

El volumen X de la colección «Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos» acerca a los lectores al quehacer de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). En esta oportunidad reúne los posicionamientos de sus autores/as en el tema de las masculinidades desde diferentes aristas. Se trata del Primer Consenso Cubano sobre Salud Masculina y Masculinidades, organizado por la sección de Masculinidades de SOCUMES. La extensión del texto obligó a su presentación en dos tomos. Invitamos a lectores/as a dialogar con los autores/as y a identificar el impacto que la construcción de las masculinidades hegemónicas y su actuación en la cotidianidad tienen sobre la salud de los hombres.



Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos
Primer Consenso Cubano sobre Salud Masculina y Masculinidades

VOLUMEN X
Tomo I

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 I

Salud, malestares y problemas sexuales
Textos y contextos

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

VOLUMEN X

TOMO I

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 I

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)

978-959-7257-19-6 (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 no tener 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

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 HETERONOMATIVAS 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

INVITACIÓN A LA LECTURA

Tener en las manos un libro y decidir su lectura, es como hacer planes para viajar en vacaciones. Es cuestionarse por dónde comenzar, pues un texto como el volumen X de la colección «Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos» que nos regala la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) con el sello de la Editorial CENESEX, no requiere ser leído como una novela o un cuento de inicio a fin. La diversidad de textos, de acercamientos a la cuestión de las masculinidades, se advierte desde la lectura de su índice. Yo decidí comenzar por el final.

El epílogo me llevó al escenario del Consenso, su organización, cómo se desarrolló la reunión *in situ*, quiénes participaron, qué intervenciones se realizaron, los ejes teóricos que guiaron el encuentro y la mención a los aportes que desde la investigación desarrollada en el país se han hecho a los estudios de las masculinidades, así como la relación de estas con la salud como un producto social, aunque, como se puede develar en la lectura del texto, el impacto de estas construcciones de género en cuanto a percepción y comportamientos en la vida de los hombres es muy diverso.

Destacan entre los aportes de las investigaciones realizadas en el país el hacer visibles las asignaciones y expropiaciones de género que afectan la salud y el bienestar de los hombres; los factores de orden histórico, político, social, cultural, sexual y económico que han colocado en lugares de privilegio a hombres con construcciones de género hegemónicas y en lugares de desprivilegio a los que construyen identidades y orientaciones sexuales no hegemónicas, con impactos diferenciados, por ejemplo, ante la epidemia del VIH; el lugar que los procesos de socialización tienen en

la apropiación de los mecanismos para el ejercicio de poder en las relaciones interpersonales y en las de pareja fundamentalmente, de las que emergen las diversas formas de violencias de género.

La lectura de la génesis del Consenso me permitió rápidamente orientarme acerca del trabajo de organización realizado por sus coordinadores María Teresa Díaz y Ramón Rivero, ambos con una vasta experiencia en los estudios de masculinidades y en la gestión de procesos académicos y de investigación. Desde sus liderazgos profesionales convocaron a especialistas de diferentes disciplinas que abrazaron la tarea de llegar a consensos y se comprometieron a socializar sus experiencias, que son las que integran este volumen.

El apartado primero «Conceptualización teórica y rutas investigativas sobre masculinidades y salud de los hombres. Factores condicionantes de la salud masculina» ofrece un extenso recorrido por las masculinidades, el origen de sus estudios, la construcción sociocultural de estas, sus costos, el cuidado de la salud, y otros cuya mención alargaría esta invitación a la lectura. Sin embargo, me gustaría quedarme con algunos de los presupuestos teóricos que ofrece, con el fin de continuar reflexionando.

En el trabajo «Origen y recorrido de los estudios de género de los hombres y masculinidades en el contexto internacional. Los encuentros con la salud» que abre el libro, María Teresa Díaz menciona a Connell, quien señalaba que para entender la masculinidad necesitamos centrarnos en los procesos y relaciones mediante los cuales los hombres y las mujeres exhiben vidas ligadas al género. En este sentido, la masculinidad es un lugar en las relaciones de género, en las prácticas por medio de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio, y los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura. Este párrafo me parece sumamente interesante, pues me remite a la centralidad de la construcción de los cuerpos y las relaciones que se establecen, desde las asignaciones sociales de privilegio o desprivilegio en sus trayectorias de vida, en procesos de socialización que no les son ajenos ni externos, sino constituyentes de su ser como sujetos generizados. Claro, también me

coloca en posición de interpelar al género como categoría que no puede entenderse fuera de la trama de relaciones que se entretienen —en el espacio y las prácticas— con otras como clase, raza, y sexualidades.

El Centro de Estudios de la Mujer, de la Federación de Mujeres Cubanas, dirigido por Mayda Álvarez Suárez, ha profundizado en el estudio de las subjetividades de género. El artículo que nos presenta, «La construcción sociocultural de la masculinidad», ofrece una sistematización valiosa para identificar avances y desafíos en materia de las construcciones socioculturales de género. Los resultados que presentan, me llevan a pensar que no hemos trabajado suficientemente en materia de transformación cultural para la igualdad de género y en las potencialidades de las personas adultas mayores a partir de que son, como refiere la autora, ese sector de la población «de 65 a 74 años [que conserva] más prejuicios y estereotipos». En una sociedad como la nuestra —en la que abuelos y abuelas juegan un rol importante en el cuidado de infantes y adolescentes y en la reproducción social— sin duda puede ser una población clave para el cambio social y el logro de la equidad de género.

«Lo masculino: ¿nocivo para la salud?» de Ramón Rivero Pino y Yosbel Hernández de Armas nos ubica ante una realidad poco tratada: la relación existente entre las construcciones de las masculinidades hegemónicas y los procesos de enfermar de los hombres. Las enfermedades cardiovasculares (sobre todo la enfermedad isquémica del corazón), los tumores malignos de estómago, pulmón y próstata, y las muertes violentas por accidentes, agresiones y suicidio, pueden prevenirse con acciones encaminadas a modificar los estilos de vida asociados a las masculinidades hegemónicas. Incluir las masculinidades y su impacto en la salud en la formación de recursos humanos que se desempeñan en el primer nivel de atención en salud, es un imperativo para prevenir la mortalidad temprana y lograr el aprendizaje de una práctica consciente de cuidado de la salud por los hombres.

Alberto Roque Guerra nos invita, en «¿Pasar el lente?: masculinidades no heteronormativas y salud», a cuestionar la linealidad con la que comprendemos

y explicamos género y los riesgos de sostener el binarismo de género, y con este «la heteronormatividad como valor de carácter universal». Hace algunos años, cuando me iniciaba en los estudios de género y salud, leí varios trabajos que abordaban el género como categoría y exponían entre unas de sus características el ser «cambiante». La lectura de este trabajo me llevó a pensar acerca de la necesidad de desaprender y de asignar nuevos insumos a la construcción de conocimientos desde una perspectiva de género menos encorsetada, que indague sobre quiénes son los hombres que gozan de privilegios; para eso se requiere, al decir del autor, de un enfoque de género que «deconstruya la heteronormatividad y se acerque a las necesidades específicas de las masculinidades no heteronormativas»: claro, si nuestra apuesta es por el logro de una salud colectiva basada en derechos humanos.

Según mi consideración, la lectura del texto «Los costos de la masculinidad. Aproximaciones teóricas» que nos ofrecen Lisandra Chaveco Valdés y Tania Caram León, resulta una alerta acerca de cómo los estereotipos de género ejercen una violencia simbólica que coloca a los hombres permanentemente en situación de mostrar y demostrar que cumplen con las exigencias y expectativas sociales de una masculinidad que se promueve como exitosa y única, sin importar los costos que ajustarse a este modelo tiene sobre su salud, sus vidas y las de las personas que les rodean. Es interesante que se visualicen los costos para la salud mental de los hombres y su forma de expresión en depresión: primero, porque las manifestaciones afectivas y las demandas en los servicios de salud mental por estas causas han estado asociadas con las mujeres; segundo, por el número de vidas que cobra cada año la violencia autoinflingida en hombres, lo que requiere de investigación y de acción en materia de prevención.

«El cuidado de la salud de los hombres y su vínculo con la construcción de las masculinidades» de Iyamira Hernández Pita devela el papel de las instituciones de salud y de los prestadores que en estas se desempeñan en el cuidado de la salud, lo que al tenerlo en cuenta en la visión de los determinantes de la salud, refresca el texto cuando coloca la mirada en los estereotipos de género que transversalizan la práctica médica y las contradicciones que emergen en materia de cuidados y protección de

la salud de los hombres con sexualidades no hegemónicas. En el texto se alude a las diversas formas en que se ejercen las violencias institucionales en los servicios de salud tanto por acción como por omisión y cómo estas inciden en el proceso salud-enfermedad y en el ejercicio del derecho a la salud por estas poblaciones.

En «Masculinidad hegemónica. Su impacto en la salud psicológica, la pareja, la paternidad y la familia», Patricia Arés Muzio aporta elementos para dar respuestas a estas interrogantes: ¿qué consecuencias psicológicas acarrear los procesos de subjetivación de una masculinidad hegemónica?, ¿qué ocurre con los varones que se adscriben a la identidad hegemónica?, ¿está en crisis la masculinidad hegemónica? A la vez devela dos cuestiones medulares: 1) la necesidad de «propiciar dispositivos educativos en los que los hombres dejen de tener una apropiación acrítica de su socialización de género y de los mandatos culturales»; 2) las fisuras que se han producido en el orden patriarcal, por las que han emergido nuevas masculinidades que permiten constatar que «la sociedad cubana transita de la hegemonía a la pluralidad».

«Masculinidad. Miradas y oportunidades para el cambio» de Amado Rodríguez Iglesias y Miriam Rodríguez Ojeda puede considerarse como una instantánea de la persistencia de dinámicas educativas con carácter sexista en los escenarios escolares, aunque también es un llamado de atención acerca de que en la formación docente y de los docentes en ejercicio no se ha dicho aún la última palabra en cuanto a la gestión de género y de la diversidad sexual, por lo que se requiere de una vigilancia permanente del proceso pedagógico con el fin de erradicar la transmisión de estereotipos y prejuicios sexistas y machistas para hacer de la escuela un escenario transformador y cultivador de una cultura basada en la equidad de género y en el respeto de todos los derechos humanos.

«Indicadores de masculinidad hegemónica en menores con trastornos de la conducta. Impacto en la salud mental» de Lucía de la Caridad García Ajete y Caridad Rosario Zurita Cruz devela la violencia de género presente en la trayectoria de vida de estos infantes. Los prejuicios raciales,

la discriminación, la desigualdad y la hegemonía masculina quedan explicadas desde una representación social negativa de las personas negras, así como desde la autopercepción en estas. Escudriñar en los factores estructurales que se comienzan a reforzar con el nuevo modelo económico cubano, en el que se observan brechas en los escenarios educativos, familiares y comunitarios, son cuestiones que requieren leerse desde una mirada interseccional. El trabajo ofrece pistas acerca de cómo se perciben en la convivencia social y familiar y en sus relaciones comunicativas, sustentadas en la violencia, la desatención y la prevalencia de estereotipos masculinos, situación que requiere de esfuerzos para el logro de su integración social.

«Aproximación al cuidado de la salud del hombre adulto cubano» de los autores Reinaldo Ramos Miranda, Zoe Díaz Bernal y Aida Rodríguez Cabrera expone resultados de una investigación realizada en el municipio de Quivicán, de la provincia de Mayabeque, en la que se constató cómo los roles de proveedores asignados y asumidos por los hombres los colocaba en la sobreexigencia de buscar varias alternativas de trabajo para garantizar la provisión de recursos y con esta el sostén económico familiar. Esta sobreexigencia tiene como resultados: menor dedicación a la atención en salud, menor información sobre las cuestiones que atañen a esta, menor búsqueda de atención ante los problemas de salud que presentan, mayor tiempo de espera en la búsqueda de atención médica y mayor automedicación.

«Miradas desde la educación a las masculinidades en las personas mayores de la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana» tiene como autoras a Miriam Marañón Santa Cruz, Malvy A. Tavares Noa y Vilma M. Vázquez Hibal. Permite un acercamiento a las diferentes iniciativas que desde este espacio se han generado para mantener a la población adulta vinculada al crecimiento social; devela además la resistencia de los hombres adultos a comprender cómo las actividades que se desarrollan desde las cátedras pueden contribuir a mejorar su calidad de vida y a erosionar los imaginarios que colocan en desventaja a los hombres en materia de disfrute de su salud sexual. En contraste, las experiencias de

Yuleivis Valdés Ayala, que trabajó con jóvenes estudiantes universitarios en «Influencia de la masculinidad hegemónica en la salud de estudiantes universitarios», solo distan en el tiempo vivido por los hombres. Su trabajo permite comprender cuán encarnados se encuentran los mandatos sociales de la masculinidad hegemónica que pautan los comportamientos que buscan desterrar los signos de debilidad que continúan asociados a lo femenino y cuánto queda por hacer en materia de romper los nudos que ligan masculinidad con sexo, violencia y control.

El segundo apartado, «La sexualidad de los hombres. Experiencias en salud sexual», abre con el artículo de Reina Fleitas Ruiz «Pensamiento y accionar en salud sexual y reproductiva masculina desde la perspectiva de género», que expone desde la mirada social las relaciones entre determinaciones sociales y salud, y el papel de las teorías feministas en develar «dogmas discriminatorios» que obstaculizaban la comprensión de la salud como producto social y la fragmentación de los discursos acerca de la salud sexual y reproductiva, especialmente en las investigaciones que abordan la salud de los hombres. Alerta sobre la necesidad de lograr «una mejor interacción disciplinaria entre investigadores de las ciencias de la salud y la medicina, y entre estudiosos y actores que participan en las definiciones de políticas».

«Resistir: palabra clave en la salud sexual de los hombres» de María Teresa Díaz Álvarez retoma algunos de los presupuestos teóricos ya tratados en el trabajo anterior para profundizar en «las prácticas asociadas a creencias y estereotipos sobre la hegemonía sexual masculina» y cómo estas derivan en situaciones de riesgo; se detiene además en problematizar sobre cómo la validación de la masculinidad se realiza mediante la explotación al máximo «de las posibilidades corporales como muestra de hombría, potencia, resistencia y superioridad sexual» para tratar de satisfacer los mandatos sociales falocéntricos.

Matilde de la C. Molina Cintra y Livia Quintana Llanio en «Comportamientos sexuales y reproductivos de los hombres. Una mirada desde la investigación» exponen los resultados de un conjunto importante de

investigaciones en las que se caracterizan comportamientos relacionados con la sexualidad masculina, como la eyacularquia, las primeras relaciones sexuales, los motivos de la iniciación sexual, las expectativas y temores al desempeño sexual, la selección de pareja y su continuidad en el tiempo, el uso de métodos de protección y la participación de los hombres en la toma de decisiones reproductivas. Se trata de una lectura necesaria para identificar los vacíos que aún persisten en las políticas dirigidas a la salud sexual.

«Percepciones de los hombres sobre sus necesidades de atención en la Consulta de Planificación Familiar» de Yoanna Martínez Boloña y Zoe Díaz Bernal profundiza en lo que distancia a los hombres de estos escenarios de consulta y el imaginario de los/las prestadores/as que allí se desempeñan, que comparten la idea de que las mujeres son las encargadas de los procesos reproductivos y del cuidado que se deriva de estos. Además, describe que estos prestadores no los invitan a participar ni les proporcionan información precisa, así como tampoco protegen sus derechos a privacidad y confidencialidad, al tiempo que los hombres justifican sus inasistencias con las responsabilidades laborales garantes de la provisión familiar.

«Influencia del alcohol en la erección del pene» de Yamira Puentes Rodríguez visibiliza el impacto de esta adicción en uno de los pilares sobre los que se erige la masculinidad hegemónica: la funcionalidad peneana. El trabajo alude a cómo esto impide el diagnóstico temprano por ser una entidad que lacera la autoestima y produce vergüenza y temor a que se cuestione la masculinidad. Su diagnóstico reviste importancia como marcador de otros eventos cardiovasculares que pueden ocasionar la muerte en varones.

Por su parte, Alina Julia Ortega Bravo trata de encontrar respuestas a la interrogante «¿Difieren las respuestas sexuales de hombres y mujeres con relación al estrés?». Las respuestas apuntan a que, en el caso de las disfunciones sexuales, las cuestiones de género influyen en la forma de visualizar las frustraciones en la respuesta sexual, de acuerdo con el sexo o el rol de pareja. Coloca el ejemplo de las consultas por disfunción eréc-

til, en las que los hombres centran sus discursos en el rendimiento sexual, mientras que sus parejas lo hacen en la falta de atención o en el pensamiento de una posible infidelidad. Este trabajo da paso a otro tema poco estudiado: la relación entre los modelos hegemónicos de masculinidad y los trastornos parafilicos. En «Modelo hegemónico de masculinidad y desarrollo del trastorno de exhibicionismo y pornofilia. Dos estudios de caso», Elvia de Dios Blanco y Gustavo Valdés Pi expresan que el consumo de pornografía se está naturalizando y por consiguiente el inicio temprano de su consumo. El artículo presenta dos casos en los que estuvo presente el consumo de pornografía en la adolescencia y cómo en ambos se desarrollaron trastornos parafilicos.

«Tamaño del pene: ¿mito o realidad?» de Neida Méndez Gómez, Daysi Navarro Despaigne, Gilda Montegudo Peña, Manuel Gómez Alzugaray y Zoraida Rodríguez Iglesias trata sobre ansiedades que se vinculan a la creencia por algunos hombres de que su pene es pequeño, de que son incapaces de satisfacer a sus parejas y/o porque este hecho va a ser utilizado para descalificar su masculinidad. Esto ocasiona para algunos el uso de extensores, medicamentos y/o la búsqueda de soluciones quirúrgicas para su alargamiento. Lo interesante, a mi juicio, es que ninguno de los hombres que solicitaron atención necesitaba algún proceder de alargamiento, pues sus penes tenían los centímetros considerados como de tamaño normal.

Alain Darcout Rodríguez presenta en «Aproximación a los procesos de inclusión/exclusión social en personas con géneros y sexualidades no hegemónicas en la sociedad cubana actual» los resultados de un estudio exploratorio realizado con participantes de tres provincias del país. El estudio devela la existencia de un proceso de exclusión social hacia ellos, percibido por los diferentes grupos como resultante de la persistencia de una cultura machista y homofóbica; aunque perciben cambios positivos y progresivos en el tiempo, todavía no son los deseados para su total integración social. Según el autor, se evidencia la necesidad de estrategias institucionales, grupales y comunitarias que permitan mejorar el bienestar general y la calidad de vida de estos grupos poblacionales.

El artículo anterior invita a la lectura de la propuesta de Yandy Alberto Betancourt Llody, «La infección por el VIH: un abordaje de su prevención en hombres que tienen sexo con hombres en Cuba». En este su autor explica la estrategia de prevención combinada en el abordaje del VIH seguida en Cuba y la oferta de pruebas del VIH que ha posibilitado que un porcentaje elevado de la población con VIH conozca su estado serológico; sin embargo, considera que es limitado el número de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) que se han realizado la prueba durante el último año, lo que nos induce a pensar que en esta población de hombres también operan los límites de cuidado asociados a las masculinidades hegemónicas. Amplía lo abordado en este artículo profundizando el análisis en «Una mirada género-sensible a la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en poblaciones clave», acompañado de Zoe Díaz Bernal e Ileana Elena Castañeda Abascal, ambas con experiencias en el análisis de género de diferentes problemas de salud. Los autores constatan el peso que tienen las relaciones de género para la epidemia de VIH y cómo «la inequidad social se encuentra fuertemente ligada a la distribución de la salud y la enfermedad en una población» al constatar la mayor prevalencia de VIH en poblaciones (HSH y trans) sometidas a otros procesos de exclusión, lo que permite comprender «las dinámicas que dan cuenta de la exposición diferencial de estos individuos ante la infección».

José Julián Castillo Cuello y Celia Sarduy Sánchez ponen de manifiesto en «Masculinidades. Su impacto en la salud sexual de los hombres con discapacidad» que los hombres que se encuentran en situación de discapacidad no están exentos de los mandatos asociados a ser hombre que, aunados a mitos y estereotipos que pretenden menoscabar el disfrute de las posibilidades de disfrute de la sexualidad, afectan la vivencia de estos hombres acerca de su masculinidad. La atención de los problemas asociados a la discapacidad aún es insuficiente, ya que los programas dirigidos a la rehabilitación de los sujetos se realizan sin una mirada holística que considere la sexualidad como una parte inalienable de la salud integral.

«Disfunciones sexuales: de las masculinidades heteronormativas al funcionamiento sexual inoportuno» de Neida Méndez, Yamira Puentes

Rodríguez y María Teresa Díaz profundiza en los considerados privilegios de las masculinidades heteronormativas y cómo en el ejercicio de la sexualidad se viven las dificultades en el área de la sexualidad, especialmente cuando sufren de disfunciones en la erección, a partir de que la función eréctil no solo valida su experiencia del placer, sino que les posibilita conservar su autoimagen, su hegemonía y poder sexual.

José Manuel Novales Armenteros se acerca a las «Implicaciones del modelo hegemónico de masculinidad en la salud de hombres homosexuales» mediante el estudio de los procesos de resiliencia en parejas de hombres homosexuales de La Habana, eje teórico poco estudiado en poblaciones de hombres adultos. Para el autor la homofobia constituye la adversidad primaria que enfrentan las parejas; tiene como resultado rechazo y exclusión social, aislamiento y retraimiento, evitación de contacto físico y manifestaciones de afecto con sus parejas en público, lo que afecta su integridad psicológica.

El tercer apartado, «Expresiones de la construcción hegemónica masculina en diferentes patologías clínicas», comienza con «Masculinidades hegemónicas e infertilidad» de Gilda Monteagudo Peña, Neida Méndez Gómez, Manuel Gómez Alzugaray y Daysi Navarro Despaigne. El artículo revisa cómo mujeres y hombres viven la experiencia de infertilidad en la pareja, y el lugar que los hombres conceden al embarazo y al hijo o hija por ser «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)». Expone las vicisitudes de los hombres en el difícil camino de aceptar el lugar que tienen en la infertilidad de la pareja y los mecanismos que utilizan en la atención a esta. Estos autores presentan además «Masculinidades y enfermedades endocrinas», en el que explican las diferencias de género en afecciones endocrinas de alta prevalencia y su impacto diferenciado en la salud.

«Masculinidad hegemónica en pacientes con enfermedades crónicas frecuentes en Cuba» de Ramón Rivero Pino, Beatriz Suárez Besil y Yudelkis

Benítez Cordero expone una investigación realizada con hombres residentes en zonas urbanas de cuatro provincias cubanas, en la que encontraron que la enfermedad que alcanzó los mayores porcentajes de hombres afectados es la diabetes mellitus, seguida de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el hábito de fumar, la ingestión de alcohol, la ansiedad y el estrés, el sedentarismo, la obesidad y la ingestión de una dieta inadecuada.

Isbel García Figueredo, Celia María Pereda Meira, Pablo Zarut Portillo y Edmundo Rodríguez Reigoza, autores de «Masculinidad y cáncer», develan la mortalidad por esta causa documentada en los anuarios estadísticos de salud; en 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. El tumor que causó un mayor número de defunciones, fue el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; le siguió, en orden decreciente, el tumor maligno de próstata. El temor a la palpación rectal de la próstata genera, según sus autores, retraso en la demanda de atención, detección tardía de la enfermedad y la configuración de un fenómeno que ha sido denominado «masculinidad marginalizada».

«Enfermedades renales crónicas y masculinidades» fue abordado por Carlos Gutiérrez Gutiérrez y Beatriz Torres Rodríguez, organizadores del I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad, realizado en Cuba en 2014. Ambos coinciden en considerar que, aunque la relación de estas entidades clínicas con las masculinidades resulta muy estrecha, la literatura científica en relación con estos temas resulta muy escasa o nula, y recomiendan como crucial la valoración integral de las personas con factores de riesgo, pues las enfermedades renales comparten con otras enfermedades como las cardiovasculares, las cerebrovasculares y las disfunciones sexuales.

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, tema abordado en «Masculinidad y disfunción sexual en pacientes adictos» por Annia Duany Navarro, quien profundiza en las

condiciones que favorecen el consumo de drogas, a pesar de las políticas internas del país, a lo que se adicionan la no solicitud de ayuda, pues los hombres temen expresar sus conflictos y preocupaciones sobre la sexualidad, lo que hace que las alteraciones de la función sexual puedan convertirse en un elemento que contribuya a perpetuar el consumo, de ahí que recomiende realizar una búsqueda activa de cómo se encuentra la función sexual en las personas adictas.

El apartado 4, «La promoción-prevención comunitaria y de atención en salud como alternativa viable para mejorar la salud de los hombres», es el menos extenso; debe llamar la atención acerca de qué se está haciendo en materia de prevención de enfermedades en los hombres y qué en materia de mejorar la calidad de sus vidas. Se inicia con la alerta de «El papel de la promoción-prevención en salud masculina» de Ramón Rivero Pino, quien devela un conjunto de problemas cuya solución es necesaria, según su autor, para poder avanzar en el mejoramiento y sostenibilidad de la salud genética de nuestro pueblo y en 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 en particular.

«Pensando la masculinidad. ¿Cómo perciben los hombres su problemática y la necesidad de trabajarla?» de Mirtha Cucco García y Grisell Crespo Carro. Las autoras se adentran en las expropiaciones al ser hombres en nuestras sociedades y acentúan cómo el rol de hombre-trabajador hegemónico implica la expropiación de la capacidad para aprender y articular determinados movimientos de la vida cotidiana desde la construcción de una subjetividad masculina atrapada en la demanda constante de demostrar la hombría, que trae consigo dolor, ansiedad, competencia, tensión, aislamiento y riesgo. La metodología de grupo formativo empleada para leer la realidad, evidenció la problemática silenciada de los hombres como consecuencias propias de la masculinidad hegemónica.

«Cuestionando certezas: los hombres crecemos en Plataforma» de Sergio Enrique Morlán Vega devela la génesis de la Plataforma de Hombres

Cubanos por la No Violencia y la Equidad de Géneros, del Centro Óscar Arnulfo Romero, a partir de identificar la necesidad de trabajar con los hombres como estrategia sostenible hacia la igualdad en las relaciones de género desde principios como el humanismo y la inclusión social. Considera como fortalezas la articulación de la Plataforma con proyectos de intervención locales y 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).

Cierra este apartado «Puentes para potenciar salud masculina. La experiencia de la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades» de Emmanuel George López, que presenta cómo los postulados teóricos de la Red han 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, e ir a la búsqueda de otras maneras de ser hombre. Expone además el catálogo de actividades realizadas desde su creación y el lugar que se concede en la Red al rediseño de las actitudes machistas desde masculinidades no hegemónicas, a fin de promover un autocuidado responsable de la salud masculina.

Concluida la lectura del texto, les invito a revisar cuánto nos queda por comprender y hacer en materia de la salud de los hombres; cuánto en develar cómo influyen en esta la socialización de la masculinidad desde valores hegemónicos; cuánto se puede hacer para la reducción de la mortalidad temprana de los hombres y en pos del logro de una mejor calidad de vida, y cuánto para lograr el disfrute de una sexualidad plena desarticulada de la genitalidad.

Para los lectores que nos desempeñamos en el campo de la salud, el libro es una invitación a distanciarnos de los paradigmas biomédicos aprendidos, con el fin de poder visualizar cómo lo social se entreteje en los procesos salud-enfermedad y muerte de la población masculina, y asimismo despojar al pene y su erección del protagonismo que las construcciones

socioculturales de lo humano han depositado en este como principio y fin de las masculinidades, y como dispositivo de poder en las relaciones interpersonales. Puede ser el inicio para sustraer el sufrimiento que un pobre rendimiento sexual tiene en la vida de los hombres y sus parejas, y lograr relaciones más equitativas de género.

Sin embargo, romper las bases estructurales y simbólicas que perpetúan las hegemonías, no es tarea fácil. Se requiere de puentes, como señala Emmanuel George, para deconstruir los significados de lo que entendemos culturalmente hablando como masculinidad hegemónica y construir conscientemente las nuevas masculinidades. No debemos contentarnos con explicar la enfermedad, y sí mirar como solución la producción de la salud de los hombres como garantía para el bienestar y la satisfacción personal y social.

Estoy segura que SOCUMES continuará apostando por la salud sexual de la población cubana con el importante apoyo del UNFPA.

ADA C. ALFONSO RODRÍGUEZ
VICEPRESIDENTA DE SOCUMES

GÉNESIS DE UN PRIMER CONSENSO

María Teresa Díaz Álvarez, Ramón Rivero Pino

El examen de la salud masculina se ha tornado un importante eje de análisis en las últimas tres décadas, no solo dentro del campo de los estudios de género de los hombres, sino como punto de mira para el desarrollo de prácticas de influencia y políticas de atención en el trabajo con, desde y para este grupo humano.

La colocación de la perspectiva de género que lidera estos análisis y el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de prestar mayor atención a los hombres como grupo humano, han sido detonantes cruciales para comprender el papel de expectativas, actitudes y conductas como factores condicionantes y causales de primera línea sobre las desigualdades en salud entre varones y mujeres, pero también para promover la reconfiguración de prácticas y relaciones de los hombres con su propio cuerpo, el de otras personas y el entorno.

Aun cuando el escenario científico cubano no ha estado de espaldas a esta realidad —ya que ha potenciado el desarrollo de algunas líneas de investigación en salud masculina y hay presencia de redes, plataformas y programas que trabajan estos temas—, todavía no existe suficiente evidencia por la ciencia y las políticas públicas en Cuba, ni se dispone de un consenso formalizado sobre salud masculina por parte de los/las profesionales del país.

Desde la segunda década de este milenio, la Sección Científica de Masculinidades, de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES), se nutrió de numerosos trabajos sobre este tema de un grupo de profesionales provenientes de diferentes instituciones y universidades (de La Habana, Central de Las Villas Martha Abreu y de Oriente) del país, así como de centros del Ministerio de Salud Pública, quienes durante consecutivos encuentros de la Sección colocaron el tema a debate y presentaron perspectivas diversas sobre su abordaje y tratamiento en Cuba.

La labor desarrollada por la Sección de Masculinidades de SOCUMES se tornó uno de los antecedentes fundamentales para colocar el tema en la agenda de esta sociedad científica y convocar a un Consenso cuyo propósito permitiera acopiar toda la producción científica existente en este campo, fomentar el debate y dar salida a propuestas viables que contribuyesen al diseño de políticas en materia de salud, con la mirada particular en los hombres.

Los objetivos de este Primer Consenso Cubano sobre Salud Masculina y Masculinidades se perfilaron en tres líneas:

- 1) Sistematizar los principales aportes científicos sobre la relación *masculinidades-salud y salud sexual*.
- 2) Caracterizar las principales significaciones y prácticas del proceso de construcción de las masculinidades que inciden negativamente en la salud y la salud sexual de hombres cubanos.
- 3) Proponer acciones promocionales y preventivo-asistenciales que sirvan de base a un futuro programa de atención integral a la salud sexual y reproductiva de los hombres cubanos.

Un grupo de interrogantes lideró los propósitos de trabajo de este Consenso:

- ¿cuáles son los aspectos más significativos que recoge la literatura científica internacional y cubana sobre la relación *masculinidad-salud*?;

- ¿cuáles son los resultados investigativos más relevantes en materia de significaciones y prácticas sobre los modos de vida y relación del hombre cubano que se corresponden con situaciones de salud, patologías más frecuentes y enfermedades que más muertes provocan en el país?;
- ¿cómo influye la sexualidad de los hombres cubanos en su situación de salud y en especial en su salud sexual y reproductiva?;
- ¿qué medidas concretas se recomiendan para promocionar y prevenir estas situaciones de salud y estilos de vida no saludables en los varones cubanos?

Se pretende que este Consenso no solo se torne una oportunidad para potenciar el arsenal teórico y metodológico de la ciencia cubana en materia de salud masculina, y con ello disponer de insumos para los procesos de formación profesional, trabajo con hombres y estrategias comunicacionales, sino también para sustentar la labor preventiva y promocional que favorezca el diseño, establecimiento y perfeccionamiento de protocolos médicos y políticas de salud.

Para ello se convocaron a profesionales de distintas ramas del saber (medicina, psicología, sexología, sociología, pedagogía, salud pública y comunicación social, entre otras), muchos de los cuales eran miembros de SOCUMES.

El Consenso comenzó con un programa de acciones en el que tuvieron lugar cuatro encuentros previos a la reunión siguiente, en la que los profesionales participantes (a partir de una propuesta inicial) debatieron puntos de vista, compartieron experiencias y dibujaron la propuesta de estructura que finalmente lideró la experiencia.

La estructura prevista se apoyó en cuatro apartados.

- 1) **«Conceptualización teórica y rutas investigativas sobre masculinidades y salud de los hombres. Factores condicionantes de la salud masculina».** Esta sección recogió básicamente propuestas relacionadas con antecedentes; surgimiento y avances de los estudios de género

y masculinidades; sus desarrollos teóricos; los impactos de la dominación patriarcal; el poder masculino y la heteronormatividad en la construcción masculina no saludable; la epistemología de la relación *masculinidad-salud*; factores sociales condicionantes de la salud masculina en Cuba (elementos históricos, jurídicos, pedagógicos, psicológicos, sociales y culturales); el rol de los determinantes sociales de salud en las situaciones de salud; y la práctica investigativa cubana en materia de salud masculina, relacionada con estilos de enfrentamiento y autogestión de salud de los varones como resultado de la culturalización de género (construcción social de lo masculino).

