un cambio de modelo? *MASKANA*. 2015;6(1):1-17.

24. Shen AH, Howell D, Edwards E, Warde P, Matthew A, Jones J. The experience of patients with early-stage testicular cancer during the transition from active treatment to follow-up surveillance. *Urologic Oncology*. 2016;(34):168.e11-168.e20.
25. Freedman ND, Silverman D, Hollenbeck A, Schatzkin A, Abnet C. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA*. 2011;(306):737-45.
26. Barbosa A, Vermeulen S, Aben K, Grotenhuis AJ, Vrieling A, Kiemeny LA. Smoking intensity and bladder cancer aggressiveness at diagnosis. *PLoS ONE*. 2018;13:e0194039. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194039>
27. Torres L, Caballero N. Cáncer de mama masculino: estudio de 36 años. Comportamiento en la provincia de Cienfuegos. *Revista Finlay*. 2016; 6:274-80.
28. Freitas AC, Opinião A, Fragoso S, Nunes H, Santos M, Clara A, et al. Men seeking counselling in a breast cancer risk evaluation clinic. *Ecancer*. 2018;(12):804.
29. Al-Naggar RA, Al-Naggar DH. Perceptions and opinions about male breast cancer and male breast self-examination: A qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;(13):243-6.
30. Pinsky PF. Racial and ethnic differences in lung cancer incidence: How much is explained by differences in smoking patterns? (United States). *Cancer Causes Control*. 2006;17:1017-24.
31. Duell EJ, Travier N, Lujan-Barroso L, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Morois S, et al. Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2011;(94):1266-75.
32. Field C, Caetano R. The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;(34):262-71.
33. World Cancer Research Fund. Preventability Estimates. [Citado 10 Sep 2019]. Disponible en: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/preventability-estimates>

34. Fuentes L. ¿Es posible sentirse cómodos con el cuerpo que habitamos? Narrando la experiencia del padecer en hombres con cáncer de testículo. Revista CONAMED. 2016;(21):109-12.
35. Da Cruz F, Kern E. Conductas de autocuidado y salud del hombre: el cáncer de próstata como ejemplo. Summa Psicológica UST. 2018;(15):80-9.

ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS Y MASCULINIDADES

Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Beatriz Torres Rodríguez

*La sexualidad es tan importante,
como no tener síntomas y orinar bien.*

Introducción

En el I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad, realizado en Cuba en el año 2014, se abordaron no solo los problemas de la sexualidad como tal, sino también su relación con los factores de riesgo y las principales enfermedades crónicas, responsables de la mayor parte de las causas de morbilidad y mortalidad. La relación con las masculinidades resulta muy estrecha. La literatura científica en relación con estos temas es muy escasa o nula. Se analizó la utilidad de la valoración integral de estos enfermos no solo para reducir complicaciones biológicas, sino además para mejorar su calidad de vida y llevarles más felicidad. Se puede plantear que existe una coincidencia de los factores de riesgo para las enfermedades renales crónicas (ERC), las cardiovasculares, las cerebrovasculares y las disfunciones sexuales (DS), y que los médicos no tienen los aspectos de sexualidad incorporados en su formación: en sentido general ignoran la cuestión, cometen iatrogenias, no brindan alternativas, no reorientan y no tratan la pareja, y limitan el análisis de la sexualidad a las personas jóvenes y sanas. La educación sexual es un medio para la prevención, el diagnóstico y el control de los factores de riesgo y un fin para lograr una calidad de vida mejor percibida.

Desarrollo

En el I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad (2014) se debatieron siete tópicos fundamentales por un grupo multidisciplinario

de expertos, presentados por los autores relacionados a continuación:

1. Contexto clínico-epidemiológico de las ERC y la sexualidad. Dr. Carlos Gutiérrez, Dra. Beatriz Torres, Dr. Julio César Candalaria, Dra. Claudia Acosta.
2. ERC y disfunción sexual desde una visión latinoamericana. Dr. Jonathan Chávez, Dr. Guillermo García.
3. Fisiopatología de la respuesta sexual en la ERC. Dr. Raymed Bacallao.
4. La sexualidad en el paciente en estadio 5 de ERC. Dr. Dagoberto Semanat.
5. Síntomas del tracto urinario inferior, enfermedades prostáticas y sexualidad: repercusión del tratamiento urológico. Dr. Ramiro Fraga.
6. ERC. Impacto en la sexualidad y la vida en pareja. Dra. Beatriz Torres, Dr. Carlos Gutiérrez.
7. La sexualidad como parte, expresión e indicador de la calidad de vida en personas con ERC. Lic. Lorraine Ledón.

A continuación, se ofrece un resumen de los aspectos fundamentales de cada presentación y al final se relacionan las conclusiones.

El contexto clínico epidemiológico de las enfermedades renales crónicas y la sexualidad

En este tópico se hace hincapié en brindar a la sexualidad la importancia que posee y en incrementar los objetivos a lograr con el tratamiento ser más integrales y aprovechar el cambio de actitud que se produce en los pacientes, principalmente los hombres, en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una DS.

A continuación se reflejan algunos datos tomados de la consulta multidisciplinaria de sexología durante cinco años (2008-2013) y que ilustran estos aspectos.

Muestra aleatoria: 100 pacientes

- de ellos, masculinos: 100
- de 60 años y más: 70 %
- obesos: 60 %
- hipertensos: 60 %
- fuman: 50 %
- dislipidemias: 35 %
- diabetes: 20 %
- hiperuricemia: 20 %
- cardiopatía isquémica: 15 %
- ERC: 15 %
- trasplantados renales: 10 %
- uso de beta-bloqueadores: 30 %
- uso de tiazidas: 20 %
- sedantes: 15 %

Se destaca que no había pacientes del sexo femenino, expresión quizás de que tanto las mujeres como sus médicos descartan la sexualidad de sus pensamientos y prioridades cuando están aquejadas de una enfermedad crónica; la mayor parte eran personas mayores (PM), con una gran cantidad de factores de riesgo, y en muchos se estaban utilizando medicamentos que favorecen la aparición de una DS o la agravan.

Por otra parte, se desarrolló una investigación en cuatro servicios de diálisis cubanos, durante los años 2007-08; los aspectos más comunes fueron:

- la falta de comunicación y de información sexual (tanto entre la pareja como por el equipo de salud);
- la alta prevalencia de DS, principalmente referidas por los pacientes masculinos;
- el apoyo y manejo deficitario de la pareja;
- las barreras y las dificultades en la accesibilidad a la atención especializada.

La enfermedad renal crónica y las disfunciones sexuales desde una visión latinoamericana

La cultura latinoamericana se ha caracterizado por tener sociedades patriarcales, machistas, de ultraderecha, conservadoras y de religión católica, factores que podrían contribuir a una idiosincrasia hipócrita y de doble moral, que impide una expresión plena de la sexualidad. Es frecuente que los pacientes no expresen sus DS por barreras socioculturales arraigadas en nuestras regiones.

Se realizó una encuesta anónima a 65 pacientes en un hospital de Guadalajara durante la sesión de diálisis: 31 aceptaron (14 hombres y 17 mujeres) y 34 no. En general, los resultados demuestran una alta prevalencia de DS (39%), lo poco que el paciente discute el tema (únicamente 16%), el interés en que los nefrólogos exploremos más el tópico (84%) y la disposición de emplear tratamientos para mejorarlo (77%).

Se llevó a cabo otra encuesta anónima a un grupo de nefrólogos de Guadalajara, con el objetivo de conocer su opinión del tópico ERC-sexualidad. Se encuestó a 36 nefrólogos y respondieron 29; la mayoría estuvo de acuerdo con que la ERC se relaciona con la DS; no creen que la modalidad de diálisis influya en la sexualidad; opinan que hay que investigar sobre el tema; sorprendentemente no consideran que el tratamiento afecte la evolución clínica; saben que existen tratamientos diferentes al trasplante que mejoren la DS; y concuerdan en que los pacientes no expresan con frecuencia estos problemas.

Fisiopatología de la respuesta sexual en la enfermedad renal crónica

Se considera que un hombre con su función sexual intacta sienta deseo por su pareja sexual (libido); que experimente y mantenga una erección con una rigidez suficiente para la penetración a partir del incremento del flujo sanguíneo proveniente de los vasos ilíacos a los cuerpos cavernosos; que consiga la eyaculación a partir del esperma

testicular en conjunción con la secreción de la glándula prostática y las vesículas seminales en un tiempo que permita que ambos miembros de la pareja disfruten del coito; y que experimente una sensación placentera conocida como orgasmo. Cada uno de los elementos antes señalados puede estar comprometido, dando lugar a una DS. Hace varias décadas atrás se consideraba que la inmensa mayoría de los casos de disfunción sexual eréctil (DSE) eran debidos a problemas psicológicos.

Si bien es posible que en algunos hombres opere este conflicto, son otros los factores psicológicos que determinan mayoritariamente la ocurrencia de DSE en aquellos casos en que los factores psicológicos determinen su aparición. Debe tenerse presente que se considera que menos del 30% de los casos de DSE son ocasionados por factores psicológicos (el número varía en diferentes publicaciones), aunque en un grupo importante de pacientes es un factor sobreañadido a una causa orgánica. La depresión, la ansiedad, el temor al desempeño y la falta de concentración son causas psicológicas de importancia. La pérdida de la libido y la falta de interés en cualquier actividad sexual son componentes comunes de la depresión en el varón. Las escalas estándares de depresión, tales como el Índice de Depresión Beck (BDI) y la Escala de Depresión Hamilton (HAM-D), exploran el interés y la función sexual; así la apatía sexual y la disfunción eréctil dan como resultado altas puntuaciones, que llevan al diagnóstico de depresión. Sin embargo, la DSE *per se* es una condición que ocasiona depresión en muchos hombres, con independencia de su etiología. Como consecuencia de lo anterior, se hacen necesarias otras evidencias que corroboren el diagnóstico de depresión, a partir de instrumentos diferentes. De este modo, resulta imprescindible distinguir aquellos sujetos que tienen DSE debido a la depresión, de aquellos que están deprimidos debido a la disfunción.

Las DS son comunes en los hombres afectados de ERC; así se ha encontrado que más de 50% de los hombres con ERC aquejan trastornos como DSE, disminución de la libido y disminución notoria de la frecuencia de las relaciones sexuales. En un meta-análisis desarrollado a partir de cincuenta

estudios observacionales que incluyeron 4389 pacientes, se halló una prevalencia de disfunción eréctil del 70% en hombres con ERC.

Las DS pueden mejorar, pero raramente resuelven del todo con la entrada de los pacientes en diálisis. En comparación, con un trasplante renal exitoso es mucho más probable que se consiga una mejoría notoria de la función sexual, aunque no resulta excepcional que persistan problemas como la disminución de la libido y la disfunción eréctil.

La DS masculina en la uremia, es primariamente orgánica en naturaleza, como lo demuestran las pruebas de tumescencia peniana nocturna anormales. Se considera que el medio urémico juega un papel protagónico en la génesis de este problema. Otros factores orgánicos que contribuyen a la disfunción incluyen: trastornos endocrinos, neuropatía periférica, disfunción autonómica, enfermedad vascular periférica y la terapia farmacológica. No obstante, hay elementos psicológicos que subyacen en buena parte de los pacientes, que no se pueden obviar y deben ser tomados en cuenta como parte del abordaje integral del manejo de la DS en la ERC. De este modo, se ha identificado que el estrés psicológico contribuye a los trastornos sexuales en los pacientes con ERC; ello quedó evidenciado en un estudio realizado en un grupo escogido al azar conformado por 68 pacientes con ERC tratados con diálisis peritoneal, en el que se encontró que los pacientes con menor actividad sexual presentaban más ansiedad y depresión, respecto a los sujetos con una actividad sexual más activa, aun cuando la edad, la dosis de diálisis y la albúmina sérica eran semejantes en ambos grupos.

La sexualidad en el paciente en estadio 5 de enfermedad renal crónica

En este estudio se evidencia que la ERC en su etapa final constituye un estado amenazador para la vida del paciente que afecta a la mayor parte de los órganos del cuerpo. Esta condición provoca en el individuo que la padece una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que repercuten directamente tanto en el estilo como en su vida sexual. Cerca de 50% de

las mujeres en diálisis menores de 55 años presentan una vida sexual activa, aunque la mayoría experimenta algún tipo de disfunción, siendo la más frecuente la ausencia o disminución del deseo sexual, seguida de la disfunción orgásmica, la dispareunia y el vaginismo. En los hombres, la DSE constituye el trastorno más frecuente, por encima de otros como disminución de la libido, la disfunción orgásmica, el priapismo y la eyaculación precoz; su prevalencia en los distintos estadios es elevada, estimándose en 50% en la ERC, de 70% a 80% entre los pacientes en hemodiálisis (HD) y en diálisis peritoneal y hasta 60% en el trasplante renal. En un estudio multicéntrico transversal en el que se estudiaron 60 pacientes (46 hombres y 14 mujeres), de 45.5 años de edad, de los cuales, 13 eran solteros, 46 casados y 2 separados, se obtuvo un gran porcentaje de enfermos que decía que tenía problemas a nivel sexual (70% en hombres y 29% en mujeres). De los 39 (65%) enfermos que no presentaban DS antes de la HD, solo 11 (18%) siguieron sin presentarla después, y de los 21 (35%) que la tenían antes se incrementaron a 48 (80%) después. Destaca en este estudio que la mayoría de los encuestados no presentaban problemas antes de entrar en HD. Posterior a la HD, la problemática sexual que se encontró mayoritariamente fue la DSE (llegando a duplicarse su aparición), seguida de inapetencia y eyaculación precoz en los hombres, y aumento de la inapetencia en las mujeres. Luego de trasplantados, un elevado número de pacientes mantiene la erección, pero de 22% a 54%, según las diferentes series, tendrán o mantendrán una DS.

Síntomas del tracto urinario inferior, enfermedades prostáticas y sexualidad en los hombres: repercusión del tratamiento urológico

Se destaca que los síntomas del tracto urinario inferior están muy relacionados con la ERC y la sexualidad, y se producen por diversas enfermedades como las prostáticas, tanto benignas como malignas, y las entidades que dificultan el vaciado de la vejiga. A veces el tratamiento de estos trastornos precipita o agrava una DSE, por lo que pueden ser rechazados por algunos hombres. En los estudios se ha encontrado que

83% de los pacientes con hipertrofia prostática benigna sufren una DSE, asociada a la severidad de los síntomas prostáticos y a la edad.

Al establecerse tratamientos con drogas α -bloqueantes, deben indicarse las que menos afecten la función eyaculatoria. Los distintos trastornos sexuales que se presentan en estos pacientes, pudieran aparecer solos o asociados unos con otros. Existen otras afecciones genitourinarias que pueden afectar la sexualidad, como los tumores (vejiga, pene, uretra), así como, entre otras, el trauma del pene, la fibrosis o la enfermedad de Peyronie.

A todo lo anterior se le suman los efectos secundarios de algunos tratamientos medicamentosos o quirúrgicos. En el tratamiento de la DSE secundaria a la prostatectomía radical, los inhibidores de la fosfodiesterasa ofrecen resultados insatisfactorios; sin embargo, la inyección intracavernosa iniciada de forma precoz es una mejor alternativa para la recuperación de las erecciones espontáneas. Por último, la prótesis de pene ofrece resultados excelentes, pero al ser un tratamiento quirúrgico, debe considerarse como la última opción de tratamiento.

Enfermedad renal crónica. Impacto en la sexualidad y la vida en pareja

Las problemáticas de pareja y de la sexualidad de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han constituido un problema común, al que paradójicamente se le ha prestado poca atención. La sexualidad constituye un aspecto insoslayable de este logro.

Con el fin de determinar la frecuencia de DS en un grupo de pacientes con ERC (enfermos predialíticos, dialíticos y trasplantados renales), se realizó una investigación durante el año 2007 en 100 pacientes, tratados en cuatro servicios de nefrología de Cuba, de las provincias de Ciudad Habana, Pinar del Río, Villa Clara y Santiago de Cuba. Se analizaron los expedientes clínicos de 25 pacientes atendidos durante los años 2008

y 2009 en la consulta multidisciplinaria de ECNT y sexualidad. Los resultados principales de estas investigaciones mostraron que la mayoría de los pacientes con ERC encuestados en las cuatro provincias compartían varios factores de riesgo comunes, destacándose hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, hábito de fumar y trastornos lipídicos. Otra característica común fue la poca cooperación de los pacientes para superar estos factores. Se evidenció que existía falta de comunicación y de información sexual entre la pareja y el equipo de salud. La frecuencia de DS se encontró en 85% de los pacientes. El apoyo y manejo de la pareja se consideró insuficiente en la mayoría de los casos. La accesibilidad de las parejas a la atención sexológica especializada también resultó insuficiente.

En un primer corte de otra investigación, se valoraron los resultados de 25 pacientes, todos del sexo masculino, diecisiete de ellos en edades comprendidas entre 15 y 59 años, siete entre 60 y 69 años, y uno con una edad superior a 69 años. La mayoría de los pacientes se encontraba en la etapa de mayor actividad sexual de la vida, pero también afectados por diferentes ECNT, lo que hace imprescindible un trabajo de salud muy efectivo, porque son las etapas más productivas y en las que la morbilidad y la mortalidad influirán decisivamente en las esferas biológico-psicológicas y sociales, sin olvidar la repercusión económica. Resulta estimulante el hecho de que un porcentaje no despreciable de estos enfermos era mayor de 60 años, incluso uno con más de 69 años.

La sexualidad como parte, expresión e indicador de la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica

Se definieron importantes aspectos en relación con la calidad de vida y la sexualidad. Las personas con una ERC transitan por varias etapas evolutivas, asociándolas a respuestas psicológicas que van desde la negación hasta la aceptación. Incluye preocupaciones sobre temas existenciales, relaciones interpersonales, ocupaciones y actividades cotidianas, y el cuerpo, que pueden afectar la salud psíquica del individuo y, por tanto, provocar efectos indeseables en la evolución de la enfermedad.

La incidencia de DS en personas y parejas en las que uno o los dos miembros padecen una ERC, es muy elevada, lo cual genera intenso malestar psicológico y social. El médico puede causar iatrogenia sobre la sexualidad y la calidad de vida de la persona con ERC si no pondera los efectos perjudiciales de un tratamiento sobre la sexualidad. La pérdida del rol de proveedor en muchos hombres con ERC, afecta la percepción de su calidad de vida.

Conclusiones

- Se avizora que cada vez se consultarán más PM con enfermedades crónicas y con DS, los que acudirán a consulta por una u otra causa, lo que ofrece una oportunidad diagnóstica y terapéutica integral.
- Los equipos de salud deben otorgar a la sexualidad la importancia que posee, incrementar los objetivos a lograr con el tratamiento y ser más integrales.
- Aprovechar el cambio de actitud, principalmente en los hombres, que se produce en los pacientes en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una DS.
- Las experiencias de la consulta multidisciplinaria de sexología indican que la preocupación por la sexualidad es casi exclusiva de los hombres, PM en gran parte, cargados de factores de riesgo para la salud y con la posible influencia negativa de tratamientos para enfermedades coexistentes, como la hipertensión arterial y los trastornos psiquiátricos. Existe la posibilidad de que tanto las mujeres como sus médicos de asistencia no brinden la atención requerida a tan importante aspecto. Recordar que la sexualidad no desaparece con el envejecimiento ni con las enfermedades, por graves que parezcan.
- Se necesitan parámetros uniformes para el análisis de la posible mejor terapéutica en el paciente con ERC.
- Aumentar las investigaciones y publicaciones al respecto.

- Sugerir la inclusión de la sexualidad en el Programa de Prevención, Control y Tratamiento de la ERC y en el programa docente de formación de especialistas en nefrología.
- Incluir la formación con un enfoque de género en la docencia de pre y posgrado.
- Resulta muy escasa la literatura científica sobre la sexualidad y la ERC en el área latinoamericana. Resulta evidente que el tema no es atractivo para la comunidad nefrológica, incluso para los pacientes. Existen múltiples limitantes que no permiten el crecimiento científico del tema ERC-DS: tabú sexual y cuestiones morales, sociales, machistas y religiosas.
- Resulta determinante que los especialistas implicados en el tema dominen la fisiopatología de la respuesta sexual; la investigación brindó una amplia revisión del tema.
- Existe un incremento de las DS en pacientes en estadio 5 de ERC. Su tratamiento con HD es causa por sí sola de la aparición de las DS, las que ocurren en mayor número en los primeros años de tratamiento, condicionadas por diversos factores.
- En los hombres, los problemas de dificultad para la erección e inapetencia sexual y la reducción notable en conseguir el orgasmo, son los de aparición más frecuente posterior a la entrada en diálisis, en tanto en las mujeres se incrementa levemente la inapetencia sexual, sin apreciarse cambios significativos en otras respuestas sexuales.
- Pudiera existir una mejoría tras un trasplante renal exitoso, aunque tras este aparecen factores de nuevo con destaque para el efecto de los inmunosupresores, las enfermedades asociadas y condiciones iatrogénicas relacionadas con el proceder quirúrgico que elevan la frecuencia de las DS en relación con la población general.
- El sildenafil y otras drogas similares constituyen un tratamiento de la DSE que resulta útil, bajo supervisión médica, en los pacientes con ERC que se hallan bajo régimen de HD iterada, y puede resultar extensivo a los pacientes trasplantados, en aras de mejorar su calidad de vida.
- La mayoría de las mujeres con ERC sufren trastornos físicos y emocionales que provocan DS durante el curso de su enfermedad.

Desgraciadamente no se hace énfasis en la calidad de vida sexual de las mujeres con ERC durante la detección, el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad por el equipo multidisciplinario que provee la atención médica, y la mayoría de las mujeres con ERC no consideran relevante las manifestaciones de DS que experimentan como parte del complejo espectro sintomático de su enfermedad.

- Los síntomas del tracto urinario inferior son más frecuentes en los hombres y están muy relacionados con la ERC y la sexualidad, y se producen por diversas enfermedades como las prostáticas, tanto benignas como malignas, y las entidades que dificultan el vaciado de la vejiga. Los distintos trastornos sexuales que se presentan en estos pacientes, pudieran aparecer solos o asociados unos con otros. A todo lo anterior se suman los efectos secundarios de algunos tratamientos medicamentosos o quirúrgicos.
- El subregistro de las DS en el paciente con ERC constituye un problema generalizado.
- El interés de los pacientes en el cambio de sus estilos de vida desfavorables pudiera aumentar si conocen los riesgos de las DS y mejoran los estilos de afrontamiento.
- Ante el diagnóstico de una ECNT se produce un duelo, que se expresa en las representaciones acerca del cuerpo, la sexualidad y el validismo. Resulta necesario tener en cuenta estos aspectos del duelo para poder orientar y valorar al paciente y su pareja en toda su integralidad. Para lograrlo se necesitaría capacitar a profesionales con el fin de tratar a estos pacientes, ya que por su perfil necesitan una visión integradora y holística, y orientarlos de la existencia de las consultas de sexología.
- La incidencia de DS en personas y parejas con algún miembro con ERC es muy elevada, lo cual genera intenso malestar psicológico y social.
- El médico puede causar iatrogenia sobre la sexualidad y la calidad de vida de la persona con ERC si no pondera los efectos perjudiciales de un tratamiento sobre la sexualidad.

Bibliografía consultada

- Burnett AL, Lowenstein CJ, Bredt D. Nitric oxide synthase: A physiologic mediator of penile erection. *Science*. 1992;257:401.
- Canter Gómez R, Uribe Arnaiz B. Suceso vital y factores psicosociales en pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*. 2011 Ene-Jun; 21(1):91-102.
- Carrero JJ, Qureshi AR, Parini P. Low serum testosterone increases mortality risk among male dialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 2009;20:613.
- Carson C. Clinical correlation between erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms. *Eur Urol Suppl*. 2005;3(6):1-7.
- Castillero Y, Torres B, Pérez M. La sexualidad en el paciente cardiovascular. Estudio piloto. En: *Memorias*. 16 Congreso Internacional de Sexología [CD]; 2003 Mar.
- Contreras F, Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 2011.
- Delgado Martín JA. Disfunción sexual eréctil en el trasplante renal. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 7. Madrid: Servicio de publicaciones UCM; 1999. p. 489-510.
- De Vries CP, Gooren LJJ, Oe PL. Hemodialysis and testicular function. *Int J Androl*. 1984;7:97.
- Ecija I, Vidal D. Hemodiálisis y disfunciones sexuales. Hospital de Llobregat. Barcelona. [Comunicación oral].
- Girman CJ. Natural history of prostatism: Urinary flow rates in a community-based study. *J Urol*. 1993;150:887-92.
- Gutiérrez C, Torres B. Insuficiencia renal crónica y sexualidad. *Revista Internacional de Andrología*. 2006.
- Jeremy JY, Ballard SA, Naylor AM. Effects of sildenafil, a type-5 cGMP phosphodiesterase inhibitor, and papaverine on cyclic GMP and cyclic AMP levels in the rabbit corpus cavernosum in vitro. *Br J Urol*. 1997;79:958.
- Ledón Llanes L. Articulación entre las categorías *cuerpo*, *género* y *enfermedad crónica* desde diferentes experiencias de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en Internet]. 2011 [citado 2012 Oct 2];37(3):324-37. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_3_11/spu13311.htm

- Ledón Llanes L. Cuerpo, género y sexualidad. Una integración necesaria para promover salud. En: Torres B, Alfonso AC, Méndez N, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol. I. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.
- McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med.* 2007;357:2472.
- Martín Morales A, Meyer G. Prevalencia de disfunción eyaculatoria en pacientes con hiperplasia benigna de próstata, tratados con bloqueadores. Comunicaciones del XIII Congreso Nacional de Andrología; 2007 May; Málaga, España.
- Montejo Duchit AV, Mancebo Luna Y, Sardinas Solís RM, Pupo Rodríguez. Calidad de vida sexual en adolescentes con enfermedad renal crónica. *Revista Médica Electrónica de Portales Médicos.com* [serie en Internet]. 2013 [citado 2014 Oct 2]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/calidad-de-vida-sexual-adolescentes-nefropatia>
- Muñoz García VE. Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2010;13(2):113-8.
- Navaneethan SD. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: A meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis.* 2010;56(4):670-85.
- Obrador GT. Prevalence of chronic kidney disease in the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) Mexico and comparison with KEEP US. *Kidney Int.* 2010;77:2-8.
- Olaiz-Fernández E. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
- Parra I, Izguerra L, Lepe E, Reyes A, García A, Reus R, et al. EUROQOL-5: Evaluación de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Del Hgr N° 46, Imss. Abstract número 85.
- Psychosexual Function in CAPD and Hemodialysis Patients. *Int Society for Peritoneal Dialysis. Short Reports.* 1999;19:583-90.
- Rathi M, Ramachandran R. Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: Pathophysiology. *Indian J Endocrinol Metab.* 2012;16(2):214-9.
- Torres B, Gutiérrez C. Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Revista de Investigaciones Médico-Quirúrgicas.* 2010;1(1).
- . Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Revista de Investigaciones Médico-Quirúrgicas.* 2010;2(1):3.

- . Estudio del uso del sildenafil en la consulta de sexología del CIMEQ. Revista de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. 2008;2(11).
- . Sexualidad, nutrición y enfermedades crónicas no transmisibles. Revista de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. 2008;1(10).
- . Sexualidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Necesidad de un enfoque terapéutico desde una mirada integradora. En: Torres B, Alfonso AC, Méndez N, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol. I. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.
- Torres B, Alfonso AC, Gutiérrez C, compiladores. Salud, malestares y problemas sexuales. Vol. IV. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. La Habana: Editorial Cenesex; 2015.
- Torres B, Izquierdo M, Rodríguez Pérez D, Batista Riverí J. Epidemiología de las disfunciones sexuales. Primeros resultados de un estudio piloto. Revista Investigaciones Médico-Quirúrgicas. 2004;1(6).
- Virag R, Bouilly P, Frydman D. Is impotence an arterial disorder?: A study of arterial risk factors in 440 impotent men. Lancet. 1985;1:181.

MASCULINIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES ADICTOS

Annia Duany Navarro

Introducción

El consumo de sustancias con acción psicoactiva ha estado presente a lo largo de la historia del hombre por diversos motivos. Un término que se emplea para hacer referencia al consumo excesivo de las sustancias consideradas drogas, es el de adicción. Al ser un concepto afín con el comportamiento, hoy engloba también los cambios de conducta relacionados con el consumo de objetos.

Bajo el manto de esta concepción, en ocasiones se incluye tanto el abuso de sustancias como la dependencia. Existe hoy toda una discusión en relación con los términos a utilizar por asuntos éticos, por la consideración social (estigma) del término *adicciones*, aunque en muchos lugares se acepta. Por ejemplo, en el DSM-5 se hace referencia en su clasificación al término «Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos» (1).

Pero más allá de las palabras que utilicemos para designar las entidades clínicas, es evidente que existen problemas cuando se consumen determinadas sustancias, porque ocurre una modificación del comportamiento (social, interpersonal), de la afectividad y de diversas funciones biológicas de las personas, muchas de las cuales no se restauran del todo cuando cesa el consumo. La acción de estas sustancias de forma directa e intensa sobre el sistema de recompensa cerebral, es una de las teorías explicativas sobre los cambios en el comportamiento que hace que la persona ignore sus actividades normales (1,2).

El abuso y la dependencia del consumo de sustancias son de los problemas de salud más frecuentes y graves a los que se enfrenta hoy la salud pública

en todo el mundo. Su vinculación con la violencia y accidentalidad incrementa los años de vida potencialmente perdidos y la discapacidad (3,4).

Las sustancias capaces de tener una acción psicoactiva, cuyo consumo prolongado conduce a la tolerancia y la dependencia, y de causar daño a quien la consume, a su entorno o a ambos, se denominan drogas. Pueden ser de cualquier origen, legales o no, con diversos efectos sobre el sistema nervioso central, pero sin duda producen un efecto negativo a nivel biológico, psicológico, social, cultural y espiritual (5,6).

Existe un amplio abanico sintomático ante el consumo de drogas dado por diversos factores, de ahí que a nuestra consideración las adicciones incluyan todos aquellos cambios producidos en el individuo por el consumo de sustancias que pueden provocar un problema en cualquier ámbito del desarrollo individual, con la presencia de síntomas psicopatológicos (de diversas intensidades y en una o varias esferas) por su consumo o abstinencia, y que faciliten, induzcan o agraven otro trastorno mental.

Son múltiples las sustancias identificadas que producen adicción: alcohol, marihuana, cafeína, cocaína, drogas alucinógenas, psicofármacos, entre otras. A esta lista se agregan hoy el juego patológico, las compras patológicas y otros comportamientos adictivos (1,7,8).

Las estadísticas que se refieren a las adicciones, plantean que hay una mayor frecuencia de consumo para casi todas las sustancias en el sexo masculino. Algunos estudios emplean en sus reportes el término *género masculino* como sinónimo de sexo, lo que es un grave error; sin embargo, en nada modifica la interpretación, pues en casi todos los reportes sobre el tema coinciden estos registros (4,9,10).

Es necesario hacer un análisis de estos datos estadísticos desde una perspectiva de género, pero también desde un uso adecuado de la significación de los términos para que pueda ser mejor la comprensión de este actual fenómeno que es un problema de salud y un problema social.

El género es un concepto que considera todo aquello que de una forma u otra hace diferente, desde una concepción cultural e históricamente determinada, a los sexos. Son aquellas prácticas socioculturales que distinguen a los individuos en masculinos y femeninos (11).

Comprender la significación de esta categoría hace que no veamos con simpleza que los hombres aportan mayoría a la estadística de las causas de mortalidad relacionadas con factores externos, como la accidentalidad (12). Los mandatos relacionados con la masculinidad ponen en riesgo a la población masculina (13) no solo por la subjetividad individual de cada varón, su grupo de iguales (de trabajo o estudios), sino también de las féminas que lo educan y comparten los diferentes espacios de relación (11).

Varios son los elementos con los que se identifica la masculinidad, entre los que se encuentran la virilidad relacionada con la erección del pene, la reproducción, y la fortaleza por medio de la necesidad de probar y de exponerse a situaciones de riesgo: aspectos que conforman mitos y creencias en relación con el consumo de sustancias y la función sexual, por lo cual nos hemos propuesto como objetivo del presente trabajo analizar desde una perspectiva de género la función sexual de hombres consumidores de drogas ilegales.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, que incluyó a personas del sexo masculino que ingresaron por el consumo de marihuana o cocaína en el servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Salvador Allende y el servicio de adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana Comandante Eduardo B. Ordaz Ducunge, durante el año 2015.

La muestra quedó constituida por 24 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, entre los que se consideraron: hombres entre 20-59 años que dieran su consentimiento, no consumieran alcohol, sin otro

trastorno mental comórbido ni enfermedad crónica (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades endocrinas o alteraciones humorales, entre otras).

Las variables estudiadas fueron: edad, escolaridad, vínculo laboral, estado civil, hábito de fumar, tiempo de consumo. Se aplicaron dos cuestionarios para explorar la función sexual: el Cuestionario de cambios de la función sexual para hombres (CFSQ) y el Cuestionario de la Función Sexual del Hospital Massachusetts (MGH).

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22; se empleó la estadística descriptiva e inferencial.

Análisis y discusión de los resultados

En el contexto actual abordar el tema del consumo de sustancias es complicado debido a la propaganda que desde las redes sociales se propaga sobre el consumo de drogas, que hace que la percepción de daño disminuya, por lo que aumenta la posibilidad de enfermar (es decir, llegar a la adicción), con independencia de los resultados de las investigaciones científicas. Cuba continúa catalogando la marihuana como una droga ilegal, con base en las múltiples evidencias sobre las afectaciones que produce su consumo excesivo y continuo.

La aceptación social sobre el consumo influye en la edad de comienzo de este. Según las estadísticas, el 9% de las personas que fuman marihuana, se vuelven adictas, comparadas con el 32% de quienes fuman tabaco o el 20% de los que esnifan cocaína (14). Sin embargo, el porcentaje de adicción se duplica para quienes empiezan a fumar en la adolescencia. En esta edad se producen los mayores riesgos de deficiencias cognitivas y menor rendimiento académico, de ahí la importancia de regular su uso.

En el grupo de estudio encontramos que la edad promedio fue de 32.04 años (mínimo de 21 y máximo de 48 años). La droga de mayor

consumo fue marihuana, seguida de la cocaína. En relación con el tiempo de consumo, menos de 10 años se reportaron 5 pacientes para 21 %; entre 10 y 20 años se agrupó la mayor cantidad de pacientes para 66.6%, que representaron $n = 16$; fue interesante que 3 personas refirieran consumir desde hace más de 20 años, para 12.5%. Varias instituciones de salud de los Estados Unidos de gran prestigio científico reportaron en 2015 que de los 2.4 millones de personas que iniciaron el consumo durante el año anterior el 78% tenía entre 12 y 20 años (15,16).

En relación con el estado civil, el 54.16% ($n = 13$) era soltero; este resultado puede estar en relación con la afectación que produce el consumo hacia el interior de la pareja. En cuanto a la escolaridad, 41.66% tuvo nivel medio de escolaridad, seguido de la enseñanza media superior con 37.5%, la enseñanza técnica para 16.66%; hubo un paciente que reportó escolaridad primaria.

Los resultados obtenidos durante el análisis de la escolaridad están en correspondencia con los índices de bienestar social alcanzados en Cuba. No obstante, es importante señalar que el imperativo que se otorga a los hombres desde el constructo de masculinidad sobre ser responsables del sustento económico familiar, puede ser un elemento que influya en los niveles de escolaridad que alcanzan los varones.

Con respecto al vínculo laboral, se encontró que el 62.5% no trabajaba, lo que está justificado por el tiempo que dedica la persona al consumo y la ruptura de sus prioridades en función de obtener la sustancia, sobre todo en el grupo de estudio, constituido por personas que por alguna u otra razón identificaron que tenían problemas, lo que las hizo buscar ayuda profesional; luego de ser evaluadas, se determinó para mayor garantía del éxito terapéutico un régimen de ingreso hospitalario.

El consumo de cigarros es también una adicción y es frecuente encontrar que un adicto consuma más de una sustancia. Existen los reportes sobre la asociación entre el consumo de alcohol y cigarros (17,18), no así para otras sustancias. En este estudio solo el 12.5% de los hombres fumaban.

Los resultados de la exploración de la función sexual mediante la aplicación de los instrumentos clínicos fueron: para el CSFQ, el 59.72% de la muestra clasificó como disfuncional; para el MGH, el 66.6% también se catalogó en esta categoría.

Al desglosar las fases de la respuesta sexual según el CSFQ, encontramos que el 50% de la muestra tuvo afectación del deseo/frecuencia; y el 70%, del deseo/interés. La fase del placer estuvo afectada en el 54.1% del grupo. Con respecto a la excitación, hubo 41.6% que obtuvo valores por debajo del corte de normalidad; con relación al orgasmo, hubo 54% de pacientes con afectación. Por último, el 87.5% identificó tener problemas con la erección. Estos resultados tuvieron una alta significación estadística, pues se obtuvo un *chi* cuadrado de 0.0067. Por la forma de evaluación del cuestionario MGH, este no permite hacer un análisis individual entre las fases afectadas, pues siempre que haya afectación en una fase la evaluación total obtiene un valor de calificación considerado dentro del rango de la disfuncionalidad. Los resultados obtenidos fueron similares a los reportados en otros estudios (19,20).

La relación dialéctica entre el contexto sociocultural y el momento histórico siempre debe ser tenida en cuenta por las ciencias cuando se analizan los fenómenos. Las condiciones de hoy favorecen el consumo de drogas, a pesar de las políticas internas del país, a lo que se deben sumar los criterios que conforman las masculinidades, los cuales sirven de explicación para la no solicitud de ayuda, pues los hombres temen expresar sus conflictos y preocupaciones sobre la sexualidad. El reconocimiento de una alteración en esta área aparece mediado por un «cuestionamiento, desde la subjetividad, a su masculinidad», lo que hace que las alteraciones de la función sexual puedan convertirse en un elemento que contribuya a perpetuar el consumo.

La importancia del abordaje de estos problemas en las personas con adicción, y principalmente para los hombres que consumen marihuana, está en poder analizar la sexualidad desde las más variadas aristas (relaciones

sexuales, pareja, comunicación, afectos, reproducción, roles, género, entre otras) que se afectan por el consumo, y de esta forma contribuir a lograr la abstinencia mantenida como parte de la evolución de esta enfermedad. Los daños neurobiológicos en el sistema de recompensa, son explicativos para la afectación de las diversas fases, sobre todo para la del deseo como iniciador de la función sexual.

El deterioro provocado por el consumo excesivo también daña el espermatozoides a nivel celular, lo que puede causar daños irreversibles en el feto; por último, está la esterilidad secundaria, que puede ser temporal o de mayor duración. Brindar esta información dentro del tratamiento, contribuye a romper criterios y comportamientos de identificación de la masculinidad que expropian al hombre de su responsabilidad con el producto de la concepción.

Conclusiones

Las consecuencias del consumo de drogas sobre la función sexual fueron evidentes en el grupo de estudio, en el que la significación subjetiva de la afectación de este aspecto de la vida desde una perspectiva de género, asociado a los daños neurobiológicos que producen estas sustancias, fueron las causas del silencio sobre la respuesta sexual. Por consiguiente, es importante hacer una búsqueda activa de cómo se encuentra la función sexual en las personas adictas.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 . Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
2. Barrot M, Sesack SR, Georges F, Pistis M, Hong S, Jhou TC. Braking dopamine systems: A new GABA master structure for mesolimbic and nigrostriatal functions. *J Neurosci.* 2012;32(41):14094-101.