2) **«La sexualidad de los hombres. Experiencias en salud sexual».**

En este grupo se presentaron contenidos vinculados a la relación entre los mandatos de la sexualidad masculina relacionados con sus dimensiones fundamentales (erotismo, reproductividad, vinculación afectiva y género) y eventos asociados a los procesos de salud-enfermedad en los hombres: disfunciones sexuales; obligación de embarazar a la mujer; asociación *fecundidad-virilidad*; posturas ante el embarazo y la corresponsabilidad del varón; actitudes ante la anticoncepción (vasectomía); protección ante las ITS y el VIH-sida; mitos asociados a las pruebas de detección temprana del cáncer de próstata; discapacidades; alejamiento de la norma heterosexual, paternidades homoparentales y sexualidades e identidades no heteronormativas (personas trans, mujeres masculinas, cuerpos masculinizados); estigmatizaciones, exclusiones y discriminaciones; violencias y vulneración de derechos. También se examinaron cuestiones del vínculo *placer-malestar-disfunción sexual* y el apego a imaginarios, mitos, prejuicios y estereotipos.

3) **«Expresiones de la construcción hegemónica masculina en diferentes patologías clínicas».**

Este apartado agrupó trabajos relacionados con datos actuales acerca de la sobremortalidad masculina en Cuba: evidencias y reflexiones sobre las principales causas de muerte en los hombres; la especificidad de lo masculino; y sus causas, consecuencias y expresiones.

siones en diferentes especialidades médicas (nefrología, genética, oncología, endocrinología, cardiología y psiquiatría).

4) **«La promoción-prevenición comunitaria e institucional de atención en salud. Una alternativa viable para mejorar la salud de los hombres».**

Los contenidos de esta sección estuvieron relacionados con todo el despliegue teórico, metodológico y práctico en el trabajo de influencia que se desarrolla en el escenario comunitario e institucional, a fin de destacar sus potencialidades para la revisión y transformación de imaginarios, mitos y tabúes vinculados a la construcción masculina hegemónica, que favorezcan actitudes y posturas protectoras de la salud para los hombres en sus espacios de vida, labor y relación. Asimismo, se relacionan con la labor de redes, plataformas y grupos de trabajo en el país y propuestas viables.

La reunión final del Consenso se realizó a fines de 2019 y estructuró una metodología de trabajo en la que una persona representante de cada apartado integró todo lo producido por su grupo y lo expuso ante el plenario. Luego de concluida la presentación de cada apartado, se abrió el debate, que ofreció la oportunidad para coincidir, reflexionar o disentir sobre lo planteado, pero también para exponer otras experiencias, puntos de vista y valoraciones acerca de ellas, que resultaron de gran interés para las personas presentes.

Cada apartado presentó su propuesta final, y por último se aprobó lo que resultaría la experiencia del Consenso sobre salud masculina.

Nos parece que este Primer Consenso Cubano sobre Salud Masculina y Masculinidades ha devenido un ejercicio científico de sumo valor para la academia, los procesos formativos, el seguimiento de líneas de investigación, el desarrollo de acciones de prevención y atención a la salud de los varones, el activismo, las estrategias comunicacionales y las políticas públicas. Todos encontrarán en este Consenso un insumo más para la eficacia en el trazado de sus propuestas.

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

María Teresa Díaz Álvarez

Los estudios de género han devenido un importante campo de especialización dentro de las ciencias sociales, ya que representaron una oportunidad para que convergieran en el escenario científico diversas disciplinas con el desarrollo de un campo epistemológico genuino.

Desde que en 1952 y luego en 1968 el psicólogo norteamericano John Money y el psiquiatra Robert Stoller expusieran y utilizaran respectivamente, por primera vez, el término *género*¹ el vocablo resultó una pieza clave para que la feminista Gayle Rubin en su clásico ensayo *Tráfico de mujeres...* (1) resumiera magistralmente en una categoría el sistema sexo-género.² El aporte sirvió de plataforma para que el feminismo posicionara y desarrollara una concepción teórica en las ciencias sociales, cuya legitimidad científica pronto develó al mundo su incalculable poder analítico y práctico.

Uno de los valores fundamentales de la teoría de género es haber demostrado el rol de los procesos socioculturales en la construcción genérica

¹ Money utiliza por primera vez el concepto género para referirse a un componente cultural e intentar explicar por qué las diferencias entre hombres y mujeres no solo obedecen a razones marcadas por la biología, sino que tienen su explicación en las pautas que la sociedad marca para unos y otras. Posteriormente en la década de los sesenta el psicoanalista Stoller elabora conceptualmente el término y anuncia su libro *Sex and Gender* (1967), a propósito de sus estudios sobre identidad sexual y de género, específicamente sobre transexualidad.

² El sistema sexo-género se refiere a «aquel conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas».

de las diferencias al alejarlas de su tradicional esencia natural, y con ello demostrar el verdadero origen de las desigualdades entre mujeres y hombres. Justamente esa teoría de género, desarrollada por el movimiento feminista, permitió no solo reivindicar el rol de las mujeres en la historia, sino potenciar saberes, interrogantes y debates con los que posteriormente la academia, y en general las ciencias sociales, pudieron explicar numerosos y complejos sistemas de relaciones de la realidad contemporánea.

A partir de la década de los setenta del siglo pasado se amplían las pesquisas a la realidad de los hombres bajo el nombre de *men's studies*.³ Los posicionamientos teóricos del feminismo a partir de los estudios de mujeres y feministas (bases conceptuales de los estudios de género), y los aportes del movimiento lésbico-gay primero, luego LGBTI y finalmente estudios *queers*, fueron los círculos contextuales, históricos, políticos y teóricos que sirvieron de plataforma a los estudios de género de los hombres y las masculinidades.

En los inicios ese campo de estudio permaneció restringido a las mujeres, avalado por numerosas razones que legitiman una historia de relaciones de género basadas en la subordinación, el control y la discriminación hacia ellas, con consecuencias en múltiples desigualdades acontecidas en el espacio privado y en la vida económica, política y social. Teóricas feministas y hombres investigadores alertaron en esta situación sobre la invisibilidad del género masculino y su consideración como sujetos públicos, pero ausentes de género (2). La comprensión del aspecto relacional de las masculinidades es fundamental para entender la realidad de hombres y mujeres (3). «La reducción de las teorías de género a solo uno de los sujetos de género» limita nuestros análisis. Sujetos de género son las mujeres y los hombres, pues para ambos, sobre un conjunto de características sexuales, hay una construcción histórica (4).

³ Los *men's studies* se inician principalmente en los países anglosajones (Estados Unidos, Australia, Canadá, Reino Unido y países nórdicos) y siguen luego por el resto de América, Europa y otros sitios del planeta, y con ellos las primeras interrogantes en relación con los hombres.

El género de los hombres es también un principio de la vida social, porque se trata de una problemática relacional que acontece en los diferentes contextos culturales y momentos del desarrollo de la humanidad. Se comienza a promover la investigación científica sobre los varones, quienes empiezan a verse también como sujetos de género y entes sociales y relacionales con capacidad de construirse histórica y culturalmente.

Desde entonces los estudios de género de los hombres, los más recientes integrantes de los estudios de género, se han tornado importantes contribuciones a la investigación empírica sobre masculinidades y su sistema de categorías y construcciones discursivas, al tiempo que los resultados de la práctica en el trabajo directo con ellos han ido tomando cuerpo teórico y han comenzado a anclar en lo que hoy constituyen valiosos referentes conceptuales.

En consecuencia, integrar la perspectiva de género a los estudios de los varones supone colocar la mirada en ese proceso de construcción sociohistórico y político de la identidad masculina que permite analizar e incorporar el impacto de las maneras de ser hombre signadas por la cultura en atributos, maneras de pensar, emociones, sentimientos, comportamientos, prácticas, imaginarios, roles sociales y personales, y formas de relación e interacción que establecen los varones con otros hombres, las mujeres, consigo mismos y la sociedad. Aluden además a las formas en que tradicionalmente se ha ejercido el poder, marcadas por una ideología patriarcal que ha ponderado un sistema de dominación basado en formas de relación desiguales e inequitativas (5).

Connell señalaba que para entender la masculinidad necesitamos centrarnos en los procesos y relaciones a través de los cuales los hombres y las mujeres exhiben vidas ligadas al género (6). En este sentido, la masculinidad es un lugar en las relaciones de género, en las prácticas a través de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio y los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura.

Podría decirse que el impulso y avance de estudios e investigaciones sobre hombres y masculinidades han permitido ampliar el debate con un enfoque de género y feminista, y han posibilitado la construcción de nuevos conocimientos y la revisión de políticas de equidad.

Numerosos resultados aportados por estudiosos de las masculinidades en el mundo dan cuenta de ello. Tal es el caso de trabajos y ensayos relacionados con la construcción genérica masculina, los debates de género, los vínculos con el feminismo, las epistemologías, las relaciones de poder, el impacto de los modelos de socialización patriarcal masculina, el análisis de inequidades y desigualdades, entre otras (2,3,6-17).

Aun cuando la cultura patriarcal ha tenido diferentes expresiones a lo largo del desarrollo de la humanidad con órdenes jerárquicos apegados a las peculiaridades de cada cultura (6), la práctica investigativa coincide en establecer que constituye una cultura de opresión que atenta contra todos los derechos de los seres humanos, fundamentalmente de las mujeres, y anida categorías que le son constitutivas independientemente de la época histórica y contexto cultural en que tengan lugar, tal es el caso del machismo, el androcentrismo, el sexismo, la hombría, la misoginia, los binarios de sexo y género, y la heteronormatividad.

Una definición importante lo constituye la noción de masculinidad hegemónica aportada por Connell, la cual define como conjunto de prácticas que promueven la posición social dominante de los hombres y la posición social subordinada de la mujer, e intenta explicar cómo y por qué los hombres mantienen roles sociales dominantes sobre las mujeres y otras identidades de género que se perciben como «femeninos» en una sociedad dada (6).

La ciencia recoge una vasta producción teórica en torno a los sistemas de poder y la dominación masculina, que otorga a los varones el ejercicio de la decisión en ámbitos sociales, políticos y laborales de la vida pública, y privados en el espacio doméstico. Al respecto, las estrategias de poder se han definido como aquellos modos de actuación que se

instalan y encuentran su expresión más favorecedora en el ejercicio de las microrrelaciones de poder, en el que alcanzan su fuerza para mantenerse, acentuarse, estabilizarse y extenderse (18).

Robert ell enfatiza los mecanismos que reproducen las relaciones asimétricas de poder y concibe la masculinidad como una dimensión del orden de género, que remite a una estructura de relaciones sociales e involucra relaciones específicas con los cuerpos (6), mientras Bourdieu utiliza el concepto de violencia simbólica para explicar lo que él llama la dominación masculina. Se refiere a la «legitimidad desigual», que destaca cómo esa desigualdad se va inscribiendo en los cuerpos de las personas en forma de hábitos, los cuales brindan al poder una gran estabilidad dentro del orden social y garantizan la sumisión inmediata y casi natural de los dominados (8).

El psiquiatra español feminista Miguel Lorente ha puesto su mirada en reivindicar el significado de ser hombre, desmontando la identidad masculina sobre la cual se ha estructurado todo el sistema de poder de los varones. Introduce en el análisis de la realidad de los varones las categorías *postmachismo* y *neomachismo*⁴ para explicar cómo se sigue perpetuando la dominación masculina y defendiendo la superioridad de los varones bajo un falso velo de transformación y superación de las desigualdades (19).

La violencia de género ha constituido un desafío relevante y permanente en todos los trabajos sobre hombres y sus masculinidades, justamente porque su naturaleza discriminatoria, amparada en el sistema de dominación patriarcal, legitima el poder masculino. Al decir de muchos autores, ha sido uno de los aspectos más estudiados junto a la sexualidad, la paternidad y la diversidad sexual (7-9,18,20-22).

⁴ El posmachismo lo interpreta como una reacción ante el avance del feminismo, tratando de demostrar que se ha «superado» ese machismo, y el neomachismo lo relaciona con las nuevas formas de ejercer el machismo al conservar lo masculino como referencia y hacer que la transformación de los varones se torne conservadora y asimétrica.

Considerada la más grave de las desigualdades de género, anida en el patriarcado como sistema simbólico que magnifica el predominio cultural de lo masculino sobre lo femenino, destinado a perpetuar las desigualdades de género. Como forma de opresión afecta la integridad física, psicología y moral de las mujeres, y puede encontrar sus espacios de incidencia en el ámbito de la pareja, la familia, las instituciones y el escenario comunitario, ya sea en forma de acciones o de omisiones concretas o simbólicas.

Numerosos estudios han examinado los efectos de la violencia de género en campos como la salud de las mujeres y las niñas: discapacidades físicas por lesiones, trastornos psicológicos y consecuencias en la salud sexual y reproductiva, básicamente a partir de asimetrías para negociar relaciones sexuales sin protección, lo cual se expresa en embarazos no deseados a edades tempranas, infecciones de transmisión sexual (ITS) y abortos inducidos, entre otras (23).

Otros trabajos han identificado la violencia masculina o violencia machista como un grave problema de derechos humanos con enormes costos económicos y sociales.

En los últimos años han aparecido en el escenario científico algunas evaluaciones sobre programas de prevención de violencia destinados a hombres (24) y sistematizaciones sobre servicios y programas de atención a aquellos que han ejercido violencia contra sus parejas o exparejas (25).

Otro campo de análisis profusamente analizado tiene que ver con la construcción y el ejercicio de la sexualidad como una de las columnas sostenedoras de la hegemonía masculina, cuyo rol se torna decisivo en las relaciones de poder de los hombres en la modernidad.

Foucault considera que la sexualidad ha funcionado como mecanismo de poder al responder al sistema cultural imperante (18). Weeks la distingue como un proceso de construcción sociohistórica cultural, al destacar

cómo a lo largo del desarrollo histórico se han configurado modelos de sexualidad diferentes para hombres y para mujeres (26), mientras que Bourdieu la vincula al concepto de virilidad, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y el ejercicio del poder y la violencia construido ante y para los restantes hombres y contra la feminidad (7). Por su parte, Butler la consigna en calidad de ideología que reproduce discursos dominantes sobre el cuerpo, el género, el erotismo y la reproducción, y que construye complejas relaciones de poder que legitiman y privilegian ciertas identidades (27).

Otros estudios han profundizado en los temas de salud vinculados al autocuidado y a los derechos sexuales y reproductivos, unidos a los comportamientos masculinos frente a las ITS y el VIH/sida; los significados socioculturales que adquiere la sexualidad para los varones en cada ámbito particular; los apoyos u obstáculos que ejercen en la regulación de la fecundidad o ante los riesgos reproductivos; y la importancia social del proceso reproductivo para la subjetividad masculina en su vínculo con el ejercicio de la paternidad (14,28,29).

El debate contemporáneo sobre diversidad sexual ha sido incorporado a los estudios de los varones como un elemento de sumo valor para la comprensión del constructo masculino. Se observa un enorme avance en la producción teórica y de investigaciones sobre la diversidad sexual LGBTI y acerca de hombres gays, transexuales, bisexuales y travestis, que aborda la discriminación y violencias homolesbotransfóbicas, el estigma alrededor de prácticas homoeróticas, y el papel de la homofobia en la construcción de las masculinidades y de las discriminaciones sociales e institucionales. En estos avances ha sido clave la agenda del movimiento LGBTI.

Estos estudios han otorgado gran peso a la comprensión del constructo masculino, el cual históricamente ha tenido, con el carácter de atributo central, la *heterosexualidad* como elemento probatorio de la hombría, teniendo en cuenta el lugar de marginalidad que

ocupa la homosexualidad desde el modelo de masculinidad dominante y las concepciones que operan desde el poder patriarcal. La supremacía de la norma heterosexual junto a los binarios de sexo y género, aportados por la teoría *queer*, visualizaron el debate acerca de estos dispositivos ideológicos de poder, con el fin de explicar las relaciones entre el sexo-género y la orientación del deseo erótico afectivo.

La teoría *queer*, legitimada por una de sus precursoras, Judith Butler (30), significó un vuelco importante en el análisis de este tema. Como movimiento político que aboga por la deconstrucción de las identidades sexuales basadas en el enfoque binario de género y sexualidad, dio visibilidad a personas de «género fluido», género no definido, sexualidades alternativas y disidentes. La teórica feminista ha señalado en múltiples oportunidades el efecto devastador de la estigmatización, la segregación y las múltiples discriminaciones para las personas y grupos sociales que no comparten la normativa heterosexual hegemónica, así como en el modo en que estas exclusiones alimentan la ideología patriarcal y la cultura machista.

La importancia social del proceso reproductivo para la subjetividad masculina en su vínculo con el ejercicio de la paternidad, su significado y el lugar que ocupa en sus proyectos de vida, ha estado presente en los estudios de hombres. La variabilidad histórico-cultural y el carácter construido de la paternidad suponen el diseño de maneras específicas de ser padre en un momento histórico dado y en dependencia de los contextos, lo cual resulta afectado por los procesos socioculturales que tengan lugar en cada período.

En tal sentido, se ha indagado en las maneras en que se construye y ejerce el rol de padre, los vínculos con sus identidades de género, la etapa generacional que se vive en el momento de su desempeño, los contextos históricos y culturales que lo rodean y el grupo social al que pertenecen. También han recibido cada vez mayor atención las relaciones de los hombres con su descendencia y los distintos modelos de

padres, así como su escasa participación en el cuidado, la crianza y las tareas domésticas (14,31-33).

Pero si bien la manera en que los hombres han sido socializados y los contextos histórico-culturales de su desempeño como padres resultan cruciales, es preciso considerar que el sendero para llegar a asumir el rol de la paternidad no transcurre desvinculado de otras realidades que se nuclean alrededor de la construcción cultural de las masculinidades. Tal es el caso de la organización que demandan las cualidades personales atribuidas al varón desde la normatividad genérica, su posición en la familia y la pareja, el ejercicio de la sexualidad y las diversas formas de vivirla, la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de sus procesos afectivos y la violencia (34).

Investigaciones sobre masculinidades y salud

La salud de los hombres ha sido uno de los aspectos que desde el comienzo de los estudios de género de los hombres figuró como objeto de análisis para la producción de conocimiento, básicamente en lo referente a los vínculos que se establecen entre los mandatos masculinos propios de la culturalización de género de los hombres y los problemas de salud.

Los debates sobre los aspectos de la cultura que encajan en el ideal masculino (independencia, agresividad, competencia, arrojo, temeridad, resistencia...), tienen consecuencias y costos para la salud, afianzados con el correr de los años y la fuerza de los estereotipos. Estos estudios sobre salud masculina se han entrecruzado con ejes importantes de la masculinidad hegemónica: el ejercicio de la sexualidad, los desempeños del rol paterno y las prácticas agresivas y violentas.

El médico y antropólogo Benno de Keijzer desarrolló el concepto de «masculinidad como factor de riesgo» para explicar cómo el proceso de socialización de los hombres obstaculiza el cuidado de la salud propia y de quienes les rodean. Este modelo los convida a silenciar sus dolien-

cias y malestares, no mostrar vulnerabilidad y prescindir de cualquier ayuda, así como alejarse del autocuidado (35). Por su parte, el filósofo e investigador mexicano Figueroa ha señalado cómo los varones necesitan responder a las expectativas que la sociedad deposita respecto a su masculinidad, aun con el costo de su salud, afincada en procesos de aprendizaje, y que reflejan los papeles que se les ha asignado en la sociedad y la forma estereotipada de «ser hombre» (36).

Algunos autores han reflexionado sobre la sobremortalidad masculina con respecto a la femenina y cómo dentro de esta se concentra la identificación de muertes evitables. Patologías puntuales se sitúan como marcadores en materia de salud con consecuencias para la vida de los hombres: problemas cardíacos, ciertos tipos de cáncer (pulmón, cirrosis hepática y próstata) y una creciente proporción de muertes violentas (homicidios, accidentes y suicidios). Muy ligadas a la mortalidad masculina aparecen las adicciones, en especial el alcoholismo, como una causa de muerte en edad productiva (37).

Otro elemento importante que han incorporado los trabajos sobre masculinidades y salud, se relaciona con la urgencia y necesidad de desarrollar acciones de cuidado de los hombres.

Keijzer y Bonino proponen «la construcción de una política de salud dirigida a la población masculina» por el valor que tiene tanto para hombres como para mujeres, pues el hombre en sus prácticas de masculinidad no solo evade el cuidado de su salud, sino que pone en riesgo la de las mujeres (37,38). Figueroa destaca lo que significa 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 (39), al tiempo que Muñoz señala que deben develarse las estructuras discursivas instituidas en la salud pública para poder hacer visibles las relaciones, visiones del mundo, apuestas e influencias que afectan negativa o positivamente a los hombres como sujetos generizados (40).

Sin embargo, en la formulación de estrategias de atención promovidas desde el pasado siglo por organismos internacionales y agencias, dirigidas a estimular responsabilidades de las personas frente a sus cuidados de salud, se omitió durante mucho tiempo vincular a los hombres en este tipo de acciones para el logro de la equidad en salud: quedaron excluidos y descartados como agentes movilizados para la búsqueda de recursos y prácticas en la preservación del cuidado y autocuidado de su bienestar saludable en políticas de influencia.

Luego del reconocimiento por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 de prestar mayor atención a las implicaciones del rol social de los varones desde una perspectiva de género, surgieron algunas voces que reaccionaban a este llamado. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS convocó a construir un movimiento global por la equidad en salud (CSDH, 2007); como resultado, en el 54º periodo de sesiones de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer se abordó la necesidad de involucrar a los hombres en la igualdad de género (Naciones Unidas, 2010).

El reconocimiento de la necesidad de incluir en los estudios de hombres el análisis de su salud, no solo acepta la idea de la repercusión que tiene ese sistema de dominación sobre la vida de los varones y su salud, sino también la influencia negativa que sobre la salud de las mujeres ejerce la dominación hegemónica masculina con bases patriarcales. La forma en que los varones se relacionan con su cuerpo y su proceso de salud-enfermedad, generan consecuencias negativas tanto para ellos como para las mujeres, a partir del no cuestionamiento de los estereotipos vigentes. En la actualidad, los esfuerzos en este sentido se dirigen a ampliar el significado de la equidad de género al ámbito de la salud pública

En el análisis de la problemática de la salud de los hombres se impone considerar no solamente sus comportamientos de riesgos, sino que los enfoques también deben incluir el examen de las estructuras simbólicas de los mandatos de género, y las dinámicas de poder que configuran las relaciones interpersonales y las prácticas cotidianas dentro de los

contextos sociales, pues todas marcan y perpetúan desigualdades de género en salud.

El avance hacia la equidad de género es un aspecto fundamental para mejorar los resultados de salud. Por consiguiente, ampliar el significado de la equidad de género al ámbito de la salud, es un principio básico dentro de la formulación de políticas de salud.

Referencias bibliográficas

1. Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*. 1986;8(30):95-145.
2. Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. En: ISIS Internacional, editor. *Fin de siglo, género y cambio civilizatorio*. Santiago, Chile: Ediciones de las Mujeres; 1992. p. 129-38.
3. Viveros M. Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. *Dilemas y desafíos recientes*. *La Manzana de la Discordia*. 2007 Dic;2(4): 25-36.
4. Lagarde M. La multidimensionalidad de la categoría género. En: Hernández CN, compilador. *Género. Selección de lecturas*. La Habana: Caminos; 2008. p. 35-43.
5. Díaz M. *Plataforma de hombres cubanos. Una experiencia para el bienestar*. Punto Género Núcleo de Género y Sociedad Julieta Kirkwood (Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile). 2015.
6. Connell RW. La organización social de la masculinidad. En: Valdés T, Olavarría J, editores. *Masculinidad/es: poder y crisis*. Cap. 2. Ediciones de las Mujeres, no. 24. ISIS-FLACSO; 1998. p. 31-48. Disponible en: www.cholonautas.edu.pe/BibliotecaVirtualdeCienciasSociales
7. Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.
8. Kaufman M. Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Teresa Valdés T, Olavarría J, editores. *Masculinidades, poder y crisis*. Ediciones de las Mujeres, no. 24. Santiago, Chile: Isis Internacional; 1998.

9. Seidler V. Transformando las masculinidades. Conferencia en Congreso «Los hombres ante el nuevo orden social». EMAKUNDE (Instituto Vasco de la Mujer); 2001; San Sebastián, España.
10. Gutman M. Hacerse hombre: las mujeres y la negociación de la masculinidad en la Ciudad de México. Providence, Rhode Island: Departamento de Antropología, Brown University; 2003.
11. Careaga G. Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México, D.F.: PUEG; 2006.
12. Aguayo F, Nascimento M. Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. *Sexo, Salud, Sociedad*. 2016 Ene-Abr;(22). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>
13. Olavarría J. Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista. *Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe*. Ro 6 Caracas: Flacso/Unesco/Nueva Sociedad; 2003. p. 91-8.
14. Olavarría J, coordinador. Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación. México, D.F.: El Colegio de México; 2014.
15. Núñez Noriega G. Reflexiones para una mesa de diálogo que apenas empieza: feminismo y estudios de género de los hombres. *GénEros*. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género. 2010;16(6): 35-53.
16. Núñez G, Ponce P, Wolffolk L. La sexualidad en el desarrollo: hacia una visión inclusiva. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*. 2015 Jul-Dic;1(2):56-81.
17. Núñez G. Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian? *Culturales*. 2016 Ene-Jun;4(1):9-31. [Universidad Autónoma de Baja California Mexicali, México Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España].
18. Foucault M. Diálogos con Foucault. *Ornicar*. 197 Jul;(10).
19. Lorente M. Los nuevos hombres nuevos. Los miedos de siempre en tiempos de igualdad. Barcelona: Ediciones Destino; 2009.
20. Bonino L. Masculinidad, salud y sistema sanitario: el caso de la violencia masculina. En: Ruiz-Jarabo Q, Prieto B, coordinadores. *La violencia contra las*

- mujeres, prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Ed. Díaz de Santos; 2005.
21. Bonino L. Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y los factores de riesgo. 2a Col. «Contra la violencia de género» Catálogo general de publicaciones oficiales. 2007. Disponible en: <http://www.060.es> [Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones].
 22. Ramírez JC. Madejas entreveradas: violencia, masculinidad y poder. México, D.F.: Plaza y Valde; 2008.
 23. USAID. Working with men and boys to end violence against women and girls: Approaches, challenges and lessons. Washington; 2015. En: Aguayo F, et al. Hacia la incorporación de los hombres en políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Santiago, Chile: EME/Cultura Salud; Washington, D.C.: Promundo-US; Ciudad de Panamá: ONU Mujeres-UNFPA; 2016.
 24. Aguayo F, Kimelman E, Saavedra P, Wallace JK. Hacia la incorporación de los hombres en políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Santiago, Chile: EME/Cultura Salud; Washington, D.C.: Promundo-US; Ciudad de Panamá: ONU Mujeres-UNFPA; 2016. p. 31-4.
 25. Filgueiras M, Beiras A, Clímaco D, Coelho de Souza M. Atención a hombres autores de violencia contra las mujeres. Experiencias latinoamericanas. Florianópolis, Brasil: Universidad Federal de Santa Catarina; 2010.
 26. Weeks J. El malestar de la sexualidad: significados, mitos y sexualidades modernas. Madrid: Talasa; 1993.
 27. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales discursivos del «sexo». Buenos Aires: Paidós; 2002.
 28. Figueroa JG. Varones, reproducción y derechos: ¿podemos combinar estos términos? *Desacatos*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. 2001;(6):149-64.
 29. Keijzer B. Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria. En: Bronfman M, Denman CA, editores. *Salud reproductiva: temas y debates*. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2001. p. 59-82.
 30. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona: Paidós; 2007.

31. Fuller N, editor. *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú-Fondo Editorial 2000; 2001.
32. Viveros M. *Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo. Perspectivas teóricas y analíticas*. En: Fuller N, editor. *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica de Perú-Fondo Editorial 2000; 2001. p. 90-112.
33. Keijzer B. *Paternidades y transición de género*. En: Fuller N, editor. *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica de Perú-Fondo Editorial 2000; 2001. p. 216.
34. Díaz M. *Las paternidades en el proceso de ser hombres*. En: Rivero R, compilador. *Masculinidades y paternidades en Cuba*. La Habana: Editorial CENESEX; 2016.
35. 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.
36. Figueroa JC. *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: EDHUCASALUD; 2007. p. 373-92.
37. Keijzer B. *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S, coordinadores. *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: International Forum for Social Sciences in Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
38. Bonino Méndez L. *Masculinidad, salud y sistema sanitario: el caso de la violencia masculina*. En: Ruiz-Jarabo Q, Prieto B, coordinadores. *La violencia contra las mujeres, prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias, y gozosas*. Ed. Díaz de Santos; 2005.
39. Figueroa JG. *El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones*. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia (Universidad de Caldas, Manizales)*. 2015;(7):121-38.
40. Muñoz N. *Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad [serie en Internet]*. 2012;2(2):6-26. Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)

LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA MASCULINIDAD

Mayda Álvarez Suárez

El Centro de Estudios de la Mujer ha dirigido una parte importante de su quehacer a profundizar en el estudio de las subjetividades de género, en particular las femineidades y masculinidades (1). A través de las investigaciones realizadas ha sido identificado, como un obstáculo esencial para el avance de la igualdad entre hombres y mujeres, la persistencia de concepciones tradicionales y estereotipadas en una parte importante de la población cubana, fruto de la cultura patriarcal. Conocer cuáles aspectos de las construcciones socioculturales de la masculinidad y la femineidad poseen las personas y cuáles favorecen o entorpecen la igualdad de género en nuestro país, ha sido un propósito fundamental, y para ello la Teoría de Género constituye la concepción teórico-metodológica en la cual se basan nuestros estudios.

Los primeros estudios sobre masculinidades y femineidades realizados por el Centro se remontan a 2004, cuando se realizó un conjunto de talleres con metodología de investigación-acción participativa en varias provincias del país, como primera acción emprendida por el Programa de Desarrollo Humano en Cuba (PDHL) (2). Con posterioridad se publicó un trabajo dirigido a educadores/as cubanos (3).

En 2007 la máster Inalvis Rodríguez Reyes dirigió un grupo de cinco talleres participativos en varias provincias del país, con hombres y mujeres (4). De dichos talleres se derivó con posterioridad un análisis que sistematizó los hallazgos de los mismos a partir de sus relatorías (5).

La Teoría de Género nos permite interpretar la complejidad social, cultural y política de las relaciones entre hombres y mujeres, y la manera en que estas se construyen socialmente. Dichas relaciones son con-

tradicorias y jerarquizadas, estructuradas alrededor de dinámicas de poder-subordinación, en las que históricamente se ha concedido mayor importancia a las características y actividades asociadas a lo masculino. Esta visión dialéctica de las relaciones de género ha sido ignorada por otras visiones en nuestra cultura, las cuales:

- consideran que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales, biológicas y, por lo tanto, irremediables e inmutables;
- no reconocen que las relaciones de desigualdad entre los géneros son producto del orden social;
- estiman que las mismas no tienen el suficiente impacto sobre el desarrollo de una sociedad y de las personas (6).

Marta Lamas, una de las más destacadas representantes de la Teoría de Género, precisó con gran claridad:

...en el debate sobre la categoría *género* lo esencial de este concepto es que la diferencia biológica, cualquiera que esta sea, anatómica, bioquímica, etc. se interprete culturalmente como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas con una moral diferenciada; ese es el problema político que subyace a toda discusión académica sobre las diferencias entre hombres y mujeres. Es decir, estamos frente a un problema que es político, que tiene que ver con las relaciones de poder y con discriminar a personas por determinadas características. En la teoría de género, visto como sistema, se reintegra el carácter político, en tanto trata una de las maneras en que las sociedades organizan a los sujetos para monopolizar y distribuir los poderes. La teoría se construye desde las prácticas y responde a un movimiento: el feminista que justamente se ha rebelado contra la manera de monopolizar y distribuir el poder. Esa es su fuerza y su carácter histórico [7].

Desde dicha teoría, se comparten los axiomas teóricos del enfoque histórico-cultural de L. S. Vygotski, fundamentalmente el historicismo, la

relación dialéctica entre lo psíquico y lo social, el carácter mediatizado del psiquismo, y la comprensión dialéctica y procesal de la unidad indisoluble entre lo cognitivo y lo afectivo (8). Así, se define *género* como una categoría que analiza la síntesis histórica entre lo biológico, lo económico, lo social, lo jurídico, lo político, lo psicológico y lo cultural; implica el sexo, pero no agota ahí sus explicaciones.

De los conceptos que integran la Teoría de Género, se seleccionaron para nuestras investigaciones dos: construcciones socioculturales de género e identidades de género.

Las construcciones socioculturales de género se entienden como el conjunto de creencias, ideas, juicios, valoraciones, mitos y actitudes, orientadas hacia la comprensión de las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres, hombres y hombres, mujeres y mujeres, en una sociedad determinada e históricamente contextualizada y que sirven de guía para la comunicación y el comportamiento en la vida cotidiana (1).