3. Méndez-Díaz M, Romero B, Cortes J, Ruiz-Contreras A, Próspero-García O. Neurobiología de las adicciones. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2017 Ene-Feb;60(1):6-16.
4. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Drogadicción. Datos por región geográfica. Factográfico salud [serie en Internet]. 2016 Feb [citado 18 Jul 2017];2(6):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/06/factografico-de-salud-junio-2016.pdf>
5. González RA, Donaire I. Alcohol y otras drogas, criterios populares vs verdades científicas. La Habana: Academia; 2015. p. 77-8.
6. González RA. Misión: rescate de adictos. Guía para la relación de ayuda con toxicómanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2012. p. 19-27.
7. OMS. 11a Clasificación Internacional de Enfermedades. Mayo 2019 [citado 5 May 2019]. Disponible en: <https://id.who.int/icd/entity/334423054577470983>
8. Sandock BJ, Alcott V, Ruiz P. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. 11a ed. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 616-24.
9. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Alcoholismo. Estadísticas mundiales. Factográfico salud [serie en Internet]. 2017 Feb [citado 18 Dic 2017];2(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/02/factografico-de-salud-febrero-2017.pdf>
10. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Dependencia a la nicotina. Bibliomed [serie en Internet]. 2016 Oct [citado 18 Jul 2017];23(10):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/10/bibliomed-octubre-2016.pdf>
11. Lara M. Una mirada al estudio de las masculinidades desde la perspectiva de las desigualdades de género. En: Rivero R, compilador. Masculinidades. Ensayos histórico-sociales. La Habana: Editorial CENESEX; 2016. p. 197-202.
12. MINSAP. Anuario estadístico. La Habana; 2017. p. 41.
13. González Y. Masculinidades, salud y género. En: Rivero R, compilador. Masculinidades. Ensayos histórico-sociales. La Habana: Editorial CENESEX; 2016. p. 225-32.
14. González RA, Donaire I. Marihuana: posibles beneficios vs tragedias cotidianas. La Habana: Academia; 2017. p. 33-50.

15. Epstein M, Hill KG, Nevell AM, Guttmanova K, Bailey JA, Abbott RD, et al. Trajectories of marijuana use from adolescence into adulthood: Environmental and individual correlates. *Dev Psychol*. 2015 Nov;51(11):1650-63. doi: 10.1037/dev0000054. Epub 2015 Sep 21.
16. Epstein M, Furlong M, Kosterman R, Bailey JA, King KM, Vasilenko SA, et al. Adolescent age of sexual initiation and subsequent adult health outcomes. *Am J Public Health*. 2018 Jun;108(6):822-828. doi: 0.2105/AJPH.2018.304372. Epub 2018 Apr 19.
17. Doyon WM, Dong Y, Ostroumov A, Thomas A, Dani JA. Cigarettes and alcohol: How nicotine promotes drinking via stress hormonal. *Alcohol and Alcoholism*. 2014;49(S1):69-80.
18. Barrio P, Miquel L, Moreno-España J, Martínez A, Ortega LL, Teixidor L, et al. El alcohol en Atención Primaria. Características diferenciales entre los pacientes dependientes del alcohol que han solicitado o no tratamiento. *Adicciones*. 2016;28(2):116-22.
19. Pendharkar S, Matto SK, Gover S. Sexual dysfunction in alcohol-dependent men: A study from North India. *Indian J. Med Res*. 2016 Sep;144(3):393-99. doi: 10.4103/0971-5916.198681.
20. Vallejo-Medina P, Sierra JC. Effect of drug use and influence of abstinence of sexual functioning in Spanish male drug-dependent sample: A multisite study. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(2):333-41.

APARTADO 4

**LA PROMOCIÓN-PREVENCIÓN
COMUNITARIA E INSTITUCIONAL
DE ATENCIÓN EN SALUD,
UNA ALTERNATIVA VIABLE
PARA MEJORAR LA SALUD
DE LOS HOMBRES**

EL PAPEL DE LA PROMOCIÓN–PREVENCIÓN EN SALUD MASCULINA

Ramón Rivero Pino

El papel de la promoción–prevención de la salud genética masculina

No obstante los logros, sigue constituyendo un reto en Cuba perfeccionar el trabajo de promoción–prevención comunitaria asociada a la salud genética, de manera que el incremento de la participación de la población cubana tenga un impacto más positivo en su salud.

En el caso de Cuba es posible y necesario: por una parte, por la voluntad política del Estado y Partido que, por medio de la obra de la Revolución, han desarrollado la infraestructura local y comunitaria, en el orden de los aspectos materiales y capacidades humanas, para facilitar el involucramiento de la población –no obstante las insatisfacciones que podamos tener hoy– en la búsqueda de respuestas a las necesidades individuales y colectivas; por otra parte, porque, desde las instituciones del Ministerio de Salud Pública con mayor responsabilidad en el desarrollo de la genética comunitaria (en primer lugar, el Centro Nacional de Genética Médica de Cuba - CNGM), se enfatiza la pertinencia de la dimensión local-comunitaria de la genética, y en este sentido se han desarrollado múltiples acciones.

A estos elementos se añade uno de carácter internacional: la ciencia genética cada vez resalta con más fuerza la importancia de los factores no biológicos en la situación de salud general de las personas. Las enfermedades comunes aportan más del 60% del total de muertes cada año; sin embargo, son aún insuficientes las acciones protectoras de la salud y aquellas que identifican y se disponen a superar los riesgos. Esta situación atenta contra la sostenibilidad del proceso de atención en salud; en el caso de Cuba no debía ocurrir así por ser un país donde los recursos materiales son escasos.

La realidad cubana es portadora de un conjunto de problemas cuya solución es necesaria para poder avanzar en el mejoramiento y sostenibilidad de la salud genética de nuestro pueblo. Entre estos se pueden señalar:

- insuficiencias asociadas a la concepción teórica y metodológica en que debe sustentarse el trabajo comunitario para la promoción-prevenición en salud genética;
- insuficiente articulación de la prevención desde el riesgo con la promoción de factores protectores;
- predominio de las acciones preventivas focalizadas en el riesgo genético en relación con las que enfatizan en la arista protectora de la promoción y prevención;
- limitada información y preparación de la fuerza profesional local encargada de llevarlo a la práctica;
- falta de integración de los actores sociales (Estado y Sociedad Civil) que deben implicarse en la labor de promoción-prevenición en salud genética a nivel de localidades.

De lo anterior se desprende la importancia de prestar atención a aquellos factores sociales, biológicos, psicológicos, ambientales o de estilos de vida que puedan potenciar o afectar la salud genética de los hombres.

Las ideas referidas anteriormente dan cuenta de que existen condiciones y estilos de vida de los hombres que afectan su salud, para lo cual se hace necesario el diseño e implementación de adecuadas estrategias de promoción-prevenición local-comunitarias.

Lo referido antes permite comprender la necesidad de identificar las condiciones y estilos de vida de los hombres y perfeccionar el trabajo de promoción y prevención comunitaria asociado a la identificación de aspectos inherentes a la forma tradicional de ser hombre (masculinidad hegemónica), que pueden tener incidencia negativa en la salud de estos y de la sociedad en general, de manera que el incremento de la participación de la población cubana en ello, y especialmente de los hombres, tenga un impacto más positivo en la salud.

El trabajo promocional-preventivo justo y emancipador en relación con la salud genética, debe estar encaminado en dos direcciones: diagnosticar-detectar o detener-disminuir-atenuar la incidencia de los factores de riesgo y las enfermedades, y potenciar las características individuales y grupales positivas, o sea, los factores protectores, que aumentan la capacidad de respuesta ante los problemas y la posibilidad de evitar daños. Por esta razón, desde el punto de vista epistemológico, es preferible referirse a la promoción-prevención como un continuo de acciones en salud.¹

Si importante es incidir sobre las personas que viven en situaciones de riesgo o están enfermas, tanto o más lo es actuar para evitar que esto suceda. Por tanto, en la teoría y práctica de la genética médica cada vez se le concede mayor importancia a un conjunto de aspectos que forman parte del contenido esencial de la labor de promoción-prevención en salud genética: la información-comunicación, la percepción de los riesgos genéticos y la intervención protectora.

La información-comunicación. Para llevar adelante una adecuada comunicación que promueva salud genética en los hombres, es necesario caracterizar antes el/los problema/s en los que se pretende incidir. Esto puede lograrse por diferentes vías: las estadísticas, el comportamiento epidemiológico del fenómeno o el análisis de la situación de salud. Un aspecto importante en el trabajo con hombres es saberlos convocar, de manera que no sientan que la convocatoria tiene espíritu culpabilizador o que se les convoca en función de los intereses de las mujeres. Deben recibir información pertinente, conocer los beneficios resultados de las acciones en que se involucran y promover su confianza y el trabajo en grupos como vía de aprendizaje y de estímulo a su implicación subjetiva. Identificar previamente los indicadores de masculinidad hegemónica que constituyen factores de riesgo genéticos o epigenéticos y trabajarlos con los hombres, es un asunto clave para el éxito en este trabajo.

¹ Propuesta teórica formulada por el doctor en Ciencias Ramón Rivero Pino en su texto «Promoción-prevención local-comunitaria en salud genética», en proceso de revisión (2017) por el Consejo Científico del Centro Nacional de Genética de Cuba.

La percepción de los riesgos genéticos. Estos pueden ser conceptualizados como amenazas para la salud genética de las personas y de los hombres en particular. Por su parte, la percepción de riesgo es aquel proceso en el cual el reflejo consciente de objetos y fenómenos de la realidad contiene amenazas para las personas y grupos.

Un conjunto de factores influye en el grado de aceptabilidad o no de riesgos genéticos por parte de la población: la veracidad del riesgo, su magnitud —los riesgos terribles son menos aceptables y los riesgos que no se detectan crean más temor que los detectables—, inmediatez, confianza en la fuente de información del riesgo, grado de cercanía afectiva de las personas implicadas en el riesgo, implicaciones éticas del riesgo, balance de beneficios y daños que ocasiona el riesgo y posibilidad de control por parte de los individuos respecto al riesgo.

Por supuesto, las inserciones sociales de las personas pueden constituir también importantes mediaciones de la percepción del riesgo genético: por ejemplo, la identidad de género, la edad, la pertenencia generacional, la filiación religiosa, el lugar de residencia, el color de la piel, su pertenencia clasista, su empleo, ingresos y sus redes de apoyo; en fin, las condiciones materiales y espirituales de vida. Los aspectos psicológicos y estilos de vida de los seres humanos juegan un papel esencial al respecto.

Adentrarse en el estudio y tratamiento de los mecanismos por medio de los cuales funciona el proceso de percepción de riesgos genéticos, es de vital importancia para su prevención, pues está demostrado que mientras menor es la percepción de un riesgo, mayor puede ser la exposición al mismo y menos protectora es la conducta humana.

En el caso de los hombres, es importante que se comprenda que las características de la forma tradicional de ser hombre, asociadas en gran medida a factores de riesgo para la salud masculina, están fuertemente internalizadas en ellos y forman parte esencial del significado de masculinidad socialmente promovido y sancionado, por lo que se producen y reproducen con intensidad mediante todos los mecanismos de socializa-

ción, entre los que juegan un papel fundamental las familias, las escuelas, los centros de trabajo, los grupos de amigos y las organizaciones sociopolíticas, entre otros. Por consiguiente, incidir en cada uno de esos espacios de socialización es vital para el éxito del trabajo de promoción-prevenición de salud genética masculina.

La intervención protectora. Su objetivo fundamental es lograr cambios en los niveles de conciencia de los individuos mediante procesos educativos y de análisis de la realidad, que les permitan darse cuenta de la relación causal de los fenómenos que los rodean, y de este modo generar acciones que tiendan a la transformación de esa realidad.

A efectos de la promoción-prevenición en salud genética masculina, la intervención profesional consiste en la actividad que el profesional realiza para facilitar el proceso de identificación de contradicciones y búsqueda de soluciones por parte de las personas participantes respecto a los objetos y fenómenos de la realidad que potencian o afectan negativamente su salud genética en pos de su bienestar, emancipación y dignificación, lo que implica la construcción y realización por parte de estas de proyectos con enfoque sostenible y de autodesarrollo. Resulta evidente que las alternativas que se encuentren estarán asociadas seguramente a la no aparición de riesgos genéticos o a la identificación de estos, así como de los aspectos que contribuyan a atenuar-disminuir los efectos de las enfermedades.

Constituyen elementos importantes de estas intervenciones los prediagnósticos, los diagnósticos, la búsqueda de soluciones, las evaluaciones y sistematizaciones de las experiencias, así como potenciar los epistemas básicos de lo comunitario como cualidad del desarrollo: conciencia crítica, participación, cooperación y proyectos.

Las investigaciones realizadas internacionalmente y en Cuba han identificado un conjunto de indicadores de masculinidad hegemónica que, por su relación con la salud genética en particular, deberían ser el centro de estas intervenciones protectoras, entre las que se pueden resaltar:

- autoexigencia de liderazgo;
- ejercicio de la violencia;
- no expresión de sentimientos;
- dificultades para articular movimientos cotidianos de vida;
- no compartir espacios de disfrute y responsabilidad como la paternidad;
- limitada comprensión del placer y la responsabilidad sexual y reproductiva;
- autoestima asociada a logros laborales;
- deficiente preparación para la vida en pareja y en familia;
- inconsciencia de la necesidad de cambios en sus estilos de vida;
- temor a la inadecuación y al fracaso;
- dificultades en las condiciones socioeconómicas;
- mal uso del tiempo libre;
- bajo grado de satisfacción consigo mismos;
- ritmos de vida con excesos;
- deficientes rasgos del carácter (impulsivos, obsesivos, controladores, nerviosos, protestones, hiperresponsables que no saben delegar, idealistas en su relación con la realidad);
- no cuidado de su salud (fumar, ingerir bebidas alcohólicas, consumir drogas, inadecuada alimentación, sedentarismo y obesidad, diabetes, colesterol, hipertensión arterial, antecedentes familiares, ansiedad, estrés);
- dificultad para percibir signos de alarma corporal y, cuando lo hacen, minusvalorarlos y desjerarquizarlos;
- no aceptación del rol de enfermos, que supone para ellos pasividad antimasculina y por tanto una amenaza a su identidad;
- reticentes a las maniobras e indicaciones médicas;
- abandono precoz y frecuente de los tratamientos;
- limitada capacidad humana para la práctica de actividades de autocuidado.

La salud genética de la población es una condición importante de la salud general individual y colectiva. En Cuba, en 2017, existe una sobremortalidad masculina en nueve de las diez principales causas de muerte,

lo que exige un posicionamiento teórico-metodológico y práctico particular del proceso de atención en salud. La lógica indica que al actuar sobre los factores de riesgo de masculinidad hegemónica, se pueden obtener mejores indicadores en el cuadro de salud general de la población cubana.

Es esta la razón esencial por la que en el CNGM se preste especial atención a este tema, lo que se expresa en su política científica por medio del proyecto de investigación «Salud genética de la población masculina. Estrategia de promoción-prevención local-comunitaria» en sus proyecciones académicas, mediante el curso de postgrado «Masculinidad hegemónica, salud y herencia epigenética. Estrategias para su prevención» y en la incorporación del enfoque de masculinidades en el Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos, a partir de la concepción de desarrollo local-comunitario.

PENSANDO LA MASCULINIDAD. ¿CÓMO PERCIBEN LOS HOMBRES SU PROBLEMÁTICA Y LA NECESIDAD DE TRABAJARLA?

Mirtha Cucco García, Grisell Crespo Carro

Introducción. Esclareciendo la posición de partida. ¿Qué pasa con los hombres?

Datos actuales de la población masculina reflejan una situación preocupante en problemáticas de salud, asunción del riesgo como prueba de hombría, accidentabilidad, violencia entre hombres y hacia las mujeres, suicidios, adicciones y otras. Salvando la atención de aspectos sintomáticos, al análisis de esta problemática desde una perspectiva estructural le queda aún mucho camino por recorrer.

El rol de hombre-trabajador hegemónico implica la expropiación de la capacidad para aprender y articular determinados movimientos de la vida cotidiana, lo que lo hace dependiente de una afectividad y sexualidad saludables, del ejercicio de una paternidad gozosa y responsable, y de la capacidad del cuidado de su salud. Conlleva la construcción de una subjetividad masculina atrapada en la demanda constante de «poderlo todo» bajo amenaza de «dejar de ser un hombre», lo que supone el sometimiento permanente a la «prueba de hombría», que trae consigo dolor, ansiedad, competencia, tensión, aislamiento y riesgo (1).

Sin embargo, habitualmente se pone la mirada solo en el lugar de dominio, de una comodidad indiferente y de maltratadores en potencia, como expresiones de herencia patriarcal, lo cual soslaya el análisis y atención de graves aspectos que conlleva el propio rol de hombre-trabajador, quien debe cumplir un papel de sostén en el marco de la crueldad de las relaciones de trabajo propias de las sociedades de mercado.

Este rol corresponde a un modelo heteronormativo que articula con fina orfebrería los roles de hombre y mujer complementarios en su explotación. Es expresión de la lógica binaria, atributiva y jerárquica, propia del patriarcado, que a su vez es subsumida en el capitalismo (2). Hace falta un trabajo de deconstrucción de estos roles para posibilitar caminos más fecundos en la búsqueda de la equidad, así como de la comprensión y respeto de lo diverso. El feminismo ha abierto, en su diversidad de luchas y desarrollos, en su producción teórica y práctica, perspectivas fundamentales en este sentido. No obstante, la mirada de género sobre la problemática masculina carece aún de suficientes prácticas y desarrollos teóricos que permitan visualizarla en profundidad.

En ambos casos hay un complejo entramado de expropiaciones y compensaciones que debemos dilucidar conjuntamente para no culpabilizar a cada hombre, ni victimizar a cada mujer, ya que esto dificulta el camino hacia posiciones protagonistas y autónomas que permitan relaciones horizontales e igualitarias y sigue reproduciendo lógicas binarias y relaciones de dependencia en muchos casos [3].

En este sentido es bueno tener en cuenta estas cuestiones a la hora de intervenir.

En este marco, nuestra experiencia en el trabajo con hombres —y también nuestra posición teórica— nos dice que no se puede entrar por el reclamo y el reproche de los privilegios que tienen. Nuestra propuesta se basa en identificar las implicaciones que el rol masculino hegemónico tiene para el propio hombre, para que visibilicen el precio que pagan por esos privilegios y puedan ponerlos en cuestión [3].

Por otra parte, en el marco de la construcción del socialismo y de superación del capitalismo, es necesario identificar el punto de desarrollo y particularidades de este tema en la realidad cubana, ya que

perduran aún herencias de las lógicas explotadoras junto a nuevas influencias de hegemonías actuales (4). En este sentido y a partir de ciertas experiencias realizadas con hombres, se plantearon como objetivos:

- identificar cómo percibe un grupo de hombres su problemática;
- valorar si reconocen la necesidad de trabajar aspectos que hacen la masculinidad.

Se trabajó con el método de Grupo Formativo, desde la concepción de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). Desde hace muchos años, dicha metodología ha aportado al esclarecimiento de la masculinidad hegemónica. En función de ello se han realizado diversas acciones, entre estas la aplicación del Programa ProCC «El hombre en riesgo». Tomando como referencia esta última experiencia, se harán algunas consideraciones en relación con el tema que nos ocupa.

Análisis y discusión de los resultados

Si te golpeas, «no duele»; eres hombre.

Las expectativas, expresadas por hombres convocados a participar en un espacio de reflexión para hombres, hicieron alusión a aspectos generales (aprender, interrogantes, no saber de qué trataría el taller...) y también a otras más específicas: la relación hombre-mujer, el machismo, la orientación sexual; los cuidados a tener con las mujeres, la mujer como tema principal («lo principal es la mujer», «son una flor», «lo más sensible», «que hay que cuidar», «lo que uno ama»), las relaciones de la casa, los cambios en la sociedad actual a nivel mundial, las enfermedades venéreas («Si es solo para hombres, se hablará de enfermedades venéreas»), los abusos, la homofobia, los adultos mayores como personas vulnerables, los problemas sociales («de las cosas malas que hay en el mundo y la posición que deben tomar para alertar a los jóvenes»), de la vergüenza que da estar en grupo de hombres. También se hizo alusión al título («No compren-

demos porqué se habla de “hombre en riesgo” en el título del programa. ¡¿Riesgo?! ¿Por qué ese título? ¡¿En qué estamos en riesgo?!»).

Aquí se trataba de que expresaran expectativas vinculadas a las necesidades de los hombres. Como se puede apreciar, aparte de las expectativas más inespecíficas, aparecen en mayoría los temas recurrentes en que el hombre hegemónicamente se ha sentido reclamado (el vínculo con la mujer y el cuestionamiento del machismo, las relaciones en la casa, el abuso, entre otros), tocándose de manera tangencial la homofobia y la orientación sexual, y de ahí se da un salto a responsabilidades sociales de los que parece debieran hacerse cargo.

No se habla de dificultades y dolores; en ese marco es significativa la extrañeza frente al título que alude a los riesgos a los que puede estar sometido el hombre en el despliegue de la masculinidad.

Se observó que prácticamente no se expresan aspectos nucleares de una problemática que es sentida, sufrida y articulada en «dolor de hombre» y que, aunque silenciada, los pone en riesgo.