Se han estudiado en específico las construcciones socioculturales de la masculinidad y la feminidad, y a las mismas no referiremos. Si bien esto pudiera considerarse por algunas personas aferrarse a una lectura binaria del análisis de género al identificarlo solo con la diferencia sexual, esta decisión responde a que no puede olvidarse que la construcción de género es un ordenador social con capacidad para articular estructuras sociales con aspectos de la subjetividad y que, en la práctica cotidiana, se concreta en mandatos sociales y se convierte en verificación de atributos para hombres y mujeres, casi siempre vistos de manera homogénea, lo que convierte la sociedad en un conjunto de individuos que, de acuerdo con su sexo, responden a un ser y se ven obligados a comportarse en función de ello. La relación entre deber y prohibición es fundamental para construir lo que somos las mujeres y los hombres.

Todas las personas son seres de cultura, aprenden y generan cultura, y viven a través de su cultura (9). Los atributos y funciones asignados al género se interiorizan a través de la socialización, entendida como un

complejo y detallado proceso cultural de apropiación por parte de las personas de formas de representarse, valorarse y actuar en el mundo. Diferentes personas, instituciones y medios enseñan desde pequeña a cada persona a ser mujer o a ser hombre, y cada quien aprende o no de acuerdo con sus posibilidades; cada quien se apropia y hace suyo en grados diferentes los mandatos de género; los cumple o los desobedece. Esa experiencia internalizada, en la cual el sujeto no es pasivo, va configurando la subjetividad, el psiquismo. El género es entonces constitutivo de la identidad de cada persona como parte de su subjetividad; es un resultado de la socialización, pero a su vez, a través de este proceso, se comparten y perpetúan socialmente las representaciones de las que somos portadores (1).

La identidad de género se comprende entonces como aquellos aspectos de la valoración de sí mismo o de la autovaloración que nos definen como hombre o mujer u otro género; e integra las formas específicas de ser, pensar y sentir asumidas por los individuos desde las asignaciones sociales. Así, operacionalmente hablamos de *masculinidad* para distinguir el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al hombre, y de *femineidad* o *feminidad* para señalar el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales a la mujer en una cultura determinada (1).

La identidad de género que se construye en el proceso de socialización, permite a la persona, en un primer momento, integrarse en un sistema social determinado para apropiarse de generalidades simbólicas, y posteriormente, a través de un proceso de individualización, llegar a establecer una creciente independencia con respecto a las situaciones sociales.

Analizar las maneras en que las personas asumen su cultura —es decir, asumen las concepciones del mundo filosóficas, ideológicas, religiosas, científicas y éticas predominantes en una sociedad—, constituye un elemento esencial para comprender su subjetividad, su identificación o su extrañamiento con ese mundo y la forma en que se comportan en este (6).

La sexualidad es precisamente uno de los ejes centrales sobre los cuales se ha construido la opresión de las mujeres, lo que la convierte entonces en un campo de desencuentro cuando solo constituye un ejercicio del poder y de afirmación de la virilidad, y en manifestación de una sexualidad masculina que se cree incontrolable y natural, mientras que el cuerpo de la mujer se concibe para el uso y control del hombre, privando en definitiva a ambos de una sexualidad más plena y placentera.

Estas construcciones sociales consideran a la mujer como «responsable de la regulación de la fecundidad y de la reproducción», mientras colocan a los hombres como espectadores en la propia procreación de los hijos, como figuras secundarias en su educación, lo que sin dudas los hace perderse valiosas experiencias y vivencias para su propio crecimiento personal, y les produce también un costo en el plano psicológico (10).

Hemos seleccionado para el presente artículo el análisis de las concepciones de género en jóvenes hombres de 15 a 29 años, relacionadas sobre todo con la sexualidad, como parte de un estudio comparativo por edades realizado por el Centro de Estudios de la Mujer (11), a partir de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Igualdad de Género (ENIG) 2016 (12).

En relación con la población joven, antecede a este análisis el estudio titulado *Construcciones socioculturales de género en estudiantes universitarios*, llevada a cabo con estudiantes (244 en total, de ellos 68 muchachos y 176 muchachas) de las universidades de La Habana, Villa Clara, Sancti Spiritus, Holguín y Santiago de Cuba. En aquella ocasión la técnica empleada fue el cuestionario, uno con preguntas cerradas y otro con preguntas abiertas (13).

En aquel momento tanto muchachas como muchachos opinaron que se han producido cambios positivos en la relación entre hombres y mujeres en la sociedad con respecto a otras generaciones: entre estos, la igualdad de derechos para ambos, mayor libertad para las mujeres en sus relaciones y el aumento significativo de su participación en el espacio público.

Al mismo tiempo, señalaron la persistencia de aspectos que aún no han sido solucionados, respecto a: 1) los roles tradicionales adjudicados a uno u otro género, 2) la división sexista de algunas de las tareas domésticas, 3) estereotipos referidos a algunos oficios como exclusivos de uno u otro sexo, 4) la existencia aún de prejuicios en cuanto al desempeño de mujeres y hombres en determinados espacios.

Entre sus insatisfacciones, los hombres jóvenes apuntaron que la realidad es que muchos hombres vivencian que cumplir con el ideal que representa «ser hombres» constituye una experiencia generalmente dolorosa y se sienten en constante deuda por esas exigencias que, en muchas ocasiones, no pueden cumplir, en tanto que también para las mujeres es un gran reto hacer compatibles sus nuevos roles sociales (trabajadora, dirigente, activista social...) y sus roles tradicionales (ama de casa, esposa y «buena madre»).

Indagar cómo se manifiestan en la actualidad las construcciones socio-culturales de género en la población joven, constituyó una de las motivaciones fundamentales de la investigación comparativa por edades realizada recientemente, con especial énfasis en el análisis acerca de los contenidos que prevalecen en la construcción de la masculinidad de hombres jóvenes cubanos (10).

En general, este estudio evidenció que son las personas de 15 a 39 años, sobre todo en el grupo de 30 a 39 años, quienes muestran más avances en las concepciones de género en comparación con los restantes grupos, mientras que son las de 65 a 74 años quienes conservan más prejuicios y estereotipos. Son las mujeres jóvenes en mayor proporción que los hombres las que, por lo común, manifiestan las opiniones y valoraciones sobre género más avanzadas.

Las concepciones y valoraciones de las personas jóvenes estudiadas no se distancian de manera notable de las halladas para toda la población en la ENIG 2016, y algunos prejuicios y estereotipos encontrados se reproducen en los/las jóvenes como parte de los mandatos de una cultura

patriarcal enraizada por siglos, en la cual, si bien se han producido y se siguen produciendo cambios, su presencia nos indica que estas transformaciones tienen lugar lentamente y requieren de acciones concretas para continuar impulsándolas.

Las concepciones acerca de la sexualidad, la maternidad y la paternidad en los jóvenes hombres son las siguientes:

1. La mayor parte de ellos está en desacuerdo con que los hombres no puedan controlar sus deseos sexuales. Sin embargo, no es despreciable que 32 % de los jóvenes compartan dicha opinión.
2. Las mujeres jóvenes, más que los hombres jóvenes, están en mayoría en desacuerdo con que las mujeres deban siempre complacer sexualmente a su pareja.
3. Más de 60 % de los hombres jóvenes consideran que los bebés necesitan más cercanía de la mamá que del papá. La mitad de las personas de este grupo valora que las mujeres son mejores que los hombres para el cuidado de los/las niños/as.
4. El grupo de jóvenes estudiado piensa, en su mayoría, que las mujeres son más cariñosas que los hombres, lo que indica que el cariño es considerado por ellos y ellas expresión principalmente de la feminidad.
5. Son las/los más jóvenes quienes con mayor frecuencia reconocen los derechos de las personas homosexuales y están de acuerdo con el matrimonio igualitario. Con respecto a la adopción, son los en mayor proporción manifiestan su acuerdo con que dos hombres o dos mujeres adopten niños/as, en comparación con los otros grupos de edades.
6. La mayoría está de acuerdo con que una mujer puede sentirse bien, aunque no haya tenido hijos.

Se evidencian también avances en otros aspectos de las relaciones de pareja, entre estas las concepciones sobre el papel de mujeres y hombres en los asuntos relacionados con la participación económica y los ingresos por este concepto, las cuales se orientan hacia la igualdad en

la pareja en el proceso de toma de decisiones. Al parecer, los/las jóvenes son quienes manifiestan mayores progresos en este sentido, mientras que las personas más adultas (65 a 74 años) muestran más arraigo a ideas y patrones tradicionales, que colocan a la pareja en una situación desigual ante la toma de decisiones.

Resulta positivo que las/los jóvenes no justifiquen la violencia contra las mujeres ni contra los hombres, y muestran también avances en concepciones y valoraciones relacionadas con esta, al estar en mayoría «en desacuerdo» con las siguientes afirmaciones:

- Las mujeres deben soportar la violencia por su seguridad económica y el bienestar de sus hijos/as.
- Las mujeres son violadas porque provocan a los hombres.
- La violencia solo la ejercen personas de bajo nivel cultural.
- La mujer es la culpable de que el hombre la maltrate.
- Es normal que en las relaciones de pareja exista algún tipo de violencia.
- La violencia verbal no es tan mala como la física.
- Los abusos sexuales son realizados generalmente por personas desconocidas.
- Los hombres son violentos por naturaleza. (Son las mujeres de 15 a 29 años las que en mayor proporción manifiestan su desacuerdo con esta afirmación, en comparación con lo obtenido para las mujeres de la población total).
- La violencia la ejercen personas enfermas o con mala conducta social.
- La violencia en la pareja es un asunto privado.

Sin embargo, se mantienen arraigadas ideas de que la mujer que soporta el maltrato es porque le gusta, si no ya hubiera roto la relación, y de que el consumo del alcohol es la causa de la violencia.

En estas investigaciones se pudo apreciar que los/las jóvenes, como parte de la sociedad, si bien se identifican con concepciones avanzadas en un

grupo de aspectos, están sometidos a mandatos culturales y patrones tradicionales establecidos durante años, que hacen que se apeguen a una guía de conducta basada en lo tradicionalmente considerado «femenino y masculino». Estas normas y tradiciones son reproducidas por ellos, quienes, aunque no siempre logren visibilizarlas, las incluyen en su vida cotidiana.

Los impactos sobre la salud de las personas de los mandatos de dominación patriarcales y la norma heterosexual en las construcciones de la masculinidad, han sido estudiados por investigadores de distintas latitudes y valorados como no saludables, y vistos desde la perspectiva de género, como factores de riesgo para la salud hacia las mujeres y niños, hacia otros hombres y para sí mismos (14).

La masculinidad es un riesgo para las mujeres y niños cuando se analizan fenómenos como la violencia, los abortos selectivos de embriones femeninos, el abuso y el hostigamiento sexuales, la violación, el proxenetismo y el sida, cuando las causas de este último son la falta de prevención y autocontrol masculino y la bisexualidad negada por muchos. Se considera un riesgo para otros hombres cuando afecta sus relaciones con manifestaciones de violencia, burlas, presiones a aquellos que «se salen de la norma» o como consecuencia de sentir cuestionada la masculinidad y tener que recurrir a la violencia como mecanismo para restablecerla (15).

Resulta interesante profundizar en las insatisfacciones con esas construcciones sociales de la masculinidad y la femineidad. Los estudios con jóvenes nos revelaron precisamente sus insatisfacciones, en cuanto a aspectos específicos a la hora de tener que asumir los mandatos sociales correspondientes (16).

Así, las principales insatisfacciones expresadas por las muchachas fueron:

- Prejuicios, discriminación social y subvaloración hacia las mujeres: «a veces no se nos da el lugar que merecemos», «sufrimos

discriminación», «existen roles impuestos por la sociedad que te hacen dudar que es bueno ser mujer», «casi siempre los hombres son machistas y abusadores con nosotras», «algunos consideran que el hecho de ser mujer nos limita en algunas tareas», «a nosotras la sociedad nos lleva más recio si hacemos algo mal hecho», «algunas veces los hombres nos subestiman», «los hombres tienen más libertad».

- La maternidad implica altos costos y pérdidas para la mujer madre, incluidas la de libertad y de tiempo para sí misma, entre otras. Incluye dificultades e inconvenientes, algunos propios de las exigencias y mandatos sociales vinculados al rol de madre (dependencia, responsabilidad para toda la vida, dedicación constante, sacrificio) y otros que están presentes en la sociedad y que también la afectan directa e indirectamente (reto económico, carencias, necesidades).
- Carga doméstica: «tienes que atender los quehaceres de la casa más que los hombres», «trabajar doble: en la casa y en el trabajo», «tiene que ocuparse de la casa, los hijos y el esposo», «tienen muchas cosas en la mente, porque estás en todo en la familia», «los hombres se creen que tenemos que cuidar la casa y los hijos», «hay machismo, sobre todo en las labores de la casa».
- Falta de fuerza física de las mujeres: «no tenemos fuerza para algunas cosas», «no siempre podemos realizar todas las actividades que hace un hombre», «realizar trabajos que le exigen un gran esfuerzo físico», «no puedo hacer cosas de trabajo pesado», «dependen de los hombres para salir a altas horas», «te atacan fácilmente», «me siento en peligro cuando estoy sola».

Por su parte, los muchachos manifestaron las siguientes insatisfacciones:

- Tener que apropiarse de roles tradicionales de lo que es ser hombre para la sociedad: «en ocasiones debemos asumir patrones que están muy arraigados en la sociedad», «no se nos permite ser demasiado cariñosos, llorar o mostrar sentimientos de debilidad», «debemos

ser decididos, arrojados, conquistadores por naturaleza, por lo que atenta contra la estabilidad de la pareja», «a veces nos tildan de machistas o infieles solo por el hecho de ser hombre», «estamos más obligados socialmente a ocultar la sensibilidad», «existen criterios cerrados sobre lo que es la masculinidad», «te limitas a hacer cosas para responder a determinados estereotipos», «carga económica de la casa impuesta por la sociedad», «por ser delicados, inteligentes, responsables son, en ocasiones, malmirados por algunas personas».

En resumen, las insatisfacciones con los mandatos de género asignados-asumidos se producen debido a:

- demandas sociales interpretadas como imposiciones que se sienten obligados a asumir para «no ser mal vistos», para ser aceptados como buenos hombres o mujeres;
- la existencia en determinados contextos de prejuicios anacrónicos, subvaloraciones descontextualizadas y discriminación.

Los jóvenes manifiestan menos insatisfacciones con su género que las muchachas.

La lectura analítica e integradora de los estudios realizados evidencia que hombres y mujeres se encuentran inmersos en un proceso de tránsito en cuanto a las relaciones de género: cualidades, creencias y valoraciones tradicionales conviven con nuevas concepciones, mediadas tanto por transformaciones objetivas en las estructuras sociales como por cambios en la propia subjetividad y en la de los demás. En general, ellos y ellas se sienten deudores de su formación: no solo la advierten, en buena medida también la asumen y cargan, de ahí la existencia aún en cubanos y cubanas de contenidos tradicionales y estereotipados de las construcciones socioculturales de género, aunque en ocasiones se sientan inconformes con las reglas tradicionales (1).

Los/las jóvenes estudiados vivencian y reconocen dichas contradicciones. Es precisamente en dichas contradicciones e insatisfacciones que podrían estar las potencialidades para el cambio.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez M, Sánchez I, Más L, Palmero Y, Agüero M, Iglesias M. Subjetividad de género en Cuba: las construcciones socioculturales de lo femenino y lo masculino. Perspectivas de cambio. La Habana: Centro de Estudios de la Mujer-UNFPA; 2011. p. 1-122.
2. Álvarez M, Rodríguez I, Castañeda V. Capacitación en género y desarrollo humano. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
3. Álvarez M. La construcción sociocultural de la masculinidad y la femineidad. Papel de la comunicación interpersonal. En: Género y educación. Selección de lecturas. La Habana: Pueblo y Educación; 2003.
4. Rodríguez I. Masculinidades. Otras voces por la equidad de género. (Talleres y sus relatorías) [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de la Mujer; 2007.
5. Agüero M. Masculinidades. Otras voces por la equidad de género. Análisis de los talleres realizados en varias provincias, con hombres y mujeres. En: Álvarez M, Sánchez I, Más L, Palmero Y, Agüero M, Iglesias M. Subjetividad de género en Cuba: las construcciones socioculturales de lo femenino y lo masculino. Perspectivas de cambio. La Habana: Centro de Estudios de la Mujer-UNFPA, 2011. p. 96-103.
6. Lagarde M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. En: Cuadernos inacabados, no. 25. 3a ed. Madrid: horas y Horas; 2001. p. 32-45.
7. Lamas M. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México, D.F.: PUEG; 1996.
8. Vygotsky LS. Obras escogidas. T. 1. Problemas teóricos y metodológicos de la psicología. Madrid: Aprendizaje/Visor; 1997.
9. Ob. cit. 6:45.
10. Figueroa JG. Algunos apuntes sobre la presencia del varón en la toma de decisiones reproductivas. México, D.F.: UNAM; 1994.
11. Álvarez M, Iglesias M, Díaz Y, Palmero Y. Género: la mirada de los y las jóvenes. Estudio comparativo por edades a partir de la ENIG-2016. La Habana: Editorial de la Mujer, 2019.
12. Centro de Estudios de la Mujer, Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género. Informe de resultados. La Habana: Editorial de la Mujer; 2018.

13. Álvarez M, Sánchez I. Construcciones socioculturales de género en estudiantes universitarios. En: Álvarez M, Sánchez I, Más L, Palmero Y, Agüero M, Iglesias M. Subjetividad de género en Cuba: las construcciones socioculturales de lo femenino y lo masculino. Perspectivas de cambio. La Habana: Centro de Estudios de la Mujer-UNFPA; 2011. p. 48-74.
14. De Keijzer B. La masculinidad como factor de riesgo. México, D.F.: PUEG-UNAM; 1995.
15. De Keijzer B. La construcción de la masculinidad y la triada de la violencia. México, D.F.: PUEG-UNAM; 1998.
16. Ob. cit. 13:53-4.

Bibliografía consultada

- Álvarez M. Familia y relaciones de género. Maternidad y paternidad. En: Álvarez M. Familia y género. Continuidad y rupturas. La Habana: Editorial de la Mujer; 2014. p. 82.
- Masculinidad y feminidad en Cuba. En: Rivero R, compilador. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015.
- . Maternidad y paternidad, roles de género. Sexología y Sociedad. 1995 Abril;1(1).
- Rivero R, compilador. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015.
- . Masculinidades. Ensayos históricos sociales. La Habana: Editorial CENESEX; 2016.
- Rivero R, Ulloa O. Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades. La Habana: Editorial CENESEX; 2016.

LO MASCULINO: ¿NOCIVO PARA LA SALUD?

Ramón Rivero Pino, Yosbel Hernández de Armas

La salud humana es resultado de múltiples factores. El enfoque de las condicionantes de salud (determinantes sociales de la salud) permite comprender la complejidad del entramado de aspectos que influyen en los procesos de salud. Por lo tanto, el acercamiento a cualquiera de sus manifestaciones, precisa de un enfoque multi- e interdisciplinario.

Los hallazgos aportados por los estudios sobre masculinidades tanto en Cuba como a nivel internacional dan pistas sobre diversos factores socio-culturales y psicológicos asociados al modelo hegemónico de masculinidad —atributos de la forma tradicional de «ser hombre» que se asocian con relaciones de género no democráticas y misóginas, incorporadas al binarismo de género y al patrón heterosexual que producen discriminación— que afectan directamente la salud del hombre y se expresan en indicadores de enfermedades padecidas mayoritariamente por estos, incluso la sobremortalidad masculina.

Sin embargo, la indagación al respecto es insuficiente, particularmente en nuestro país. En la actualidad, las investigaciones acerca de las condicionantes sociales de la salud ponen cada vez más al descubierto la relación directa existente entre estos aspectos y las enfermedades que padecen los hombres. Asimismo, resulta insuficiente la conciencia de autocuidado en la población, lo que significa que las distorsiones manifiestas en las pautas de crianza familiar y de socialización de género (en el caso de la producción y reproducción de masculinidades) se realizan acriticamente.

Por otra parte, esta falta de conciencia se expresa también en el ámbito del ejercicio de las profesiones y tiene efectos negativos, sobre todo en

aquellas vinculadas a la asistencia médica. Un ejemplo concreto es la limitada preparación de especialistas de las ciencias médicas en relación con las implicaciones que para la salud humana tiene el proceso de socialización de género. Por tanto, se plantea como objetivo de la presente investigación analizar, en función de la salud, la información sobre las masculinidades aportada por varios autores.

Método

Se aplican métodos teóricos de investigación como el histórico-lógico, el inductivo-deductivo y el análisis-síntesis. Se utilizó el método de análisis de contenido para el examen sistemático de comunicaciones escritas en forma de artículos y libros. Las unidades de análisis para las expresiones que se utilizaron en los operadores booleanos de Internet, fueron «masculinidad hegemónica», «salud masculina» e «indicadores de masculinidad hegemónica». Se desarrolló un sistema de clasificación para la categorización de los mensajes de acuerdo con su contenido y se realizó el análisis de datos codificados cualitativamente. Ello permitió: a) verificar el interés (necesidades concienciadas) de los autores de los artículos analizados en relación con las palabras que fueron objeto de análisis; b) interpretar el material estudiado destacando o describiendo sus particularidades.

En el caso de los autores cubanos se seleccionaron aquellos que han realizado más aportes sobre el tema de la relación masculinidad-salud, lo cual se pudo identificar principalmente a partir de la revisión del libro *Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades*, del que es coautor uno de los autores del presente artículo (1). El volumen responde a una investigación, editada en 2017 por la Editorial CENESEX, que sistematizó los aportes realizados por autores de nuestro país sobre el tema de las masculinidades en el período 1994-2017.

En el caso de los autores extranjeros, las fuentes de obtención de la información fueron dos fundamentalmente: los trabajos de autores contemporáneos sobre el tema de la relación masculinidad-salud y la

información obtenida a través del buscador Google Scholar, de Internet, sobre la huella epigenética de la masculinidad.

En todos los casos estas fuentes sirvieron para incluir referencias bibliográficas que brindan información relevante o antecedentes importantes para el desarrollo de la revisión, independientemente del año de su publicación.

Resultados y discusión

En su artículo «Varones y masculinidades en clave feminista. Trascendiendo invisibilidades, ausencias y omisiones», Fernández Moreno expresaba:

En los inicios de las investigaciones sobre masculinidades [finales de la década de los ochenta e inicios de la de los noventa del siglo pasado] se evidenciaba la necesidad de abordar a los varones de forma articulada. Estos momentos coinciden con las décadas en las cuales se expande la difusión de métodos anticonceptivos y se transita de la planificación familiar a la anticoncepción voluntaria, esto es, cuando la pregunta por los individuos se particulariza, y se problematiza el papel de los hombres frente a un área de trabajo hasta entonces exclusivamente enfocada al cuerpo gestante, al cuerpo reproductor femenino. Entonces la pregunta se amplía al ámbito de servicios de salud y a las características de los servicios a los cuales recurren los varones; y se constata en ellos su ausencia, especialmente en áreas preventivas, los silencios y las omisiones de la forma cómo enferman, cómo enfrentan la enfermedad y el dolor e, incluso, cómo mueren, contrastando fuertemente con la letalidad de sus lesiones y la resistencia a recibir tratamientos para la fertilidad, o sobre problemáticas de la sexualidad, al parecer, proscrita para los varones [2].

Otra etapa en el abordaje de la masculinidad, su significado y prácticas, se relaciona con la forma tradicional de «ser hombre» y el negativo

impacto de algunos de sus atributos en ellos y las demás personas. Esto sucedía al mismo tiempo en que otras corrientes de pensamiento trataron de imponer enfoques neomachistas. En este contradictorio movimiento del pensamiento se alzaron también voces de hombres profeministas que se apegaron al enfoque relacional de género y promovieron la reflexión acerca del hecho masculino como un proceso de construcción social, relacional, colectivo y dependiente de lo institucional, lo grupal y lo individual.

Bourdieu realiza un importante aporte al plantear las masculinidades como procesos históricos que se producen y reproducen a través de instituciones muy fuertes como la Iglesia, la familia y la escuela, y valora su papel socializador en la trasmisión de ideologías, mitos y tabúes (3).

Estos aportes marcan un momento de significación para el desarrollo teórico y metodológico en relación con el tema, porque ponen al descubierto las relaciones de opresión que generan estos espacios de socialización y los daños que ocasionan las mismas para la vida de las personas y la sociedad.

Los estudios sobre masculinidades son cada vez más, aunque la vida de los hombres, sus contradicciones y problemáticas cotidianas se hallan todavía menos estudiadas que las de las mujeres. El modelo hegemónico de masculinidad se puede comprender como las características de las personas asociadas a una forma particular de «ser hombre». Este modelo se va legitimando durante el proceso de socialización de los niños varones hasta que se convierten en hombres adultos, y se expresa en un conjunto de expropiaciones que ocurren en diferentes momentos y se manifiestan en la vida de estas personas. Algunos de los aspectos que caracterizan las expropiaciones son:

- apego al poder;
- 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;
- homofobia y transfobia;
- sobrevaloración de la identidad masculina (misoginia);
- no participación en las tareas del hogar;
- rol de proveedor de su familia;
- limitada comprensión del placer y la responsabilidad sexual y reproductiva;
- autoestima asociada a logros laborales;
- no cuidado de su salud: fumar, ingerir bebidas alcohólicas, consumir drogas, inadecuada alimentación, sedentarismo, estrés laboral, exposición a sustancias tóxicas;
- deficiente preparación para la vida en pareja y en familia;
- inconsciencia de su necesidad de cambios de sus estilos de vida.

Estas expropiaciones constituyen indicadores de masculinidad hegemónica y expresan segregaciones de los hombres respecto a espacios y vínculos humanos generadores de placer y situaciones positivas de crecimiento y desarrollo.

Como formas asignadas y asumidas de masculinidad hegemónica tienen implicaciones negativas para la salud de la sociedad y de los hombres en particular. Fernández Moreno comenta:

Para las formas dominantes de identidad masculina consideradas de riesgo para la salud, ya convergían en lo que los estudios de género y los de población llamaron «altos costos de la violencia» sobre hombres y mujeres, particularmente en la modificación de la oferta de servicios de salud y de atención a la violencia para ambos casos [4].

La violencia masculina se puede explicar, en esencia, por los daños que ocasiona el hecho a través del cual los hombres imponen su voluntad sobre las demás personas. Este proceso ha estado legitimado a través de las diferentes épocas y se naturalizó como proceder a partir del

establecimiento de relaciones de género basadas en la sobrevaloración de la condición masculina y, en especial, de algunos de sus atributos, como la fuerza, el poder, la virilidad, la supremacía del hombre en la toma de decisiones y su protagonismo y liderazgo fundamentalmente en las relaciones públicas. Estos aspectos del proceso de construcción de la masculinidad, al mismo tiempo que constituyen notorios hechos de desigualdad y discriminación, tienen altos costos para la salud humana, sobre todo de índole subjetiva.

Los atributos de la masculinidad hegemónica están transversalizados por múltiples relaciones de poder, las cuales: a) se establecen y funcionan en cadena o sistema a través de la acumulación, la circulación y el funcionamiento de discursos; b) se transforman en relaciones de dominación bajo las formas de derechos. En este sentido, el poder masculino es un recurso con el que cuentan individuos y grupos, que:

- responde a determinados intereses;
- circula a través de normas, leyes, instituciones y reglamentos, entre otros mecanismos;
- da la posibilidad de ejercer influencias y tomar decisiones.

De manera general, Salazar afirma:

En el perfil de la mortalidad masculina en América se destacaron como causas más importantes las enfermedades cardiovasculares, sobre todo la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos de estómago, pulmón y próstata. Las causas externas agregaron una característica importante a dicho perfil, pues aparecieron siempre entre las cinco causas principales de muerte, especialmente los accidentes de vehículo de motor y los homicidios. Los factores de riesgo de estas causas se asocian a ciertos comportamientos o al nivel socioeconómico y estarían, por lo tanto, más ligados a los aspectos de género que a los biológicos.

Por lo común, la mortalidad de los varones menores de un año es mayor que la de las niñas en todos los países de América, y es semejante a la observada en otras zonas del mundo. Esta diferencia puede evaluarse mejor si se analizan las causas de muerte. Como las causas naturales son por lo general semejantes en ambos sexos, las razones de esa diferencia se encuentran principalmente en las causas externas, es decir, en el diferente grado de exposición de niños y niñas a accidentes y violencia [5].

La salud humana puede entenderse como la mayor o menor capacidad de las personas para percibir riesgos y evitarlos, así como afrontar (superar o atenuar) las enfermedades y sus consecuencias con actitud positiva. La presencia en algunos hombres, de forma sostenida en el tiempo, de indicadores de masculinidad hegemónica, puede tener implicaciones negativas para su salud y la de otras personas cercanas a ellos. El modelo hegemónico de masculinidad es en sí mismo un factor de riesgo para la salud de los hombres y de otros grupos sociales.

Según argumenta Bonino:

El modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica —y especialmente sus valores matrices: autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres y valoración de su jerarquía, el control sobre sí y los demás, el riesgo, la competitividad, el movimiento vital guiado por la lógica del éxito/fracaso, el déficit de comportamientos cuidadosos y afectivos, la ansiedad persistente, entre otros— favorece, por un lado, el desarrollo de hábitos de vida poco saludables, ya que propicia la formación de una persona omnipotente, negadora de su vulnerabilidad, poco flexible, unidireccional, que no sabe soportar ni elaborar el sufrimiento, y que soporta mal los cambios en su posición social; y por otro lado, promueve algunos valores que contravienen otros valores esenciales para la convivencia, la salud y la vida de ellos y de las personas que le rodean [6].

Poal Marcel muestra el efecto que produce el patriarcado en los hombres, por ejemplo, el temor a la inadecuación y al fracaso, la ansiedad, angustia y estrés por demostrar lo exitoso que son (7). Y es que se ha promovido socialmente una forma dominante de construcción de la subjetividad masculina a la que le son propias características como las descritas antes, que hacen del varón tradicional (desde la niñez hasta la adultez mayor), por una parte, personas omnipotentes, pero, por otra, desprovistas de recursos que le permitan afrontar de forma adecuada su vida y sobre todo su salud.

Keijzer describe y analiza los costos y consecuencias de la socialización masculina que predisponen a ciertos tipos y causas de muerte (8). Explica este autor que en este proceso de socialización existen algunas claras ventajas para el varón que, al estereotiparse en el tiempo, se va transformando en un costo sobre su salud. En este sentido, resalta la casi total ausencia de medidas que favorezcan la salud a partir de los hombres. Otro importante elemento que aporta este trabajo, es la urgencia de diseñar e inventar espacios que faciliten a los hombres dar un paso fuera de la reproducción automática de la masculinidad enajenada.

Valenzuela Mayorga revela, en su tesis de maestría *Percepciones y conductas masculinas frente a la propia salud en usuarios de consultorios*, que los varones responden a la masculinidad hegemónica y desde esta se abstienen del uso del consultorio por las dificultades que tienen en el trabajo, un valor para ellos superior a la propia salud (9).

Este aspecto de la construcción histórica de la masculinidad tiene una repercusión directa desfavorable en la salud de los hombres y, en efecto, en los indicadores de salud a nivel internacional, los cuales expresan cada año la existencia de sobremortalidad masculina entre las principales causas de muerte. Es lógico que estilos de vida como no asistir a las consultas médicas, evadir la situación de enfermos, postergar el afrontamiento de malestares asociados a la salud, y ser reticentes a los tratamientos médicos, entre otros, ejerzan una influencia nociva en su salud.

Un estudio de especial importancia para la comprensión de la significación del constructo *género* en los procesos relacionados con la salud cardiovascular fue el de Tajer. En sus conclusiones explica:

Los varones con enfermedades cardiovasculares se definen a sí mismos con rasgos que conectan con la producción del proceso mórbido tales como: ritmo de vida con excesos, autoexigentes, aguantadores hasta explotar, golosos y/o excesivos con la comida y el alcohol, impulsivos, nerviosos, controladores, obsesivos, protestones, hiperresponsables, que no saben delegar, idealistas con dificultades en su relación con la realidad y con el cuidado personal. Todo este saber, por otra parte, no se convierte con facilidad en una alerta que determine prácticas de autocuidado y consulta precoz [10].

Resulta importante comprender que la expresión de estos comportamientos de riesgo en los procesos biológicos del organismo transita a través de la determinación que ejerce el grupo y el contexto social en que vive el individuo, la cultura y la psicología del grupo social, y la sociedad en la que está inmerso. De modo que en este nivel de análisis la lógica hace pensar en la idea de que las personas viven, enferman y mueren, en buena medida, a partir de las condiciones en que desarrollan su vida. La cultura machista, el modo de vida más extendido entre los hombres, genera condiciones desfavorables para la salud de ellos, lo que afecta frecuentemente la salud de las familias y la sociedad en general.

Los factores sociales, culturales, ambientales y psicológicos de incidencia en la producción y reproducción del modelo hegemónico de masculinidad también guardan relación con la epigenética. Al respecto, señalamos algunos resultados detectados por varios autores:

- Las investigaciones sobre infertilidad masculina de Riuz también han constatado relación entre la dieta (o más concretamente los problemas de obesidad) y la información que transmiten los espermatozoides. Los estudios de epigenética y de ácido

ribonucleico (ARN) del espermatozoide suponen «una revolución», porque muestran que el padre tiene una influencia mayor de la que se pensaba, y los hábitos que tengan los varones desde niños o durante su adolescencia pueden acabar condicionando su futura descendencia (11).

- En una investigación publicada en 2015 se estudió cómo la obesidad y la cirugía bariátrica producen variaciones epigenéticas en los espermatozoides humanos. Compararon los espermatozoides de 13 hombres delgados y 10 hombres obesos y descubrieron que poseen diferentes marcas epigenéticas que podrían alterar el apetito de la próxima generación. Asimismo, observaron una media de 4000 cambios estructurales en el ADN de células de espermatozoides al comparar antes de la cirugía, inmediatamente después y un año más tarde. Los resultados obtenidos por estos investigadores proporcionaron evidencia de que el epigenoma de los espermatozoides humanos cambia dinámicamente bajo presión ambiental y ofrece información sobre cómo la obesidad puede propagar la disfunción metabólica a la próxima generación (12).
- Las condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el feto. Entre esas conductas, señala Herrera Alcázar, se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia intrafamiliar (13).
- La edad es un factor frecuente y de importancia en Perú. Si bien es cierto en varios estudios que a edades extremas existieron mayores complicaciones, esta influye tanto fisiológica como psicológicamente. Se considera la edad como factor de riesgo preconcepcional (14).
- Mombiela Guillén y colaboradores plantean que los efectos por la exposición prenatal sostenida al tabaco son: aborto, bajo peso al nacer, insuficiencia placentaria y embarazo ectópico (15). El conocimiento de estos aportes y su introducción en la asistencia médica, pueden ser un factor clave para incidir con mayor efectividad en el proceso de asesoramiento genético que se realiza a nivel de áreas

de salud en nuestro país y, con ello, en el descenso de las cifras de mortalidad por enfermedades genéticas y defectos congénitos.

Una mirada a Cuba

En Cuba se constata que habitualmente mueren más hombres que mujeres, y en los últimos años la cifra de defunciones ha ido en aumento en ambos sexos, pero siempre con predominio de los hombres.

En la década de los noventa, Arés Muzio expresaba:

Desde la perspectiva de la salud y el bienestar, la situación de los hombres de este fin de siglo presenta un panorama preocupante. Por un lado, a escala mundial, la mortalidad de los hombres menores de 65 años se ha incrementado, siendo muy alto el fallecimiento por accidentes y causas relacionadas con el estilo de vida (infartos, violencias, entre otras) [16].

La investigación sobre endocarditis infecciosa, de Ramírez López, quien analizó una muestra de 163 pacientes operados con el diagnóstico de endocarditis infecciosa activa entre 1981 y 2006, pone en evidencia que 70.5 % de los pacientes pertenecían al sexo masculino (17).

La problemática de género constituye un eje transversal en las problemáticas de salud, y especialmente en cardiovasculares. Ellas son portadoras de patrones estereotipados y tabúes que, lejos de promover el encuentro entre los géneros, han propiciado su exclusión y desencuentro.

Ulloa Guerra refiere que algunos investigadores del país ya empiezan a abordar la construcción de la masculinidad. Los resultados de esos acercamientos, aunque no definitivos, apuntan a contenidos de las asignaciones y expropiaciones del género masculino marcadamente rígidos, excluyentes y tan naturalizados y enraizados que afectan la salud y el bienestar, y limitan mucho el inicio de un proceso de cuestionamiento en grupos de hombres (18).

Por su parte, Pérez Millet y colaboradores hacen alusión a que, a nivel del imaginario social, se aprecia la coexistencia de significaciones imaginarias instituidas (tradicionales) e instituyentes (nuevas, emergentes). Coexisten criterios de la masculinidad tradicional (entre otros, fuerza, virilidad, máxima potencia y disponibilidad sexual, y persistencia de creencias asociadas al rol de proveedores del sustento familiar) que los validan social e individualmente, al mismo tiempo que se reconocen como exigencias a los hombres la necesidad de asumir de modo diferente la paternidad, la expresión de los afectos y una incipiente apertura a la relación paritaria con las mujeres en el ámbito privado. Estas significaciones contradictorias generan en los hombres estados de angustia matizados por la desorientación, la impotencia y la imposibilidad de expresar la queja, lo que trae consigo la aparición de conductas adictivo-evasivas (alcoholismo y mezcla de medicamentos) y enfermedades asociadas al estrés (19).

Estas pautas culturales contradictorias son en ocasiones generadoras, desde el punto de vista psicológico, de procesos disociativos en las personas que las portan. Es frecuente la identificación de este tipo de trastornos en las consultas de atención psicológica. Resulta interesante constatar que muchas veces los hombres implicados en estas situaciones no son conscientes de estas, lo que hace difícil el proceso terapéutico.

García Cobas y Leyva García comentan que muchos son los factores socioculturales que evidencian comportamientos sexistas e inciden en la distribución desigual de las enfermedades. Pese a la innegable relación existente entre la salud y el género, se encuentra que el abordaje científico de la primera da cuenta de una gran variedad de enfoques, que si bien están determinados por factores de orden histórico, político, social, cultural y económico, no privilegian lo genérico como punto importante de referencia en salud (20).

Otro estudio aborda las contradicciones de la masculinidad y propone una estrategia de trabajo comunitario con grupos de hombres. La inves-

tigación parte de la existencia de malestares y conflictos asociados a la condición de ser hombres (inseguridad ante las sobreexigencias sociales y familiares, limitaciones en la expresividad afectiva, desorientación ante los cambios de las mujeres y frustraciones en el desempeño de roles familiares) que indican la existencia de contradicciones en el desempeño de los roles de los hombres, las que producen dificultades, desencuentros y limitaciones en sus relaciones y en su expresión y desarrollo integral como seres humanos (21).

Las contradicciones son fuentes de desarrollo, pero en estado de latencia pueden influir en la producción y perpetuación de mecanismos de afrontamiento no saludables. Por ello, urge desarrollar conciencia crítica y participación cooperada con respecto a la superación de las contradicciones que vivencian los hombres cubanos actualmente, y estimular que los servicios de salud incorporen estos aspectos a su accionar cotidiano.

Una investigación llevada a cabo por Castro indaga sobre la violencia hacia los hombres, basada en el proceso histórico a través del cual se les expropia de múltiples situaciones que resultan vitales para su vida (22). El estudio se realizó en una comunidad suburbana del municipio de Santa Clara y los resultados se construyeron mediante un proceso de trabajo con grupos de esa comunidad.

Cuando el hombre ejerce la violencia, además de victimario se convierte en víctima, puesto que esas acciones violentas lo desestabilizan psíquica y emocionalmente. Es frecuente que, sobre todo en el seno de la familia, debido a sus acciones, el hombre sea dañado por otros miembros de la familia (23).

Estas investigaciones evidencian el carácter relacional del género y que los atributos de masculinidad hegemónica no solo afectan a mujeres y niños. La violencia entre hombres es la más extendida y la que más afecta los indicadores de muertes por homicidios a niveles nacional e internacional.

Otro trabajo consultado fue el realizado en Santiago de Cuba por Cobas y colaboradores. En este se reconoce que las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las primeras causas de muerte en nuestro país, superando enfermedades como los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y la neumonía (24).

En este sentido, los autores distinguen la idea de que los hombres en su cotidianidad, al enfrentarse a situaciones conflictivas que no son capaces de solucionar, visualizan una pérdida de poder y sentimientos de impotencia e incapacidad que deben reprimir para evitar el cuestionamiento de su fortaleza y virilidad; por ende, asumen actitudes agresivas, de evasión, canalizando inadecuadamente sus emociones y sentimientos, lo que les provoca afectaciones a la salud, como enfermedades cardiovasculares.

Al asumir cargos de dirección, el hombre se ve expuesto a algunas de las expropiaciones de las masculinidades que se construyen a partir del modelo hegemónico de masculinidad, como la expropiación de su capacidad personal de valerse por sí mismo, la expresión de sentimientos y la expropiación de la paternidad (25).

Los datos empíricos obtenidos a través de la investigación permitieron constatar que el liderazgo que ejerce el hombre en el espacio público reproduce algunas de las expropiaciones de género asociadas a su espacio privado. El contenido de roles sociales como el liderazgo está permeado por un conjunto de normas y expectativas socialmente establecidas. Los resultados del proceso de investigación empírica evidenciaron la necesidad de desarrollar una conciencia crítica grupal en relación con las problemáticas de género.

Conclusiones

Con énfasis en el compromiso de la sociedad global de luchar por la transformación revolucionaria con enfoque ético, de integración social

y de dignificación de diferencias, se hace necesario visualizar y explicar las diferentes formas de «ser hombre», particularmente la hegemónica, como un elemento que facilite incidir en la elevación de los indicadores de salud de la población en general, y especialmente de los hombres y su descendencia.

Para el logro de este objetivo ha sido muy valiosa la consulta de obras de diversos autores que se erigen en crítica a la normalización de las relaciones inequitativas de género y cuestionan mecanismos sociales que producen y reproducen la masculinidad hegemónica con sus correspondientes costos para la salud.

La sistematización realizada contribuye a identificar las condicionantes sociales que legitiman la forma tradicional de «ser hombres», la que a su vez constituye una forma enajenada de existencia humana para ellos mismos. En ese sentido, el estudio ha permitido también promover la reflexión sobre la necesidad de encontrar vías que permitan subvertir este orden de cosas por el bien de la salud colectiva.

Es necesario impulsar que las instituciones y la sociedad civil favorezcan el análisis de estas cuestiones con enfoque crítico, contextualizado, prospectivo y propositivo, como vía para lograr una mayor implicación masculina en proyectos de vida saludables.

Referencias bibliográficas

1. Rivero P, Ulloa O. Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades. La Habana: Editorial CENESEX; 2017.
2. Fernández Moreno SY. Varones y masculinidades en clave feminista. Trascendiendo invisibilidades, ausencias y omisiones. Sex Salud Soc [serie en Internet]. 2016 [13 de diciembre 2017];(22):249-77. Disponible en: <http://>

www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/22448

3. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
4. Fernández Moreno SY. La perspectiva de género y el sistema general de seguridad social en salud en Colombia. Ponencia presentada en las II Jornadas Australes Interdisciplinarias «Mujer y desarrollo por el derecho a la equidad»; 2001; Universidad Austral, Valdivia, Chile.
5. Salazar A. La desventaja masculina en salud. En: Rivero Pino R. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015. p. 66-78.
6. Bonino L. Salud, varones y masculinidad. En: Lozoya JA, Bedoya JM, compiladores. Voces de hombres por la Igualdad. Madrid; 2001 [citado 13 de diciembre, 2017]. Disponible en: <https://vocesdehombres.wordpress.com/salud-varones-y-masculinidad>
7. Poal Marcel G. Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psico-sociales de la relación mujer-mundo laboral. Madrid: Siglo XXI; 1993.
8. Keijzer B de. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón Pablos E. Género y salud en el sureste de México. México, D.F.: ECOSUR/UJAT; 1997 [citado 13 de diciembre, 2017]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/EI%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf
9. Valenzuela Mayorga JA. Percepciones y conductas masculinas frente a la propia salud en usuarios de consultorios [tesis en opción al título de máster en Salud Pública]. Santiago, Chile: Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2008 [citado 13 de diciembre, 2017]. Disponible en: http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0042.pdf
10. Tájer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Col. «Tramas sociales», 57. Buenos Aires: Paidós; 2009. p. 259.
11. Riuz M. Epigenética: Los hábitos del padre también dejan huellas en el hijo. La Vanguardia [serie en Internet]. 2016 Feb 13 [citado 20 de diciembre, 2017]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20160213/302119227627/epigenetica-habitos-padre-dejan-huella-hijo.html>
12. 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 de diciembre, 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)
13. Herrera Álcazar V. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. *Obstetricia y Ginecología*. 3a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 25 de diciembre, 2017]. p. 23. Disponible en: http://bibliotecadegenero.redsemlac-cuba.net/sites/default/files/14_BMN_RRO_OG.pdf
 14. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 13 de diciembre, 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4627/Alvino_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Mombiela Guillén A, López Valls L, Marín Calduch M, Arasa Subero MM, Cardona Espuny C. Atención preconcepcional: prevención primaria. *Musas*. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* [serie en Internet]. 2016 [citado 26 de diciembre, 2017];1(1):82-92. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol1.num1.6/18491>
 16. Arés Muzio P. Virilidad. ¿Conocemos el costo de ser hombre? *Sexología y Sociedad* [serie en Internet]. 1996 [13 de diciembre, 2017];2(5):37. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/96/141>
 17. Ramírez MB, Pérez López H, Cáceres Lóriga FM, Llanes Echevarría JR. Endocarditis infecciosa. Resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc* [serie en Internet]. 2010 [citado 26 de diciembre, 2017];16(1):74-83. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_1_10/car09110.htm
 18. Ulloa Guerra O, Wanton Reyes Y, Equidad P. Problemas de salud en la población masculina en Santiago de Cuba. ¿Por qué no abordar la masculinidad? Reflexiones en torno a un emergente científico y social. *Memorias I Jornada Cubana de Estudio de las Masculinidades* [CD-ROM]. La Habana: CENESEX; 2006.

19. Pérez Millet M, Ulloa Guerra O, Lazcano Vázquez C, Alea Castillo I. Emergentes de la masculinidad en la comunidad 30 de Noviembre. Memorias I Jornada Cubana de Estudio de las Masculinidades [CD-ROM]. La Habana: CENESEX; 2006.
20. García Cobas JM, Leyva García N. La población masculina: apuntes sobre sus modos de enfermar. Congreso Internacional de Psicología Bienal en Santiago de Cuba [CD-ROM]. Santiago de Cuba: Ediciones Universidad de Oriente; 2007.
21. Ulloa Guerra O. Las contradicciones de la masculinidad. Programa de Intervención Comunitaria [tesis para maestría en Desarrollo Comunitario]. Santa Clara: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central Martha Abreu de Las Villas; 2008.
22. Castro YM. Violencia hacia hombres [tesis para maestría en Desarrollo Comunitario]. Santa Clara: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central Martha Abreu de Las Villas; 2009.
23. Ramírez ALA, Turro NA. La violencia masculina como factor de riesgo. Memorias XII Simposio Nacional y IV Internacional de Masculinidad y VIH [CD-ROM]. Santiago de Cuba; 2015.
24. Cobas NY, Franco CY, Montejo CL. Actitudes de los hombres que padecen enfermedades cardiovasculares frente a situaciones conflictivas. Memorias del IV Encuentro de Jóvenes Investigadores «BTJ Sociales 2009» [CD-ROM]. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2009.
25. Machado Martínez Y. El hombre como líder. Consecuencias que devienen expropiaciones de las masculinidades. Sexología y Sociedad [serie en Internet]. 2012 [19 de septiembre, 2017];18(48). Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/432>

¿PASAR EL LENTE?: MASCULINIDADES NO HETERONORMATIVAS Y SALUD

Alberto Roque Guerra

Todos los grupos sociales están estructurados de acuerdo con normas y regulaciones. Dichas normas estratifican en poder a los sujetos respecto a escalas de valores morales (axiológicas); tienen carácter histórico y cultural.

Las categorías *género* y *sexualidad* son algunos de los dispositivos de control que sustentan esas normas sociales, junto a la clase social, el color de la piel, el estatus económico, la etnia, la discapacidad y la escolaridad, entre otras. Todas influyen en el control de la vida, en su dimensión ontológica y en su dimensión social, y en las capacidades de los sujetos para vencer las barreras y las injusticias que dicho control social impone (1,2).

Ningún sujeto escapa del régimen de control social que el género y la sexualidad exigen. Butler y Warner describieron hace décadas la existencia de una matriz heterosexual de la que emanan esas normas. La heteronormatividad se define entonces como el conjunto de prácticas culturales, legales e institucionales que mantienen el enfoque normativo de la existencia de dos géneros, en correspondencia con el sexo biológico, y que la atracción sexual entre estos géneros es lo natural o lo socialmente aceptable (3,4).

El feminismo considera que somos concebidos políticamente según el aspecto de nuestros genitales desde el nacimiento y que nuestra identidad de género y sexual, así como todo el dispositivo discursivo de nuestros cuerpos, se construyen de acuerdo con las normas de género de cada cultura.

La cultura occidental ha concebido a lo largo de la historia la existencia rígida de dos géneros: masculino y femenino. Mediante esta distinción binaria cartesiana se asignan atributos, papeles y normas culturales según el sexo (varón o hembra) y se preconice que la orientación erótica del deseo debe ocurrir hacia un género diferente al asignado. De esta manera se perciben la heterosexualidad y la correspondencia entre sexo y género como categorías totalmente lineales y estables.

Dentro de los aportes epistemológicos más aceptados que han generado las ciencias biomédicas y sociales, se ubica esta relación en un sistema lineal y esencialista denominado sistema sexo-género-deseo. De esa manera se convierten los cuerpos biológicamente sexuados en géneros estratificados en relaciones de dominación. Las identidades¹ y roles de género y la orientación erótica del deseo, anclados a la biología, se consideran como naturales y gozan de legitimidad cultural, social, institucional y legal. De tal modo se instituye la heteronormatividad como valor de carácter universal en contraposición asimétrica con las variopintas expresiones del sexo, de las identidades y los roles de género, y de las orientaciones del deseo erótico.

Las masculinidades hegemónicas se construyen desde la ideología patriarcal y han sido legitimadas durante siglos en nuestra cultura. Su ejercicio propicia relaciones de poder entre los seres humanos, basadas en la falta de equidad que caracteriza a la ideología del patriarcado.

El modelo de masculinidad patriarcal es un constructo cultural consistente en un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. Su hegemonía reside en que el hombre es esencialmente dominante: dis-

¹ Identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

crimina y subordina a las mujeres y a otros hombres que no se adaptan o ajustan a este modelo (5).

La articulación del guión o *performance* de la masculinidad patriarcal se reafirma desde la negación y la exclusión de todo aquello que sea —o parezca— femenino; debe reprimir y negar emociones y sentimientos que muestren sensibilidad, debilidad o ternura. Badinter plantea: «...para hacer valer su identidad masculina el hombre deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es un homosexual» (6).

Las masculinidades patriarcales se construyen desde la oposición a sus atributos y valores que sustentan sus privilegios hegemónicos. Además de las identidades de género y la orientación erótica del deseo, Gayle Rubin adiciona las asociaciones y las prácticas sexuales a dicha estratificación de poderes. De tal forma ubica la masculinidad patriarcal heterosexual, unida en matrimonio en la cúspide o centro de esos privilegios, mientras estratifica en grados marginales y subordinados a los heterosexuales monógamos no casados, a los heterosexuales agrupados en pareja y a otros heterosexuales, a las parejas estables de gays y lesbianas, a los homosexuales y lesbianas promiscuos, a las personas transexuales, los travestis, los fetichistas, los sadomasoquistas y los trabajadores del sexo (7).

Los modelos contemporáneos de masculinidad patriarcal están en crisis, aunque aún pueden apreciarse pocas variaciones de cultura a cultura. De manera general incluyen los siguientes atributos: proveedores (forma principal de ejercer el poder), asertivos, competitivos, fuertes física y psicológicamente, inexpresivos, valientes, temerarios, todopoderosos, insensibles, autocontrolados, fornicadores empedernidos, heterosexuales y fértiles, bebedores y violentos (6,8,9).

Pero este poder ejercido hacia otras categorías sexo-genéricas, más allá de ser un privilegio reconocido socialmente, se vuelve contra ellos mismos y vulnera su libertad y bienestar al imponerse un conjunto

de normativas y exigencias que la cultura asigna desde los primeros segundos de vida. Se les exige una lista de mandatos a cumplir durante todo su desarrollo vital que pueden ser nocivos para su salud.

Masculinidad patriarcal: «pasar el lente» en la atención de salud

Por salud se entiende el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos tanto el individuo como la colectividad.

Numerosos estudios han demostrado el efecto perjudicial de la masculinidad hegemónica en la salud de los hombres. La accidentalidad, la imprudencia, el alcoholismo, el uso de drogas psicotrópicas, y la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, son algunas de las causas más frecuentes que inciden negativamente en su bienestar físico y psicológico, a lo cual se suma el pobre autocuidado y la baja percepción de riesgo de este grupo humano, que le impide el disfrute del mencionado bienestar físico, mental y social (10,11).

Otros autores han correlacionado un aumento significativo de la morbilidad y la mortalidad en relación con los modelos de masculinidad hegemónica. Dicho comportamiento se hace significativo a partir de la adolescencia y alcanza su máxima expresión en la edad adulta (12).

En el contexto de atención de salud, las mujeres acuden con mayor frecuencia a los centros de salud que los hombres, independientemente a la garantía del acceso universal y gratuito que se brinda en Cuba a estos servicios. Lo anterior muestra que en nuestro contexto cultural los hombres participan mucho menos en el autocuidado de la salud que las mujeres.

Un aspecto primordial en la salud de los hombres y sobre todo en su salud sexual es la pandemia del sida. Se remarca el hecho de la salud

sexual, puesto que en Cuba las relaciones sexuales son el 99 % de las vías de transmisión.

El seroestatus al VIH y otras ITS son causales de vulnerabilidades en la atención de salud, reportadas en los grupos de hombres gays y de personas trans. De forma reiterada la seropositividad probable o confirmada al VIH interviene negativamente en las relaciones *usuario-prestador del servicio* en los grupos de mujeres trans y los hombres gays. En ambos grupos existe una vulnerabilidad biológica² que se relaciona con las prácticas sexuales penetrativas desprotegidas y de alto riesgo para la transmisión del VIH y otras ITS, pero difieren en cuanto a las dimensiones sociales de la vulnerabilidad al ubicarse las personas trans en los grupos con mayores desventajas sociales (13,14).

Las mujeres trans son percibidas por las políticas de salud y por la demografía en Cuba como hombres. La transgresión o renuncia a la construcción de una masculinidad patriarcal las ubica en zonas de vulnerabilidad social. Sin embargo, una caracterización sociocultural y demográfica de las personas trans, realizada en Cuba en 2017, constató que son un grupo vulnerable con intensas dificultades para acceder a las políticas de protección. El estudio da cuenta de que el 39.9 % estudia o trabaja, el 43 % busca empleo y el 28.6 % practica el sexo transaccional. Adicionalmente se documentó que solo el 4.6 % alcanzó el nivel educacional medio superior y el 2.8 % ha concluido los estudios universitarios. Aunque solamente el 4.8 % vive con el virus del VIH, menos de la mitad (42.6 %) declaró que usaba el condón en las relaciones sexuales ocasionales. Dicha situación se explica por la profunda

² Las personas trans femeninas comparten vulnerabilidades inherentes con los hombres cisgénero, pero difieren significativamente en cuanto a las representaciones sociales de su propio cuerpo en comparación con los cuerpos e identidades masculinos de los hombres gays. Desde el punto de vista estadístico, ellas fueron consideradas en la categoría epidemiológica de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) por compartir similares vulnerabilidades biológicas, pero en la actualidad son grupos en que tales ITS se abordan de forma diferenciada en las políticas de prevención y enfrentamiento del VIH.

transfobia arraigada en nuestro tejido social, que se traduce estadísticamente en el 87 % de la población permeada por actitudes de rechazo a este grupo humano (15).

En el caso de los hombres, hasta el año 2017 representaban el 81 % de la población cubana que son seropositivos al VIH, y de ellos el 87 % son hombres que tienen sexo con otros hombres. Además de los elementos descritos, se suma la discriminación por parte de la población cubana de 12 a 49 años. En la Encuesta Nacional sobre Indicadores y Prevención al VIH de 2017 pudo conocerse que dos de cada cuatro personas (40.75 %) tienen actitudes discriminatorias hacia los hombres que tienen sexo con otros hombres (13).

Las conductas de riesgo y la vulnerabilidad biológica, social y psicológica de las personas con VIH acaparan la atención de las campañas de prevención. El uso de la categoría epidemiológica HSH no define las identidades sexuales basadas en la orientación sexual de las personas, puesto que no todos se autodefinen como homosexuales o bisexuales en dicho grupo. Sin embargo, todos se reconocen y expresan como hombres.

En este apartado llamo la atención sobre la vulnerabilidad social de las personas HSH al VIH, determinada por el estigma y la discriminación legitimados por una cultura profundamente patriarcal y homofóbica, a lo que se suman las limitaciones propias del ejercicio y expresión de sus masculinidades con marcados matices patriarcales.

Ser hombre con una sexualidad disidente o marginal, aun cuando solamente se exprese en el ámbito privado, no excluye que se adopten patrones o estereotipos del modelo de masculinidad patriarcal; estas hegemonías son asumidas incluso por personas transexuales masculinas (mujer-hombre). Por ejemplo, durante un ejercicio de capacitación sobre identidad masculina con la participación de hombres gays, bisexuales y heterosexuales, un transexual masculino y mujeres lesbianas y heterosexuales, resultó interesante cómo la persona transexual masculina

compartía intereses comunes y características de masculinidad hegemónica similares al resto de los hombres.³

Por otra parte, la homofobia internalizada genera actitudes discriminatorias de las personas gays hacia las lesbianas, hacia las personas trans femeninas, hacia otros hombres gays que no comparten sus expresiones identitarias y hacia los hombres bisexuales y heterosexuales. Se reproduce aquí algo similar a la tríada de violencia⁴ descrita en las masculinidades hegemónicas heterosexuales (16).

En este orden de cosas, la homofobia internalizada, con su carga violenta, conlleva a prácticas sexuales no seguras y expone a los hombres vulnerables a un mayor riesgo de consumo de drogas antes o durante las relaciones sexuales, de sexo insertivo sin condón y sexo receptivo sin condón, y de tragar semen de otros hombres (17).

Las prácticas eróticas masculinas en nuestra cultura, subordinadas a los dictados del poder patriarcal heteronormativo, conciben como *completa* la relación sexual en la que ocurre la penetración. El falo se convierte en símbolo de poder y sometimiento sobre la/s persona/s penetrada/s y también favorece el riesgo de transmisión del VIH cuando se penetra sin protección (18).

Las fantasías sexuales, el autoerotismo y el disfrute del erotismo centrado en el resto de las zonas erógenas del cuerpo, quedan relegados a una alternativa, a pesar de considerarse prácticas sexuales seguras en la prevención de las ITS y el VIH.

³ Datos no publicados, incluidos en la relatoría de la actividad «Categorías sexuales: ¿etiquetas o reconocimiento de la identidad?», grupo Hombres por la Diversidad (HxD), Centro Nacional de Educación Sexual, noviembre, 2010.

⁴ Kaufman describió la llamada tríada de violencia de la masculinidad hegemónica, en la que plantea que los hombres ejercen violencia contra las mujeres, contra otros hombres y contra sí mismos. Nótese que, aunque usamos como referencia la tríada, en el contexto de ese párrafo se hace mención a otras identidades sexo-genéricas para explicar la articulación de la homofobia internalizada.

También existen factores estructurales que toman la masculinidad como factor de riesgo en el proceso de atención de salud. En este ámbito los servicios de salud y el personal que presta el servicio, tienen un enfoque heteronormativo y patriarcal sobre la masculinidad. Se producen problemas en la atención por actos discriminatorios por parte de los proveedores del servicio cuando los usuarios muestran expresiones de género diferentes a la masculinidad patriarcal o no se conocen las necesidades específicas de salud de las personas con sexualidades y géneros no heteronormativos.

En una investigación (19) sobre el principio bioético de vulnerabilidad en la atención de salud a personas con sexualidades y géneros no heteronormativos en Cuba, algunos participantes que se autopercebieron como hombres gays, dieron cuenta de cómo opera la heteronormatividad en dicho proceso.

Aquellos que no «pasaron el lente» de la masculinidad patriarcal, describieron expresiones extraverbales y la evitación, basadas en una apreciación negativa en relación con el deseo erótico homosexual o al «afeminamiento visible» del usuario de los servicios.

Dichas situaciones parecen ocurrir con mayor probabilidad cuando el profesional de la salud es hombre, cisgénero y heterosexual. Así lo describe un joven que se autodefine como hombre gay:

Cuando fui a la consulta con el urólogo, que tenía que verme mis partes, o sea, para diagnosticarme lo que yo tenía en mis testículos, *él no me manipuló para nada, me dijo que yo solo me manipulara y él solamente vio por encima*. Vi que no me hizo un diagnóstico exacto. No quedé convencido con la respuesta que él me dio y asistí con una doctora, [...] y ella sí me palpó y hasta me diagnosticó algo diferente: el médico me diagnosticó que tenía una hernia en el testículo y, al ir con esta doctora, me dijo que lo que tenía era varicocele. [El texto destacado es mío].

La violación de los procedimientos que integran el método clínico, como el examen físico, contribuyó a la percepción de vulnerabilidad situacional y potencial al retardarse el diagnóstico de una dolencia que produce males-tares en la esfera sexual y reproductiva. Las transgresiones de la masculinidad hegemónica del usuario del servicio en este contexto, conllevaron a la evitación del contacto físico por parte del prestador del servicio.

Los sujetos gays participantes declararon que sintieron juicios de valor peyorativos y homofóbicos en relación con las prácticas sexuales centradas en la genitalidad. Así lo expresó uno de los sujetos de investigación:

...cuando fui operado por primera vez por hemorroides y tú decir que eres homosexual y tener problemas de hemorroides, asocian indirectamente la actividad sexual. Ahí tú sientes el rechazo y la discriminación por parte del médico, y el asistente también. En muchos casos asocian el padecimiento de la enfermedad (hemorroides) a la práctica sexual, y no tiene por qué ser así, porque todos sabemos los distintos roles que asumimos, que no tienen que estar vinculados la práctica sexual y un padecimiento físico en este caso. Entonces sientes el maltrato y el estereotipo quizás.

En el caso de los hombres homosexuales, la heteronormatividad preconcebe que las prácticas sexuales deben ser penetrativas anales. Por tal motivo, si se sospecha o se conoce la orientación sexo-erótica homosexual del paciente y esta persona demanda una atención de salud por males-tares en el ano, las actitudes de los profesionales de la salud son percibidas por los usuarios como discriminatorias, al asociar las afecciones de esa región con estas prácticas.

De tal manera se aplica en la praxis profesional una tipología patológica del ano que reafirma la exclusión social de las personas homosexuales masculinas en el proceso de atención de salud. Al parecer, los prejuicios que perviven en algunos profesionales en relación con las prácticas homoeróticas, siguen ancladas a una concepción muy antigua en las ciencias biomédicas y criminológicas cubanas del siglo XIX, en la que se estudiaba en detalle

las características anatómicas del ano de los *pederastas* pasivos⁵ y se les relacionaba con sus prácticas sexuales y otras tipologías sociales (20).

En la misma investigación (19) se documentó una percepción de vulnerabilidad durante la relación con los profesionales de la salud mental en el contexto militar. Las vivencias narradas por dos sujetos no fueron producto de una demanda de atención de salud por parte de ellos, pues se produjeron durante las valoraciones obligatorias de las Comisiones de Ingreso al Servicio Militar y en el transcurso de una exploración pericial por una profesional de la salud mental a un sujeto víctima de una violación sexual por parte de un oficial.

En ambos casos se indagó por las profesionales de salud mental sobre la orientación erótica del deseo erótico de los sujetos. Los procesos de valoración exploraron dicha esfera de la sexualidad de forma autoritaria, basada en sus expresiones de género transgresoras de la masculinidad y sin tomar en cuenta el respeto al principio bioético de autonomía.

Los diferentes testimonios espontáneos sobre las dificultades en la atención de salud en el área militar, que fueron registrados en el grupo focal de hombres gays, alertan hacia la persistencia de prácticas patriarcales y homofóbicas en ese escenario. Se conoce que los Reglamentos Militares no sancionan explícitamente la homosexualidad en sus filas y que no constituye un criterio de exclusión actual para las personas que se alistan al Servicio Militar; sin embargo, se perpetúa el control sobre los cuerpos y las sexualidades no heteronormativas desde la patologización biomédica.

⁵ El médico, antropólogo y criminólogo Luis Montané y Dardé investigó en 1890 el fenómeno de la pederastia, término que se utilizaba entonces para clasificar y penalizar la homosexualidad. En el Primer Congreso Médico Regional de la Isla de Cuba, Montané presentó las características anatómicas del ano de veintiún homosexuales privados de libertad en la Cárcel de La Habana. Su investigación combinó las prácticas sexuales de dichos sujetos con características sociales.

En el ámbito de la salud mental, también se registraron dificultades en los servicios de salud civiles, sobre todo en el manejo de las variantes de expresiones de género no coincidentes con el sexo asignado en la infancia en hombres gays. El siguiente testimonio sobre un infante de tres años describe dicho problema:

Una vecina, que tenía un bebé, como de tres años, que se ponía una toalla en la cabeza y decía que era una actriz de la telenovela, espantada me llama porque no tenía más recursos y había ido al psicólogo. Me dijo: «El psicólogo me dijo que pusiera al bebé todo el tiempo al amparo del padre, para ver cómo camina, cómo se viste, cómo habla, y que yo jamás le dé la oportunidad de verme vistiéndome, desvistiéndome, peinándome, acicalándome para salir» [...] crea una crisis emocional en una familia, que desemboca prácticamente en un desastre, en una situación terrorífica, cuando hay suficiente conocimiento ya, puesto en manos de libros, de conocimientos de personas que pueden aclarar perfectamente esta situación.