Empezando a habilitar un espacio de reflexión

Se tomó como material de análisis lo expresado en los primeros momentos de trabajo, por medio de escenas construidas por el grupo, bajo la consigna de mostrar al hombre en su cotidianidad.

Las escenas versaron sobre: la interpelación entre hombres sobre los avances de la mujer, expresando cierta extrañeza ante sus reclamos y reafirmando, a su vez, actitudes de hombría; la presentación de una situación de homofobia; una conversación de hombres en el bar compartiendo, desde el chiste, las pocas ganas de volver a casa por los reproches posibles de sus mujeres; un hombre al borde del suicidio por no poder ser proveedor; expresión de dificultades de comunicación con los hijos e hijas. En casi todas las escenas representadas mediaba el alcohol.

Los nombres que pusieron a las escenas fueron: «Los machistas», «Los hombres duros. Irrompibles», «El borracho», «Lo oculto», «¡Estamos "embarcados", mi hermano!», «La otra cara de la moneda», «El obstinado», «El suicida», «El hombre en silencio», «Relación entre los sexos», «Hombres discriminados» (lo relacionan con el divorcio, la custodia de los hijos y la discriminación), «Lo quiero con dinero».

Principales comentarios tras las escenas

Los comentarios ponen de manifiesto el problema y aparecen algunas reflexiones críticas, aunque en lo expresado sigue habiendo una insistencia de reafirmación de lo instituido. Entre otros:

- La vida cotidiana es la realidad que muestran las escenas y que expresan discordia y discriminación. «En la actuación no salió nada positivo, todas son cosas negativas; es triste».
- La necesidad del hombre de mantener la imagen del rol asignado, de quedar bien ante la sociedad. Se entiende que es un constructo social que tiene «costos si vas en contra y costos si eres así». Se vislumbran los riesgos y la violencia que llevan implícitos.
- El deber de traer el sustento, viviendo el trabajo como esencial. Debe ser el que provee. «¡Soy el hombre!». «Si no hay dinero, mira a ver si sales a buscarlo», dirá la mujer.
- La vivencia del hombre de ser depreciado si no es buen proveedor; y si lo es, por el rol ausente con los hijos e hijas. «El hombre siente sobrecarga y eso repercute en él; se le exige por ser hombre, ser cabeza de familia, proveedor, trabajador, y la mujer y los hijos le exigen presencia y se tiene que dividir para cumplir, para estar en todas partes». «Si el jinete no pone bien la montura, la mula lo tumba». «Cuando el hombre empieza a asumir cosas de mujeres, la mujer puede restarle hombría; es que la mujer dice que no lo siente como macho. Está *matao* si no tiene dinero».

- La existencia de patrones que enajenan ejerciendo presiones en relación con la expresión de las emociones y planteando que los hombres no lloran. Se señala que existe el «miedo oculto», siendo la cruda realidad esa postura «de mudo» y de anulación de los temores y de la frustración.
- La preocupación por los patrones que se brindan a los hijos: «¿Ser proveedores, acciones violentas, no socializar sus emociones?» Preocupación en relación con que los padres y madres siempre deben inculcar valores y educar a los hijos/as.
- La problemática de la comunicación con los hijos/as: «Mis hijos no me quieren hablar», «He sido soporte de la mano dura con los hijos».
- La ambivalencia frente al cambio de modelos: «Sé que es una opinión conservadora; en el mundo moderno la familia se ha deformado, los vínculos familiares se han destruido. Si el hombre tiene que ocupar papeles que no le tocan, que no le corresponden, es ahí que empiezan los problemas. Los beneficios de la mujer presionan al hombre. Pero cuando el hombre no es la cabeza, la mujer también se afecta. La mujer sufre porque no hay un hombre en su casa que tenga el papel de jefe», «En la actualidad hay libertad en extremo». «El hombre machista pierde la perspectiva en Cuba y solo ve los defectos de las mujeres. Aunque el padre es la cabeza de la familia, no es el único, porque la relación de la madre con los hijos es fundamental», «La mujer en la actualidad busca seguridad económica más que nunca (casa, dinero, quien mejor vista o la lleve a pasear, que tenga carro); esta determina si el hombre le conviene o no, atendiendo a la situación económica del hombre».

Categorización de indicadores de realidad

- La presión con riesgo de suicidio por el rol de proveedor.
- La presión por el rol que le incide en todas las áreas de su desarrollo, incluso en su propio cuerpo.

- El hombre mudo en sus emociones.
- El hombre depreciado.
- El reproche expulsivo en la casa que les hace preferir quedarse «botados» fuera ante expresiones como: «¿Cuánto trajiste?», «Bota la basura», «No te sientes allí».
- La opción del alcohol como salida.
- El vacío en la comunicación con los hijos e hijas, que les llena de un dolor silenciado.
- La homofobia que margina y deslegitima ciertas opciones de vida.
- La ambivalencia frente al cambio. Se advierte dolor, resistencia, de-subicación, desconcierto, molestia y falta de elementos de análisis sobre el sentido de los cambios de las mujeres
- Hay un vacío ante el cambio en el rol del hombre y en cómo leer sus propias contradicciones, lo que les genera resistencias a abandonar ese lugar que, a pesar de lo que les provoca, les «convida» con una posición de dominio.

Síntesis interpretativa de indicadores

Es interesante observar que apenas se habilita un espacio con condiciones de seguridad psicológica y con adecuada instrumentación metodológica, va a emerger y tener clara visibilidad la problemática antes soslayada.

Se puede observar la gran diferencia que hay entre las expectativas acerca de «qué les pasa a los hombres», en las que no hay una identificación ni de problemática, ni de necesidad, ni de riesgo, ni de urgencia, y lo que aparece develado tras las escenas. Éstas ponen sobre la mesa el corazón mismo del ejercicio de un rol que se muestra y expresa en todo su dolor y consecuencias. A pesar de ello los comentarios reafirman aún lo instituido e hizo falta brindar elementos de análisis para que pudiesen decodificar serias dificultades expresadas en las escenas, tras lo cual se generó un punto de inflexión acerca de la necesidad de ocuparse de la masculinidad. Quedo manifiesta la idoneidad de intervenir desde el ámbito grupal y comunitario.

Se ratificaron indicadores encontrados en investigaciones anteriores respecto al silenciamiento de la problemática y la posibilidad de trabajarla.

En este sentido se muestran algunas expresiones tras la aplicación Programa ProCC «El hombre en riesgo», que muestran de alguna manera, la posibilidad de visibilizar la problemática silenciada del hombre, antes negada, así como la conciencia de trabajarla. Son sus palabras:

«Fue bueno poder hablar del hombre cubano. Creo que podemos quitarnos la venda de los ojos y llegar a vivir más armoniosamente».

«Fue muy instructivo para ver los problemas que nos aquejaban como hombres. Nunca lo había pensado como un problema desde esta arista. Siempre pensando en los derechos de la mujer, ¿y los de los hombres? Ahora entiendo mejor, y hay que socializar estos conocimientos. Esto es lo que nos conlleva a ser más hombres. Abre un nuevo campo de acción para emanciparnos de esto a lo que no poníamos palabra, y llevarlo a la familia, a lo laboral, para mejorar relaciones y alcanzar un nivel superior de entendimiento y construcción».

«Fue importante la fundamentación de la necesidad del capitalismo para el mantenimiento y desarrollo de una construcción de los roles de género hegemónica, que tiene mecanismos para perdurar en el tiempo».

«Muy interesante retomar el tema del trabajo. Cuando no se trabaja se pasa muy mal, como que afecta la identidad masculina en su centro; es lo que "da sentido" al ser hombre. Ahora puedo empezar a verlo diferente y que no afecte como afectaba».

«Me ha supuesto de mucha reflexión analizar cómo nos sentimos "irrompibles" en tanto hombres. Hacemos en el trabajo

sobresfuerzos que no medimos, no sostenemos nuestro cuidado y nos afecta la salud. Sí, te puedes romper».

«Me he dado cuenta que llevamos lo de la hombría como un "servicio masculino obligatorio", nos proponemos como "héroes a tiempo completo", asumimos la "cultura del riesgo". Resignifiqué lo que consideraba la masculinidad. Entiendo ahora mi paternidad desde otra perspectiva».

«Nos influyó en la concepción acerca de la violencia. A veces descontextuamos la violencia de género pensando más en las mujeres. También podemos hablar de violencia que sufrimos los hombres por cuestiones de asignaciones hechas al género».

«Me doy cuenta que antes sostenía algo así como "no tener derecho a cansarnos". Ahora me lo planteo desde la necesidad del autocuidado».

«Rescatamos la importancia de poder hablar. Antes pensaba: "Si soy hombre y lo digo, soy menos hombre". Eso no es así. Aquí en grupo se puede legalizar, y eso ayuda».

«Después del curso pude ir al médico. He sido consciente de que sin darme cuenta era como que me decía: "Yo no puedo enfermar". Sentía que ir al médico era como una debilidad».

Conclusiones

Quedó en evidencia que las consecuencias propias de la masculinidad hegemónica constituyen una problemática silenciada que deja al hombre en riesgo.

Respecto al reconocimiento de la necesidad de trabajarla, se demostró la idoneidad de un abordaje grupal y comunitario que permitió visibilizarla rápidamente, así como desarrollar un fuerte compromiso para ocu-

parse responsablemente de las asignaciones a la masculinidad como algo propio y necesario.

Consideración final

La atención a la problemática de la masculinidad hegemónica desbloquea muchas cuestiones en la búsqueda de encuentro entre hombres y mujeres, enriquece el trabajo de ambos por la equidad tan anhelada como necesaria, y brinda otra perspectiva a lo diverso.

Referencias bibliográficas

1. Cucco M. Hombres y mujeres, ¿Sólo un problema de rosa y azul? La formación del sujeto que somos. *Capitalismo, relaciones sociales y vida cotidiana* 1. *Sexología y Sociedad*. 2013;19(2):149-71. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad>
2. Waisblat Wainberg A, Sáenz Berbejillo A. La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. *Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas*. *Sexología y Sociedad*. 2013;19(2):172-94. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad>
3. Losada A. Compartiendo reflexiones en torno al género. *Encuentro ProCC* 2019. Madrid; 2019. Disponible en: www.procc.org
4. Cucco M. ¿Engranajes que se desplazan, espacios que se abren? Superando el rol de proveedor o nuevas versiones renovadas. *Jornadas 2013 «Cuestiones de género: los aportes ProCC»*. 2013; La Habana, Cuba.

CUESTIONANDO CERTEZAS: LOS HOMBRES CRECEMOS EN PLATAFORMA

Sergio Enrique Morlán Vega

Presentación

Cuando en el año 2011 fui invitado a un encuentro para intercambiar sobre las problemáticas masculinas, nunca imaginé cuán lejos estaba, en mi «práctica consciente» de ser hombre, de todos los conocimientos existentes en torno a las masculinidades y que ponen a prueba esas equívocas construcciones sociales que, como camisa de fuerza y con más penas que glorias, arropamos los hombres, sin saber si es la que te ajusta mejor o cuál es la que disiente de la hegemonía y los «privilegios».

La convocatoria desde el Centro Óscar Arnulfo Romero (OAR) reunió en ese plenario a hombres procedentes de diferentes comunidades y espacios institucionales y sociales del país, diversos en cuanto a las variables de la equidad social (color de la piel, creencias religiosas, ingresos económicos, edad, territorio, orientación sexo-erótica, identidad de género, nivel cultural e instrucción), pero unidos por la duda razonable de querer cambiar «cosas» con las cuales no estábamos de acuerdo, fundamentalmente aquellos mandatos que la sociedad dicta (normas, comportamientos, roles), que deben acatarse para armonizar la manera de ser hombre al contexto sociohistórico y cultural en que se desempeñan.

De ese primer encuentro emergió la necesidad de trabajar con los hombres, como estrategia sostenible hacia la igualdad en las relaciones de género, proceso que, en su devenir, permitiera deslegitimar el «mandato social» de ser fuertes ante todo y todos y prevenir la aparición del papel de victimarios por excelencia, que ejercen en sus relaciones hacia

otros hombres, hacia sí mismos y fundamentalmente hacia las mujeres, como se explicita en la tríada de la violencia masculina.

La creación de la Plataforma de Hombres Cubanos por la No Violencia y la Equidad de Géneros, que se inserta en las estrategias de lucha por la no violencia contra las mujeres y niñas que implementa OAR, tiene su génesis en ese primer encuentro, que develó la necesidad y posibilidad de organización de los hombres en una estructura que permitiera su formación; el accionar de forma articulada para el reconocimiento, visualización y cese de la violencia de género; la creación de multiplicadores de los conocimientos desarrollados y de voceros en los espacios comunitarios, laborales y familiares; y la ampliación de su alcance con la creación de plataformas territoriales.

Algunos apuntes teóricos que sustentan el trabajo de la Plataforma

Las formas tradicionales de educación en las sociedades patriarcales se han caracterizado por un fuerte carácter sexista y discriminatorio que socializa a los seres humanos (niños y niñas, hombres y mujeres) a partir de rígidos estereotipos —según las asignaciones sociales de lo que se considera femenino y masculino— que estimulan las relaciones de fuerza, poder y privilegios de los varones, y subordinación, marginación y exclusión especialmente de las mujeres, personas con identidades no heteronormativas y cuerpos feminizados.

Para deconstruir esta injusta realidad, es necesario comprender el complejo camino de ser hombres en el entramado de múltiples masculinidades pautadas por el contexto sociohistórico en que se manifiesten e influenciadas por aprendizajes negativos que, como ideas preconcebidas, constituyen el componente cognitivo de los prejuicios que, «al poseer un carácter incompleto, generalizado y erróneo» (1), sustentan mitos o falsas creencias en los que lo femenino se subordina a lo masculino y de esta forma se perpetúan por siglos las desigualdades de

género, que además conducen a la naturalización e invisibilidad de la violencia de género como expresión de esas desigualdades.

Aun cuando la expresión de las masculinidades sea diversa, se puede afirmar, según la investigadora María Teresa Díaz, que la masculinidad

...es la forma de ser hombre que propone una sociedad a las personas que han nacido con un sexo biológico masculino. Atributos, valores, actitudes, funciones y comportamientos que las personas piensan que hacen a un hombre y que lo distinguen de la mujer [2].

Al profundizar en la complejidad de esta categoría, como factor común se identifica la tendencia a enaltecer un modelo de masculinidad que se trata de imponer a todos los varones (masculinidad hegemónica),¹ el cual se configura en los imaginarios sociales como un modelo influenciado por factores religiosos, políticos, económicos, sociales y culturales, en el que la heterosexualidad y la violencia machista constituyen columnas sostenedoras.

A los varones se inculca, durante todas las etapas de vida, la idea de su superioridad y fortaleza con relación a las mujeres, enseñándoles que su hombría se relaciona con la posibilidad de tener relaciones sexuales primero que ellas, e incluso múltiples parejas sexuales, y con la idea de que deben y pueden utilizar la violencia como una forma de solucionar conflictos y demostrar su masculinidad a toda prueba.

Son exonerados de los roles domésticos y de cuidado, reforzando la indebida atribución de estos al género femenino. Entre otros factores, los anteriormente descritos colocan a los varones y mujeres en situación de desigualdad con desventaja para las mujeres, aunque en múltiples

¹ En términos generales, se presenta como una identidad masculina misógina, violenta, heterosexual, homofóbica y adulto-céntrica a partir de una «triple negación: negarse como mujer, negarse como homosexual y negarse como niño» (3).

ocasiones se acepta a nivel del discurso que las mujeres tienen los mismos derechos que los hombres, pero en la práctica tienen dificultad para compartir el poder (4,5).

La violencia machista emerge como uno de los elementos que sostienen la masculinidad hegemónica. La fuerza se considera como un valor masculino positivo a ser inculcado por hombres y en hombres, e incluso algunas mujeres no escapan de enseñarlo también, dado sus aprendizajes de género sexistas. Su aplicación es utilizada con frecuencia por los hombres para solucionar conflictos con otros hombres y como un medio para controlar a las mujeres; es una práctica común que muchos hombres interiorizan como su derecho y deber. Lo anterior se corrobora con las ideas de Michael Kaufman cuando concibió la llamada tríada de la violencia en la que describe que cada acto de violencia que ejercen los hombres, principalmente contra las mujeres, no acontece de manera aislada, sino que tiene un estrecho vínculo con la violencia de los hombres contra otros hombres y con la interiorización de la violencia, es decir, la violencia de un hombre contra sí mismo (6).

Como refiere Bonino:

...si desandamos el camino [...] de cada una de las etapas que han conducido a la violencia de género, comprobamos que su origen está en una forma de entender la masculinidad y el ser hombre que conlleva la violencia como posibilidad, y con frecuencia como realidad. La solución pasa por actuar sobre los elementos que configuran ese modo de entender la hombría, para modificarlos y evitar que la identidad masculina incorpore los roles que pueden llevar al recurso de la violencia sobre la mujer [7].

En la actualidad, es insuficiente el acercamiento al trabajo con los varones desde un abordaje integral e integrador que considere los elementos individuales, sociales y culturales que intervienen en el proceso de socialización masculina. Promover investigaciones y procesos educativos

sobre la socialización de género y los costos de la masculinidad hegemónica para hombres y mujeres, resulta fundamental para construir una sociedad con justicia de género.

Desde hace algunas décadas, investigadores sociales, profesionales de la salud y activistas sociales varones se han interesado en el estudio y desarrollo de nuevas masculinidades que abran una brecha entre aquellos roles estereotipados históricamente y la posibilidad de establecer relaciones igualitarias entre varones y mujeres, así como con personas con otras identidades, fracturando el modelo hegemónico impuesto. Desde un punto de vista internacional existe consenso acerca de la necesidad de involucrar a los hombres en iniciativas que contribuyan a promover la igualdad de género (Cairo, 1994; Beijing, 1995) (8,9), sobre todo alrededor de temas como salud sexual y salud reproductiva, paternidad y prevención de la violencia de género. Los proyectos sociales y los procesos educativos se encaminan hacia tales empeños, por lo que requieren posturas actualizadas, concepciones renovadoras y métodos creativos que motiven y comprometan a todas las personas para que, desde una pedagogía liberadora, construyan una sociedad en la que se respeten todos sus derechos.

Desde esta perspectiva se construye el accionar de la Plataforma de Hombres Cubanos por la No Violencia y la Equidad de Géneros, acompañada de un proceso educativo que tiene como principios el humanismo y la inclusión social.

Estrategia de la Plataforma

- 1) Identificar participativamente los presupuestos teóricos y metodológicos que sustentan el trabajo con hombres.
- 2) Establecer compromiso colectivo de los integrantes a favor de la no violencia y la equidad de género, con la firma de una declaración de principios.

- 3) Implementar un proceso de capacitación² continua para:
- apropiarse de conocimientos sobre género y masculinidades que permitan superar la tríada de la violencia masculina;
 - cambiar los imaginarios sociales relacionados con la masculinidad hegemónica y ganar en comprensión de las masculinidades no hegemónicas (prácticas no sexistas, libres de prejuicios, no discriminatorias);
 - desarrollar habilidades para articularse con otros hombres y con actores sociales diversos, y para identificar las desigualdades de género y trabajar por su erradicación;
 - multiplicar los aprendizajes en los diversos contextos en que los hombres se desempeñan, sobre la base de los principios de la Educación Popular.
- 4) Formar grupos de hombres en otros territorios (plataformas locales). Cada una se articula con las estrategias ya concebidas y crece la demanda de superación constante por parte de sus integrantes.
- 5) Incorporar a los miembros de la Plataforma en procesos de transformación social, con el despliegue de iniciativas que promuevan equidad de género con énfasis en la prevención de la violencia contra las mujeres.
- 6) Implementar encuentros sistemáticos de intercambio de experiencias del trabajo de la Plataforma y para la proyección y perfeccionamiento de la ruta a seguir.

² Se ha respondido a la demanda sistemática de capacitación propiciando cursos de superación en diferentes niveles educacionales, desde la formación de pregrado, postgrado y maestrías como vías para consolidar, en los hombres de la Plataforma, conocimientos y habilidades esenciales para reconocer las desigualdades de género, sobre todo la violencia contra las mujeres, y articular acciones de promoción de equidad según las particularidades de los contextos en que despliegan su acción social.

Nuestros aciertos

Cada encuentro se torna en una suerte de descubrimiento en el que es significativa la retrospectiva en nuestras historias de vida, para entender las construcciones de las masculinidades que cada uno trae consigo; y en ese ir y venir, intentar deconstruir lo que por muchos años, desde los «privilegios» del patriarcado, habíamos solidificado como la «hombría» y el deber ser ante nuestros pares.

Conocer la tríada de la violencia descrita por Michael Kaufman fue de los aciertos más reparadores; ya no solo veíamos la afectación causada a las mujeres y niñas, sino la latente violencia que se genera entre hombres y todos los efectos negativos sobre nosotros por no disentir de ese diseño hegemónico predominante.

Fue significativo abordar los costos de la masculinidad hegemónica para la salud de los hombres, caracterizados principalmente por una baja percepción o minimización de los riesgos, el descuido y la negligencia, relacionados con accidentes de trabajo, de tránsito, en el hogar o en espacios de ocio. De gran valor fue poder identificar los efectos de ocultar los dolores físicos y espirituales; de reprimir la expresión de las emociones y sentimientos reducidos al enojo, rabia, ira, cólera; y de probar a toda costa el rol de proveedores. Estos efectos inciden en la salud mental y en el desgaste físico, ya que pueden aparecer enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión, hasta llegar al suicidio al no poder cumplir con ese «mandato» social de mantener a las familias a todo costo. Aprendimos que, como consecuencia de la agresividad y el uso de la violencia, se pierde respeto y reconocimiento social, se produce inestabilidad familiar y se puede llegar al aislamiento social y hasta la privación de libertad. En términos de salud sexual, la ansiedad por demostrar el desempeño sexual genera estrés y angustia; en ocasiones las relaciones sexuales se reducen a practicar el coito y con poca frecuencia se rechaza el uso del condón, con la incidencia que tiene en el contagio con infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/sida. Otros daños también consecuencias del

falso concepto de hombría, se relacionan con el consumo frecuente de tabaco, alcohol y estupefacientes, que puede desencadenar en adicciones, así como las lesiones que se autoinfringen para mostrar supuesta virilidad.³

Trascendental fue acercarnos a la violencia sexual y profundizar en sus múltiples manifestaciones como forma silenciada de violencia de género: desde actos reiterados y «naturalizados como normales» (el acoso callejero y el abuso lascivo) hasta los daños físicos y psicológicos de una violación, que incluyen enmascararla bajo los mal llamados «deberes conyugales» cuando se obliga a las parejas a tener relaciones sexuales, lo que constituye el delito de violación marital, lo cual vulnera derechos. No pocos vimos claramente la urgencia de profundizar en estas problemáticas y replicar la oportunidad y posibilidad de crecer como hombres más liberados de esas prácticas denigrantes.

Nuestras fortalezas se hallan en la articulación de estos aprendizajes con proyectos de intervención locales y en compartir sistemáticamente los saberes con otros proyectos con apuestas comunes, como la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM) y el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), desde el respeto y los afectos, además de la participación en cada Jornada de Masculinidades y cada campaña nacional o local para prevenir la violencia de género, sobre todo la que se ejerce contra las mujeres, e incluso en la articulación con procesos similares de América Latina y Europa, donde se han establecido alianzas importantes para socializar nuestros retos y logros en cuanto a intervención con hombres.

Asociados a los grupos de prevención de VIH y otras ITS, también hemos puesto la mirada en el precio que pagamos los hombres por descuidar no solo la salud sexual y reproductiva, sino al mantenernos al margen de los afectos, privándonos del goce pleno de nuestros cuerpos y nuestras familias, y en gran medida exponiéndonos hasta la muerte por exhibir

³ Prácticas como consumo de esteroides, perlas en el pene, aceites en los pectorales y en los bíceps braquiales.

esa masculinidad ridículamente formada en el desconocimiento y la falsa labor de proveedores.

Es muy importante el apoyo desde la academia, tal es el caso de la alianza con la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para los Estudios de la Sexualidad (SOCUMES), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y la Universidad de La Habana y sus homólogas la Universidad Autónoma Metropolitana (UNAM) en Ciudad de México y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Muchos han sido los espacios propiciados desde el activismo para sumar nuevos hombres y articularnos a estrategias que permitan satisfacer las demandas de los miembros de acuerdo con ese contexto territorial en que se han formado plataformas locales que tributan también a estrategias de prevención y capacitación de otros actores en temáticas de género, masculinidades, violencia de género y equidad.

Asignatura pendiente

Es insuficiente y/o incipiente el trabajo con los agresores. Además de la sanción penal, se deben desplegar acciones con el objetivo de detener otros comportamientos similares o más graves, y que implicarían que estos victimarios comprendan la gravedad de sus actos, con el reconocimiento de su violencia y de los daños que causan a sus parejas, familiares u otros protagonistas de las historias de violencia. Se trata de implementar métodos terapéuticos que ayudarán a prevenir nuevos actos: no basta con la sanción si no llevamos al hombre a una manera de enmendar su error. Mucho queda por hacer en estos casos, y desde la norma jurídica deben aparecer medidas accesorias que recomienden terapias para lograr estos fines.

Sin duda puedo afirmar que la manera de militar en nuestra Plataforma comienza por el cuestionamiento de nuestras certezas y el deseo de

cambiar, y por la convocatoria personal hombre a hombre en el marco de los afectos, pero sin camisa de fuerza o lugar obligado para ninguno. Sin embargo, se trata de un espacio para mirarnos con visión crítica y para, en un aquellarre, sacar nuestros miedos e inseguridades con el fin de dar espacio a otras prácticas más solidarias y emancipadoras de ser hombres en estos tiempos.

Referencias bibliográficas

1. Casales JC. Psicología Social. Contribución a su estudio. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1989. p. 169.
2. Díaz MT. Memorias del curso «Aprendizajes en género y masculinidades» [material impreso]. Centro Óscar Arnulfo Romero; 2013.
3. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU). Masculinidades [documento digital]. Escuela de Formación para la Igualdad Sustantiva; 2014. p. 8-13.
4. Badinter E. XY. La identidad masculina. Madrid: Alianza Editorial; 1993.
5. Bourdieu P. La dominación masculina. La Ventana. Revista de Estudios de Género (Universidad de Guadalajara). 1996;(3).
6. Kaufman M. The construction of masculinity and the triad of men's violence. In: Kaufman M, editor. Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change. Toronto: Oxford University Press; 1985.
7. Bonino L. Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Documento 2. Colección contra la violencia de género. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2008. p. 8.
8. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo; 1994. p. 20. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
9. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. p. 4. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Bibliografía consultada

- Asociación Género y Desarrollo, AC (GENDES). Las políticas de igualdad de género. Elementos críticos para activar la responsabilidad masculina. 2013. Disponible en: www.gendes.org.mx/publicaciones/GENDESpoliticapublica2013.pdf
- Bard G. Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre masculinidades hegemónicas y disidentes. *Península*. 2016 Jul-Dic;XI(2):91-112.
- Bonino L. Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes* 6. *Masculinitats: Mites, De/Construccions I Mascarades*. 2002;(6):7-35. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434/153629>
- . *Los micromachismos*. La Cibeles (Ayuntamiento de Madrid). 2004 Nov.
- Brod H, Kaufman M. Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. En: *Theorizing Masculinities*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 142-65.
- Díaz MT. *Plataforma de Hombres Cubanos. Una experiencia para el bienestar*. Punto Género (Núcleo de Género y Sociedad Julieta Kirkwood, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile). 2016.
- . *Trabajando con y para hombres*. En: Gajardo A, coordinadora. *¿Qué hay de nuevo, man? Ser hombre y padre en el siglo XXI. De sus desafíos y tensiones*. Santiago de Chile: Editorial Universidad Santo Tomás; 2018.
- González Pagés JC. *Feminismo y masculinidad: ¿mujeres contra hombres?* En: Proveyer C, compiladora. *Sociología y política social de género*. La Habana: Editorial Félix Varela; 2005.
- . *Género y masculinidades en Cuba. ¿El otro lado de una historia?* *Nueva Antropología*. 2002 Sep;(61):117-26.
- . *Macho, varón masculino*. *Estudios de masculinidades en Cuba*. La Habana: Editorial de la Mujer; 2011.
- Heilman B. *Los costos de la Caja de la Masculinidad. Un estudio sobre el impacto económico de los estereotipos masculinos perjudiciales en los Estados Unidos, Reino Unido y México*. Promundo y Axe-Unilever; 2019. Disponible en: <https://sicmx.org/wp-content/uploads/2019/07/sintesis-del-estudio.pdf>
- Kimmel M. *Desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género)*. *La producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos*. En: *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-FNUAP; 1989.

- Lagarde M. Mujeres y hombres, femineidades y masculinidades al final de milenio. Jornadas Simone de Beauvoir, Instituto Interdisciplinario de Estudio de Género y Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 1999 Ago 5-6; Buenos Aires, Argentina.
- Parrini R. Apuntes acerca de los estudios de masculinidad, de la hegemonía a la pluralidad. Santiago de Chile: FLACSO; 2001. Disponible en: <file:///A:/Red de Masculinidad>. <http://www.flacso.c1-htm>
- Pontificia Universidad Javeriana. Primer avance de investigación: hacia la construcción de una antropología teológica de género. Bogotá: Facultad de Teología; 2001.
- Vélez G. Masculinidades. Poder, identidad y violencia de género. 2015. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/315080000>

PUNTES PARA POTENCIAR SALUD MASCULINA. LA EXPERIENCIA DE LA RED IBEROAMERICANA Y AFRICANA DE MASCULINIDADES

Enmanuel George López

Trabajar sobre los imaginarios que configuran y perpetúan prácticas hegemónicas en la construcción de masculinidades, ha sido el propósito de la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM) desde su surgimiento en 2007. Se trata de un espacio que ha integrado profesionales y activistas de América Latina, España y África, fundamentalmente hombres jóvenes provenientes de universidades y comunidades, a fin de potenciar alianzas entre los ámbitos académicos y de activismo social.

Apoyado en postulados teóricos resultado del activismo, la investigación feminista y los estudios de masculinidades, la Red ha promovido el trabajo en plataforma como vía para:

- crear conciencias y generar debates en torno al papel de los hombres en la sociedad;
- fomentar el cuestionamiento al modelo cultural patriarcal;
- ir a la búsqueda de otras maneras de ser hombre.

Los estudios de masculinidades surgieron en países de habla inglesa, en la década de los setenta del siglo xx, en un contexto marcado fuertemente por la huella feminista. En los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Australia, la década de los ochenta del pasado siglo marcó el despegue de estos trabajos para convertirse, en la década posterior, en un área de estudios consolidada, aunque no por ello menos polémica (1).

Clásicos en los estudios de hombres han ofrecido definiciones muy concordantes en su visión de las masculinidades, aunque cada uno enfatice y particularice en determinados aspectos. Así se nos presentan como construcción sociohistórica que incluye un conjunto de cualidades, sen-

timientos, actitudes, funciones y pautas de comportamiento, aceptadas y legitimadas al proceso de ser varón (2), o como conceptos construidos que diferencian socialmente a los hombres de las mujeres y existen en contraposición a las feminidades (3), o tal vez colocando el poder en el centro de la subjetividad masculina y equiparando su fuerza con la propia construcción masculina como capacidad para ejercer control (4).

La incorporación de este debate en América Latina ocurrió precisamente en la década de los ochenta del siglo xx, pero solo en la de los noventa se logró una producción relevante del tema. En este contexto los trabajos giraron sobre todo en torno a la articulación de los procesos de:

- la socialización de los hombres en la formación de sus identidades;
- la deconstrucción del machismo y la crítica de estos estereotipos;
- discusiones en torno a la sexualidad y su articulación con la construcción de identidades y el análisis del poder;
- la violencia en todas sus dimensiones, en especial aquellas contra las mujeres y la relación género-etnia (1).

En Cuba los estudios sobre el tema se ubican a fines de esa última década e involucran numerosos ejes de análisis que abarcan la identidad masculina, las paternidades, la violencia machista, la percepción social de la masculinidad y los cambios producidos en esta en la realidad cubana y la construcción sociohistórica del varón (5).

Julio Cesar González Pagés, creador e impulsor de la RIAM y su coordinador hasta hace unos años atrás, se posiciona desde el punto de vista teórico del concepto *masculinidades* al reconocerlo como una construcción sociohistórica estrechamente vinculada a otras categorías como raza, nacionalidad, clase social y opción sexual. Asimismo, destaca que las conductas a seguir y los cánones que la definen, varían en cada contexto espacio-temporal y constituyen una meta a lograr por los varones, en particular aquellas que definen un modelo de masculinidad hegemónica, que detenta el poder en las relaciones con las mujeres y con otros hombres que no cumplen los requisitos que dicho modelo establece (5).

Un concepto sistematizado desde la experiencia de la sección científica Masculinidades, de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) —sociedad científica adscrita a la Academia de Ciencias de Cuba que tiene como objetivo coadyuvar al desarrollo de las ciencias que estudian la sexualidad humana—, define las masculinidades como un sistema de diferencias simbólicas, imaginarios y prácticas asociadas al ser hombre en toda su diversidad, instituidas e instituyentes por la sociedad, mediatizadoras y mediatizadas por el sistema de relaciones sociales y poderes con sus correspondientes implicaciones (6).

La hegemonía masculina ha estado en el centro de los análisis de la RIAM al considerarla como ese modelo legitimado y aceptado por las sociedades patriarcales que prevalece hasta nuestros días y que garantiza y perpetúa la supremacía de los hombres sobre las mujeres y sobre otros hombres que se alejen de los cánones heteronormativos. Expresa la violencia machista como recurso de poder y medio de control, y resulta una construcción sociohistórica cultural marcada por la interseccionalidad (1).

Desde su surgimiento, la Red ha acumulado un número importante de producciones teóricas y prácticas de influencias que se han expresado en resultados investigativos, publicaciones, Jornadas Cubanas de Estudios de Masculinidades, talleres de sensibilización y capacitación en diversos espacios estudiantiles (de enseñanza media y universitaria) y ámbitos comunitarios, giras artísticas y propuestas audiovisuales.

Una de las temáticas que se han colocado en el centro de los debates, ha sido justamente la salud de los hombres y sus cuidados y autocuidado, porque, al igual que la violencia, se trata de una problemática social necesitada del examen y la reflexión social y de la urgencia de su estudio bajo el lente crítico de los estudios de masculinidades.

El desarrollo de la producción del conocimiento en los estudios de masculinidades ha favorecido el examen de los temas de salud al demostrar los vínculos entre estos y el mandato masculino hegemónico. Ha sido constantemente reiterado cómo los aprendizajes de género que tienen lugar en

escenarios familiares, institucionales y sociales promueven valores inherentes a la cultura patriarcal en los que la fuerza, la virilidad, el arrojo, la competencia y la resistencia tienen numerosos costos para la salud, ya que promueven y refuerzan conductas de riesgo, maximizan la autopercepción de inmunidad y obstaculizan el cuidado de sí en los varones (7-9).

El académico y médico mexicano Benno de Keijzer hace alusión a la adopción de conductas de riesgo que están en la base de las tasas de mortalidad masculina. En virtud de estas experiencias, el autor acuñó la expresión «el varón como factor de riesgo» para aludir a las implicaciones de los aprendizajes sociales no solo para la salud de los hombres, sino también para la salud de quienes le rodean, y señaló cómo ese modelo los convida a silenciar sus dolencias y malestares, a no mostrar vulnerabilidad, prescindir de cualquier ayuda y alejarse del autocuidado (8).

Talleres y cursos organizados por la RIAM han puesto la mirada en comparar la relativa estabilidad de las nociones culturales acerca de la masculinidad para que los varones se distancien de esencialismos culturales asociados a lo masculino, como el desafío al riesgo o las muestras de intrepidez y agresividad.

Los espacios de sensibilización han permitido que afloren y se debatan cuestiones relacionadas con la insuficiente preparación que se ofrece a los hombres desde pequeños en el espacio familiar y social, y que no les permiten enfrentar adecuadamente situaciones de riesgo y la protección de su salud, la insuficiente atención de los servicios de salud a sus problemáticas, su resistencia para acudir al médico, la tendencia a posponer tratamientos indicados y a no involucrarse en acciones de salud. Todo ello vinculado a la poca conciencia que tienen sobre los problemas de salud.

Otra de las acciones desarrolladas por la RIAM para intencionar el tema de la salud masculina, fue la realización de la III Jornada Cubana de Estudios de Masculinidades, dedicada a la cultura del cuidado de salud en los hombres.

Con el lema «Cuidar la salud es cosa de hombres», la Jornada reunió una amplia representación de estudiantes y profesores universitarios

especialistas de diferentes ramas del saber (medicina, psicología, sociología, comunicación...), así como activistas de diferentes sectores y territorios del país, quienes mediante paneles, presentación de audiovisuales y propuestas musicales intentaron promover el debate sobre las implicaciones socioculturales de la educación sexista en los graves problemas de salud que en ocasiones enfrentan los hombres.

En esta Jornada se presentaron paneles con temas muy novedosos acerca de la problemática de salud. Uno de ellos estuvo vinculado al cuidado de la salud en los hombres y las masculinidades: se debatieron temas relacionados con el cáncer de próstata, el uso de perlas en el pene, el abuso de anabólicos y otras sustancias, las agresiones contra sí y la ausencia de autocuidados en deportes como el béisbol y el fútbol, que generan de cara al futuro problemas de salud.

Sobre el abuso de anabólicos y hasta la inyección de aceites comestibles en los músculos para ganar volumen muscular (el más popular es el aceite de maní) se explicó cómo aquellos hombres que practican el culturismo arriesgan su salud para llegar a los estándares de la moda utilizando peligrosamente estos productos, pues tener un cuerpo bien formado constituye una preocupación para los hombres que, por demás, los diferencia y los hace superiores a otros de su grupo, además de exaltar su figura y personalidad varonil.

Al respecto se debatió acerca de la preocupación que esto nos debe generar, ya que la mayoría de estos varones nunca se ha detenido a pensar cuán perjudicial resulta el empleo de esta práctica para su salud. No se reconoce ni se admite que están enfrentando un comportamiento de riesgo que tiene en su base un machismo ancestral bajo la convicción de que los hombres «nunca se equivocan», pero también por la influencia de la sociedad cubana que está inserta en el culto al cuerpo y la metrosexualidad.

El debate también giró en torno a los altos niveles de permisibilidad social que existen al respecto y cómo algunos dueños de gimnasios comercializan esteroides y aceite de maní de manera inescrupulosa y expiden esas sustan-

cias a sus clientes. Es alarmante la cifra de jóvenes afectados que llegan a los hospitales como consecuencia de su uso, de ahí la necesidad de continuar capacitando e informando por medio de diferentes canales comunicativos.

Otro tema abordado fue el deporte, la violencia y el autocuidado, por medio de entrevistas realizadas a jóvenes que practicaban el fútbol callejero. Muchos de ellos opinaron que a las prácticas deportivas se les debe imprimir dosis de violencia, pues ello caracteriza a los hombres, e incluso que el hecho de jugar exhibiendo alguna lesión es un riesgo que los enorgullece, ya que ello exalta su fuerza y su capacidad de resistencia. El autocuidado queda entonces en manos de la suerte.

Otro de los trabajos estuvo enfocado en un estudio de caso realizado en el municipio de 10 de Octubre para analizar una de las enfermedades que provoca más muertes en los hombres, el cáncer de próstata, apegado al modelo hegemónico heteronormativo. El tacto rectal resulta un proceder impracticable para los hombres, por lo que se torna imprescindible trabajar con especialistas y medios de comunicación para hacer más fácil su trabajo en la prevención y tratamiento de esta patología. Se debatió además cómo muchos hombres se ofenden cuando se les pregunta si se harían un tacto rectal para diagnosticar la enfermedad, lo cual demuestra las implicaciones que tiene la cultura machista en la salud. Se concluyó que muchos hombres prefieren morir que ser penetrados por un dedo.

El mito de las perlas en el pene fue otro de los tópicos debatidos con fuerza, muy asociado a la virilidad masculina y la sexualidad. Se reflexionó acerca de cómo esta práctica es una moda entre los jóvenes, con el presupuesto de que ello hace «gozar más a las mujeres». El servicio militar y las becas en el campo han sido los sitios en los que con mayor frecuencia se observa esta tendencia perjudicial, típica de la masculinidad hegemónica. Igualmente se insistió en los daños a la salud que incluyen no solo infecciones severas sino amputación de los genitales.