Salud en masculinidades no heteronormativas: capacidades y derechos humanos

La salud es un derecho humano fundamental, por lo que la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

Cuba ha legitimado los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres cis heterosexuales. El alcance de estos derechos sobrepasa el marco de la atención a la salud física y psicológica, al abordar aspectos de índole social y cultural que influyen en su bienestar. En el caso de la salud sexual masculina, el paradigma ha sido la prevención y atención a los HSH y a los hombres con VIH. Desde el surgimiento de la pandemia, los Estados,

incluido el nuestro, las organizaciones no gubernamentales y el sistema de las Naciones Unidas han prestado particular interés a las determinantes de salud involucradas en la vulnerabilidad social de los HSH.

Se hace necesario un enfoque de género que deconstruya la heteronormatividad y responda a las necesidades específicas de las masculinidades no heteronormativas, sobre todo las más perentorias, que permitan restaurar los daños infligidos e históricamente acumulados y naturalizados, y al mismo tiempo evitar el asistencialismo paternalista, mediante la forja de una autonomía relacional transformadora de la realidad, y futuros menoscabos a las personas por su orientación sexual e identidad de género.

También debe trabajarse en la forja de capacidades individuales que retiren los privilegios heteronormativos de los hombres que ejercen masculinidades patriarcales, y aumentar la agencia moral y social de las masculinidades no heteronormativas.

Otro aspecto importante es que los procesos de exclusión social que se ponen en juego entre las masculinidades no heteronormativas y otras sexualidades y géneros periféricos, también discurren sobre la reproducción de las normas opresivas patriarcales hacia el interior de los grupos vulnerables y en las complejas relaciones intersubjetivas de sus integrantes. No se trata de que estos grupos sean asimilados reproduciendo los mecanismos de opresión por género y sexualidad, sino de transformarlos en relaciones y políticas públicas equitativas en la atención de salud. No se trata de «pasar el lente», sino de cambiarlo con otro enfoque.

Referencias bibliográficas

1. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2002.

2. Mackenzie C. The importance of relational autonomy and capabilities for an ethics on vulnerability. In: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S, editors. *Vulnerability. New essays in ethics and feminist philosophy*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 41-2.
3. Butler J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós; 2002.
4. Warner M. *Fear of a Queer Planet*. Social Text. Duke University Press; 1991. p. 3-17.
5. De Keijzer B. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. *Género y salud en el sureste de México*. 1997. p. 199-219.
6. Badinter E. *XY la identidad masculina/XY The Male Identity*. Alianza editorial; 1993.
7. Rubin G. *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. Revolución SAL; 1989.
8. Arés Muzio P. *Hogar, dulce hogar: mito o realidad*. La Habana: Grupo de Familia, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana; 1996.
9. Bonino Méndez L. *Masculinidad hegemónica e identidad masculina. Dosiers feministas*. 2002;7-35.
10. Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14:S87-S96.
11. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *International Journal of Men's Health*. 2002;1(3):281.
12. Treviño HAR. La masculinidad hegemónica: la enfermedad con perspectiva de género. En: Gutiérrez Leyton AE, editor. *Diabetes: perspectivas de médicos y pacientes*. Monterrey: T & R Desarrollo Empresarial; 2020. p. 65-91.
13. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. *Encuesta sobre indicadores de prevención e infección por el VIH/Sida-2017*. Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba; 2019. p. 169-77.
14. Castro Espín M. *Estrategia para la integración social de las personas transsexuales en el contexto actual de la sociedad cubana*. La Habana: Universidad de La Habana; 2014.

15. Iglesias Linares M, González Galbán H, Mena Martínez M. Caracterización sociocultural y demográfica de las personas trans en Cuba. Actitudes discriminatorias hacia ellas. *Culturales*. 2017;5(1):189-216.
16. Kaufman M. Más allá del patriarcado: ensayos de hombres sobre el placer, el poder y el cambio. Oxford: Prensa de la Universidad de Oxford; 1987. p. 1-29.
17. Ortiz Hernández L, García Torres MI. Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo- y bi-sexuales de México. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:956-64.
18. Núñez Noriega G. Sexo entre varones: poder y resistencia en el campo sexual. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 1999.
19. Roque Guerra A. Vulnerabilidad social de las personas con sexualidades y géneros no heteronormativos: perspectiva bioética en la atención de salud [tesis en opción del título de máster en Bioética]. La Habana: Universidad de La Habana; 2019.
20. Montané L. La pederastia en Cuba. Primer Congreso Médico Regional de la Isla de Cuba. La Habana: Imprenta de A. Álvarez; 1890. p. 579.

LOS COSTOS DE LA MASCULINIDAD. APROXIMACIONES TEÓRICAS

Lisandra Chaveco Valdés, Tania Caram León

Introducción

Como señala el investigador catalán Josep-Vicent Marqués, apenas se identifica por los genitales al recién nacido, la sociedad intenta forjarlo como «todo un hombre»: «Se trata de fomentarle unos comportamientos, de reprimirle otros, y de transmitirle ciertas convicciones sobre lo que significa ser varón» (1).

El propio Marqués sostiene que la construcción social de las masculinidades implica un doble proceso, en el cual se reducen los contrastes potenciales entre los hombres para crear modelos uniformes y se aumentan las diferencias con respecto a las mujeres (1).

Pierre Bourdieu alude, en su libro *La dominación masculina*, a dicho proceso como «ritos de "separación"», cuya función es emancipar tempranamente al muchacho de la madre, evitando cualquier contaminación «femenina» y garantizando la masculinización que necesita para hacer frente a un mundo dicotómico (2).

Por su parte, la teórica australiana R. W. Connell reconoce que la masculinidad es al mismo tiempo una posición en las relaciones de género, que incluye un grupo de prácticas mediante las cuales hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, al tiempo que producen efectos en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura (3).

En este sentido, Connell define la masculinidad hegemónica como «práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema

de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres» (3). Asimismo, aclara que no es un tipo de carácter fijo, pues varía en cada contexto y es siempre disputable.

De acuerdo con esta perspectiva las masculinidades no son construcciones estáticas e inmutables, pues son, como afirma el antropólogo estadounidense Michael Kimmel, «un conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de las relaciones con nosotros mismos, con los otros y con el mundo que los rodea» (4).

Asimismo, algunos autores hablan de una masculinidad obsesiva, que genera una permanente necesidad de mostrarse como varón, originada en un temor de dejar de ser hombre (5).

Kali Halloway también aporta algunas reflexiones en torno a los costos de la masculinidad. Para la autora:

...mientras que la construcción de lo femenino exige a las mujeres ser delgadas, bellas, serviciales y al mismo tiempo, virginales y prestas para el sexo, la construcción de lo masculino obliga a los hombres a demostrar y redemostrar constantemente que son eso: hombres [6].

A su juicio, ambos conceptos son destructivos, pero si se tienen en cuenta las estadísticas, el número de hombres afectados y su (comparativamente) exigua esperanza de vida con respecto a las mujeres, dan prueba de que la masculinidad es una asesina más efectiva.

Para De Keijzer, el modelo hegemónico de masculinidad cultural e históricamente construido —aunque representa algunas claras ventajas para el varón— con el paso del tiempo y con su estereotipamiento va implicando riesgos para su salud y la de otros y otras (7).

Desde su perspectiva, los roles de género socialmente asignados a los hombres «condicionan la negación de sus problemas de salud, al tratar

de evitar a toda costa mostrar su vulnerabilidad, lo que los disuade de pedir ayuda e incorporar medidas de autocuidado» (7).

El varón como factor de riesgo

Los varones harían casi cualquier cosa con tal de responder a las expectativas que la sociedad deposita en su masculinidad. No importa si el costo de no cuestionar el estereotipo es su salud o la de otros, reconoce el investigador mexicano Juan Guillermo Figueroa Perea en su texto *El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?* (8).

De acuerdo con De Keijzer, una mirada a las causas de muerte masculina puede ilustrarnos sobre esta realidad. Para el experto, aunque no todas las muertes de los varones sean determinadas por la socialización de género, sin duda esta tiene un fuerte poder explicativo en una gran proporción de estas (7).

Según el investigador, en México, su país natal, desde 1986 los accidentes son la segunda causa de muerte entre hombres, con 35 000 muertes por año, casi cuatro veces mayor que en las mujeres. De igual modo, las llamadas muertes violentas y las lesiones infligidas predominan entre la población masculina.

En el propio estudio, el galeno afirma que no es «accidental» que los accidentes tengan entre los varones un enorme aumento a partir de los diez años de edad. El autor interpreta la sobremortalidad de los varones como un proceso al que denomina «morir como hombre», dado que a su juicio los hombres mueren porque necesitan demostrar que son «muy hombres» (7).

El antropólogo señala además «la masculinidad como factor de riesgo» (7). Según su enfoque, la forma de vivir la masculinidad de muchos varones constituye un riesgo tanto para ellos mismos como para otros hombres, mujeres e incluso para niños y niñas.

Desde esta perspectiva el abuso del riesgo y la falta de autocuidado de los varones generan una violencia real y simbólica en diferentes grupos poblacionales en su intento por ser fieles a los modelos hegemónicos de masculinidad.

De acuerdo con Halloway, la cantidad de víctimas atribuibles a la masculinidad versa en torno a sus manifestaciones más específicas: alcoholismo, adicción al trabajo y violencia. Aunque no maten explícitamente, provocan una especie de muerte espiritual, causante de trauma, disociación e, inconscientemente, depresión (6).

Asimismo, el psicólogo Terry Real relaciona, en su libro *I don't want to talk about it: Overcoming the secret legacy of male depression* (No quiero hablar de ello: la superación del secreto legado de la depresión masculina) de 1998, varios estudios en los que se explica cómo padres y madres proyectan inconscientemente en sus hijos una especie de «masculinidad» innata y, por lo tanto, «una menor necesidad de confort, protección y afecto» (6).

Sobre este aspecto reflexiona la antropóloga social Denise Fagundes en sus acercamientos a la construcción social del cuerpo masculino. La autora describe la experiencia de muchos varones con su cuerpo como una búsqueda de respeto a través de la violencia y los duelos verbales, «situaciones de riesgo» que les proporcionan una historia de vida «heroica» (9).

Por su parte, Edison Gastaldo, docente de la Universidad de Vale do Rio dos Sinos, en Brasil, se refiere a la forma de «forjar hombres de hierro» a través de deportes de contacto corporal. Para el investigador, dicha socialización «construye» un cuerpo para la lucha, en el cual se aprende a despreciar el dolor. Se refuerza la percepción social del cuerpo masculino para la resistencia y el enfrentamiento a los otros (8).

Otra de las interpretaciones de este comportamiento temerario y con buenas dosis de imprudencia alude al «mito del héroe», señalado por la socióloga Florinda Riquer, según el cual muchos varones aprenden que

para poder legitimarse como hombres deben llevar a cabo actos heroicos, ya que con ello tienen historias que contar. Una de las formas de hacerlo es exponerse a situaciones peligrosas y luego conversar de «las que se sobreviven» (10).

Diferentes estudios sobre el tema «encuentran en los hombres una mayor dificultad para asumir derrotas, para reconocer el dolor, para reconocer la tristeza, para reconocer la soledad, pero sobre todo una mayor dificultad para pedir ayuda, porque ello supone reconocer cierta debilidad, reconocer fragilidad» (11).

Al respecto, esta investigación asocia dichos comportamientos a un mecanismo para evitar cuestionar (y cumplir con) los modelos de masculinidad vigentes, proceso en el cual los varones acaban de alguna manera atrapados en ese aprendizaje cultural, reproducido con mucha frecuencia sin cuestionamientos o, por lo menos, sin muchas opciones como para poder abrirse a otras maneras de vivir la masculinidad y sus diferentes consecuencias negativas y contradictorias (11).

Al analizar la enfermedad y la muerte entre la población masculina, el médico y antropólogo Benno de Keijzer muestra la existencia de problemas comunes a ambos sexos, a la vez que distingue los que son específicamente masculinos (los de próstata...). Sin embargo, destaca algunos factores asociados a la situación de género, como los riesgos derivados de un proceso de socialización diferencial para varones y mujeres. A partir de ello, constata la sobremortalidad masculina, en especial desde los 15 años de edad, y comenta el descuido suicida por parte de muchos hombres. Lo ejemplifica con un escaso autocuidado de los varones y el abuso de sus capacidades corporales como una muestra de hombría (7).

Son varios los autores que concluyen que no son naturales las diferencias entre las causas de morbilidad y mortalidad entre varones y mujeres, sino que muchas de estas tienen que ver con los modelos de identidad de género que aprenden y nunca cuestionan a lo largo de su vida.

La masculinidad hegemónica no solo afecta a las mujeres, como suele notarse. A partir de la adolescencia, emergen como principales causas de muerte de los varones los accidentes, los homicidios, la cirrosis hepática, el VIH/sida y los suicidios (7).

Según datos del Centro de Control de Epidemias de Atlanta, estadísticamente los hombres ingieren más alcohol que las mujeres —lo que ocasiona una tasa más alta de hospitalizaciones y muertes relacionadas con la ingesta de alcohol— y tienen el doble de posibilidades de ser víctimas de trastornos de ira (6).

Stephanie Coontz explica estas actitudes como producto de la pronta anulación de los sentimientos en los chicos, aprendida durante su proceso de crianza y socialización de género (6).

Por su parte, Stillion llama la atención sobre los esfuerzos de los hombres jóvenes por parecer fuertes, los cuales suelen llevarlos a ignorar las normas de seguridad del trabajo, mientras que otros conducen de manera arriesgada como demostración de valentía. Para el autor la fascinación y el respeto de los hombres por la violencia suelen estar ligados a la demostración de su hombría (12).

Como la autoestima masculina descansa temblorosamente sobre el frágil suelo de la construcción social, el esfuerzo para mantenerla es agotador. Intentar evitar la humillación que queda una vez que esta se ha desvanecido puede llevar a muchos hombres a finales peligrosos [6].

En este sentido, Stillion atribuye las altas tasas de homicidio masculinas, en comparación con las mujeres, a la sugestión de los hombres por la violencia y su constante necesidad de demostrar su «masculinidad». Asimismo, los datos sobre suicidio demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres, pero que sus probabilidades de morir son mayores que las de ellas (12).

En el mismo estudio *Death and the sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills*, Stillion infiere que esta disparidad se debe al hecho de que los hombres tienden a seleccionar métodos más violentos y, en comparación con las mujeres, consideran que sobrevivir al intento de suicidio es «otro fracaso, una marca contra su masculinidad» (12).

Según Halloway, muy a menudo hombres que sufren continúan haciéndolo en soledad, porque creen firmemente que mostrar su dolor personal es equivalente a haber fracasado como hombres (6).

James Giligan, director del Centro de Estudios sobre Violencia de la Facultad de Medicina de Harvard, afirma en uno de sus numerosos tomos dedicados al estudio de la violencia masculina y sus fuentes:

...aún no he descubierto una sola muestra de violencia que no haya sido provocada por una experiencia de humillación, falta de respeto y ridiculización y que no representara un intento para prevenir o deshacer esa «caída de máscara», independientemente de lo severo de su castigo, incluyendo la muerte [6].

Por su parte, Courtenay observa que algunos comportamientos de riesgo son definidos culturalmente como «masculinos» y, además, que los hombres utilizan los comportamientos no saludables para definir su virilidad (13).

De acuerdo con Sabo, los varones consumen cantidades excesivas de alcohol para demostrar su lealtad al grupo de compañeros masculinos. De igual forma, en muchos deportes tradicionalmente masculinos (rugby, boxeo, fútbol americano...), el código masculino glorifica el dolor y las lesiones, incitando a los jugadores a sacrificar sus cuerpos para ganar a toda costa (14).

Culturalmente, la identidad masculina está relacionada con la desvalorización del autocuidado y la poca preocupación por la salud. Los hombres prefieren servicios de salud que atiendan más objetivamente sus demandas, como farmacias y atención de emergencia, que garantizan la atención más rápida y resuelve sus necesidades con mayor facilidad (15).

Un estudio realizado durante 2000 por la Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ofreció pistas sobre el proceso de «hacerse hombres» en nueve países de América Latina (Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México y Nicaragua). Entre las conclusiones principales aparece que adolescentes y jóvenes latinoamericanos se construyen a sí mismo en una necesidad permanente de demostrar su hombría en cuatro escenarios: el Sí Mismo, la Familia y sus Pares (16).

A juicio de uno de los autores del estudio *Hacerse hombres: la construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*, el psiquiatra chileno Rodrigo Aguirre:

...los hombres se construyen en su relación de oposición a las mujeres y se demuestran como hombres frente a los otros hombres. La presión social que acompaña a la masculinidad hegemónica los coloca en la difícil situación de tener que demostrar todo el tiempo su virilidad, frente al peligro mayor, el ser acusado o considerado por sus pares como homosexual [16].

Más importante de lo que piensa cualquier mujer, será siempre lo que piensen otros hombres.

Asimismo, el propio estudio promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que los hombres de mediana edad de la América Latina y el Caribe pierden alrededor de 40 % más de años de vida que las mujeres, fundamentalmente por la incidencia de enfermedades crónicas que, tratadas a tiempo, podrían haberse evitado.

Reconoce el texto de ese estudio:

La depresión, entre otros problemas de salud mental, es un mal que aqueja fuertemente a la población masculina a nivel global y puede estar vinculada a la incapacidad, en determinados momentos, de satisfacer los mandatos de la masculinidad hegemónica.

A ello se suman la sobremortalidad masculina por causas violentas, accidentes de tránsito o en el puesto de trabajo [16].

Cuba no queda exenta de este panorama. Datos del *Anuario Estadístico de Salud 2016* sobre las diez principales causas de muerte indican que la tasa de mortalidad masculina fue 4 veces superior a la femenina en el caso de muerte por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio), 3.6 veces mayor para la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, 1.4 veces superior para los tumores malignos, 1.2 veces mayor para los accidentes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, y 1.1 veces superior en las enfermedades del corazón, la influenza y neumonía, y las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares. Solo en el caso de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares las tasas se igualaron por sexo y las mujeres murieron más que los hombres solo por diabetes mellitus (17).

Un análisis sobre la sobremortalidad masculina en Cuba, a mediados de la primera década de este siglo *xxi*, señala que las conductas de género afectan la salud de los hombres, condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico:

...ellos participan más que las mujeres en actividades que conllevan riesgos a la salud como ingerir alcohol, fumar cigarrillos, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo y suicidio, a los que se les adiciona la falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos [18].

De acuerdo con el estudio, estas situaciones pueden generar en los hombres condiciones cardiovasculares, accidentes laborales y de tránsito, cáncer, enfisema, problemas del hígado, depresión, ansiedad y angustia, que explicarían por qué los hombres presentaron tasas más elevadas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, accidentes y lesiones autoinfligidas (18).

Según el *Anuario Estadístico de Salud* que publica la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, del Ministerio de Salud Pública de

Cuba, en 2016 murieron a causa de lesiones autoinfligidas 1 142 hombres y 287 mujeres. Las personas adultas muertas por causa violenta (agresiones) sumaron 480 hombres y 139 mujeres (17).

Aunque el Anuario no detalla las causas de estas muertes, estudios nacionales aseguran que las tendencias en el país se mantienen similares a las de la región: la mayoría de los hombres que mueren por causas violentas, lo hacen a mano de otro hombre, muchas veces desconocido, y las mujeres mueren como resultado de la violencia en el seno de la pareja o a mano de un hombre de la familia o círculo cercano (19).

Referencias bibliográficas

1. Marqués J. Varón y patriarcado. En: Olavarría J, Valdés T. Masculinidad(es). Poder y crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional / FLACSO; 1997. p. 17-30.
2. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 1999.
3. Connell R. La organización social de la masculinidad. En: Valdés T, Olavarría J. Masculinidad(es). Poder y crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO; 1997. p. 31-48.
4. Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Olavarría J, Valdés T. Masculinidad(es). Poder y crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO; 1997. p. 49-62.
5. Kauffman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Olavarría J, Valdés T. Masculinidad(es). Poder y crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO; 1997. p. 63-81.
6. Halloway K. La masculinidad está matando a los hombres: la construcción del hombre y su desarraigo. En: No nacemos machos. México, D.F.: La Socia; 2017. Disponible en: <http://wp.me/p10ynY-7x>
7. De Keijzer B. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E. Género y salud en el sureste de México. Villahermosa, México: Ecosur; 1998.

8. 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: EDHUCASALUD; 2007. p. 373-392.
9. Fagundes D. Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos. En: Fachel O. Corpo e significado. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995. p. 193-205.
10. Riquer. Algunos elementos de la identidad de género de los hombres. En: Hombres y mujeres por una nueva humanidad. México, D.F.: Universidad Iberoamericana; 1997.
11. Tajer D, Reid GB, Solis M, Cuadra M, Lo Russo AL, Fernández J, et al. Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y profesionales de la salud. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2011.
12. Stillion J. Death and the sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills. New York: Hemisphere Publishing; 1995.
13. Courtenay W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. Social Science and Medicine Magazine. 2000;50(10):1385-1401.
14. Sabo D. Pigskin, patriarchy and pain. En: Rothenberg PS, editor. Race, class and gender in the United States: An integrated study. New York: St. Martin's Press; 1994. p. 227-29.
15. Pereira E, Salvador MC, Harter R. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção precoce do câncer de próstata. Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.
16. Organización Panamericana de la Salud. Hacerse hombres: la construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. Santiago, Chile: Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes, OPS; 2000.
17. Bess S, Alonso I, Torres RM, López LM, Pérez N, Cabrera R, et al. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

18. Corral A, Castañeda IE, Barzaga M, Santana MC. Determinantes sociales en el diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2010;36(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
19. González JC, Peñalver N, Angulo Y, George E, Colón M, Hernández A, et al. *Masculinidades en movimiento. Una propuesta para el trabajo con hombres desde la sensibilización y el activismo*. La Habana: Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades; 2018.

EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS HOMBRES Y SU VÍNCULO CON LA CONSTRUCCIÓN DE LAS MASCULINIDADES

Iyamira Hernández Pita

La salud de los hombres como un problema que merece observación específica ha comenzado a atraer más la atención desde la mirada de diferentes ciencias (sociología, psicología, ciencias de la salud...). Esta atención se ve respaldada también por tendencias epidemiológicas diferenciales entre hombres y mujeres, en particular con respecto a la mortalidad prematura de los hombres por enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y la morbilidad relacionada con los malos comportamientos de búsqueda de salud y/o los estilos de vida no saludables, entre los que se encuentran el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; el empleo de creatina y aminoácidos antes y después de la realización de ejercicios físicos. Pero también se incluyen comportamientos violentos como vía para la resolución de conflictos, que incluyen desde lesiones menores hasta, en su máxima expresión, homicidios y asesinatos, junto a prácticas de actos arriesgados desde edades tempranas de la vida, además de sintomatologías asociadas a la salud mental (estrés, depresión, suicidio...) (1).

Estadísticas globales muestran que dos de cada cuatro hombres a nivel mundial mueren antes de cumplir los 70 años y que 52 % de estas muertes son por ENT; además, 36 % de estas son evitables en comparación con el 19 % que se pueden evitar en el caso de las mujeres (2).

Por consiguiente, la mayoría de los hombres deben prestar más atención a su salud, y no solo de manera individual. Los sistemas de salud y las políticas públicas que se derivan de estos, también deben poner más la mirada en la casi mitad masculina del planeta. En comparación con las mujeres, los hombres son más propensos a retrasar chequeos regulares

y atención médica, sin descartar que hay padecimientos que les afectan solamente a ellos, como los cánceres de próstata y colon, los bajos niveles de testosterona y las enfermedades cardíacas (3).

Ante tal realidad se puede inferir que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Y se torna diferente en relación con los factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos), por lo que se manifiesta de forma distinta entre los sexos y muchas veces se mantiene invisible para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud por no tener incorporadas las miradas de género hacia estos asuntos.

Por lo tanto, considero importante para la comprensión de esta problemática colocar como reflexión el cuestionamiento de cómo ha influido el proceso de construcción de las masculinidades en el cuidado de la salud de los hombres, desde una mirada de género plural y diversa.

La comprensión del abordaje de género requiere de un amplio conocimiento sobre los antecedentes históricos que le dieron origen y su fundamentación teórica, lo que hace posible la realización de investigaciones con este enfoque para lograr obtener resultados sobre las diferencias entre mujeres y hombres, que nos permitan actuar de forma equitativa en las desventajas de cada uno.

Desde la praxis profesional en el abordaje del tema, se constata que se presta muy poca atención al trabajo con los hombres en materia de promoción y prevención de salud, pues se tiende a concentrar toda la atención y actuación en la mujer. Al reflexionar sobre este aspecto, es evidente que no se tiene en cuenta la diversidad de las diferentes expresiones dentro del proceso salud-enfermedad de mujeres y hombres, comportamiento que, a mi juicio, se halla matizado por los estereotipos de género que transversalizan la práctica médica.

Cuando se habla o se investiga sobre este tema, se debe tener en consideración que para lograr el ejercicio de la promoción y prevención de salud hay que ser coherente con las diferentes expresiones de identidades de género.

Individualmente mucho de lo que asociamos con la masculinidad gira sobre la capacidad del hombre para ejercer poder y control. Pero las experiencias cotidianas de los hombres hablan de una realidad diferente. Aunque ellos tengan el poder y cosechen los privilegios que el sexo les otorga, este poder está viciado. Y de ello se derivan también violencias sutiles que les acompañan durante toda su vida.

Según Kaufman, existe en la vida de los hombres una extraña combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder. Por el hecho de ser hombres, gozan de poder social y de muchos privilegios, pero la manera como hemos armado ese mundo de poder causa dolor, aislamiento y alienación tanto a las mujeres como a los hombres (4).

Mientras que para la mayoría de los hombres es simplemente imposible cumplir con los requisitos de los ideales dominantes de la masculinidad, estos mantienen una poderosa y a menudo inconsciente presencia en sus vidas. La construcción de las masculinidades condiciona, por ende, el comportamiento de los hombres ante el cuidado de su salud y a su vez los violenta como sujetos sociales.

Desde este análisis se corrobora que, de igual forma que ha sucedido con las mujeres, en la construcción de la identidad de los hombres están presentes los estereotipos que definen la masculinidad y los vincula con la fuerza, el proveedor por excelencia, la mutilación de expresión de sus emociones y la heteronormatividad —que no solo incluye la orientación sexual, sino que se asocia también al sistema sexo-género y la reproducción desde un enfoque binario. Todo esto va unido a la cultura del falo y a la «inteligencia superior»; en fin, al androcentrismo, que los sitúan en el centro del poder y en un aislamiento de conductas que promuevan el cuidado y autocuidado de su salud.

Para los hombres es usual encontrar la valorización de cualidades como la vitalidad, el cúmulo de experiencias y la madurez. Su apreciación social se basa más en el tipo de relación social que establece con el mundo, en el prestigio social alcanzado y sostenido, y en su productividad.

Desde estos complejos mecanismos mediante los cuales se construye día a día, institucional e informalmente, el machismo, ensambla el pensamiento retardado de atención a las cuestiones de salud de los hombres, discriminando sus derechos en relación con la atención de su salud sexual y reproductiva, cuidado, conservación y protección de su salud física y mental y, por ende, todos los procesos de participación para el cambio hacia la consecución de estilos de vida saludables.

Resulta significativo resaltar la pobre presencia de soportes comunicativos dirigidos al cuidado de la salud de los hombres, incluida las personas LGBTI.

Y por último, y no por menos importante, me gustaría alertar sobre las prácticas violentas en salud hacia los hombres y en particular hacia los hombres con identidades de género y orientación sexo-erótica diferentes.

Constituyen una preocupación para mí como investigadora las expresiones de violencia y victimización en el ejercicio de las prácticas médicas hacia las personas LGBTI. Ocurre tanto violencia verbal y psicológica por acción u omisión, pero también el no empleo del método clínico con estas personas, pues tiene implícito el examen físico y el observar al paciente durante la entrevista. Estas violaciones inciden en una espera prolongada para acudir a los servicios de salud, cuya consecuencia luego estará vinculada a la gravedad que puede alcanzar el problema de salud.

Imaginémonos una persona transgénero de hombre a mujer intervenida quirúrgicamente para la consecución de una readecuación de sus genitales externos, que mantiene su próstata, ¿qué acciones se derivan para la prevención del cáncer de próstata de esta persona?, ¿qué política pública la ampara?, ¿a través de qué soportes comunicativos se tratan estas temáticas?

Resulta lamentable que aún exista resistencia a tratar estos temas, a la par que vacíos cognitivos que impiden una sensibilización, comprensión y compromiso para afrontar tal realidad.

A modo de conclusión

Se constata que el recorrido por la perspectiva de género permite la comprensión de los complejos mecanismos mediante los cuales se construyen día a día, institucional e informalmente, el machismo, la violencia o la increíble capacidad de intolerancia. Por el mismo filtro pasan las necesarias respuestas, materializadas en acciones de promoción y prevención que fomenten el cuidado de la salud de los hombres. Su aportación consiste en develar, por lo menos, otra mitad de la realidad y, por lo tanto, modificar la ya conocida. De ahí que asumir la perspectiva de género, en el abordaje de los problemas de salud de los hombres, requiera también tomar conciencia e interiorizar, por parte del Estado, las instituciones, los operadores y los decisores de los sistemas de salud, la necesidad de superar toda manifestación de poder, discriminación y violencia por motivos de sexo (sexismo), lo cual redundará en un gran esfuerzo y conduce a una revolución intelectual interna de tipo personal y una revolución cultural de las mentalidades colectivas.

Referencias bibliográficas

1. OPS. Informe anual del directorio. 2019. Disponible en: www.paho.org
2. OMS. Informe mundial 2019. Disponible en: <http://www.who.int>
3. ODPHP. Informe mundial 2019. Office of Disease Prevention. Disponible en: <http://app.who.int>
4. Kaufman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias del poder entre los hombres. 2007. En: Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Soporte digital del Diplomado Nacional de Violencia impartido por el CENESEX.

Bibliografía consultada

Centro Nacional de Información sobre Salud. Salud de los hombres. Disponible en: <http://medlineplus.gov>

MASCULINIDAD HEGEMÓNICA. SU IMPACTO EN LA SALUD PSICOLÓGICA, LA PAREJA, LA PATERNIDAD Y LA FAMILIA

Patricia Arés Muzio

El presente trabajo emerge de un taller realizado con profesionales de la salud, médicos y psicólogos sobre el impacto de la masculinidad hegemónica en la salud psicológica, la pareja, la sexualidad, la paternidad y la familia en hombres cubanos. Más que una discusión científica sobre el tema, puntualiza algunos conceptos esenciales que fueron manejados y que deben ser profundizados por los profesionales, privilegiando un enfoque psicosocial de la salud con perspectiva de género, con vistas a una comprensión mayor sobre las consecuencias psicológicas que para el hombre trae asumir de forma acrítica los mandatos culturales de la masculinidad.

La *masculinidad* como concepto corresponde al conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada, mientras que la *masculinidad hegemónica* constituye un esquema culturalmente construido en el que se presenta al varón como dominante y superior en esencia.

La construcción simbólica de la masculinidad hegemónica se deriva de la ideología patriarcal, que ubica al varón con atributos de poder que se absolutizan, se esencializan y se naturalizan, convirtiéndose en esquemas rígidos y visiones de género que pueden propiciar prejuicios y exclusiones de otros tipos de masculinidades existentes.

La masculinidad hegemónica se construye a partir de determinadas pautas de socialización, así como representaciones, valores y actuaciones típicamente masculinas muy entronizadas en la cultura y la ideología patriarcales. Devienen pautas identitarias y de comportamiento, y son

difíciles de incumplir si se quiere evitar la marginalidad o el estigma social, de ahí la resistencia de muchos hombres a cuestionárselas.

Sin embargo, hoy hablamos de las masculinidades plurales pues, a tono con la teoría interseccional y la concepción bio-psico-social del ser humano, estas diversas identidades proceden de la confluencia de factores (etnia, estrato social, color de la piel, territorio de procedencia, influencias de la familia de origen, preferencias sexuales...) que dan cuenta de una gran diversidad en las formas de construir la masculinidad al margen de la visión hegemónica.

Muchas veces se impone un modelo único de ser varón masculino que se vuelve criterio de admiración y aspiración social, quedando jerarquizado el ser blanco, heterosexual, aguerrido, fuerte, rico, exitoso (económica, social y sexualmente), viril y potente.

La masculinidad hegemónica excluye, por lo tanto, otras masculinidades que difieren de estos mandatos: la de los niños, los ancianos, los negros, los indios, los bisexuales, los transexuales, los no violentos, los fracasados a partir de los criterios de éxito y los que no sienten atracción por el deporte, entre muchas otras realidades contrahegemónicas.