El otro panel, «Masculinidades y VIH», estuvo dedicado al debate de los estereotipos de género en las masculinidades presentes en las obras

audiovisuales, cuñas comunicacionales y musicales sobre estos temas. Se cuestionó si todos los hombres estaban realmente representados en las imágenes que se promocionan para la prevención del VIH, y la necesidad de actualizar constantemente la información a fin de brindar herramientas para elaborar materiales de prevención certeros que lleguen a públicos diversos. Se concluyó que cuando un mensaje es claro, llega a todos los sectores pues se sienten identificados y el beneficio que se reporta es mayor.

Los análisis también se centraron en el contenido de los audiovisuales que componen las campañas de prevención del VIH: la utilización de diversos estereotipos de género, supuestamente dirigidos a promover la prevención del VIH, resultan perjudiciales, pues refuerzan estigmatizaciones y discriminaciones por razones de género, influyen mucho en prácticas sexuales desprotegidas y exponen a las personas a situaciones de riesgo.

Se precisó que el VIH tiene que ver con comportamientos sexuales aprendidos y que si no se entiende el valor de preservarse, la persona se expone y es su responsabilidad, de ahí la necesidad en ser cada vez más claros en los temas de sexualidad para poder avanzar hacia una cultura de autocuidado en la salud de los hombres.

Este panel presentó un audiovisual que incitaba a la reflexión acerca de una infección de transmisión sexual (ITS) que afecta a los hombres y mujeres, y de la que no se habla con mucha frecuencia. Se trata del virus del papiloma humano (VPH), que se adquiere por la práctica de sexo oral desprotegida y que constituye un factor de riesgo para el cáncer de laringe en los hombres. El VPH es un flagelo que, al igual que el VIH, ataca sin distinciones y que la mayoría de las personas no tienen conocimiento sobre ello. Afecta a las mujeres, pero en los hombres se convierte en un factor de riesgo para el cáncer de laringe, que provoca muchas más muertes en estos últimos. Se trata de un asunto estudiado con amplitud por la medicina, pero la cultura y la academia no tienen una mirada crítica a la hora de visualizar el problema.

Como parte de la Jornada se presentaron otros audiovisuales, entre los que figuró el realizado por Marilyn Solaya en 2003 titulado *Mírame, mi amor*, que aborda la problemática de los masturbadores y exhibicionistas públicos por medio de testimonios de mujeres víctimas y entrevistas a especialistas (psicólogos y juristas). Es una obra que trata el tema de la violencia sexual, que también constituye un problema de salud y que tiene que ver con los hombres que irrumpen sin justificación en el espacio público mostrando y manipulando sus genitales.

Un valor importante de *Mírame, mi amor* fue mostrar una realidad oculta y silenciada y poner el tema en perspectiva, pues la masturbación pública es un fenómeno de la sociedad machista y patriarcal cuya responsabilidad recae en los hombres convidados a seguir esos presupuestos, al tiempo que, por frecuente y extendida, es una práctica que se ha naturalizado.

El debate legitimó que, desde la definición clínica, el exhibicionismo público constituye una parafilia cuando la persona única o principalmente siente placer por esa vía, pero se reconoció lo complicado que resulta tratarlo solo como un comportamiento parafilico en el marco de lo naturalizado que permanece a nivel de lo cotidiano, asociado a una conducta anormal o enferma de las personas que lo practican. Sin embargo, como problemática social y más allá del debate de hasta dónde es genético o aprendido, es imprescindible que se le atienda desde lo médico, lo jurídico y lo penal.

Los participantes coincidieron en que hay que trabajar con la víctima, el victimario y la revictimización a partir de una perspectiva clínica, social y de educación, orientación y tratamiento, pero no siempre se puede absolutizar el problema y depositarlo en causas patológicas; hay que tener en cuenta su arista social y sus connotaciones en términos de daños a otras personas, así como considerar que se trata de un fenómeno que se ha masificado en los últimos tiempos, incluso entre hombres jóvenes y con una complacencia social alarmante.

El exhibicionismo es una forma de acoso sexual y, por ende, de violencia sexual, pero se trata de una expresión de la violencia de género y se debe aprovechar la legitimidad que tiene en nuestro país el enfoque de género y concretar acciones afirmativas dirigidas a la educación de las femi- nidades y masculinidades. Hay que educar a la población, y a los hom- bres en particular, acerca de que la masturbación es una práctica sana y beneficiosa, pero totalmente privada y no pública. Debe haber una alian- za entre salud pública, la policía y las leyes.

En esta Jornada se presentó una conferencia del académico mexicano Juan Guillermo Figueroa sobre el comportamiento de la salud reproductiva de los varones, en alusión a un trabajo anterior presentado por el autor (10).

El especialista abogó por los derechos sexuales y reproductivos de los varones y cuestionó la lógica del patriarcado en cuanto al modelo machista de ser hombres, mediante reflexiones sobre tres dimensiones: la reproducción, la sexualidad y la salud. Estas apuntan a la incorpo- ración de los varones como sujetos activos en las políticas públicas de salud y reproducción en pleno ejercicio de la igualdad con respecto a las mujeres, que han sido con toda justeza el centro de atención en estas cuestiones. «Trabajar las masculinidades es provechoso para la salud, pero es doloroso para los hombres», apuntó el académico.

Se debatió en torno a cómo la identidad masculina se asocia con la negación de los malestares, la violencia y la muerte, las actitudes teme- rarias, la competitividad constante y la homofobia, lo cual constituye el principal factor de riesgo asociado a la mortalidad masculina.

Numerosos trabajos del estudioso de las masculinidades han insistido reiteradamente en lo que significa en realidad el derecho a la salud y las condiciones que se sitúan alrededor de ese derecho (es decir, la respon- sabilidad individual, institucional y de la sociedad), a fin de crear las con- diciones propicias para llevar a vías de hecho ese ejercicio de derecho, de ahí la importancia de la participación de los hombres en el seguimiento y monitoreo a los procesos de salud y enfermedad (10).

La Jornada devino una oportunidad más para cohesionar acciones e investigaciones entre las instituciones sociales, la academia, el activismo y los medios de comunicación en materia de salud masculina, cuestión que permanentemente ha figurado en las acciones y los propósitos de la RIAM.

Las obras audiovisuales y las giras culturales realizadas por la RIAM como prácticas de incidencia en su labor de visualización y sensibilización de problemáticas relativas a la experiencia de ser hombre, también han colocado el tema de la salud masculina como eje de debate, siempre con el agudo lente puesto en lograr cuestionamientos a lo culturalmente pautado.

Las prácticas asociadas a creencias y estereotipos sobre la hegemonía masculina derivan en situaciones de riesgo, en las que en muchos casos se abusa de las posibilidades corporales como muestra de potencia, resistencia y superioridad, elementos que mediante los cuales los varones validan su masculinidad (11).

La masculinidad en su versión hegemónica carece de herramientas comunicativas para expresar sus emociones y opiniones, con las consecuencias que provoca en los diferentes espacios en que interviene. La ausencia de diálogo y de una capacidad de autoanálisis deja desprovistos a muchos hombres de habilidades para lidiar con diversas situaciones. Sin embargo, es posible derribar hegemonías, desmontar presiones asociadas al desempeño del rol que fractura el cuidado de sí en los varones y transitar hacia nuevas formas de ser hombre (12).

Muchas de estas prácticas opresivas podrían tornarse experiencias de autocuidado diferentes si los hombres redimensionaran el valor de su cuerpo y sus relaciones, pero no desde la representación de la omnipotencia y la superioridad, sino en sus expresiones más genuinas, dirigidas a la preservación del bienestar físico, psicológico y espiritual. Ello supone, por supuesto, desterrar mitos, reconocer vulnerabilidades y derrumbar metas impuestas que resultan asfixiantes y retrógradas (11).

Desde la visión de las masculinidades no hegemónicas, las aspiraciones de cambio transitan por un rediseño de las actitudes machistas a fin de seguir extendiendo puentes en favor de un autocuidado responsable de la salud masculina.

Referencias bibliográficas

1. George E. Contribución de la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades en Cuba desde la sistematización de experiencias en los ámbitos de la música y el deporte (2012-2015) [tesis en opción al título académico de Máster en Desarrollo Social]. La Habana: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba), Universidad de La Habana; 2020.
2. Connell R. La organización social de la masculinidad. En: Olavarría J, Valdés T, compiladores. Masculinidad/es: poder y crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional; 1997.
3. Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Olavarría J, Valdés T, compiladores. Masculinidad/es: poder y crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional; 1997.
4. Kaufman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Brod H, Kaufman M, editores. Theorizing masculinities. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
5. González JC. Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
6. Rivero R. Masculinidades. Re-definición de identidades y alternativas de cambio. En: Rivero R, Ulloa O. Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades. La Habana: Editorial CENESEX; 2016.
7. De Keijzer B. El varón como factor de riesgo. En: Tuñón E, editora. Género y salud en el sureste de México. Villahermosa, Tabasco: ECOSUR - U.A. de Tabasco; 1998.
8. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante. Género, cuerpo y salud masculina. La Manzana. Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades. 2006;1(1).

9. Figueroa JG. El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? En: *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud*. Lima: EDHUCA SALUD; 2007. p. 373-92.
10. Figueroa JG. El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*. 2015;(7):121-38.
11. Díaz MT. Reanimar el autocuidado de los hombres en tiempos de pandemia. Foro Virtual de Masculinidades 2020. Disponible en: <http://redmasculinidades.blogspot.com/2020/05/>
12. George E. La violencia masculina: la otra pandemia. Disponible en: <http://redmasculinidades.blogspot.com/2020/05/la-violencia-masculina-la-otra-pandemia.html?m=1>

EPÍLOGO

UN DEBATE PROMETEDOR

María Teresa Díaz Álvarez,
Mirian Rodríguez Ojeda,
Ángela Suárez Estévez

Como parte de las actividades de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) tiene lugar el Primer Consenso Cubano sobre Salud Masculina y Masculinidades en la mañana del primero de noviembre de 2019 en uno de los salones que ocupa el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

El Consenso convocó a académicos, promotores, activistas sociales, miembros del ejecutivo de SOCUMES y otros integrantes de sociedades científicas que participaron en encuentros anteriores a esta reunión y aportaron información científica de interés para el tema, sometido previamente a debate por los distintos grupos de trabajo.

Invitados

Sr. Rafael Cuestas, Coordinador Internacional del Programa del UNFPA.
Dra.C. Marisol Alfonso, investigadora y Oficial Nacional del Programa del UNFPA en Cuba.

Programa de trabajo

1. Palabras de bienvenida a cargo de la doctora Beatriz Torres, Presidenta de SOCUMES.
2. Intervención especial de representantes del UNFPA.
3. Presentación del Apartado I: Conceptualización teórica y rutas investigativas contemporáneas sobre masculinidades, salud, y salud sexual en la práctica científica cubana.
4. Presentación del Apartado II: La sexualidad de los hombres. Experiencias en salud sexual.
5. Presentación del Apartado III: Expresiones de la construcción hegemónica masculina en diferentes patologías clínicas.
6. Presentación del Apartado IV: La promoción-prevenición comunitaria e institucional de atención en salud, una alternativa viable para mejorar la salud de los hombres.
7. Palabras de cierre.

Palabras de bienvenida

Se inicia el Consenso con las palabras de la doctora en Ciencias Beatriz Torres Rodríguez, Presidenta de SOCUMES, quien da la bienvenida a los presentes y agradece sus contribuciones al Consenso.

Intervenciones especiales

Se invita al señor Rafael Cuestas, Coordinador Internacional de Programa del UNFPA, a que se dirija al auditorio. En su intervención critica el modelo binario de género y resalta la necesidad de ampliar estudios en la población de hombres sobre derechos y salud sexual y reproductiva (SSR). Destaca el señor Cuesta la multidisciplinariedad de temas para llegar a las bases del Consenso y cómo en el párrafo 23 del Consenso de Montevideo se expresa la importancia de incorporar al hombre en este proceso.

La doctora Torres invita a la doctora Marisol Alfonso a que dedique unas palabras como investigadora y Oficial Nacional del Programa del UNFPA. La doctora Alfonso apunta que constituye un placer que se celebren estos espacios, pues aún no se ha avanzado lo suficiente por los tabúes y estereotipos que persisten actualmente. Elogia la manera en que la SOCUMES ha trascendido en los diferentes consensos que ha convocado, en cuanto a la participación no solo de académicos, sino también actores, activistas, ejecutivos de agencias y población cubana en general, evitando el elitismo en estos espacios. Subraya que el UNFPA está comenzando cinco años más de cooperación y la SOCUMES inició un nuevo proyecto con el financiamiento y acompañamiento de esta agencia. Desea éxitos en el encuentro que hoy los reúne y en el trabajo futuro.

A continuación la doctora Beatriz Torres realiza una breve reseña de las particularidades de este Consenso y del trabajo de los diferentes apartados. Subraya que, con el acompañamiento del UNFPA, se ha posibilitado llegar a siete consensos, con el propósito de tocar diferentes temas y socializarlos en varios momentos. Con el presupuesto del UNFPA se han elaborado ya nueve libros en un período de cuatro años.

Alega que el séptimo consenso que hoy se convoca versa sobre el tema de masculinidades y salud, coordinado por María Teresa Díaz Álvarez, del Centro Óscar Arnulfo Romero (OAR), y Yamira Puentes Rodríguez, del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

La Presidenta de SOCUMES agradece a María Teresa (Maité) por ser pionera en investigaciones sobre este tema y su desvelo para concretar lo que hoy nos presentarán los cuatro apartados, e igualmente a Yamira por su compromiso y entrega. Añade que en este proceso se han realizado reuniones de trabajo previas, caracterizadas por diálogos de saberes a favor de buenas prácticas y apuntes teóricos con el fin de perfilar los temas desde la academia en cada uno de los grupos de trabajo.

Seguidamente convoca a Maité para que comparta lo producido por el primer grupo de trabajo: Conceptualización teórica y rutas investigativas

contemporáneas sobre masculinidades, salud, y salud sexual de la práctica científica cubana.

Maité comienza la exposición haciendo alusión a los orígenes de los estudios de género de los hombres y las masculinidades, cuyos antecedentes descansan en los posicionamientos teóricos del feminismo, bases conceptuales de la teoría de género, y los aportes de la teoría y el activismo del movimiento lésbico-gay primero, luego LGBTI y finalmente estudios *queer*. Sitúa otros círculos contextuales e históricos que también sirvieron de plataforma a estos estudios, como la eclosión de la cultura juvenil y la revolución sexual.

Alude a los aportes de la teoría *queer* como movimiento político que aboga por la deconstrucción de las identidades sexuales basadas en el enfoque binario de género (masculino/femenino).

Se apega al concepto de masculinidades definido por la Sección de Masculinidades de la SOCUMES y resaltamos tres elementos fundamentales de esta definición; se trata de un proceso de construcción social, cultural, histórico y político acerca de lo que la sociedad ha establecido para los varones, representaciones, prácticas y vínculos que establecen los hombres con las mujeres, otros hombres, otras identidades y la sociedad; y como las formas en que tradicionalmente se ha ejercido el poder.

Destaca cómo estas construcciones genéricas, apegadas a la percepción y al reconocimiento de la superioridad masculina (con bases patriarcales) y en las que se configuran en su subjetividad mandatos hegemónicos, han impedido que los varones puedan desarrollar formas de relación equitativas, potenciadoras de un crecimiento individual y social saludable.

Se introduce la idea acerca de cómo la investigación científica sobre hombres y masculinidades intenta recuperar la perspectiva de género planteada por el feminismo, que parte de la consideración de que los varones son también sujetos genéricos, y cómo estos estudios beben de planteamientos teóricos y conceptuales de diferentes disciplinas.

Posteriormente agrega cómo los estudios de género de los hombres y las masculinidades han abarcado diferentes aristas dentro de las que se encuentran las investigaciones sobre salud y salud sexual.

Con la aparición de la teoría de las masculinidades, se acepta la tesis de la influencia que sobre la salud de las mujeres ejerce la dominación patriarcal, pero acentúa la necesidad de reconocer la repercusión que tiene ese sistema de dominación sobre la vida de los hombres y su salud.

Se refiere a un grupo de autores del escenario internacional que han resaltado el vínculo entre masculinidades y salud (Bonino, Courtenay, Bourdieu...) y destaca las contribuciones de Benno de Keijzer y Juan Guillermo Figueroa, quienes visualizan lo que significa verdaderamente el derecho a la salud y las condiciones que se sitúan alrededor de ese derecho, es decir, la responsabilidad individual, institucional y de la sociedad, a fin de crear las condiciones propicias para llevar a vías de hecho ese ejercicio de derecho.

Seguidamente menciona los antecedentes de la investigación sobre género, salud y masculinidades en Cuba asociados a los procesos acerca de la experiencia de ser hombre: paternidad, emociones, liderazgo, violencia y exclusiones de hombres con sexualidades no heteronormativas. Se refiere a un grupo de investigadores e investigadoras cubanas, algunos presentes en este Consenso, cuyos aportes al tema adquieren relevancia:

- las asignaciones y expropiaciones del género masculino marcadamente rígidas, excluyentes y tan naturalizadas y enraizadas que afectan la salud y el bienestar;
- los factores de orden histórico, político, social, cultural y económico que no privilegian lo genérico como punto importante de referencia en salud;
- el género como un eje transversal en las problemáticas de salud;
- el peso de las significaciones imaginarias instituidas (tradicionales) e instituyentes (nuevos, emergentes), reconocidas como exigencias a los hombres y que generan estados de angustia;

- la manera en que la socialización ha armado ese poder, el cual causa dolor, aislamiento y alienación;
- la vulnerabilidad social de las personas HSH al VIH, determinada por el estigma y la discriminación;
- los vínculos *masculinidades-homosexualidad-salud* en que se identifican las adversidades y los factores de riesgo y protectores en su historia de relación, y se destacan las implicaciones del modelo hegemónico de masculinidad en la salud de estos hombres, que vulnera la salud ya que genera conductas de riesgo.

Por último, se refiere a un grupo de condicionantes psicológicas, sociológicas jurídicas, pedagógicas y psicopedagógicas relacionadas con la salud.

Al concluir la presentación de este primer apartado, se abre el debate y se invita a la elaboración de propuestas.

Sergio Enrique Morlán, coordinador de la Plataforma de Hombres Cubanos, del Centro Óscar Arnulfo Romero (OAR), plantea que Maité ha reseñado un amplio abordaje de los estudios de los hombres. Señala que es significativo que en este auditorio haya una presencia mayor de mujeres que de hombres, lo que demuestra que la mirada sobre ellos debe ser más participativa. Agrega que, al ser parte de los estudios de postgrado en la maestría de Géneros y Educación de la Sexualidad en la Universidad de Ciencias Pedagógicas, ha podido conocer un tratamiento científico de este fenómeno.

Beatriz Torres expone la importancia de la profundización teórica y cómo las maestrías y doctorados ayudan a asumir nuevas posturas sobre estos temas.

Grisel Crespo, del CENESEX, plantea que este primer apartado ayuda a los posicionamientos teóricos.

Alberto Roque, del Hospital Oncológico, se refiere a la cuestión vinculada con las incertidumbres permanentes de los enfoques constructivistas sobre la masculinidad hegemónica, que es legitimada crítica y política-

mente sobre los hombres trans, pues no se evidencian estudios al respecto. El CENESEX debe incentivar estudios sobre los hombres trans: ¿qué pasa desde las masculinidades trans con la construcción binaria que involucra a los académicos? Hay que dejar abierta la discusión para las nuevas investigaciones sobre esta cuestión y visibilizar estudios sobre los hombres trans que generen otras posturas a favor del modelo no binario. Asimismo, abogar por responsabilidades éticas y de mucho cuidado para los decisores políticos relacionadas con sexualidades no binarias, fluidas y legitimadas por la cultura y la academia en el contexto de la salud.

Zoe Díaz Bernal, de la Escuela Nacional de Salud (ENSAP), sugiere ampliar el binomio salud-enfermedad por salud-enfermedad-atención-reparación; que aparezca el nombre de reproducción humana como parte del bienestar humano. Se cuestiona el término de factores de riesgo por el peligro que entraña este concepto, al igual que determinantes sociales. Desde la academia es necesario superar estos conceptos por interseccionalidad.

Carlos Gutiérrez, por la SOCUMES, valora la importancia de estimular investigaciones cubanas, pues se ha constatado en esta presentación que la sabiduría cubana necesita ser visibilizada, porque estamos sumergidos en la literatura foránea.

Juan Carlos Albizu, del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), reconoce la inclusión de los economistas en la interseccionalidad. Hace la observación que, desde el punto de vista demográfico, la esperanza de vida no es un indicador de envejecimiento. Sentencia que el término *envejecimiento poblacional* no existe, pues se debe hablar de vejez demográfica, definida como la transformación que experimenta la estructura de la edad debido al descenso sostenido y prolongado de la fecundidad. La demografía como disciplina tiene que tener un discurso muy cuidadoso.

Miriam Marañón, de la Cátedra del Adulto Mayor, agradece que se haya incluido el tema del envejecimiento y en particular los hombres mayores.

Finalmente se someten a consideración las propuestas de este apartado para el Consenso:

- 1) Aun con los avances que ha significado la inclusión de la teoría de las masculinidades en materia de investigación y definición de políticas en salud, es necesario e imprescindible una mejor interacción disciplinaria entre:
 - investigadores/as con estudios de género de los hombres y las masculinidades;
 - investigadores/as de las ciencias de la salud y la medicina;
 - estudiosos/as y actores que participan en las definiciones de políticas.

Todo ello a fin de garantizar una visión más integral de la salud de los hombres, lograr un efecto en la reducción de su mortalidad y morbilidad, y reflejar un incremento de su esperanza de vida.

- 2) Necesidad de que los estudios de hombres no solo consideren los comportamientos de riesgo y se deseche el término *factores de riesgo*. Los enfoques también deben incluir, con una mirada interseccional, el análisis de las estructuras simbólicas de los mandatos de género, las dinámicas de poder que configuran las relaciones interpersonales, y las prácticas cotidianas que perpetúan desigualdades de género en salud.
- 3) Las investigaciones con salida en agendas políticas deben potenciar el examen de las desigualdades como principio básico en la formulación de las políticas de salud que amplíen el significado de la equidad de género al ámbito de la salud pública.
- 4) Es condición indispensable para el encuentro con la equidad el trazado de rutas investigativas sobre las relaciones entre los hombres y el proceso de salud-enfermedad, que consideren sus prácticas genéricas dentro del contexto social y las condiciones y circunstancias particulares en que estas tienen lugar.

- 5) Las investigaciones deben favorecer la visualización, el análisis y la explicación de las diferentes formas o alternativas de «ser hombre» con un enfoque crítico, contextualizado, prospectivo, propositivo, ético, de integración social y de dignificación de diferencias, pero también con una mayor implicación masculina en proyectos de vida saludable.

Resultan aprobadas las propuestas del apartado por unanimidad.

Seguidamente se invita a Yamira Puentes, a cargo de la coordinación del apartado II, a exponer sus resultados. El tema es «La sexualidad masculina y las experiencias en salud sexual».

Yamira inicia su exposición haciendo alusión a los cuatro holones de la sexualidad, según el teórico mexicano Eusebio Rubio (género, reproductividad, erotismo y vinculación afectiva) y cómo cada uno tiene una salida importante en sus vínculos con las masculinidades.

En el caso del género, se abordó cómo los significados que los varones otorgan a lo que significa ser hombre, no favorecen en ellos una ética del cuidado y el autocuidado de su salud, e impiden su desenvolvimiento saludable: resistencia a atender disfuncionalidades en la función y el desempeño sexual (placer-malestar-disfunción sexual); el temor a no cumplir el mandato de embarazar a la mujer, lo que refuerza la idea de que la virilidad está asociada a la fecundidad y esta a su vez al rendimiento; vulnerabilidades vinculadas al no uso del condón y que desatan exposiciones a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al VIH/sida; la resistencia a someterse a chequeos médicos para la detección del cáncer de próstata; y las agresiones al cuerpo y el uso de anabólicos para resaltar la figura corporal hegemónica. Estos son algunos de los mandatos genéricos vinculados a la salud sexual.

Continuó con el cumplimiento de la heteronorma, que fomenta el rechazo a identidades de género y orientaciones sexuales como expresiones de

la hegemonía masculina; los mensajes de prevención dirigidos a hombres heterosexuales, de los que se destierran las sexualidades vulnerables sometidas al silencio y la exclusión; la realidad de los hombres discapacitados, quienes muchas veces no pueden cumplir con el mandato de género, lo que compromete su bienestar personal; y el grupo HSH, cuya vulnerabilidad a la infección del VIH ocupa un porcentaje muy alto dentro de la población general.

En cuanto a la reproductividad, la maternidad continúa siendo un destino de las mujeres, pues las decisiones reproductivas de los hombres apenas aparecen y no existe percepción acerca de su involucramiento en temas de planificación familiar: consecuencia del modelo de salud reproductiva tradicional, que excluye a los hombres de estas decisiones, en las que por lo general participan poco, pues no se involucran en temas relacionados con la regulación de la fecundidad.

La asistencia de los hombres a los servicios de planificación familiar es un acto infrecuente, resultado de una falta de identificación con lo necesario de este servicio, del cual no se sienten parte a partir de mandatos de exclusión impuestos por la cultura.

Las cuestiones vinculadas al erotismo fueron abordadas en muchos de los trabajos debatidos; tal es el caso de la influencia de situaciones de estrés en la pareja y cómo acrecientan las dificultades en la comunicación sobre cuestiones vinculadas a la esfera erótico-afectiva. Las respuestas de los hombres van más encaminadas a su preocupación por las dificultades en el desempeño, como trastornos en la erección y la eyaculación precoz.

El tamaño del pene es otro de los aspectos vinculados al éxito en el placer erótico, a partir de la ansiedad que provoca en muchos hombres la creencia errónea de la cultura machista de valorar el pene como un atributo de la masculinidad (los penes pequeños no producen placer e influyen en el resultado de la relación sexual). Muchos varones sienten ansiedad como producto de su disconformidad con el tamaño de su

órgano sexual, a pesar de que en la mayor parte de los casos es consecuencia de prejuicios y estereotipos machistas.

Otro trabajo abordado se relacionó con la influencia del alcohol en los trastornos de la sexualidad. La evidencia científica avala, de manera impactante, los efectos del alcohol en la erección del pene y el daño producido fundamentalmente en el sistema cardiovascular, endocrino y nervioso. A pesar de la alta prevalencia de la disfunción eréctil y el impacto indiscutible que tiene sobre la autoestima y la calidad de vida de los hombres, esta sigue estando infradiagnosticada, debido al entorno social y cultural que estimula el miedo y la vergüenza del varón para consultarse. Pero también la evidencia de que beber alcohol es un marcador de hombría, resistencia y fortaleza, y que muchas veces impide valorar sus efectos sobre la salud y sobre la sexualidad.

Este apartado presentó también el valor que los varones atribuyen al pene, como signo esencial de su poderío: hay evidencias científicas que para la mayoría de ellos no hay sexo sin penetración. La relación *hombre-pene* se demuestra en el acto sexual, que parece ser un contacto entre el hombre y su propio miembro.

También se presentaron temas relacionados con el desconocimiento, por parte de algunos integrantes del personal sanitario, sobre la evolución de la sexualidad humana, lo que hace que se transmitan mensajes contraproducentes que refuerzan en muchos casos la hegemonía masculina: por ejemplo, que existe una edad de retiro o jubilación sexual, o predisponerse para la atención de hombres que transgreden la norma heterosexual establecida. La vinculación con el Código de Ética construido desde la SOCUMES es imprescindible para el trabajo con los malestares de la sexualidad.

Otro aspecto abordado fue la influencia de los modelos hegemónicos de masculinidades en el desarrollo de algunos trastornos parafilícos que aparecen con mucha frecuencia en las historias de vida de pacientes que acuden a las consultas de sexología. Con independencia del peso de los

factores fisiológicos en el origen y desarrollo de este trastorno, estudios recientes han demostrado la contribución del modelo hegemónico de masculinidad en su aparición. Estimular el uso de la pornografía «para hacer más rápido hombres a sus hijos», o el padre que elogió constantemente el pene de su hijo, constituyen peligros potenciales para el desarrollo de exhibicionismos, voyerismos u otras patologías.

Finalmente se concluye que algunos estudios sistematizados destacan las brechas y vacíos que se establecen sobre:

- comportamientos homofóbicos;
- el impacto del VIH en la salud humana, la relación usuario-preservativos de servicio seropositivo, y el fenómeno de la iatrogenia en los servidores públicos;
- la ética del cuidado y autocuidado de la salud;
- los bio-hombres con género y sexualidad no hegemónica.

Una vez concluida la presentación se abre el debate.

Miriam Rodríguez, del ejecutivo de la SOCUMES, hace la observación de que en la lógica seguida advierte que los resultados, al fragmentarlos por los holones, se repitieron varios estudios de los mismos autores, cuando esos autores tuvieron una perspectiva integradora de sus resultados. Sugiere evitarlo cuando se conforme el libro del Consenso.

Yamira Puentes responde que haberlo hecho de esa manera le permitió constatar qué es lo que no se ha estudiado sobre esta parte, y comprobó que sobre el vínculo afectivo hay muchos menos estudios.

Miriam Rodríguez plantea que hay investigaciones de doctorado que dan cuenta de ese tema, como la del doctor en Ciencias Amado Rodríguez Iglesias.

María Elena Real Becerra, del ejecutivo de la SOCUMES, plantea que muchas veces lo afectivo no se expresa o devela, porque suelen ser

malestares en las relaciones de pareja o en otro tipo de vínculo, pues a los hombres se les educa para reprimir y silenciar estas vivencias.

Carlos Gutiérrez interviene para acotar que los hombres se preocupan menos por la salud en general y la salud sexual en particular. Propone que se debiera hacer un consenso de sexualidad, actividad física y deporte en hombres diversos.

Maité Díaz, coordinadora del Consenso, alega que la sexualidad es una de las columnas sostenedoras de la masculinidad hegemónica a partir del modelo heteronormativo instaurado desde la cultura patriarcal. Cuando el hombre no tiene un desempeño erótico de acuerdo con lo culturalmente pautado desde la relación *erección-penetración-eyaculación*, se establecen censuras que resultan muy fuertes en los malestares del hombre, lo cual suele reprimirse. El pene, como órgano de fuerza, potencia, virilidad y poder, ha sido denominado «miembro ilustre» por el valor que tiene dentro de la sexualidad masculina, pues quien penetra tiene el control y el poder.

Yelina, mujer trans, agradece haber estado en este espacio. Su experiencia le ha permitido indagar cómo los hombres que han tenido relaciones con mujeres trans reformulan su sexualidad, aunque les cuesta despojarse de los mitos y prejuicios.

Sobre el deporte y las salas hospitalarias, los decisores de políticas no tienen en cuenta a la población trans.

Juan Carlos Albizu refiere que se crea un estereotipo sobre la esperanza de vida. La esperanza de vida es más baja que la que debería ser. ¿Cuál es la esperanza de vida en los hombres y qué relación tiene con el fenómeno de la masculinidad? Se necesitaría un consenso sobre sexualidad-feminidad que aborde: feminidad cubana, factor de riesgo y morbilidad. Destaca Albizu que en la región oriental la fecundidad está por encima en el segmento poblacional adolescente.

En este apartado hay que destacar el vínculo entre salud y salud sexual, el impacto de la masculinidad en la salud sexual, así como el cuidado y autocuidado.

Rayda Semanat Trutié, del Centro de Estudios sobre la Juventud, menciona que hay estudios de varones adolescentes y jóvenes en diferentes regiones del país, vinculados con la sexualidad desde una dimensión sociopsicológica, que exploran y constatan la reproducción de estos modelos sexistas por la dominación hegemónica y que aluden a las modas sobre el vínculo.

Yamira Puentes señala que resulta muy interesante y, a su vez, complejo este segmento de población, y sugiere que pudiera realizarse en un futuro un consenso sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes.

Sergio Enrique Morlán, de la Plataforma de Hombres de OAR, plantea que se puede hacerse un aparte a los jóvenes y el acceso a las redes, sobre el tratamiento de lo afectivo con las nuevas variantes en el vínculo erótico.

¿Qué ha pasado con el tema de salud sexual y reproductiva (SSR)?

Beatriz Torres señala que las consultas multidisciplinarias no existen. Retomar el Código de Ética de SOCUMES es muy importante.

Alberto Roque, del Instituto de Oncología, señala que el derecho reproductivo de los hombres no ha sido muy positivo. Es necesario enfatizar, desde la bioética, la interpretación de las masculinidades y la vulnerabilidad. Hay que resarcir las inequidades en políticas de salud, pues no hay una mirada apropiada y es preciso constatar con resultados cómo se vive esa relación con los usuarios del sistema de salud. ¿Cómo se relacionan el bio-derecho y la bioética?

Zoe Díaz Bernal, de la ENSAP, plantea que, en su estudio con hombres, la expectativa de querer ser padres se asocia a la virilidad, pues tiene un impacto social muy fuerte.

Se cierra este apartado y se propone como sus conclusiones, aprobadas y consensuadas:

- 1) La necesidad de continuar mostrando a los varones el camino para cuestionar los modelos de masculinidad tradicional, las prácticas de riesgo que tienden a asociarse a estereotipos muy invasivos, y la exhortación a relacionarse de otra manera con su espacio corporal en aras de evitar consecuencias negativas para su salud.
- 2) La implementación de estrategias educativas en salud sexual hacia los HSH no debe limitarse únicamente al enfoque salubrista sobre el uso del condón y otras prácticas sexuales seguras, sino incidir en las determinantes de orden psicológico, social y de derechos humanos. ¿Quizás modificar el modelo de educación sexual?
- 3) La inclusión de los decisores en discursos, prácticas y políticas de salud dirigidas a disminuir la homofobia y todas las expresiones de masculinidad hegemónica imperantes en nuestra cultura, las cuales destierran las sexualidades vulnerables sometidas al silencio y a la exclusión.
- 4) Incluir los derechos sexuales como marco referencial en el trabajo de prevención y en las políticas de salud y de estado en las personas HSH, lo cual conllevaría a erosionar paulatinamente la inequidad de género, que favorece el desarrollo de hegemonías masculinas.
- 5) Fomentar la investigación de aquellas «desigualdades intragénero», o sea, las que visualizan la asimetría de poder entre los hombres (también entre las mujeres), dada la existencia de una otredad masculina que no cumple con un patrón exigido del «ser hombre» en un contexto sociocultural determinado.
- 6) Profundizar en los procesos de exclusión/inclusión social en nuestra sociedad, en la situación y condiciones en que estos tienen lugar entre las personas con sexualidades no hegemónicas.
- 7) La mayor desigualdad y brecha de género en la fecundad adolescente pasa en muchos casos por el entramado de una débil

e insuficiente educación sexual y con perspectiva de género de los programas de educación sexual, en los que la ausencia del varón es explícita.

- 8) Continuar desarrollando y perfeccionando las consultas multidisciplinarias en la atención a las personas que consultan por una disfunción sexual.
- 9) Valorar los aspectos de la masculinidad hegemónica que exigen conductas a los hombres que pueden llegar a ser factores de riesgo para su salud.
- 10) Retomar el Código de Ética realizado por especialistas de la SOCUMES y actualizarlo según las condiciones presentes.
- 11) Continuar insistiendo en la educación sexual de la población para desmontar algunos conceptos erróneos sobre la masculinidad hegemónica, con modelos de educación sexual más acordes con las recomendaciones que salen de este Consenso.
- 12) Desarticular el modelo hegemónico que prevalece en el momento erótico centrado en masculino/activo/falo/falo grande/coito/penetración/eyacuación, que limita un disfrute más amplio en la expresión erótico-placentera masculina.
- 13) Al estudiar qué piensan y perciben los hombres sobre la SSR propia y la de su pareja, tanto los formuladores de políticas como los planificadores de proyectos deberían considerar que ellos/ellas participan como parejas sexuales, esposos y padres, y a partir de esas funciones involucrarlos en los programas y servicios de SSR desde una perspectiva de igualdad de género. La prestación de servicios integrales de SSR a los hombres debería ir más allá de la anticoncepción e incluir la provisión de orientación acerca de la planificación familiar, la transmisión de ITS y la comunicación dentro de la pareja. El intercambio con los hombres debe hacerse en el lugar de trabajo o donde socializan, y no depender de un entorno clínico tradicional; el uso de campañas de mercadeo social debe emplearse para promover la participación masculina en la SSR.
- 14) Con el fin de promover la equidad de género e integrar a los hombres en la salud reproductiva y en la vida familiar, se debe

- investigar más a fondo sus necesidades, percepciones y prácticas en cuanto a su salud sexual y reproductiva y la de sus parejas e hijos, para comprender sus realidades en los diversos entornos.
- 15) En los últimos años ha aumentado el número de programas con hombres que abordan diversos temas relacionados con la salud reproductiva (planificación familiar, prevención del VIH/sida, prevención de la violencia de género, equidad de género, paternidad responsable y reflexión sobre las formas dominantes de masculinidad). Las recomendaciones y experiencias adquiridas de estos programas e investigaciones sugieren la necesidad de abordar la participación masculina en las cuestiones de la SSR.

Beatriz Torres invita a Isabel García a socializar los resultados del apartado III, referido a «Expresiones de la construcción hegemónica masculina en diferentes patologías clínicas».

Se comienza la exposición haciendo referencia a la sobremortalidad masculina y a las principales causas de muerte; aparecen entre los primeros lugares las lesiones autoinfligidas intencionalmente, la cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedades de las arterias y vasos capilares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, tumores malignos y enfermedades del corazón, todas con una prevalencia importante en los hombres. Apunta que alrededor de los cincuenta años se concentra la mayor cantidad de hombres con enfermedades que forman parte de las diez con mayor mortalidad.

Destaca la fuerza de la hegemonía masculina en pacientes con enfermedades crónicas frecuentes en Cuba y corrobora cómo los mandatos de la cultura patriarcal masculina guardan estrecha relación en nuestro país con la sobremortalidad existente.

La imposibilidad de expresar sentimientos, el hábito de fumar, la ingestión desmedida de alcohol, la ansiedad y el estrés, las dietas inadecuadas y la baja percepción de signos de alarma, son algunos de los indicadores que dicta la norma hegemónica y que impactan en la salud.

En el caso de las enfermedades cardiovasculares, los factores de riesgo pueden estar relacionados con cardiopatías isquémicas, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y arteriosclerosis. Muchas veces estas afecciones y las disfuncionalidades sexuales, como la disfunción sexual eréctil, mantienen un estrecho vínculo.

Refirió que según el I Consenso «Enfermedades cardiovasculares y sexualidad» de la SOCUMES, realizado en La Habana durante 2012, la disfunción sexual eréctil (DE) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular y comparte los mismos factores de riesgo que las enfermedades cardiovasculares, pero además las personas con DE tienen alto riesgo de enfermedad cardiovascular y su valor predictivo es independiente de la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Apuntó que los marcadores de hegemonía influyen en la relación de pareja y en las representaciones subjetivas de la sexualidad en los hombres.

Con relación a las enfermedades oncológicas, también se vinculan factores de riesgo que, además de los ya mencionados, incluyen las conductas sexuales desprotegidas.

Entre las enfermedades que contribuyen a la aparición del cáncer, está la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hipocolesterolemia. Destacó que los hombres desconocen su cuerpo, pues no existe en ellos una cultura de la exploración, no se palpan con regularidad, desconocen los signos y síntomas que pueden indicar la presencia de tumores que más los afectan; asimismo, se niegan a realizarse exámenes que, según ellos, pueden vulnerar su masculinidad. Entre los más frecuentes, se hallan los cánceres de pulmón, próstata, esófago, laringe, colon, testículo, pene, tiroides y mama, todos potencialmente más letales para el sexo masculino.

Por otra parte, se indicó que los varones acuden a los servicios de salud de manera tardía, pues para ellos ocupar el papel de paciente es difícil, niegan la posibilidad de estar enfermos y acuden a un médico en último momento, ya que lo contrario sería asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad.

Las recomendaciones que se proponen para aquellos hombres con enfermedades oncológicas, tienen que ver con realizarse evaluaciones físicas, hematológicas y marcadores tumorales anualmente, sobre todo después de los 50 años; aquellos con factores de riesgo deben hacerlo antes de los 50. Además, deben conocer y reconocer su cuerpo para detectar a tiempo cualquier anomalía.

En relación con las enfermedades endocrinas, las más frecuentes en los hombres son la diabetes mellitus, la obesidad y el síndrome metabólico, afecciones en la función gonadal y enfermedades tiroideas.

Se especificó que muchas veces la infertilidad masculina tiene que ver con poco cuidado a la salud, alimentación inadecuada, conductas sexuales de riesgo, tabúes para realizarse exámenes físicos y consumo de drogas. Ello acarrea frustraciones, afectación de la autoimagen, disminución de la autoestima y limitar el placer al periodo fértil, por lo que condicionan el vínculo erótico-afectivo a tiempos determinados.