Las prácticas de socialización de las instituciones básicas (familia y escuela) aún sostienen preceptos residuales de la cultura patriarcal, que se traduce en socializar a los niños varones con algunos mandatos con carácter de normativas que hay que cumplir y que lamentablemente aún los escuchamos mucho en boca de los educadores al hablar tanto con niños como con adolescentes y jóvenes varones. Los mandatos culturales operan a nivel subjetivo, pero van calando en la construcción simbólica de género: «Los niños no lloran», «Los niños son fuertes», «Suelta esa muñeca», «Nunca te quedes dado», «¿Cuántas novias tienes?», «Se valiente... ¿caso no eres hombre?», «No te dejes mangonear», «Ese hombre es un saco de tarros», «El color rosa es para las niñas», «La poesía es sensiblería», «Los hombres son rudos y valientes», «Déjate de tanta blandenguería»...

Resulta lamentable que estos mandatos en las pautas de socialización incentiven una *cultura de la no abstención* y las *conductas de riesgo* como lo deseable.

Dentro de esta cultura de la no abstención, podemos mencionar: no abstenerse a la droga, no abstenerse al alcohol, no abstenerse al asedio femenino —en muchas ocasiones se utiliza ante el engaño conyugal el argumento de que «no se pudo evitar», «lo acosaron hasta que tuvo que hacer su papel» o simplemente «se le puso a tiro»—, no abstenerse a la violencia —por tal motivo muchos hombres expresan que su pareja sabe que no lo puede provocar porque pierde el control, sin poderlo evitar.

Otras conductas de riesgo se relacionan con la cultura de la demostración de la hombría, que implica diferenciarse de lo femenino y exhibir comportamientos temerarios de valentía, poder, éxito, fuerza, resistencia y violencia, muy entronizados hoy con la ideología del individualismo y la posmodernidad, que estimulan el éxito, el poder económico y la fama como valores primordiales.

La masculinidad hegemónica ha generado en los hombres un descuido de su salud física y emocional. Actualmente se ha desarrollado un patrón de culto al cuerpo (más que un real autocuidado), a partir de un patrón de sexualización de la hombría y la potencia, como el denominado fisiculturismo, vigorexia, con consecuencias para la salud (desgarros, hernias discales, efectos crónicos de sustancias anabólicas, consumo excesivo de Viagra).

En consulta observamos diferentes patologías de carácter psicológico que se distinguen por la fuerte influencia de los determinantes de género y que propician una agresión del hombre contra sí mismo y contra los otros. Por ejemplo, a diferencia de las mujeres, que exhiben más la depresión, los hombres manifiestan sus alteraciones emocionales en «patologías del acto», es decir, fijaciones del síntoma en el actuar y no en el sentir. Observamos una mayor prevalencia de trastornos obsesivos-compulsivos y adicciones como mecanismo de cancelación tóxica del dolor, por no reconocimiento explícito de los duelos, más

que intentos o suicidios consumados. Los métodos utilizados en dichos casos (por lo general el ahorcamiento y el envenenamiento) son más letales, con tendencia a no reconocer sentimientos de vulnerabilidad, lo que deja mucha más culpa y enigma en la familia sobre las causas del suicidio.

Una gama de enfermedades psicosomáticas también aparece con frecuencia en la subjetividad de las masculinidades hegemónicas, diríamos que por el escaso reconocimiento a nivel consciente de las emociones sentidas. Por supuesto, las de mayor reconocimiento social son la ira y la expresión de la rabia.

Asimismo son muy frecuentes las enfermedades relacionadas con el descuido en el estilo de vida, como consecuencia de la cultura de la no abstención y las conductas temerarias: cáncer, cirrosis hepática, infarto, diabetes, hipertensión arterial, infarto cerebral... (1).

Al unísono con estas formas autodestructivas de la masculinidad hegemónica, lo más visible de esta construcción son las relaciones de poder y la agresión u hostilidad voluntaria o involuntaria hacia los otros. El patriarcado, como forma de dominación y su subproducto (la masculinidad hegemónica, construida desde la superioridad), es productor de muchas formas de sadismo masculino, entre las cuales encontramos la misoginia (desprecio a las mujeres), la homofobia (rechazo a la homosexualidad), las desviaciones sexuales, los abusos sexuales y las violaciones.

¿Qué consecuencias psicológicas acarrear los procesos de subjetivación de una masculinidad hegemónica? Además de victimarios de los otros, ¿son los hombres víctimas de estos mandatos de género? Sería necesario propiciar dispositivos educativos en los que los hombres dejen de tener una apropiación acrítica de su socialización de género y de los mandatos culturales. Es importante ofrecer también herramientas de análisis para deconstruir estos mandatos, a Partir de dar visibilidad de sus impactos psicológicos y secuelas para la salud y la vida familiar.

¿Qué ocurre con los varones que se adscriben a la identidad hegemónica?:

- *El «yo disociado»*. Se vive una suerte de disociación entre razón-emoción, amor-sexo y cuerpo-mente, que trae como consecuencia una sexualidad desconectada del amor, al igual que una somatización del dolor.
- *El miedo al miedo*. El yo disociado trae como consecuencia una incapacidad de expresar el miedo que a su vez produce miedo al miedo. Para la masculinidad hegemónica el miedo es paralizador, pues pone en contacto a los varones con sentimientos de vulnerabilidad, indefensión y debilidad, no reconocidos en los mandatos culturales y estigmatizados, lo cual puede conllevar a sentimientos de minusvalía y pérdida de la autoeficacia, a lo que se le ha denominado el fenómeno del «súperman con pies de barro».
- *El egocentrismo*. El sentimiento de superioridad transmitido conduce al fenómeno del egocentrismo: hombres infalibles, dueños de la verdad, a quienes cuesta reconocer un error. lo que muchas veces funciona con falta de empatía y autosuficiencia. A ello se denomina Patologías de la Omnipotencia (2).

En consulta hemos detectado un conjunto de mecanismos de enfrentamientos fallidos en las masculinidades hegemónicas: hombres depredadores de sí mismos, con afrontamientos como la disociación, la negación, la minimización, la defensa por ataque, la evasión... Y algo que he podido observar en terapia de pareja es la inversión de la culpa y no responsabilidad con la propia conducta: siempre la culpa la tiene el otro.

El hombre de perfil violento logra manipular la subjetividad de la mujer, tratando de hacerle ver que son merecedoras de la violencia o el maltrato *por no querer entender, por no hacer lo que él le dice, porque nunca le hace caso o no lo toma en cuenta.*

Las masculinidades hegemónicas, la pareja y la familia

En múltiples estudios que se han realizado sobre las causas del divorcio en Cuba, hemos podido constatar que, aunque el divorcio es un fenómeno que tiene que ver con ambos miembros de la pareja, el acontecimiento irruptor se asocia a las masculinidades hegemónicas. Podemos citar los siguientes:

- Infidelidad. Aunque la infidelidad hoy día no es privativa solo de los hombres, algunas formas de infidelidad son más frecuentes a partir de la construcción subjetiva de la masculinidad hegemónica. La imagen del varón infiel suele ser mejor tolerada y en muchos casos valorada, a diferencia de la mujer infiel que suele con frecuencia ser condenada o mal vista. La doble vida es un fenómeno típicamente masculino que casi no existe entre las mujeres; lo mismo podemos decir de los casos de bigamia.
- Hábitos tóxicos (alcoholismo). El alcoholismo es una de las causas más frecuentes de divorcio en Cuba.
- Violencia física, celopatía, amores adictivos.
- Trastornos emocionales o de personalidad.
- Disfunciones sexuales severas e infecciones de transmisión sexual_muchas veces transmitidas a la mujer a través de la infidelidad masculina.

Los hijos se ven afectados por el divorcio, pues muchos padres se distancian de los hijos biológicos.

¿Está en crisis la masculinidad hegemónica?

Hoy asistimos a la llamada crisis de la masculinidad. Muchas de las formas de concebir la subjetividad masculina se han visto amenazadas por determinantes sociales que se tornan difíciles de mantener en las condiciones actuales, como seguir asumiendo el rol de sostenedor económico principal de la familia a causa de la precariedad laboral, el desempleo y las migraciones.

A su vez, el empoderamiento femenino ha puesto en entredicho el rol tradicional del hombre tanto en la pareja como en la familia, lográndose un equilibrio mayor de funciones y una mayor democratización en el ejercicio de poder frente a los hijos.

El envejecimiento como fenómeno poblacional actual trae aparejado diferentes pérdidas de funciones en los roles tradicionales del hombre, sobre todo en el envejecimiento dependiente, lo que produce en muchos casos depresiones del adulto mayor masculino.

Otras masculinidades han venido irrumpiendo en el escenario social, adquiriendo visibilidad y reclamando sus derechos ciudadanos:

- la paternidad responsable y cercana;
- la fecundidad compartida y no impuesta;
- otras masculinidades, como la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad;
- el cuidado de la salud.

Estas otras masculinidades reclaman actualmente los derechos vulnerados. La sociedad cubana transita de la hegemonía a la pluralidad.

Muchos hombres que han desarrollado una masculinidad hegemónica, son más conscientes de los costos que implica para su salud y para su vida en general, proponiéndose lo que podríamos denominar como el «triple salto», que consiste en:

- cuestionamiento de una virilidad ancestral;
- la aceptación de una feminidad temida;
- la invención de una nueva masculinidad.

Considero que es necesario seguir cuestionando los discursos y las narrativas de género; no apropiarse acríticamente de los mandatos culturales; y aprender a mirarlos «bajo sospecha», logrando el ejercicio de la duda y adquiriendo la capacidad de una conciencia crítica, con el fin de dejar

de ser reproductores de patrones hegemónicos ya muy distantes de las realidades actuales.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Millet M. Cuando ser hombre enferma. En: Masculinidad. Estudios. La Habana: Editorial de la Mujer; 2008.
2. Arés Muzio P. Virilidad. ¿Conocemos el costo de ser hombre? La Habana: Editora Política; 1996.

Bibliografía consultada

Cucco García M. Escuela para madres y padres. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.

MASCULINIDAD. MIRADAS Y OPORTUNIDADES PARA EL CAMBIO

Amado Rodríguez Iglesias, Miriam Rodríguez Ojeda

Introducción

El significado de ser varón en el mundo contemporáneo se torna en la actualidad un asunto sumamente polémico y cargado de interrogantes. El interés personal por descubrir la veracidad de lo anterior nos acercó a los estudios de masculinidad en Cuba, donde a pesar de existir toda una historia importante respecto a los estudios de género, son pocos los autores que incluyen en sus estudios un análisis profundo de lo masculino, pues de manera general la mirada se pone sobre todo en los problemas de la mujer.

Esa realidad, sumada a los cambios que de forma inevitable han ocurrido en el rol de la mujer, hizo que se produjeran estallidos sociales que denunciaron de manera abierta las evidentes desigualdades en cuanto a deberes y oportunidades en relación con el hombre y la mujer, surgiendo movimientos feministas en pos de los problemas asignados al género femenino y sus contenidos opresivos. Cuba, con la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) a lo largo de estos años de Revolución, es un exponente que marca un hito en la historia de la defensa de los derechos de la mujer al promover y desarrollar políticas sociales y leyes en función de la posición de la mujer dentro de la sociedad, logrando indicadores de desarrollo en este sentido verdaderamente impresionantes en comparación con el panorama latinoamericano y del mundo.

A pesar de los cambios tangibles de la mujer de estos tiempos, el cambio del hombre no ha estado en correspondencia. Ha habido cambios, claro

está, pero estos han sido más silenciados y han devenido transformaciones calladas en las actitudes, en la esfera interno-personal, pero lo que sí es innegable es que cada vez más son muchos los hombres que reclaman por medio de organizaciones masculinas debatir y analizar los problemas y el costo de ser hombre, así como poder clamar y reivindicar sus derechos.

En el mundo actual, hay un rechazo unánime a la cultura del machismo, de toda actitud de fuerza, de daño, violencia, opresión, posesión del hombre hacia la mujer: los hombres generalmente son estigmatizados como machistas. Es hora ya de quitar etiquetas, de echar abajo el estigma de ese hombre hegemónico cada vez más; se experimentan cambios en muchas conductas y actitudes asignadas a la virilidad, a ese rol asignado desde lo social que tanto mutila la autenticidad del hombre desde la masculinidad, desde la virilidad, desde la genitalidad.

Precisamente, en este proceso una de las asignaciones más importantes es que los hombres no se quejan y también, por decirlo de algún modo, desde lo asignado tampoco tiene mucho de qué quejarse; si algún problema aqueja al hombre, la cultura del machismo les sella la boca por la censura del ser fuertes, estoicos, resistentes al dolor, del estar preparados para poder con todo: el hombre debe callar sus problemas, sobre todo porque es privilegiado en relación con la mujer. Entonces, claro está, no hay por qué organizarse, para debatir qué; ni hay que pedir ayuda: en fin, no hay conciencia del peso cultural al que están sometidos los hombres a partir de ese rol asignado, al que los hombres muchas veces están resignados, y que los mantiene silenciados ante muchas de sus problemáticas, convencidos de que sus padecimientos, sufrimientos y aislamiento existencial son cosas naturales y normales que hay que vivir, porque ello implicaría cuestionar también su hombría, su propia identidad de hombre. Todo lo anterior demuestra la importancia de un acercamiento a la problemática del hombre, desde el punto de vista del rol de género y sus posibles implicaciones psicológicas.

A partir de aquí y tomando en consideración que los estudios de género han ocupado un lugar preferencial en el quehacer investigativo de

numerosas disciplinas científicas y que las diferencias desde el modelo binario continúan presentándose en la actualidad como uno de los más grandes fenómenos de exclusividad, los autores de esta investigación se dieron a la tarea de realizar un diagnóstico.

Se aplicaron entrevistas a 45 hombres, de ellos 20 en edades comprendidas entre los 50 y 60 años, y 25 con edades entre 20 y 30 años, con niveles educacionales medio y superior.

El objetivo de esta investigación es reflexionar sobre las miradas del hombre cubano contemporáneo con respecto a décadas anteriores y constatar cambios en las formas de pensar y actuar del varón de hoy.

Desarrollo

La virilidad o masculinidad como rol asignado está determinada por un conjunto de cualidades, sentimientos, actitudes y pautas de comportamiento culturalmente aceptados y legitimados al proceso de ser hombres. La masculinidad ha dejado de ser algo complementario al estudio de las mujeres, para desarrollarse como un proceso integral que pretende aportar elementos con el fin de entender las ambigüedades en las relaciones de género.

El concepto de género es medular en esta perspectiva, pues designa, según González y Castellanos:

El conjunto de atributos, cualidades, actitudes y modos de comportamientos asignados y esperados por cada sociedad para el hombre y la mujer, que pauta rígidamente todas sus expresiones conductuales desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. Constituye el modelo o patrón de feminidad y masculinidad socialmente establecido en cada contexto, cultura, región a partir de los que se educa la sexualidad (hombre proveedor versus mujer madre-esposa) [1].

Roca Zaya comprende que género constituye la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Tal y como ha existido en las sociedades patriarcales, refleja y perpetúa las relaciones de poder entre el hombre y la mujer (2).

A partir de este concepto se modela un estereotipo que responde a necesidades de la sociedad en momentos históricos determinados y refleja sin duda relaciones de poder; sin embargo, sus rasgos se presentan como axiomas incuestionables, que se transforman en valores promovidos mediante mitos (la mujer madre-esposa y el hombre proveedor-héroe). Así se forjan ideales que son subjetivados y conforman el modelo de lo deseado; todo este proceso social está en función de naturalizar o legitimar cualidades y actitudes, inherentes a la naturaleza y esencia del hombre o la mujer.

A partir de entender que la identidad de género es la autoconciencia y el sentimiento que experimenta cada persona de su masculinidad y feminidad, también posibilita la autoclasificación de cada persona como masculina o femenina o alguna combinación o cualidad diferente al modelo binario, lo que se expresa en la conducta por medio del *rol de género*. Podríamos decir entonces que la identidad masculina

[es el] proceso de construcción social resultado de los vínculos e interacciones que establecen los varones, con las mujeres, el resto de los hombres y el entorno y que le permiten tomar conciencia de sí y representarse simbólicamente la realidad donde se desarrollan [3].

En el proceso de interacción social, los varones han tenido dificultades que por supuesto son consecuencias del análisis de las múltiples formas de «ser hombre» que ha pautado la sociedad; numerosos trabajos aportados por estudiosos de las masculinidades en el mundo dan cuenta de ello.

En estudios realizados por Rodríguez Ojeda en contextos escolares, observó situaciones de riñas verbales entre niñas y niños, en las que

se regañaba de inmediato a los «varones» sin analizar las causas de lo sucedido. Un ejemplo que lo ilustra:

En el espacio Descanso activo, una niña de tercer grado, con expresión casi de llanto, le da las quejas a la maestra porque un niño la había maltratado; la maestra enseguida, sin analizar lo ocurrido, amonesta fuertemente al varón y él, con deseos de aclarar, no tuvo posibilidad alguna de hacerlo [4].

La reacción de la maestra al ver a la niña llorando, fue suficiente para que el niño fuera recriminado sin ser escuchado.

Se constató la preocupación de una madre por la valoración que hizo su hijo, de segundo grado, de la maestra: «Mi maestra no quiere a los varones». Cuando la madre le pregunta por qué habla así de su maestra, el niño respondió: «En las actividades por las tardes las niñas van a jugar y a los varones los mandan a bajar la cabeza para dormir».

Al entrevistarlas para profundizar en estas dinámicas educativas detectadas con un fuerte carácter sexista, se evidenció lo siguiente:

Es verdad que a veces por las tardes yo los pongo así, porque los varones son muy difíciles que jueguen sin que armen peleas; yo me siento mejor cuando no juegan; hay que tener mucha paciencia con ellos. Las niñas no; ellas son muy diferentes.

Las respuestas dadas refuerzan lamentablemente:

- presencia de manifestaciones estereotipadas sexistas en los comportamientos educadores;
- control diferenciado, asimétrico por parte del profesorado en el comportamiento de niñas y niños (permisividad, estímulos y sanciones);
- apoyo emocional distinto.

Por consiguiente, la erradicación de estas y otras actitudes sexistas o discriminatorias en la dinámica escolar a partir de la transmisión de estereotipos y prejuicios sexistas y machistas, son aspectos a erradicar en el proceso pedagógico.

El machismo es el término con el que se hiperboliza la masculinidad y pone al hombre como centro del universo. Este conjunto de ideas socio-ideológico-culturales se ha encargado de preservar la hegemonía masculina como centro del poder.

La norma genérica presenta a los hombres como naturalmente machistas, narcisistas, omnipotentes, impenetrables y arriesgados, omitiendo que ellos, al igual que las mujeres, están sometidos al lugar asignado desde un discurso social de características patriarcales. Dicha norma promueve que ser hombre es saber, poder y tener: cuanto más, más hombre. Debe ser un héroe, realizar grandes hazañas, vencer a todos; expresarse con la acción y los genitales, sin emocionarse, sin conmoverse ni estar afectado por nada, con un cuerpo resistente a todo y presto siempre a la erección que lo identifica ante cualquier mujer que lo espere; y si no puede, o no puede ceñirse a estos rasgos, será débil, fracasado o lo peor: homosexual. Desde esta comprensión, se torna habitual la reticencia de los hombres a solicitar ayuda cuando la necesitan o a actuar fuera de estos rígidos patrones estereotipados que tanto dañan y laceran la autenticidad del individuo.

Diversos autores han sistematizado el conjunto de asignaciones al rol de hombre, de varón, de masculino, lo que implica una serie de prohibiciones que desde lo cultural son impuestas a los hombres. Estas prohibiciones interfieren en la satisfacción de sus necesidades y ponen en peligro a veces su vida y en ocasiones la de los demás:

- No te doblegues al dolor: cuánto más dolor soportes, más hombre eres. Es un mandato tener que ser fuerte a cualquier precio.
- No pidas nunca ayuda; hacerlo sería un síntoma de debilidad y/o dependencia. Cuando un hombre llega a solicitar ayuda de un especialista, es porque sus tensiones ya han llegado a ser insoportables.

- No tocar ni que te toquen; no mimar y no permitir que te mimen, son premisas e imposiciones del modelo binario que limitan la comunicación y la vida emocional en sentido general. Tocar o hacerse tocar, se hace solo aceptable cuando existe una finalidad precisa, sobre todo en el ámbito de una relación heterosexual que tenga como colofón el coito. Tocarse entre dos hombres, es algo poco comprensible: como máximo se da un apretón de manos o unas palmadas en la espalda.
- No te abstengas al alcohol; beber y resistir el alcohol es muy masculino: «Cuanto más bebo, más hombre parezco».
- No tengas miedo; el miedo ha sido etiquetado como una emoción típicamente femenina. Esta es una de las emociones más inhibidas culturalmente en el varón: tener miedo es ser flojo, cobarde o afeminado.
- No debes llorar. Desde pequeño el llanto es inhibido por ser una expresión de debilidad y vulnerabilidad emocional.

De manera general, la sistematización teórica efectuada señala una serie de características que, desde lo heteronormativo y tradicional, define al varón fuerte: callado, valiente, que no exprese ternura ni vulnerabilidad en sus emociones, que asuma riesgos, que mantenga la calma en momentos de peligro, que sea tanto agresivo como asertivo, que no sea dependiente.

Por supuesto, para los hombres asumir lo asignado tiene un costo muy elevado; tan así es que, desde la perspectiva de la salud y el bienestar, la situación de los hombres actualmente puede ser preocupante.

A escala mundial, la mortalidad de los hombres menores de 65 años se ha incrementado, siendo muy alto el fallecimiento por accidentes y por causas relacionadas con el estilo de vida (infartos, violencias, cáncer sobre todo de pulmón, cirrosis). No hay duda de que las causas tienen que ver con el alcoholismo, la drogodependencia y el falso concepto de la hombría; desde la niñez, incluso los niños sufren más accidentes que las niñas. Todo lo anterior es expresión de las llamadas «patologías de la omnipo-

tencia», en relación con la manera en que los hombres desde lo asignado resuelven el malestar cotidiano de la vida intentando resolverlo todo con la acción (5)

Todo es resultado del proceso de aprendizaje de ser hombre: desde pequeño se educa al niño para que sea valiente; para que cuando llegue a adolescente sepa de sexo, como para tener más de una novia; y sobre todo para ser rígido y aprender a soportarlo todo. Por ello al niño le cuesta tanto trabajo integrar, desde lo que le exigen los adultos, los polos opuestos de las ambivalencias en las emociones (amor-odio, valor-temor), sintiendo al llegar a adulto un verdadero miedo a expresar sentimientos como el llanto y el temor, porque se sienten esencialmente vulnerables y sensibles. La condición masculina legitima una coraza que disfraza toda su inseguridad y temor natural ante las complejidades de la cotidianidad.

Resulta lamentable también cómo la sexualidad del niño, púber y adolescente varón sufre desde lo asignado fuertes mecanismos de disociación psicológica entre la genitalidad y la vida emocional amorosa. El varón masculino tiene que aprender a hacer el sexo sin afecto, sin emoción, y este aprendizaje tiene un costo emocional que se pone de manifiesto sobre todo en el acto más íntimo y de entrega del ser humano: la relación coital.

Al tener negado y lacerado el comportamiento de los varones por estos modelos asimétricos, distorsionados y sexistas, desarrolla canales alternativos de escape a su emotividad por medio de la somatización, la acción y la negación, mecanismos con altos costos de salud que repercuten indiscutiblemente en un costo emocional al asumir lo asignado como un comportamiento estereotipado, a partir de que la sociedad actual considera el machismo como un valor e inhibe el desarrollo de la diversidad como parte de la identidad.

Luego, urge contribuir al desarrollo de masculinidades saludables y armónicas, tributarias de una cultura de equidad, respeto, igualdad de oportunidades y bienestar intra e intergenéricas.

Se deben desarrollar enfoques participativos e integradores en el tema de los hombres, ya que es urgente trabajar la realidad de los varones.

Al estudiar las masculinidades, hurgamos en qué herramientas y recursos ofrecer a niños, adolescentes, jóvenes y hombres diversos para que aprendan a identificar la situación específica de sus vidas, sus historias personales, así como sus vínculos interpersonales con las mujeres y con los propios hombres (relaciones intra e intergenéricas), pero al mismo tiempo propiciarles una vida de mayor riqueza e intensidad emocional y espiritual.

Eduquemos una masculinidad sin necesidad de apelar a estereotipos y cambiemos los paradigmas tradicionales que funcionan como único patrón posible de comportamiento humano, resultado de ese modelo heteronormativo, binario y, por supuesto, sexista.

Pensemos en un hombre nuevo al que también le interese su imagen, su estética, que se quiere y se deja querer, que le gusta conocer su realidad erótica y que lo conozcan, que le agrada compartir la iniciativa (6).

Pensemos en una nueva sexualidad masculina

- lejos de miedos y dudas,
- lejos de traumas e imposiciones,
- lejos de inhibiciones y soledades,
- lejos de un simple «por cumplir»,
- lejos de violencia y explotaciones,
- lejos de silencios y fingimientos.

En consecuencia, los resultados obtenidos en la entrevista a varones jóvenes y adultos, hablan a favor de un varón diferente en la actualidad, a partir de las categorías siguientes:

- relaciones hombre-mujer,
- posición en el hogar y en la sociedad,

- visión de la mujer,
- ejercicio de la paternidad.

Se tuvieron en cuenta también otras categorías como fuerza, emociones, expresión de los sentimientos, sexualidad y homofobia.

Sin duda alguna, se hace evidente en todo momento que la visión de los hombres mayores es bastante diferente al del grupo más joven, aunque en ambos casos se manifiesta, en sentido general, una disposición favorable a privilegiar la presencia de un varón más participativo, comprensivo y más comprometido con la actual posición de la mujer en la sociedad.

El primer grupo considera que las relaciones de parejas tienen que ser más democráticas y equitativas, apreciándose una tendencia a favorecer las relaciones de pareja de una forma cualitativamente diferente. En sus opiniones y valoraciones se orienta a proyectar nuevos valores como típicos de la relación hombre-mujer en nuestros días, en la que el hombre (nuevo varón) debe colocarse a la altura de la mujer en términos de igualdad de derechos y oportunidades, logrando un equilibrio en cuanto al lugar que en la pareja ocupa cada miembro.

En cuanto a la posición en el hogar y en la sociedad, refieren que el hombre actual, el de nuestros días, debe desprenderse de los viejos atributos machistas para adaptarse a las nuevas situaciones y exigencias de la época moderna, ya sea en la vida social o hacia el interior del hogar, teniendo en cuenta el papel preponderante que asume la mujer en la actualidad en las diferentes esferas de la vida.

Por otro lado, todos los varones expresaron que, a pesar de lo arraigado en la tradición del ejercicio de una paternidad exigente, proveedora y autoritaria, carente de afecto y ternura sobre todo con el hijo varón, se observa hoy, en contraposición, la presencia de padres afectuosos, comunicativos, participativos y conscientes de su rol como educadores envueltos en expresiones de afectos.

En sus juicios valorativos y en sus puntos de vista dejan claras sus posiciones ante los conceptos y contenidos tradicionales asociados al ejercicio de la paternidad y defienden la paternidad responsable a partir del rol que asumen en la educación y crianza de sus hijos e hijas. No hay duda de que estos varones de hoy son protagonistas de la construcción de una nueva paternidad, más cercana, más hermosa y con grandes posibilidades de entrega mutua.

Sin embargo, aun cuando los hombres más jóvenes estudiados ofrecen una visión del varón contemporáneo diferente, conservan mucho de las características del hombre de mayor edad; es decir, guardan aquellos atributos o cualidades que histórica y tradicionalmente la cultura y la sociedad imponen desde el nacimiento al niño varón. En tal sentido, se aprecia una disposición a favor de un varón fuerte, potente, dominante, inexpresivo emocionalmente, en extremo preocupado por su desempeño sexual y sus éxitos desde lo profesional y lo social, muy seguro de sí y en los que persiste la fobia a la homosexualidad, apreciándose conductas prejuiciadas y percepciones estereotipadas en relación con la orientación homosexual, y aunque se aprecian moderados signos de aceptación en cuanto al respeto que como seres humanos merecen, el hombre moderno sigue teniendo una abierta actitud agresiva y repulsa hacia el homosexual.

Para el total de los sujetos investigados, el hombre no debe expresar el dolor ni debe quejarse y mucho menos sentir o manifestar el miedo. Asumen que llorar es una expresión de debilidad y vulnerabilidad típicamente femenina, y que besar, acariciar o tocar solo es posible cuando exista una finalidad precisa. Palabras como dureza, temeridad, hombría, fortaleza física y emocional, autoridad e imposición son identificadas por nuestros varones de hoy como elementos focales de su virilidad. La sexualidad para los varones entrevistados continúa representando uno de los indicativos más importantes en la construcción de la masculinidad; los criterios de productividad y rendimiento en la relación sexual permanecen inalterables en la relación hombre-mujer. Persisten mitos como la potencia sexual del varón: responder a cuanto asedio femenino

acontezca y asumir la infidelidad como una conducta que el hombre tiene que asumir al no quedarle más remedio, para no ser desvalorizado o descalificado desde la normativa social o la censura popular.

Consideraciones finales

No hay duda de que existen miradas relacionadas con un varón diferente, lo que obedece básicamente a razones sociales, propiciadas por las transformaciones del país, en las que la mujer escaló a nuevas posiciones y asumió un nuevo rol social que influyó de manera decisiva en la forma de asumir la vida en las relaciones con los hombres.

Las categorías declaradas como inmutables y que avalan la existencia de un varón anticuado y retrógrado, están vinculadas a la presencia de una normativa genérica que emerge con gran fuerza y que continúa reproduciendo valores que forman parte de la construcción tradicional de la masculinidad hegemónica: varón fuerte, viril, independiente, siempre dispuesto al sexo, resultado del modelo patriarcal, y binario y heteronormativo.

Los entornos de socialización (familia, escuela, medios de comunicación) continúan reproduciendo, reforzando y perpetuando cualidades y atributos tradicionalmente pautados.

Los contenidos del discurso patriarcal han variado en su forma, pero en su estructura se mantienen y no cambiarán hasta que no se estructure una nueva distribución de funciones y poderes a partir de modelos más abiertos, diversos y opcionales.

Referencias bibliográficas

1. González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003. p. 12.

2. Roca Zayas A, compilador. La educación de la sexualidad desde los enfoques de género, de derechos y sociocultural en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Molinos Trade; 2012. p. 80.
3. Mederos W. Estrategia pedagógica para el desarrollo de masculinidades no hegemónicas en estudiantes varones de cuarto año del curso diurno de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona [tesis presentada en opción al título académico de máster en Género, Educación Sexual y Salud Reproductiva] [formato digital]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona; 2014. p. 15.
4. Rodríguez Ojeda M. Estrategia pedagógica para la educación con perspectiva de género en la escuela primaria [tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias Pedagógicas]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona; 2006. p. 70-1.
5. Arés P. Virilidad. ¿Conocemos el costo de ser hombre? Sexología y Sociedad. 1996;2(4):5.
6. Rodríguez A. Masculinidad. ¿Hasta dónde el cambio? Órbita Científica. 2012 May-Jun;III(2):10.

INDICADORES DE MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN MENORES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

Lucía de la Caridad García Ajete, Caridad Rosario Zurita Cruz

Introducción

El mundo actual enfrenta profundos cambios y hechos que atentan contra la supervivencia de la humanidad. Es vulnerable a estos acontecimientos la población infanto-juvenil, la que, por la etapa de desarrollo y las condiciones sociales en las que están inmersos, se encuentra altamente en riesgo.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas de cumplimiento hasta 2030 distinguen, como aspectos importantes a considerar para su cumplimiento, elementos relacionados con la reducción de la pobreza; la salud y el bienestar; la educación de calidad; la igualdad de género y la reducción de las desigualdades, entre otros.

Si bien nuestro país ha cumplido con las metas trazadas hasta 2015, existen algunas brechas por cumplir a partir del surgimiento del nuevo modelo económico, que introduce aspectos relacionados con la propiedad privada. Los lineamientos económicos, políticos y sociales que se determinan en la política cubana actual, sustentan el avance hacia el perfeccionamiento de la sociedad cubana de hoy, en la que estos grupos vulnerables tienen un amparo social.

Sin embargo, los procesos de exclusión que se suscitan a partir de los cambios económicos producidos en el contexto actual, distinguen en estos grupos brechas que reducen la posibilidad de continuar estudios o acceder a un empleo decente que les proporcione independencia económica y social, con el fin de satisfacer las expectativas propias de la edad.

Estas condiciones no se encuentran siempre visibles para los educadores o se tienen en cuenta por las políticas públicas, concebidas como generales y no como acciones más particulares en función de los grupos etarios y vulnerables.

Entre estas problemáticas mundiales que inciden en la población infanto-juvenil y en el desarrollo sostenible, pueden señalarse:

- reincidencia de crisis económicas y catástrofes humanitarias con sus consecuencias para las comunidades y familias;
- pérdida de recursos para la supervivencia;
- desempleo, segregación y nuevas formas de manifestación del racismo;
- necesidad urgente de modificar desde la base (hogar, escuela, comunidad) los modos de actuación de la humanidad para garantizar la supervivencia como especie;
- aumento sensible de las situaciones violentas en todos los entornos de relación humana;
- influencia de modelos de vida, consumo y relación social que atentan contra ideales de formación humanistas en las nuevas generaciones;
- descenso de los intereses vocacionales y profesionales en la población juvenil;
- desarrollo de las nuevas tecnologías sin que exista a su vez un desarrollo del control de estas y su uso racional (videojuegos, medios de comunicación, medios y materiales audiovisuales armamentistas y de violencia);
- carencias de propósitos y acciones para el cuidado y preservación de la naturaleza;
- cambio en la estructura y roles de la familia;
- pérdida de valores de solidaridad, de cooperación y respeto por la vida humana;
- infancia desvalida, juventud insegura, maternidad y paternidad tempranas, sin cuidados ni recursos económicos para sustentar la nueva familia.

Ante estas situaciones y otras que pudieran señalarse, abordaremos un universo educativo que es resultado de las inequidades sociales, planteamiento muy viejo y refrendado por el destacado pedagogo cubano Alfredo Miguel Aguayo, referente al papel de la sociedad en la eliminación de los males sociales que originan trastornos de la conducta. Aguayo expresó:

La curación de la delincuencia infantil, es principalmente un problema de educación y en esta obra de mejoramiento deben intervenir no solo la familia, la escuela y el estado, sino también la sociedad en general, a la que cabe gran parte de la responsabilidad de dicho fenómeno [1].

Los infantes y adolescentes con trastornos de la conducta presentan diferentes manifestaciones en su comportamiento social, escolar y familiar. La literatura especializada, las investigaciones al respecto y los diferentes enfoques para su análisis y comprensión, no niegan que estos menores constituyen *un problema a resolver* por toda la sociedad.

Estas problemáticas agudizan y refuerzan las masculinidades hegemónicas y la cultural patriarcal, que sustentan la educación desde las edades más tempranas no solo en el hogar sino en la escuela con modelos sexistas, en los que las pautas educativas tienen su diferenciación por género. «Niñas dóciles, princesas y dispuestas» y «niños hábiles, rudos, valientes y salvadores» ocasionan que se refuercen los estereotipos de la masculinidad y la feminidad, aspectos a veces incomprensibles para los educadores, quienes también son portadores de estos estereotipos y prejuicios. Los menores¹ con trastornos de la conducta se caracterizan por un estado recurrente de vivencias negativas asociadas a la violencia y la desatención

¹ En la literatura consultada se utiliza el término menores en masculino, lo que evidencia una manifiesta presencia de los varones como sujetos portadores de este trastorno, exponente de la hegemonía patriarcal dominante, que reproduce desde las edades más tempranas los modelos de masculinidad hegemónica que afectan la socialización asertiva, de respeto, y la aceptación de la diversidad, que constituyen una vía para relaciones más equitativas. Las cifras muestran una proporción del trastorno de 10 varones por cada 1 o 2 niñas que lo manifiestan.

escolar, familiar y social desde las edades más tempranas, lo que afecta el desarrollo de la comunicación y las habilidades sociales, y ocasiona comportamientos negativos y, en casos extremos, conductas que la ley tipifica como delitos. En ocasiones estos «menores» se agrupan en las llamadas pandillas juveniles y originan verdaderos desafíos a las instituciones sociales, educativas y familiares.

La inclusión social y educativa de estos menores en Cuba se sustenta en un enfoque holístico de atención interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria, en el que se tienen en cuenta los diferentes contextos de actuación y las instituciones sociales que se ocupan al respecto. El Estado le ofrece amparo, y la educación personalizada está garantizada, con el respaldo legal que esta atención requiere.

En el marco legislativo y en las políticas públicas diseñadas al respecto se contempla la educación con un carácter obligatorio, laico y sin distinción de raza, condición social u otras diferencias, y la atención a estos menores se realiza desde una concepción psicopedagógica, escolarizada y con un sustento legal que despenaliza las conductas delictivas. A pesar de ello, los análisis y los vacíos educativos, académicos y pedagógicos en materia de género y racial para estos grupos no se han abordado lo suficiente para visibilizar un problema recurrente en todos los escenarios en que se aborda.

Estas preguntas nos conducirán a las reflexiones del tema en cuestión:

- ¿qué entender por trastornos de la conducta?
- ¿qué significan el enfoque de género en la educación cubana y la integración de los estudios de masculinidad para la valoración de la problemática de los menores con trastornos de la conducta?
- ¿qué aportan los estudios antropológicos y sociales a la problemática de los menores con trastornos de la conducta?
- ¿cómo enfocar la inclusión social y educativa para promover el desarrollo de masculinidades no hegemónicas?

Desarrollo

¿Qué entender por trastornos de la conducta? Los trastornos de la conducta constituyen perturbaciones o disturbios en la conducta, en la que existe una mayor sistematicidad de las manifestaciones negativas del comportamiento; se mantienen estos comportamientos en diferentes contextos de actuación (escuela, familia y comunidad); y repercuten en el aprendizaje social y escolar, en las relaciones interpersonales, en la autoestima y en el autocontrol (2).

Entre las principales causas de estos trastornos, los especialistas coinciden en determinar las relaciones existentes entre factores biológico-psicológicos y sociales, en los que la violencia de género y la desatención, afectiva, económica y social constituyen eslabones de una cadena de sucesos y vivencias negativas que impactan el desarrollo personal desde las edades más tempranas y en el curso de la vida del/de la adolescente y/o del/de la joven (3).

Investigaciones recientes en el contexto cubano e internacional referencian una problemática social en los menores con trastornos de la conducta, que se ha agudizado con los cambios económicos y el efecto del «período especial»,² elementos significativos que redundan en el planteamiento de situaciones como:

- prevalencia en la familia de privilegiar la función económica a toda costa y costo;
- condiciones de la vivencia en estado regular o malo (situación que se ha agudizado con la ocurrencia de fenómenos naturales);
- malas relaciones interpersonales, familias extendidas, reconstruidas y recicladas;³

² Conocido en Cuba por la etapa de mayor crisis económica, después de la caída del campo socialista, con repercusión significativa en lo económico y social.

³ Familias reconstruidas, recicladas y reensambladas, término utilizado para distinguir la dinámica familiar de constantes cambios de parejas, de uniones y reconstrucciones familiares. Este término es empleado por la doctora Patricia Arés Muzio, especialista en familia.

- padres y madres sin vínculo laboral (aunque ahora con el nuevo modelo económico del sector no estatal pueden ocuparse en esta área);
- prevalencia y agudización de los roles tradicionales de hegemonía masculina;
- padres ausentes;⁴
- madres con sobrecarga en los roles;
- salarios bajos, entre otras problemáticas;
- desorganización de los recursos económicos.

Estos estudios permiten establecer una relación con otros indicadores no declarados en estas investigaciones: *el tema del género, la racialidad y la inclusión social y educativa*.

En cuanto a la categoría *género*, en el análisis de los menores con trastornos de la conducta cabe precisar que la proporción de los menores (varones) como portadores de esta entidad, tanto internacionalmente como en Cuba, es de 10 a por cada 1 o 2 niñas, lo que constituye una asignatura pendiente de los análisis al: a) no considerar los estudios de las masculinidades en el currículo docente e incluir esta mirada en el análisis *de la causalidad* de los trastornos de la conducta; b) ni potenciar la construcción de masculinidades menos hegemónicas desde los procesos educativos que incluyen a la familia.

A su vez, lo antes señalado se asocia a la incidencia de negros y mestizos como parte de esta población educativa, lo cual sería necesario plantearse para entender y reflexionar en cuanto a *qué factores condicionan esta prevalencia*. La existencia de una cultura «machista

⁴ Se encuentra en toda la literatura para referirse a la no presencia física del padre, en la familia o como modelo educativo. Sin embargo, «esta ausencia» es presencia para el establecimiento de modelos de paternidad y masculinidad, pues posteriormente, en el caso particular de estos menores, se repite en la adolescencia y/o juventud, en paternidad temprana y/o en comportamientos socialmente negativos. En investigaciones realizadas por la autora a grupos de adolescentes entre 10 y 14 años con trastornos de la conducta, los modelos a imitar por ellos estaban relacionados con «la dureza de sus padres, violentos y guapos, entre otras».

y patriarcal» —en la que la hegemonía masculina se ejerce con las mujeres, con los hombres supuestamente más débiles y como forma de reafirmación de la masculinidad en los diferentes grupos sociales en que se interactúa— es también el escenario obligado de actuación de estos menores.

¿Qué significan el enfoque de género en la educación cubana y la integración de los estudios de masculinidad, para la valoración de la problemática de los menores con trastornos de la conducta? El ámbito social de las relaciones de estos infantes está permeado por la violencia de género en todas sus formas de manifestación, que generalmente suelen acompañar los vínculos que se establecen en las relaciones familiares, escolares, sociales y personales, sustentado a su vez por *los estereotipos de «hombre, macho, varón masculino, negro bravo, fuerte, delincuente y proveedor sexual»*, que se expresan de forma explícita e implícita en los diferentes discursos sociales, según la representación social negativa que se tiene en algunos casos de las personas negras y que en particular se expresa en aquellos que por determinada situación presentan algún factor de desventaja social.⁵

En general, esta situación social negativa en la que viven, los prejuicios raciales, la discriminación, la desigualdad y la hegemonía masculina configuran vivencias negativas asociadas a ello. La tendencia que se observa a nivel social «explica cómo suele tenerse una representación social negativa de las personas negras, y la autopercepción de estas, en algunos casos, es también negativa» (5), tendencia que se refleja además en las condiciones negativas de vivienda, ingresos personales, y el acceso a la recreación y los productos culturales, que se comienzan a reforzar con el nuevo modelo económico cubano, en el que se observan brechas en los escenarios educativos, familiares y comunitarios. Esta nueva situación que emerge en la sociedad cubana actual, impone y refuerza exigencias socioculturales

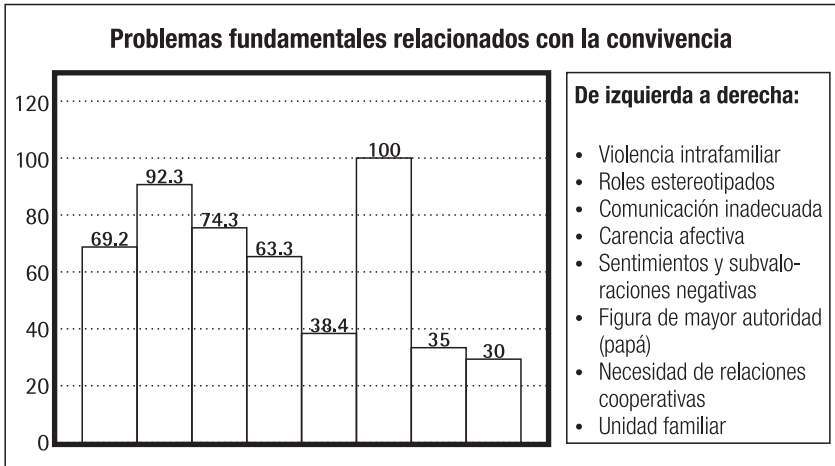
⁵ Este supuesto se analiza a partir de las valoraciones realizadas de la obra de Julio César González Pagés (4).

y económicas desde lo simbólico y en las representaciones sociales del «ser hombre».

El estigma y la discriminación racial, económica y de género, suelen reforzar el estereotipo negativo y, por ende, «generar un ciclo negativo "exclusión-exclusión" que no facilita el cambio». Y con ello el reforzamiento de una masculinidad hegemónica como forma de «probar» la resistencia a la vulnerabilidad a que son expuestos estos grupos, reforzando los patrones de violencia y de disrupción social (5).

A partir de la sistematización de diversos estudios realizados con el tema de la sexualidad, los valores y los principios educativos para la atención educativa y la prevención en escolares con trastornos de la conducta y su familia (6-8), se refleja la percepción que tienen estos escolares en la convivencia social y familiar y en sus relaciones comunicativas, sustentadas en la violencia, la desatención y la prevalencia de estereotipos masculinos.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES DE CONVIVENCIA.



Estos problemas fundamentales reflejados en las investigaciones indican la importancia de la promoción de formas no hegemónicas de masculinidades y paternidades más flexibles y libres de violencia, que promuevan una masculinidad plena y saludable para los escolares, la familia y la comunidad, con las que se empoderan a estos menores con acciones que permitan mejorar la autoestima personal, social y familiar.

¿Qué aportan los estudios antropológicos y sociales a la problemática de los menores con trastornos de la conducta? Los estudios antropológicos que se han desarrollado en Cuba por diferentes instituciones, nos hacen utilizar el color de la piel y los rasgos fenotípicos como características de la diferenciación entre las personas, lo que origina desigualdades sociales y raciales, con el fin de poder establecer la dimensión racial en la perspectiva de la atención a los menores con trastornos de la conducta.

La precisión para establecer relaciones entre el fenómeno de la presencia de los trastornos de la conducta, la dimensión racial y el género, la podemos ofrecer a partir de algunas reflexiones vinculadas con los resultados de investigaciones acerca de las relaciones raciales en la etapa actual, ofrecidas por Pablo Rodríguez Ruiz, del Centro de Antropología (9).

Entre las consideraciones, este autor distingue:

- las personas negras se encuentran ubicadas fundamentalmente en el sector no emergente (industrias, centros laborales no favorecidos con pagos de cuc y la construcción, entre otros espacios laborales); mayor población blanca en el sector emergente (de ingresos favorables), así como en los trabajos no estatales (por cuenta propia),⁶ negocios de alimentos, taxis, y arrendamiento de habitaciones y casas, entre otros;

⁶ Trabajo por cuenta propia, categoría empleada en Cuba que se refiere al trabajo no estatal.

- valoraciones de juicios peyorativos y negativos para las personas negras, en los que la autorrepresentación incluye cualidades negativas para los negros, y positivas para los blancos.

El análisis realizado descubre que, en las condiciones actuales, persisten y se reproducen, desigualdades que se hacen visibles en aspectos como:

- la población negra y mestiza, como media, se concentra en las peores condiciones habitacionales;
- las remesas desde el exterior llegan fundamentalmente a la población blanca;
- las estrategias de ingresos complementarios de los negros dependen más de esfuerzos personales y recursos escasos;
- menor acceso a los sectores emergentes de la economía.

Si hacemos una comparación entre estas peculiaridades que aparecen en las relaciones raciales en la sociedad cubana actual, y los factores que condicionan y tipifican las manifestaciones conductuales de estos menores con trastornos de la conducta, su familia y entorno social, argumentamos que los discursos académicos para el abordaje de esta problemática, deben comenzar a visibilizar las desigualdades sociales y raciales que se presentan de manera creciente, y que no deben obviarse para continuar mejorando el modelo cubano de atención integral a estos menores, a su familia y a la sociedad en general.

Desconocer el tema en los escenarios educativos nos hace vulnerables para el ejercicio de la profesión y el reconocimiento de la máxima de «inclusión social», paradigma actual que si bien está reconocido en el marco legal e institucional cubano, precisa de una nueva mirada para establecer políticas públicas de atención social y prevención más coherentes con el escenario actual.

Estudios realizados por la autora de 2001 a 2015 permiten constatar que en los menores con trastornos de la conducta se producen situaciones relacionadas con el fenómeno antes descrito, que no se visibiliza en su magnitud por la falta de conocimiento de los docentes o se subsume en otras consideraciones. De estas se deduce que:

- El origen de los trastornos de la conducta tiene causas multifactoriales que surgen de la interrelación dialéctica de lo interpersonal y lo intrapersonal, prevaleciendo la influencia de estados vivenciales negativos en el plano de las relaciones vinculantes, en el que los estereotipos de género se agudizan, con expresiones de masculinidad hegemónica y violencia de género.
- Existe alteración en el sistema de relaciones y convivencia del sujeto durante su interacción social en los diferentes contextos de relación (familia, pareja, escuela, comunidad). Se agudizan por el sexismo, el antagonismo en las relaciones entre los géneros, las vivencias negativas experimentadas y las constantes exclusiones en las que vive en los diferentes escenarios de actuación.
- Estados recurrentes de carencias económicas y de otro tipo, que se presentan en varias generaciones familiares.
- Insuficientes habilidades sociales para establecer relaciones interpersonales, «reinterpretadas» a veces por los sujetos que perciben estas relaciones.

Otros indicadores asociados con las expropiaciones de la afectividad. Las vivencias negativas asociadas a los modelos inadecuados de relaciones interpersonales y afecto como patrón cultural sexista y estereotipado en las relaciones familiares y de las parejas en donde conviven (uniones diversas, y maltrato físico, psicológico, sexual y económico, entre otras), revela que los/las menores son sometidos/as a vivencias inadecuadas por parte de familiares y docentes al expresar que le dicen maricas, hijo de p..., marimacho, flojito, «si no la haces a la entrada, la haces a la salida»⁷ (o sea, ofensas raciales o vinculadas con el género y su expresión).

Estas vivencias negativas que perciben tanto los escolares como las familias, afectan las relaciones interpersonales y la convivencia, y ocasionan problemas en la salud mental. Se distingue además falta de proyectos de

⁷ Expresión popular racista que se utiliza para decir que el negro siempre comete errores o está predestinado a cometerlos.

vida e insuficientes estrategias personales y familiares, así como inseguridad y pobre autocontrol.

¿Cómo enfocar la inclusión social y educativa para promover el desarrollo de masculinidades no hegemónicas? La inclusión social y educativa a los menores con trastornos de la conducta, precisa de un abordaje desde la mirada de género y debe incluir la dimensión racial, pues estas brechas constituyen vacíos en los análisis actuales de este problema en los escenarios educativos.

El debate actual pasa por estimular a niños/as, adolescentes y jóvenes en las relaciones de equidad, respeto mutuo, reconocimiento de los valores universales; y en la escuela: la reducción de las desigualdades por color de la piel, género u otras situaciones que afectan la condición humana, así como la educación en las nuevas masculinidades, en la que el respeto a la diversidad, la equiparación de oportunidades y el acceso a condiciones de vida favorables y dignas ayuden a minimizar el estigma y la exclusión por estas causas.

El análisis hasta aquí realizado implica reconocer que los trastornos de la conducta, entre otras causas, surgen como:

Resultado de una inadecuada educación integral, al estar el sujeto, desde las edades más tempranas, sometido a estados vivenciales negativos, asociados a la dinámica de las relaciones interpersonales sexistas, de exclusión social, y matizados por la discriminación, la violencia de género, en el ámbito familiar, escolar y comunitario, que generan frustraciones y expectativas negativas sobre las relaciones con sus coetáneos, con la familia, y los educadores [...] [6].

Ponderar una educación integral de la sexualidad con enfoque de género y derechos humanos y la promoción de masculinidades menos hegemónicas, como un enfoque que transversalice la educación, garantiza el desarrollo en bienestar y salud mental.

¿Qué acciones hacer al respecto?

Para favorecer la salud mental, la sexualidad y la convivencia en general, así como las relaciones interpersonales asertivas, se precisa dotar a las familias, los escolares y los docentes de herramientas que permitan distinguir los aspectos positivos relacionados con la autoestima y la convivencia en los diferentes contextos educativos.

Como parte del cumplimiento de estos mandatos, la escuela puede promocionar salud individual y colectiva, en el eje de convivencia, salud sexual y sexualidad con enfoque de género y derechos, con el fin de potenciar la salud mental de los menores, los familiares y los docentes, favoreciendo el desarrollo de habilidades comunicativas positivas consistentes en:

- mediación de conflictos, en la que se logre la negociación de las acciones, las estrategias y los posibles resultados de manera asertiva, para entrenar a las personas en la aceptación de los aspectos positivos y negativos;
- promover hablar en primera persona (yo), con énfasis en una comunicación positiva;
- desarrollo de habilidades sociales, al contextualizar los aportes positivos y personales en función de la comunidad;
- aplicación de talleres con temas relacionados con el género y la sexualidad, y la comunicación, entre otros temas.

Como parte de los talleres para los escolares y sus familias, se proponen temáticas como familia, convivencia y sexualidad; autoestima y comunicación; género y derechos sexuales.

Estos talleres se ejecutan con los menores, sus familias y los docentes en sesiones de una hora y treinta minutos, dos veces por semana, con el objetivo de sensibilizar en estos temas y provocar un cambio. Las técnicas y dinámicas utilizadas se corresponden con la metodología participativa y el enfoque de los procesos correctores de la vida cotidiana de Mirta Cucco y sus seguidores.

Como resultado de la aplicación de algunos talleres a los menores, sus familias y docentes, se exponen algunos logros obtenidos:

- Adecuada comunicación interpersonal, así como mayor respeto hacia las muchachas entre los muchachos, los docentes y las familias.
- Expresión sobre los temas de modo franco y abierto. Agrado por la entrega de diplomas, indican avances en el comportamiento y el uso adecuado de las palabras referidas a la sexualidad, la convivencia y la comunicación (reforzamiento positivo).
- Comprensión de la sexualidad como expresión de sentimientos y emociones positivas asociados a lo personal, la familia, los amigos, el maestro y otras formas de expresión de su masculinidad.
- Incorporación de algunos padres en las sesiones de trabajo, con la exposición de sus vivencias.
- Análisis de situaciones en que se observan comportamientos hegemónicos de los varones.

Algunos testimonios de los docentes:

- «Estos talleres nos han enseñado, pero hace falta que todos hablemos el mismo idioma [se refiere a la coherencia escuela-familia]. Ahora reconozco que metí la pata con los muchachos; ellos son adolescentes y nosotros no estamos preparados para lidiar con ellos».
- «Yo tenía prejuicios, ahora todavía tengo..., pero trataré de que no me afecten en mi trabajo y en mi vida personal».
- «Es bueno que nos impartan más cursos. Esto nos prepara para el trabajo. ¡Es difícil esta edad!».
- «La promoción de salud es más amplia de lo que yo pensaba; también se incluye en mi salud mental, el trabajo con estas familias y con los escolares. ¡Es difícil!».
- «No siempre es bueno hacer el papel de hombre».

Reflexiones y conclusiones

1. Los trastornos emocionales y de la conducta son el resultado de una inadecuada educación de la sexualidad, al encontrarse el individuo, desde las edades más tempranas, sometido a estados vivenciales negativos, referentes a la dinámica de las relaciones interpersonales, la masculinidad hegemónica y su expresión en el ámbito familiar, escolar y comunitario, y matizados por el sexismo arbitrario, la violencia de género, las frustraciones y expectativas negativas, que tienen un impacto en la formación de la personalidad.
2. La dimensión racial, de género y el enfoque de derechos permiten tener una visión más objetiva de los procesos de inclusión social y educativa, y articulan y ofrecen una visión multidisciplinaria y transdisciplinaria en la atención educativa a los menores con trastornos de la conducta.
3. Los indicadores de masculinidad hegemónica deben contemplarse para el estudio de los trastornos emocionales y de la conducta en el contexto pedagógico, lo que facilita nuevas miradas en la atención educativa y la promoción de niños, adolescentes y jóvenes, así como el impacto en la familia, la escuela y la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Pupo M, Fontes O. Los trastornos de la conducta en menores. Una visión multidisciplinaria. La Habana: Pueblo y Educación; 2006. p. 6.
2. Pérez Fowler MM, Alarcón Miranda OL, Betancourt Torres JV. Concepción pedagógica de la atención integral a niños y adolescentes con trastornos de la conducta. La Habana: Pueblo y Educación; 2008.
3. García Ajete L. Estrategia pedagógica de educación de la sexualidad para la prevención de los trastornos afectivos conductuales [tesis de doctorado en Ciencias Pedagógicas]. Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Especial (CELAEE); 2010.

4. González Pagés JC. Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
5. García Arjete L. La dimensión racial y de género en la temática de menores con trastornos de la conducta. Revista de Ciencias Pedagógicas [4a época, serie en Internet]. 2019;(2). Disponible en: www.iccp.rimed.cu; www.cubaeduca.rimed.cu; www.ciencias pedagogicas.rimed.cu
6. García Ajete L. Los trastornos emocionales y de la conducta: una visión, comprensión y perspectiva diferente desde la sexualidad y su educación. En: Género, educación y equidad. Hacia un mundo mejor. La Habana: Embajada de España-Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)-Ediciones Aurelia; 2010. p. 125.
7. Ortega Rodríguez L, Betancourt Torres J, García Ajete L, Díaz Cantillo C. Prevención educativa, un concepto a debate en el ámbito escolar, familiar y comunitario. La Habana: Educación Cubana, MINED; 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com>
8. Cruz Díaz OL. Estrategia pedagógica de educación integral de la sexualidad, para la prevención de las desviaciones afectivas conductuales en escolares primarios del primer ciclo [tesis doctoral]. La Habana: UCPEJV; 2016.
9. Rodríguez Ruiz P. Relaciones raciales en la etapa actual. Algunos resultados de investigación [conferencia digital]. Power Point. Centro de Antropología, CITMA; s.f.

Bibliografía consultada

- Adolescencia. Una reflexión necesaria. La Habana: Centro de Estudios de la Juventud (CESJ); 2007.
- Borges Rodríguez S, Guerra S, Zurita C, Ortega L, Cobas C. Selección de lecturas sobre la Educación Especial. La Habana: Pueblo y Educación; 2011.
- Castro Espín M, Rivero Pino R, Benavides Ballate A, Peñalver Díaz N, Vázquez Sejjido M, Garcés Marrero R, et al. Fundamentos para el desarrollo de la investigación científica en educación integral de la sexualidad. La Habana: Editorial CENESEX; 2015.

- García Ajete L. Juegos para la educación integral de la sexualidad en escolares con discapacidad en contextos inclusivos. En: Evento Internacional «Educación y sociedad» [CD-ROM]. La Habana: Educación Cubana, MINED; 2019.
- García Ajete L, Pérez Fowlers M. Alternativas pedagógicas para la potenciación psicoafectiva y conductual del desarrollo de la personalidad. La Habana: Educación Cubana, MINED; 2007.
- Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A. Investigación para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Experiencias en el contexto cubano. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública-CENESEX; 2013. p. 21.
- Torres Cueto GM, compiladora. Promoción de la salud en sistemas educativos. 2a parte. Soporte bibliográfico para la maestría de Promoción de la Salud en Sistemas Educativos. La Habana: IPLAC-UNESCO-UCP E. J. Varona; 2013.

APROXIMACIÓN AL CUIDADO DE LA SALUD DEL HOMBRE ADULTO CUBANO

Reinaldo Ramos Miranda, Zoe Díaz Bernal, Aida Rodríguez Cabrera

Introducción

En Quivicán, en el año 2016, se emprendió un estudio que pretendió caracterizar el cuidado de la salud en hombres en el área de salud urbana del municipio, perteneciente a la provincia de Mayabeque, en Cuba. Las motivaciones partieron de tres lugares que se complementaron:

- a) a partir de una búsqueda bibliográfica bastante exhaustiva, se evidenció lo insuficiente que había sido el abordaje de la salud del hombre cubano, desde la aportación de evidencias científicas sobre el autocuidado, sobre las estrategias de afrontamiento para alcanzarla y restituirla, y sobre las de promoción y educación para la salud dirigidas a este grupo;
- b) las autoridades sanitarias y el personal de salud del municipio de Quivicán habían expresado preocupación sobre la participación masculina en temas relacionados con el cuidado de su salud en la edad adulta;
- c) nunca antes en el territorio se habían realizado estudios sobre la participación masculina en estos asuntos de vida.

La investigación buscó responder entonces a las siguientes preguntas: ¿cuáles eran los conocimientos que tenían los hombres sobre los riesgos que influyen en su salud?, ¿con qué frecuencia asistían los hombres a los servicios de salud?, ¿cuáles eran las percepciones de los hombres sobre el cuidado de su salud?

Método y procedimientos empleados

Se trabajó con un universo de 5 405 hombres que tenían entre 20 y 59 años de edad y que residían en el área urbana. Se escogió la edad joven y adulta, por ser aquella en la que la población frecuenta menos el médico y cuyas valoraciones son potencialmente más útiles para desarrollar acciones de promoción, educación y prevención en salud que contribuyan a evitar problemas en edades más avanzadas.

La fórmula para la selección muestral fue la siguiente:

$$n' = s^2 / v^2$$

en la que s^2 es la varianza de la muestra y v^2 es la población basada en el estimado poblacional. De las 400 unidades de análisis resultantes se seleccionaron 100 en cada uno de los cuatro consultorios médicos de familia elegidos al azar a través del muestreo probabilístico por conglomerados bietápicos, en el área urbana. La muestra quedó conformada de la siguiente forma y las unidades de análisis fueron por grupo de edad:

CANTIDAD DE HOMBRES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SEGÚN RANGO DE EDAD.

<i>Grupos de edades</i>	<i>Cantidad</i>
20 a 29	25
30 a 39	25
40 a 49	25
50 a 59	25
Total	100

Para obtener información relativa al conocimiento que poseían los hombres sobre los riesgos que afectaban su salud, la asistencia a los servicios de salud y el cumplimiento de las prescripciones indicadas al hombre adulto, se diseñó un cuestionario *ad hoc*, con base en la revisión documental realizada, que permitió identificar los principales contenidos a incluir en el mismo. El instrumento fue validado mediante criterio de expertos y para ello se utilizó la técnica de Moriyama.

Una vez validado el instrumento, se hizo un pilotaje con 20 hombres, no incluidos en la muestra, para medir el grado de comprensión del mismo, resultado de lo cual no fue necesario realizar cambios al instrumento.

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, se identificaron diferentes aspectos para conocer las percepciones de los hombres sobre el cuidado de su salud. Para ello se profundizó mediante entrevistas a profundidad a un grupo de 8 hombres de los que participaron en el estudio, elegidos al azar, según la disposición brindada por ellos de aceptar ser entrevistados.

La información obtenida con técnicas cuantitativas y cualitativas, junto con la proveniente de la revisión documental, fue triangulada para poder obtener las principales explicaciones vinculadas con el comportamiento asociado al cuidado de la salud del hombre.

Se consideraron aspectos éticos como el respeto a la voluntariedad de participación de los sujetos involucrados, para lo que se usó el método de consentimiento informado; se les hizo saber que se realizaría una investigación para identificar aspectos de la vida que afectan su salud. El instrumento aplicado tuvo la información sobre los fines de este estudio, así como el agradecimiento por la cooperación del participante. Se les informó sobre la no identificación personal y se procuró la privacidad en el momento de su llenado.

Resultados

Características de los hombres estudiados y conocimientos sobre cuidados de la salud

Entre los participantes predominó el nivel de escolaridad de secundaria terminada con 44.5 %, seguido por el preuniversitario con 31.2 %; el menos representado fue el de primaria terminada (1.5 %). A su vez, la ocupación con mayor frecuencia relativa fue la de obreros con 57.5 %,

seguido por los trabajadores por cuenta propia con 9 %. Llama la atención que 11.7 % de los encuestados no tenía vínculo laboral.

El número considerable de hombres que manifestaron haber alcanzado niveles de escolaridad de secundaria y preuniversitario, puede explicarse porque en Cuba, desde el triunfo de la Revolución, ha existido interés en la superación educacional y profesional de toda la población; un ejemplo fue el proceso de municipalización de la educación.

El mayor número de obreros se justifica en esta investigación por la residencia de estos hombres en un área donde las fuentes de empleo son afines al lugar, en el que predomina el trabajo agrícola y algunas fábricas o empresas.

Se destaca además que hay un incremento en la movilización de estos hombres a labores del sector privado como fuente de mayor empleo, salario y vía de obtención de mayores ganancias.

Los hombres que recibían un salario entre 300 y 600 pesos, representaron 37 %, seguido por los de entre 601 y 999 pesos (34.7 %). No recibía salario 20.5 % de los participantes.

En nuestra consideración, un salario menor de 999 pesos para un hombre en edad laboral limita la condición particular que desempeña en el sostén de la familia, según el rol estereotipado de protector, como encargado del desempeño económico de la familia, precisamente por la situación económica actual del país. Esto podría desembocar en un menor tiempo dedicado a la atención de salud, al tener que dedicar este a la diversificación de ocupaciones con el fin de asegurar el sostén económico de su familia.

Los roles que asumen y desempeñan los hombres estudiados, significaron mayores obligaciones y demandas hacia ellos, sobre todo en cuanto a la remuneración económica para la familia, y suponen que las desigualdades de género en estos sentidos pueden generar patrones diferentes en el estado de salud.

En la distribución de los roles de género, los hombres han sido a la vez y paradójicamente los «agraciados», pues sobre ellos recae el rol productivo y las actividades que generan bienes, servicios y ganancias para la venta y autoconsumo familiar, lo que coincide con los resultados de esta investigación, en la que se aprecia la responsabilidad «administrativa» que tienen los hombres al ser los patriarcas de la economía familiar con su aporte económico. Los varones deben cumplir con el rol de proveedor económico y social, y pueden ser sancionados cuando no pueden o no quieren cumplir con dicho rol. Ello genera perfiles epidemiológicos específicos por sobrecarga laboral y empeoramiento de las condiciones de su salud, por lo que los varones llegan, en muchas ocasiones, a servicios de salud en pésimas condiciones (1-3).

A nuestro juicio, esta tendencia justifica que el hombre dedique menos tiempo a la atención de su salud, por buscar vías alternativas que incrementen su aporte económico a la familia, lo que bien podría ser válido para los resultados de este estudio al reflejar que la mayoría de los hombres reciben un salario menor de 600 pesos.