Por otra parte, las posturas ante la anticoncepción suponen que aún no es suficiente el papel de los hombres en la salud sexual y reproductiva, y su participación en la planificación familiar, ya que limitan muchas veces la información y la consejería solo a las mujeres.

El I Consenso Cubano de Diabetes Mellitus y Salud Sexual incorpora el enfoque de género en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endocrinas, garantiza servicios de atención a la pareja infértil verdaderamente amigables para los varones, así como considera los significados socioculturales que la infertilidad entraña desde el condicionamiento de la masculinidad hegemónica, y los tiene en cuenta en el manejo médico.

Finalmente se señaló que es imprescindible un enfoque positivo en salud masculina y la pertinencia de protocolos de salud masculina y otras propuestas viables para su atención en términos de políticas, servicios y programas.

Una vez concluida la presentación, se abre el debate.

Maité Díaz (OAR) expresa que no es solo el factor o los factores de riesgo, pues hay varios marcadores sociales fundamentales: los modelos familiares, la educación, la cultura, la influencia de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías de la información.

Zoe plantea que es interesante cómo la mortalidad de los hombres entre 30 y 69 años se asocia a drogadicción, cardiopatías, hipertensión e insuficiencia cardiovascular y renal, y cómo muchas de estas se relacionan con disfunciones sexuales.

Juan Carlos Albizu felicita la inclusión de este apartado. Destaca que los hombres mueren más que las mujeres, pues ellas son más robustas que los hombres por su sistema inmunológico. Las mujeres se benefician más de los servicios médicos.

Beatriz, presidenta de la SOCUMES, señala que se debe tener un posicionamiento teórico-metodológico y práctico del proceso de atención de salud, actuar sobre el riesgo que supone la hegemonía masculina y mejorar los indicadores en el cuadro de salud general de la población cubana.

Isbel, coordinadora de este apartado e investigadora del Instituto de Oncología, destaca que la salud masculina precisa una mirada de género. Si resulta evidente que esta concepción de la masculinidad hegemónica y patriarcal está generando en los varones tantas tensiones, tantos roles a asumir, tantos fracasos ante las exigencias impuestas por ese estereotipo cultural, y que los hace padecer de problemas cardiovasculares, renales, endocrinos y tumores malignos, hay que impactar en esos marcadores culturales que llenan de riesgos la salud masculina. Los varones mueren antes por enfermedades y en una proporción mayor, y también se suicidan más.

Considera que es hora de cuestionarnos esa concepción que pone a los hombres en un rol dominante que subordina y posterga a las mujeres,

y que estigmatiza las orientaciones no heterosexuales, pues todo ello afecta en forma significativa la salud y la vida de los varones.

Luego del debate, se plantean las siguientes propuestas, con el acuerdo unánime de los presentes:

- 1) Evidenciar que el envejecimiento puede ser estigmático cuando la masculinidad es hegemónica y estas conductas se asocian a enfermedades de elevada mortalidad, por lo que se debería valorar la edad y las conductas patriarcales como factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 2) Trabajar en los estilos de vida deficientes que llevan los hombres a lo largo de su vida y que conllevan a enfermedades, y en el autocuidado de su cuerpo, con el fin de superar el miedo, pedir ayuda y comunicarse.
- 3) Implementar estrategias desde la infancia para disminuir los efectos de la masculinidad hegemónica. Cuando la socialización hegemónica desde la infancia hasta la edad adulta dicta códigos, valores, significados y conductas que se aprenden, esos valores permean los estilos de vida y las maneras de relacionarse con las otras personas.
- 4) Otorgar a la sexualidad la importancia que posee, por parte de los equipos de salud; y capacitar al personal médico en estos temas para realizar un diagnóstico temprano de estas y establecer guías de tratamiento adaptadas al entorno cubano.
- 5) Aprovechar el cambio de actitud, principalmente en pacientes, en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una disfunción sexual.
- 6) Fomentar la investigación multidisciplinaria y detectar la comitancia de las disfunciones sexuales con las enfermedades crónicas, las cuales son motivo de aislamiento, dolor y retraso en la asistencia a las consultas médicas. De esta manera se puede realizar una intervención individualizada.
- 7) Identificar en poblaciones vulnerables conductas hegemónicas, las cuales se asocian con fuerza, violencia, agresividad, contención

emocional y la idea de que es necesario estar probando y probándose continuamente que se «es hombre». Esto contribuye a conductas violentas y temerarias en relación con las adicciones, la sexualidad y la conducción de vehículos.

- 8) Tratar al paciente como un ser biológico-psicológico y social, pues no es posible realizar un análisis de estos factores si no se tienen en cuenta las diferentes intersecciones.
- 9) Sugerir la inclusión de temas sobre sexualidad en el «Programa de prevención, control y tratamiento de las enfermedades crónicas o transmisibles» y fomentar investigaciones con un enfoque holístico.
- 10) Transversalizar el género en la educación terapéutica a los pacientes y familiares, así como en la formación de educadores/as y programas docentes de formación de médicos y especialistas.

Beatriz Torres invita a Sergio Morlán, quien tuvo a su cargo la integración de los trabajos del apartado IV: «La promoción-prevenición comunitaria y de atención en salud, alternativa viable para mejorar la salud de los hombres».

Sergio comienza su exposición refiriéndose al tema de la necesidad de perfeccionar el trabajo de promoción-prevenición comunitaria en asociación con la salud masculina, lo cual debe suponer la identificación de las condiciones y estilos de vida de los hombres relacionados con la identificación de aspectos inherentes a la forma tradicional de ser hombre (masculinidad hegemónica) y que pueden tener incidencia negativa en su salud.

Recalca que el trabajo promocional-preventivo debe estar encaminado, por una parte, a diagnosticar-detectar o detener-disminuir-atenuar la incidencia de los factores de riesgo y, por otra, a potenciar los factores protectores que aumentan la capacidad de respuesta ante los problemas y la posibilidad de evitar daños.

Posteriormente se refiere a la propuesta de trabajo con hombres que desarrolla el CENESEX y que utiliza el método de Grupo Formativo, desde

la concepción de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). Dicha metodología ha contribuido al esclarecimiento de la masculinidad hegemónica; en función de esta ha aplicado, entre otras acciones, la correspondiente al Programa ProCC «El hombre en riesgo».

Se trata de una propuesta que trata de identificar las implicaciones que tiene el rol masculino hegemónico para el propio hombre, de forma tal que puedan visibilizar el precio que pagan por esos privilegios y ponerlos en tela de juicio.

La experiencia ha corroborado la idoneidad de intervenir desde el ámbito grupal y comunitario, y ha ratificado indicadores encontrados en investigaciones anteriores respecto al silenciamiento de la problemática y la posibilidad de trabajarla.

Por otra parte, además de la idoneidad del abordaje grupal y comunitario, la experiencia ha permitido una rápida visualización de la realidad de los hombres, al tiempo que ha permitido desarrollar un fuerte compromiso para ocuparse responsablemente de las asignaciones a la masculinidad como algo propio y necesario.

A continuación se expuso la experiencia de dos plataformas y redes de trabajo con hombres en la labor de influencia con hombres y que incluyen los temas de salud.

La «Plataforma de hombres cubanos por la no violencia y la equidad de género», impulsada por OAR, legitimó desde su primer encuentro la necesidad de trabajar con los hombres, como estrategia sostenible hacia la igualdad en las relaciones de género, proceso que, en su devenir, permitiera deslegitimar el «mandato social» de ser fuertes ante todo y todos, y prevenir la aparición del papel de victimarios por excelencia que ejercen en sus relaciones hacia otros hombres, hacia sí mismos y fundamentalmente hacia las mujeres, como se explicita en la tríada de la violencia masculina.

Esta Plataforma ha develado la necesidad y posibilidad de organización de los hombres en una estructura que dé a conocer su formación; favorezca el accionar de forma articulada para la visualización, reconocimiento y desmontaje de los mandatos masculinos tradicionales; cree multiplicadores y amplíe su alcance con la creación de plataformas territoriales.

El trabajo de la Plataforma ha abordado los costos de la masculinidad hegemónica para la salud de los hombres, caracterizados principalmente por una baja percepción o minimización de los riesgos, el descuido y la negligencia, relacionados con accidentes de trabajo, de tránsito, en el hogar o en espacios de ocio. De gran valor ha sido poder identificar los efectos de ocultar los dolores físicos y espirituales; de reprimir la expresión de las emociones y sentimientos reducidos al enojo, rabia, ira, cólera; y de probar a toda costa el rol de proveedores. Estos efectos inciden en la salud mental y en el desgaste físico, y pueden ser responsables de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión, hasta llegar al suicidio al no poder cumplir con ese «mandato» social a toda costa. En términos de salud sexual, la ansiedad por demostrar el desempeño sexual genera estrés y angustia; en ocasiones las relaciones sexuales se reducen a practicar el coito y con no poca frecuencia se rechaza el uso del condón, con la incidencia que tiene en el contagio con ITS y el VIH/sida. Otros daños, también consecuencias del falso concepto de hombría, se relacionan con el consumo frecuente de tabaco, alcohol y estupefacientes, que puede desencadenar en adicciones, así como las lesiones que se autoinfligen para mostrar supuesta virilidad.

Asociados a los grupos de prevención de VIH y otras ITS, también hemos puesto la mirada en el precio que pagan los hombres por descuidar no solo la salud sexual y reproductiva, sino al mantenerse al margen de los afectos, privándonos del goce pleno de sus cuerpos y el de sus familias, y en gran medida exponiéndose hasta la muerte por exhibir esa masculinidad ridículamente formada en el desconocimiento y la falsa labor de proveedores.

Las fortalezas de la Plataforma se dirigen también a la articulación de estos aprendizajes con proyectos de intervención locales y en compartir sistemá-

ticamente los saberes con la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM) y el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), además de la participación en cada Jornada de Masculinidades y campaña nacional o local para prevenir la violencia de género.

La experiencia de la RIAM, grupo integrado por hombres jóvenes provenientes de universidades y comunidades, a fin de potenciar alianzas entre los ámbitos académicos y de activismo social, también ha sido clave para el desmontaje de hegemonías masculinas.

La Red ha colocado los temas de salud de los hombres y sus cuidados y autocuidados en el centro de sus debates a partir del criterio de que se trata de una problemática social necesitada del examen y la reflexión social y de la urgencia de su estudio bajo el lente crítico de los estudios de masculinidades.

Los espacios de sensibilización han permitido que floren y se debatan cuestiones relacionadas con la insuficiente preparación que se ofrece a los hombres desde pequeños en el espacio familiar y social, y que no les permite enfrentar adecuadamente situaciones de riesgo y la protección de su salud, la insuficiente atención de los servicios de salud a sus problemáticas, su resistencia para acudir al médico, la tendencia a posponer tratamientos indicados y a no involucrarse en acciones de salud. Todo ello vinculado a la poca conciencia que tienen sobre los problemas de salud.

Otra de las acciones desarrolladas por la RIAM para presentar el tema de la salud masculina, fue la realización de la III Jornada Cubana de Estudios de Masculinidades, dedicada a la cultura del cuidado de salud en los hombres.

Con el lema «Cuidar la salud es cosa de hombres», la Jornada ha debatido diversos temas relacionados con el cáncer de próstata, el uso de perlas en el pene, el abuso de anabólicos y otras sustancias, las agresiones contra sí y la ausencia de autocuidados en deportes como el béisbol y el fútbol, que generan de cara al futuro problemas de salud.

Las obras audiovisuales y las giras culturales realizadas por la RIAM como prácticas de incidencia en su labor de visualización y sensibilización de problemáticas relativas a la experiencia de ser hombre, también han colocado el tema de la salud masculina como eje de debate, siempre con el agudo lente puesto en lograr cuestionamientos a lo culturalmente pautado.

Concluida la presentación, se abre el debate.

Maite, del Centro OAR, recalca la importancia y el valor del trabajo con hombres para el análisis de los problemas de salud, y cómo desde plataformas, redes y grupos de trabajo se ha intencionado el tema con fuerza.

Grisel, del CENESEX, destaca que la experiencia del trabajo con hombres desde la metodología de los ProCC ha permitido examinar a profundidad la subjetividad masculina atrapada en el mandato permanente de tener que poder con todo, y de no hacerlo se pone en tela de juicio su hombría. Todo ello supone y trae consigo dolor, ansiedad, competencia, tensión, aislamiento y riesgo.

Sergio destaca la importancia de estos espacios de hombres desde el activismo para sumar nuevos hombres y articularlos a estrategias que permitan satisfacer las demandas de los miembros, que en el caso de la Plataforma ha permitido la creación de plataformas locales en varios territorios del país, que tributan también a estrategias de prevención y capacitación de otros actores en esas temáticas de salud.

Las propuestas de este grupo de trabajo se presentan al plenario y resultan aprobadas:

- 1) Estructurar proyecciones académicas que produzcan cursos de postgrado y maestrías sobre salud masculina, así como estrategias de promoción-prevención local-comunitaria con un enfoque de masculinidades.

- 2) Promover políticas de salud que busquen efectos positivos en hombres y mujeres, pues la culturalización de género masculina en salud no solo pone en riesgo la salud de los hombres, sino también la de las mujeres, familiares, amigos y conocidos. Ello supone deconstruir lógicas patriarcales y códigos simbólicos que permitan redimensionar el cuidado de sí.
- 3) Las acciones de sensibilización y capacitación y otras de bien público en el trabajo con hombres deben estimular el debate sobre la influencia de la equidad de género en la salud para de esta forma profundizar en los análisis sobre las implicaciones y consecuencias de esas inequidades.
- 4) El diseño de políticas de prevención y atención en el ámbito comunitario no debe tener en su base enfoques que tengan que ver solo con comportamientos de riesgo, pues significaría restringir el problema a una sola arista, sino dar a conocer los vínculos que se establecen entre las construcciones de la masculinidad y la exposición de determinados factores sociales, culturales y económicos.
- 5) Trabajar de manera particular con aquellos grupos de hombres que muestran mayor apego a las normas patriarcales que dicta la hegemonía masculina tradicional, pues los problemas de salud en ellos tienen un mayor impacto.
- 6) Abordar la salud de los hombres con una perspectiva interseccional considerando la multiplicidad de maneras de ser hombre y con ello sus experiencias vitales, sus historias y modos de relacionamiento diversos, para que de esta forma puedan repensar casuísticamente nuevas prácticas en el cuidado y autocuidado de su salud y, por ende, de sus vidas.

Palabras de cierre

Las palabras de cierre a cargo de la doctora Marisol Alfonso, investigadora y Oficial Nacional del Programa del UNFPA en Cuba, felicitan el trabajo realizado por todo el grupo de investigadores y los coordinadores

de cada tema y del Consenso. Ello demuestra el resultado de una labor sostenida tanto en las prácticas investigativas, la producción teórica y la labor educativa de influencia con hombres en un tema que ha demostrado la imprescindible e importantísima necesidad de ser colocado en agenda. Espera que este Consenso y el libro que de él emane, se conviertan en un valioso producto comunicativo de obligada referencia para investigadores/as, profesores/as y educadores/as.

SOBRE AUTORAS Y AUTORES

YUDELKIS BENÍTEZ CORDERO

Médica. Doctora en Medicina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral y de segundo grado en Genética Clínica. Máster en Atención Integral al Niño. Investigadora agregada y Profesora asistente, Centro Nacional de Genética Médica.

GRISELL CRESPO CARRO

Doctora en Medicina. Especialista de primer grado en Psiquiatría Infantil. Máster en Intervención Comunitaria de los Procesos Correctores. Profesora auxiliar. Investigadora agregada, Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

MIRTHA CUCCO GARCÍA

Psicóloga. Doctora en Ciencias Psicológicas. Directora, Centro Marie Langer, Madrid, España. Autora de la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Asesora, Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

MARÍA TERESA DÍAZ ÁLVAREZ

Psicóloga. Máster en Sexualidad. Profesora auxiliar. Coordinadora, Programa de Masculinidades del Centro Óscar Arnulfo Romero. Coordinadora, Sección Científica de Masculinidades, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

ANNIA DUANY NAVARRO

Médica. Doctora en Ciencias. Profesora e Investigadora auxiliar. Especialista de primer grado en Medicina General Integral (MGI) y de primero y segundo grados en Psiquiatría. Máster en Sexualidad. Jefa, Grupo Nacional de Psiquiatría, Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Salvador Allende.

ISBEL GARCÍA FIGUEREDO

Bioquímica. Máster en Ciencias de Laboratorio Clínico. Investigadora auxiliar. Profesora asistente. Laboratorio de Marcadores Tumorales, Sección de Estudios Básicos, Departamento de Investigaciones, Instituto de Oncología y Radiobiología.

ENMANUEL GEORGE LÓPEZ

Historiador. Máster en Desarrollo Social. Investigador y Co-coordinador, Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM). Especialista de Comunicación, Gran Teatro de La Habana Alicia Alonso.

MANUEL GÓMEZ ALZUGARAY

Doctor en Medicina. Especialista de primero y segundo grados en Endocrinología, Instituto de Endocrinología. Máster en Demografía Médica (Universidad de Londres). Investigador titular. Profesor auxiliar consultante, Instituto Nacional de Endocrinología. Miembro titular, Sociedad Cubana de Endocrinología. Miembro, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

CARLOS GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ

Médico. Especialista de primero y segundo grados en Nefrología. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador titular. Máster en Educación Médica.

NEIDA MÉNDEZ GÓMEZ

Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de primero y segundo grados en Endocrinología. Profesora auxiliar. Investigadora titular. Consulta

Multidisciplinaria de Sexología, Policlínico 1ro. de Enero, municipio de Playa. Miembro del Ejecutivo, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

GILDA MONTEAGUDO PEÑA

Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de primero y segundo grados en Endocrinología, Instituto de Endocrinología. Profesora e Investigadora titulares. Consulta Multidisciplinaria de Sexología, Policlínico 1ro. de Enero, municipio de Playa.

SERGIO ENRIQUE MORLÁN VEGA

Licenciado en Educación. Máster en Género y Educación de la Sexualidad. Centro Promotor del Humor. Miembro, Unión de Escritores y Artistas de Cuba (UNEAC). Coordinador Nacional, Plataforma de Hombres Cubanos por la No Violencia y la Equidad de Género. Activista social.

DAYSY NAVARRO DESPAIGNE

Doctora en Ciencias Médicas. Profesora e Investigadora titulares. Especialista de primero y segundo grados en Endocrinología, Instituto de Endocrinología.

CELIA MARÍA PEREDA MEIRA

Bioquímica. Máster en Economía de la Salud. Investigadora auxiliar. Profesora asistente. Laboratorio de Marcadores Tumorales, Sección de Estudios Básicos, Departamento de Investigaciones, Instituto de Oncología y Radiobiología.

RAMÓN RIVERO PINO

Doctor en Ciencias Filosóficas (Universidad Central de Las Villas). Postdoctoral en Intervención Comunitaria, Familiar y de Género (Argentina, 2004). Máster en Desarrollo Comunitario. Profesor titular, Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), Ecuador. Miembro, Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud (UPSE). Premio de la Academia de Ciencias de Cuba.

MIRIAM RODRÍGUEZ OJEDA

Licenciada en Educación. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Géneros, Educación Sexual y Salud Reproductiva. Profesor titular, Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana. Miembro del Ejecutivo, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

EDMUNDO RODRÍGUEZ REIGOZA

Médico. Especialista de segundo grado en Oncología. Doctor en Ciencias Médicas. Servicio de Oncología Experimental, Departamento de Oncología Clínica, Instituto de Oncología y Radiobiología.

ÁNGELA ELENA SUÁREZ ESTÉVEZ

Licenciada en Educación. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Géneros, Educación Sexual y Salud Reproductiva. Profesora titular, Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona.

BEATRIZ SUÁREZ BESIL

Médica. Especialista de primer grado en Medicina General Integral (MGI). Máster en Asesoramiento Genético. Investigadora agregada. Profesora asistente, Centro Nacional de Genética Médica.

BEATRIZ TORRES RODRÍGUEZ

Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora e Investigadora titular. Máster en Sexualidad y en Pedagogía de la Sexualidad. Presidenta, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

PABLO ZARUT PORTILLO

Médico. Especialista de segundo grado en Urología. Consulta Multidisciplinaria de Tumores Urológicos. Diplomado en Uro-Oncología. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez, Matanzas.

NOTAS