En cuanto a la conducta ante el hecho de encontrarse enfermos, los resultados del presente estudio mostraron que 27.5 % mantenía una conducta expectante, 22.7 % se automedicaba y 18 % no asistía a consultas médicas por miedo. De los hombres estudiados, 18 % acude al médico; llama la atención que este porcentaje disminuyó en la medida en que aumentó la edad. En otro estudio que aborda la salud masculina, se encontró que 80 % de los hombres se rehúsa a ir al médico hasta que un familiar o cónyuge los convence, lo que muestra que aún afloran estereotipos de la masculinidad tradicional, como parte de los estilos de vida y comportamientos masculinos (4)

Mediante el cuestionario se exploraron los conocimientos que poseían los participantes sobre factores de riesgos para su salud y sobre andropausia. Al respecto se encontró que los hombres estudiados tienen un alto conocimiento sobre los primeros (93 % los conocía), pero no es así en cuanto al reconocimiento de la andropausia, para solamente 17.2 %.

El hecho de que los hombres estudiados conocieran más los factores de riesgo para la salud, puede deberse, a nuestro juicio, a la influencia de los medios de información masiva, como la televisión y la radio, así como las estrategias de promoción de salud y las políticas de salud pública, que ayudan a ganar en una mayor conciencia sobre estos factores. Sin embargo, se nota un divorcio entre lo que se conoce.

En general, la mayoría de los hombres no reconoció la andropausa. También se indagó sobre el conocimiento que tenían sobre las pruebas diagnósticas específicas, disponibles en el primer nivel de atención de salud. El 65 % y el 92.2 % no tienen conocimientos sobre lo que era el PSA (antígeno prostático específico) y SUMASOHF (test para detectar sangre oculta en heces fecales), respectivamente. No obstante, 72 % de los hombres entre 50 y 59 años conocía la existencia de la prueba PSA en el primer nivel de atención, pero solo 13 % declaró que se la hacía. Entre las causas para no realizársela, prevalece el miedo (44 %) y la negativa a efectuarse el tacto rectal (33.8 %).

Nos parece alarmante el desconocimiento que aún existe sobre una prueba tan beneficiosa como el PSA para la detección temprana del cáncer prostático. Señalan otros estudios la mayor frecuencia de este en los países occidentales, donde este tipo de cáncer ocupa la tercera causa de muerte entre los hombres y el riesgo de desarrollarlo a lo largo de la vida es de 10 %. Otro estudio, llevado a cabo en Rusia, señala la sensibilidad del PSA, así como su especificidad en la detección temprana de este tipo de cáncer. En Cuba, según el Anuario Estadístico de 2018, los tumores malignos, entre los que se encuentra el adenocarcinoma de próstata, ocupa la segunda causa de muerte en la provincia de Mayabeque. Se espera que para 2030 se duplique el número de casos, hasta los 1.7 millones mundialmente (5-7).

Afloró la escasa asistencia de los hombres a la realización del PSA, a pesar del conocimiento que algunos posee respecto a su disponibilidad en el primer nivel de atención. Similar situación ocurre con la pesquisa de SUMASOHF, examen facilitado en el primer nivel de atención y que

logra una sensibilidad y especificidad intermedia como detector en el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal.

La indagación acerca de la asistencia a los servicios de salud demostró que 75.7 % de los hombres casi nunca acudía a estos, lo que coincide con lo que antes se declaró acerca de que estos hombres suelen mantener una actitud expectante ante la enfermedad.

Otro dato resultante fue que 34.2 % y 17.5 % no acudía y no recordaba asistir a los servicios de estomatología, respectivamente; solo lo hacía anualmente 11 % de ellos, datos que también son coincidentes con la escasa asistencia a los servicios de salud y el mantenimiento de una conducta expectante ante la enfermedad, respectivamente.

Es un dato repetido en la literatura que los hombres utilizan los servicios de salud en menor medida que las mujeres. Una de las razones de dicha disparidad parece deberse a la percepción diferente sobre la salud y la enfermedad, producto de una socialización que valora la asunción de riesgos como una manera de demostrar la masculinidad (8).

Otra razón para la relativa ausencia masculina de los servicios de salud tiene su base en la biología, ya que los hombres no experimentan episodios del curso de vida similares a los de las mujeres, como la primera menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia, causa de buena parte de las visitas de las mujeres a los servicios de salud. En el caso de las necesidades de salud sexual y reproductiva de los varones, la falta de motivación para atender su salud se ve agravada por el hecho de que los servicios para ellos no suelen estar disponibles (9,10).

En coincidencia con lo anterior, la mayoría de los hombres de la investigación refirió una escasa asistencia a los servicios de salud y de estomatología. Estudios de encuesta en España reflejan que, entre los hombres adultos, solo 28 % consultó al médico, 10 % nunca ha asistido al estomatólogo y 49.8 % no lo hace desde los dos últimos años. Otra investigación sobre la percepción del proceso salud-enfermedad en Argentina

resalta la poca utilización de los servicios de salud por el hombre debido a la percepción que este tiene sobre su salud y el autocuidado que debe brindar a la misma.

Reconstrucción de las concepciones y significantes sobre salud-enfermedad-atención en los hombres estudiados

Salud

La salud debe entenderse como parte del proceso vital humano, porque sus características están determinadas por la interdependencia de las múltiples dimensiones presentes en la vida diaria, referidas específicamente a las formas de organización social, las redes comunicacionales y las representaciones sobre la propia reproducción que tienen los sujetos en su contexto histórico; por consiguiente, adquiere connotaciones particulares regidas por la propia experiencia y las permanentes influencias de los ámbitos político, económico, cultural y social en la vida cotidiana, como escenarios de reproducción de la sociedad.

Desde la anterior perspectiva, la mayoría de los sujetos del estudio, en su condición de hombres y con la consecuente influencia de sus propias experiencias, expresa concepciones similares en torno a la salud, la que es ubicada entre las fronteras del «estar bien» y el «bienestar», el «hacer aquello que produce felicidad», como punto de equilibrio que les permite desenvolverse cotidianamente y responder a la dinámica de la vida diaria. Al respecto, es importante resaltar que la salud, para estos hombres, estuvo transversalizada por la «libertad de ser y hacer, con unas mínimas posibilidades», por lo que es interesante el relato de uno de los sujetos entrevistados, quien enfatiza:

La salud es un conjunto de condiciones que posibilitan el estar bien, el solo hecho de vivir es estar bien, el hecho de poder madrugar, levantarte, saber que tienes un trabajo, tener ganas de luchar. El bienestar es tener tu ropita, un techo, transporte, tener

las cosas básicas a la mano, y la enfermedad es estar en un estado en el que haya un pare en mi vida cotidiana [trabajador agrícola].

Puede inferirse que la salud es concebida de manera integral, articulada a los elementos externos, que deben ser garantizados por el Estado y la sociedad, lo que pone en evidencia la inclusión del componente macrosocial para contribuir al mantenimiento de la salud, como resultado de las formas de organización social y política actual, y los elementos individuales que parten de la autonomía de cada sujeto, como capacidad de elegir con base en los conocimientos y las posibilidades de existencia. Para los sujetos en estudio, las formas de significar la salud están condicionadas por su entramado social inmediato, con permanente influencia de los procesos macrosociales, porque estos permean conductas y comportamientos colectivos. En este sentido, el contexto social interactúa con lo biológico en el proceso de organización de las formas mismas de representación y modificación de los procesos vitales individuales. Es decir, el contexto social no solo determina unas maneras particulares de existencia y de adaptación de estos hombres, sino que también determina la forma en que cada uno de ellos se representa estos procesos. Como seres en permanente intercambio con sus congéneres y con el mundo instituido socialmente, estos hombres configuran transacciones de carácter móvil y dinámico frente a maneras de concebir su salud, hecho que renueva la vida cotidiana.

En el caso del trabajador agrícola antes referido, la salud es para él «un conjunto de condiciones que posibilitan el estar bien». Hacía alusión al cuerpo y a la alimentación para conservar la energía física, y expresaba una necesaria relación de interdependencia entre las condiciones físicas y las condiciones económicas que se deben tener para mantener la salud. Asimismo, nos refiere la importancia de poder acceder a espacios de recreación, de disfrute, como manera de contribuir al mantenimiento de la salud mental y psicológica. Esto significa que la historia de nuestra individualidad es la materialización, en cada uno de nosotros, de la historia de las formas de vida, de la organización social y del saber acumulado del grupo en que vivimos, esto es, de los procesos de reproducción social.

Las expresiones de otro de los hombres entrevistados pueden ampliarnos la comprensión al respecto:

La salud es integral, es un asunto que va a todos los niveles. Desde el punto de vista físico, es no estar sufriendo ninguna enfermedad, ningún estado que le impida a uno desempeñarse en sus actividades. Desde el punto de vista mental, no tener tanto tipo de prejuicios, no estar pesimista. También puede hablarse de salud espiritual. Yo creo que el ser se conforma de tres partes: lo físico, lo mental y lo espiritual. Salud es tratar de tener esas tres partes en armonía y para no llegar a la enfermedad «trato de no pensar en nada y no estresarme» o «trato de tener hábitos saludables que me conduzcan a tener un estado de salud adecuado». Para mí la enfermedad es estar mal, no tener la capacidad ni emocional ni física de desarrollar las actividades cotidianas de trabajo, sexuales, afectivas. Es estar en un estado en el que se desestabiliza mi vida cotidiana [estudiante de Psicología].

Así como este joven, otros entrevistados coinciden en ubicar la salud como un proceso que integra mente o psiquis, cuerpo, espíritu e implícitamente lo social, la otredad, el nosotros, como elementos que se entrelazan, se conectan, para prodigar salud al ser humano. Este aspecto es interesante si se considera que, en su núcleo, la salud cubre las capacidades vitales del sujeto, que no son solo del orden biológico sino también del orden psicológico y social. Además de la maduración del sistema nervioso central, el individuo deviene sujeto en el establecimiento de nexos sociales, que posibilitan transmitir las acumulaciones de significado y experiencia de los sujetos en la interacción social, como posibilitadores del acceso continuo, sincronizado y recíproco entre los seres humanos en las relaciones intersubjetivas.

Las representaciones sociales que los hombres investigados tienen sobre la salud, son el parámetro que les confiere una forma particular de percibir, razonar, actuar y conocer la realidad que les circunda mediante

explicaciones que extraen de sus experiencias, sus vivencias, sus procesos de comunicación y del pensamiento social, por lo que hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que lleva implícita la salud como proceso social.

Este punto puede ser ilustrado por el discurso de otro de los hombres participantes, cuando afirma:

Yo me siento una persona saludable, aunque siento que tengo cositas enfermizas que tengo que mejorar. Muchas cicatrices de la vida no me dejan sanar del todo y no me permiten ser un tipo sano por completo. De mi historia queda mucho resentimiento, queda odio. Físicamente me considero sano, pero el odio es algo que sé que tengo que superar para considerarme sano. Desafortunadamente, a veces tenemos que llorar, a veces nos da rabia, a veces tenemos que estar deprimidos. Pero me gustaría ser una persona equilibrada, feliz, contenta, siempre con una sonrisa [jubilado aéreo, Náutica Civil].

La opinión anterior lleva a reafirmar la salud como realidad social, histórica, determinada por las condiciones de existencia, por las experiencias de vida y las posibilidades que se desarrollan en el seno de las relaciones intersubjetivas de estos hombres, quienes simplemente viven su proceso de salud-enfermedad y eligen de acuerdo con sus propias posibilidades y limitaciones, dadas por el contexto sociohistórico particular en que se desenvuelve su vida cotidiana, el cual está influenciado de manera constante por las dinámicas y los cambios a nivel macrosocial, que también irrumpen e inciden en la construcción de sus representaciones sociales frente a la salud y la enfermedad.

Enfermedad

Desde la perspectiva médica, la enfermedad es vista como certeza fundada en presupuestos naturales que objetivan al sujeto y lo ubican por fuera del conocimiento científico, relegándolo a la categoría de

objeto que poco o nada tiene que decir frente a su enfermedad. Esta representación médica ha obstaculizado la posibilidad de resignificar la enfermedad como parte del proceso vital humano; en esa medida, ha imposibilitado descentrarla del paradigma morbicéntrico para pensarla como construcción social y cultural. La marginación que sufre el sujeto ante el médico, quien hace semblanza de la exclusividad de su saber sobre la enfermedad, deja inconclusa la comprensión en torno al padecimiento y nos ubica en la necesidad de articular el saber médico, en su racionalidad científica, con el sujeto de la enfermedad, quien también posee un conocimiento no legitimado como asunto de interés clínico.

En relación con lo anterior, uno de los entrevistados planteó:

Para mí la enfermedad es estar mal, no tener la capacidad ni emocional ni física de desarrollar las actividades cotidianas de trabajo, sexuales, afectivas. Es estar en un estado en el que haya un pare en mi vida cotidiana [profesor].

La enfermedad así concebida coincide con la concepción médica, que reduce a esta y al padecimiento a un trastorno orgánico, a una alteración en el normal funcionamiento del cuerpo, que puede ser clasificable y comprobable solo por la experticia de un especialista en la materia, y se corre el riesgo de no reconocer al sujeto de la enfermedad en las condiciones sociohistóricas concretas que lo llevan a esas circunstancias. Esta concepción deja al margen los determinantes sociales que intervienen en la enfermedad como elemento constitutivo de la vida humana, y privilegia lo que Foucault llama «la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico», ya que se observa una representación de la enfermedad en sí misma y no como parte de la vida en general. La reflexión se instala en un problema de división *enfermo-sano*, que omite el carácter de unidad de lo vivo, que avanza en un proceso en el que tanto salud como enfermedad son elementos presentes a lo largo de toda la vida humana, que devienen según los determinantes psicológicos, históricos, socioculturales, económicos y políticos que permean la cotidianidad de los sujetos.

El afán de la medicina clínica y de la salud pública tradicional por controlar la vida social de las poblaciones, alude al hecho de que la salud suele ubicarse en un «punto ciego». Si se considera que la propia vida engendra salud, se requiere interpretar la vida a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian el organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal y de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas.

También se encuentran, como tendencia en los hombres entrevistados, asuntos que refieren a aquella tendencia que se orienta a concebir la enfermedad en el marco de determinantes sociales, de una red de relaciones en que es posible la existencia de estos hombres en un contexto sociohistórico específico. En esta línea se ubica la enfermedad en cuatro dimensiones: la física, la espiritual, la psicológica y la social.

Nosotros estamos en este mundo o en este entorno; estamos por los sentidos, y las enfermedades afectan nuestros sentidos, que son los que hacen que tomemos una percepción del mundo y lo que nos rodea. Desde el punto de vista espiritual y psicológico hay muchas herramientas (...) es más fácil aliviar el alma que el cuerpo; con una simple palabra puedo volver a estar bien (...) la parte física es más difícil de recuperar [psicólogo].

En esta concepción se involucra la complementariedad entre cuerpo y mente, como unidad de lo vivo, y al otro, como parte del proceso de la vida, como posibilidad de expresar el sentido de esta en el escenario cotidiano, en la actividad social diaria que reproduce en lo inmediato al sujeto y, por lo tanto, a la sociedad misma. Con base en el fenómeno de las representaciones sociales, puede decirse que este grupo de hombres necesita de mediaciones —entendidas como aquellas herramientas que ponen a accionar las determinaciones socioculturales ya cristalizadas en productos, dentro de la vida, subjetividad y práctica de los sujetos; a la vez que estas, por efectos de ser compartidas con otros,

trascienden el plano de la particularidad de los intercambios sociales para objetivarse en pautas, marcos y estructuras que adquieren su propia dinámica y contenido— para comunicar sus ideas, pues estructurar actitudes frente al conocimiento de su vida les ayuda a intercambiar sus experiencias y sus pensamientos. Por ello, la masculinidad es algo que aún ha de tener un horizonte de atención que permita su visibilización para comprender las formas que los hombres adoptan en el curso de sus acciones cotidianas.

A partir de los anteriores planteamientos, y desde la concepción *salud-enfermedad*, que considera el peso que contemporáneamente ha tenido la medicina en las conciencias como discurso instituido y hegemónico, puede determinarse que dicho discurso se ha instalado de forma paulatina en las representaciones de este grupo social. Considerar la construcción que estos hombres han logrado estructurar en torno a la concepción de salud y de enfermedad, acerca la posibilidad de aprehender las representaciones sociales que sobre el cuidado de sí tienen estos sujetos.

Develar la cotidianidad de los varones adultos jóvenes, su sentir, su pensar y su visión de mundo como sujetos masculinos, implica el reconocimiento de la permanente influencia de la cultura sobre su postura frente a la vida y a su manera particular de asumir su cuerpo, de asumirse a sí mismos y al otro en el escenario social, debido a que culturalmente se crean categorías y representaciones sociales enraizadas en el género, que otorgan una gama de privilegios e imponen varias privaciones a estos sujetos por el hecho de ser hombres, al igual que se imprimen e imponen otras a las mujeres.

Sobre este punto, el siguiente relato es ilustrativo:

Por la misma cultura se piensa que el hombre es el luchador [...] el hombre es, como quien dice, ese carro viejo que es muy fino, que no jode por nada, que se puede maltratar [obrero].

Cuidado de sí

Entre los hombres entrevistados se logran identificar varios elementos socioculturales que estructuran la concepción sobre sí mismos, sobre su cuerpo y sobre el otro como mediador en la construcción del yo. Estos elementos, consecuentemente, convergen para llenar de contenido y de motivaciones su actitud frente al mundo, a través de maneras determinadas y diversas de asumirse como hombres, como sujetos masculinos.

Desde siempre y con mayor fuerza en la época contemporánea, el cuerpo se convierte en vehículo de comunicación, de acercamiento al otro como aquel que permite la autoafirmación, la aceptación y la acción gracias a un escenario social compartido y vivido desde la inalterable perspectiva de un nosotros, un nosotros que se recrea y se construye en la agudeza de la contemplación física, del agrado y de la belleza socialmente legitimada.

La experiencia y la percepción individuales del cuerpo se forjan en consonancia con categorías sociales, resultado de lo cual es la preservación de una forma particular de organización social.

La concepción que construyen los hombres entrevistados sobre su corporalidad, es de vital importancia para determinar el propio cuidado de la salud, por lo que se trasciende la representación del cuerpo como materia orgánica, desprovista de movilidad y dinamismo, y se deja atrás la barrera aparentemente infranqueable de la sustancia física, somática, fisiológica y anatómica del cuerpo como materia inerte que ha sido objeto de la ciencia médica, desconociendo los condicionantes sociales de su vivencia corporal.

El siguiente relato puede hacer evidente la contradicción que enfrentan los hombres al referirse a su corporeidad, a su vivencia del cuerpo, al cuidado de su cuerpo, por no poder aún desligar con claridad los parámetros permitidos culturalmente de su deseo de exteriorizar otro tipo de actitudes:

Para mí es importante como me vea yo; esa es la base. Pienso que si yo me llevo a ver lindo y me siento bien, con unos parámetros de higiene moral, la gente me puede llegar a ver bien. Cuidarme desde lo que es el peinado hasta las uñas, la cara, como hombre mantenerme afeitadito, que yo sea una persona que, por verse bien, se cuida, sin irme a extremos, sin ser digamos... metrosexual [profesor de educación física].

Los testimonios de los sujetos entrevistados permiten reconocer el peso que adquiere el cuerpo en la constitución y la evolución de sus representaciones y discursos.

Conclusiones

- El cuidado a la salud de hombres en el área de salud estudiada estuvo fuertemente influenciada por las representaciones socioculturales de género, propias de la cultura patriarcal androcéntrica.
- El grupo de hombres estudiado no percibía la integralidad biopsicosocial del concepto *salud* y asumía los presupuestos biologicistas de las ciencias médicas en general.
- Los hombres tenían pocos conocimientos sobre los riesgos para su salud y los comportamientos vinculados con estos, tanto los desfavorables como aquellos favorables. Los mismos no asumían, como estrategia de afrontamiento a la enfermedad, la búsqueda de atención especializada, sino que en su mayoría se mantenían a la expectativa y se automedicaban.

Referencias bibliográficas

1. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012;11(5).

2. Pasalodos L. En el nombre del hijo. La Habana: Centro Félix Varela-Publicaciones Acuario; 2011.
3. Sabo D. Understanding men's health. A relational and gender sensitive approach. Global Health Equity Initiative. Washington: Harvard Center for Population and Development Studies; 1999.
4. Courtenay W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2010;(50).
5. Sanchez-Chapado M, Olmedilla G, Cabeza M, Donat E, Ruiz A. Prevalence of prostate cancer and prostatic intraepithelial neoplasia in Caucasian Mediterranean males: An autopsy study. *Prostate*. 2003;(54):238.
6. Hebert JR, Hurley TG, Olendzki BC, Teas J, Ma Y, Hampl JS. Nutritional and socioeconomic factors in relation to prostate cancer mortality: A cross-national study. *J Natl Cancer Inst*. 1998;(90):1637.
7. Ministerio de Salud Pública. Anuario de estadísticas de salud de Cuba. 2018.
8. González JC. Masculinidades, generando el debate. En: Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010. p. 9-18.
9. Martínez Boloña Y, Díaz Bernal Z. Percepciones de los hombres sobre sus necesidades de atención en la Consulta de Planificación Familiar. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015;41(3).
10. Martínez Boloña Y, Díaz Bernal Z. Atención a las necesidades de salud de los hombres en la Consulta de Planificación Familiar. *Vivencia*. *Revista de Antropología [serie en Internet]*. 2016;1(48). Disponible en: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11506/8097>

MIRADAS DESDE LA EDUCACIÓN A LAS MASCULINIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA CÁTEDRA DEL ADULTO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA HABANA

Miriam Marañón Santa Cruz, Malvy A. Tavares Noa,
Vilma M. Vázquez Hibal

Introducción

El comportamiento del desarrollo de la población impone grandes retos a los países en general, y a los más pobres especialmente, en la atención que necesitan las personas para alcanzar un desarrollo humano sostenible, de ahí la gran preocupación de los organismos internacionales expresada en varias acciones: el Consenso de Montevideo (2013) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, entre otras.

En nuestro país el envejecimiento poblacional impacta en toda la sociedad. Por lo tanto, las políticas tienen que encaminar la atención especializada a un grupo etario numeroso, sin dejar de atender a otros grupos vulnerables con enfoque de género diferenciado, ya que, al ensancharse la brecha, *umentarán* los gastos del presupuesto de la seguridad social, la población no activa laboralmente y los conflictos generacionales.

Por consiguiente, se convierte en urgencia promover tanto el envejecimiento activo como el desarrollo de una cultura gerontológica, con el fin de garantizar la calidad de vida a las personas mayores, objetivos que persigue la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana (CUAM).

Algunas reflexiones

1. «El envejecimiento no es un problema sino un logro; y no es un mero asunto de seguridad social y bienestar social, sino de desarrollo y política económica en su conjunto» (Kofi Annan, Naciones Unidas, 1 de octubre de 2003).
2. El envejecimiento poblacional constituye la transformación social más importante de los últimos años.
3. El envejecimiento poblacional es un proceso inevitable y complejo.
4. Es necesario mantener actualizada la base de datos de las instituciones para poder dar atención a las necesidades más urgentes de la población.
5. En el análisis del envejecimiento deben tenerse en cuenta las tres variables fundamentales: natalidad, mortalidad y migraciones.
6. Para afrontar el envejecimiento poblacional hay que desmontar el «edadismo» (discriminación por edad) de la cultura gerontológica, de ahí la importancia del papel de la educación.
7. En las políticas debe atenderse con científicidad y ética a los adolescentes y jóvenes, así como a las mujeres, por ser fuerzas decisivas para el desarrollo, e incorporar la cultura gerontológica para mitigar las brechas culturales. Téngase en cuenta la herencia cultural, que en ocasiones se convierte en barrera para el desarrollo.
8. La esperanza de vida al nacer es un indicador del progreso humano de una sociedad.
9. En nuestro país este indicador de esperanza de vida al nacer es de 78.4 (en las mujeres 80.4 y en los hombres 76.5) (ONEI).
10. Es necesario dotar de saberes científicos a las personas para que sean protagonistas de los cambios, por lo que «la educación de calidad» y «a lo largo de la vida» es una necesidad impostergable. Nos preocupa que la participación de los hombres sea menor, lo que está relacionado con la construcción de las masculinidades.

Las personas mayores tienen muchos conocimientos empíricos. En nuestro país hay generaciones de mayores con considerables conocimientos científicos, por lo que constituyen un capital humano creado por la obra

del proceso revolucionario. Sin embargo, los conocimientos se deprecian por nuevos conocimientos, de ahí la necesidad de actualizarse sistemáticamente con la participación social, el intercambio, el autodidactismo y otras formas de adquirir conocimientos.

La CUAM es un espacio de socialización y actualización para personas mayores que pertenece a la Red Iberoamericana de Universidades de Mayores, de carácter gratuito e inclusivo, donde hay gestión del conocimiento, porque:

- se aprende a envejecer;
- se promueven estilos de vida saludables;
- se desmontan prejuicios;
- se aprende a visualizar, identificar y registrar información;
- se precisa el papel de la persona mayor en la sociedad a partir de sus deberes y derechos.

Por lo tanto, uno de sus impactos es el empoderamiento de sus participantes.

Investigación

Es conocido internacionalmente el modelo cubano de educación de mayores, «con mayores y para mayores», integrado por un voluntariado digno y con cultura general, que potencia sus valores humanos. Sin embargo, existe un reto que afrontar: lograr más incorporación de personas del sexo masculino.

Para afrontar ese reto, hemos realizado una investigación educativa con perspectiva de género diferenciado, que responde a necesidades para la salud de hombres y mujeres, y que tiene especial interés en aquellos aspectos que contribuyan a conocer la influencia del género en la salud de las personas.

«Educar es poner coraza contra los males de la vida» (José Martí en *La Opinión Nacional* de Venezuela, 1882).

Con un envejecimiento poblacional de 20.4 % (ONEI, 2018) y una expectativa de vida ya expuesta antes en el punto 9 de nuestras reflexiones, los hombres viven menos y están tocados por una cultura patriarcal y machista, permeada de muchos prejuicios. Se trata de un tema de tratamiento transdisciplinario y de cultura de paz.

En la CUAM la matrícula de hombres es ínfima. Sin embargo, la participación de los hombres en los procesos de educación para desaprender estilos de vida que afecten un envejecimiento saludable, es una necesidad del desarrollo humano sostenible y sería una contribución a la transformación social que requiere la cultura gerontológica.

Si elevasen su percepción de riesgos, los hombres mayores pueden contribuir a que las nuevas generaciones construyan nuevas masculinidades.

Aunque el tema de género es transversal, en nuestro programa educativo no se abordan las masculinidades.

A estas generaciones de mayores les corresponde dejar un legado cultural ético-humanista y de derechos permeado de científicidad, por lo que el pensamiento y la acción han de andar unidos. El 64 % vive en familia; y el 13 %, con los nietos (ONEI); por consiguiente, a pesar de la brecha generacional hay alguna comunicación cuando se observa una abuelidad cuidadora. Se asume el paradigma de «una sociedad para todas las edades».

Con el fin de identificar con objetividad las ideas que sobre el tema tenían los cursantes hombres del curso 2018-2019, aplicamos una encuesta (ver Anexo), de la que hicimos el siguiente análisis y valoración.

Encuestamos al 24 % de la matrícula de hombres con el siguiente resultado:

<i>Edades</i>		<i>Escolaridad</i>		<i>Profesión u oficio</i>		<i>Estado civil</i>	
50-59	1	6to. grado	1	jubilados	10	soltero	17
60-69	5	9no. grado	2	jub. juristas	4	viudo	4
70-79	24	12mo. grado	18	jub. profesores	6	casado	14
80-89	5	universitario	14	jub. choferes	10		
				jub. custodios	4		
				jub. químicos	1		
	35		35		35		35

Aficiones: algunos leen, otros cantan y tocan instrumentos musicales.

Expresiones que se repiten sobre la masculinidad:

- es lo que hacen y deben hacer los hombres;
- es lo que pertenece al sexo masculino;
- es manifestar el carácter áspero para diferenciarse de las mujeres;
- es la característica de los varones;
- es el hombre que trabaja y atiende el hogar para tener vida y seguridad;
- es valorarse como hombre;
- es la idiosincrasia como hombre, lo varonil del sexo masculino.

Dieciocho encuestados no asocian la esperanza de vida con la masculinidad. Argumentan que la esperanza de vida «tiene que ver con la conservación de la especie», «no tiene que ver con la masculinidad», «la mujer lleva una vida sana y cuida su salud», «los hombres utilizan más fuerza y se desgastan».

Plantean que «los hombres no asisten a las aulas por pena», «porque siguen trabajando», «por problemas personales», «por desconocimiento», «no hay suficiente divulgación», «por orgullo», «no lo necesitan».

Acerca de los mitos y creencias que afectan el bienestar de los hombres, manifiestan:

- creerse que son los que más mandan;
- que lo pueden todo solos;
- que sufren cuando no pueden ser proveedores;
- que no lloran;
- que no pueden disfrutar de las relaciones sexuales;
- la indisciplina y la inmoralidad.

Todos exponen que los cursos de la CUAM contribuyen a la salud de los hombres, porque:

- se adquieren conocimientos nuevos;
- dan deseos de vivir;
- todos somos iguales;
- eliminamos tabúes sobre la sexualidad;
- nos dan información y socialización;
- se establecen nuevas relaciones sociales;
- hay aprendizajes.

Conclusiones

1. Observamos que algunos encuestados no tienen claro el contenido de la categoría *masculinidad* y no hacen referencia a que la violencia de género afecta en alguna medida la esperanza de vida al nacer.
2. Reconocen que los hombres piensan que no necesitan superarse para mejorar la calidad de vida ni que la educación produce cambios en la vida de las personas y mucho menos que sus actitudes en ocasiones producen auto-violencia.
3. Las personas del sexo masculino que asisten a nuestras aulas, y también las mujeres, tienen una cultura patriarcal machista, pero en general son personas que no rechazan totalmente las nuevas ideas o resultados científicos. Pretendemos con el perfeccionamiento del programa, y desde la gerontología educativa, incorporar estudios

académicos y talleres, con el fin de que se conviertan en promotores de la salud sexual con enfoque de bienestar.

4. Se han realizado algunas acciones: en el módulo temático dedicado a la educación y promoción de salud se estudia la sexualidad en las personas mayores.
5. Hemos organizado un movimiento de promotoras/es y líderes/as que trabajan en los municipios en coordinación con otras instituciones.
6. Los derechos humanos son un tema transversal tanto para el abordaje del envejecimiento como para el de los vínculos intergeneracionales en la convivencia familiar o en cualquier otro espacio de intercambio.

Anexo

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CÁTEDRA DEL ADULTO MAYOR
ENCUESTA DIRIGIDA A CURSANTES

Necesitamos con objeto de investigaciones que usted nos proporcione información sobre la masculinidad.

Reciba nuestro agradecimiento por su inestimable cooperación.

Edad _____ Escolaridad _____ Profesión u oficio _____ Estado civil _____
¿Conoce otro idioma? _____ ¿Cuál? _____ Aficiones _____

Responda brevemente:

- 1) ¿Qué entiende usted por masculinidad?

- 2) Las mujeres viven más años que los hombres. ¿Asocia usted la esperanza de vida con la masculinidad? Sí ____ No ____ Argumente su respuesta.

3) ¿Por qué asisten pocos hombres a nuestras aulas?

4) ¿Qué mitos o prejuicios piensa usted que afectan el bienestar de los hombres?

5) ¿Contribuyen los cursos de la CUAM a la salud de los hombres? Sí ____ No ____.
¿Cómo contribuyen?

Bibliografía consultada

Además de la papelería de estudio personal de las autoras, se consultaron:

Acosta Tiele N. Maltrato infantil. Prevención. 3a ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

Casas Giral G. Poca participación del sexo masculino de la tercera edad en las actividades sociales y culturales. Trabajo de Curso 2006.

CEPAL Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos. 2017. CEPAL-CELADE. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. 2017.

Huechuan S. Recomendaciones para incorporar a las personas mayores a la agenda 2030. (2019).

La investigación educativa en el aula. La Habana: Pueblo y Educación; 2008.

ONU. Plan de Acción de Madrid sobre Envejecimiento. Seguimiento. 2002.

Orosa Fraiz T. Aprender a envejecer: un reto de la gerontología educativa. Universidad de La Habana. 2018.

-----, Temas de psicogerontología. La Habana: Editorial UH; 2014.

Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades. Masculinidades en Movimiento. 2018.

Sarmiento, Brooks, Pagola, Leiva y Oramas, Hernández. La sexualidad en el adulto mayor. Sexología y Sociedad. 1999;5.

Yuni J, Urbano C. Envejecimiento y género. Revista Argentina de Sociología. 2018;6.

INFLUENCIA DE LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN LA SALUD DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Yuleivis Valdés Ayala

Los estudios sobre masculinidad como constructo social o sobre el ser hombre en una sociedad, son relativamente recientes en la historia de las ciencias y cada vez ganan más espacio en los debates científicos.

Su surgimiento inicia en la década de los sesenta del pasado siglo como resultado de los avances y aportes científicos y sociales dados por el movimiento feminista de la época, en su lucha por la emancipación y la igualdad de la mujer. Otra arista importante en los inicios de los estudios sobre la masculinidad lo constituyó el movimiento a favor de la lucha por los derechos de los hombres homosexuales en los Estados Unidos, establecidos desde las ciencias sociales y la política, que ofreció nuevas miradas a los análisis sobre género y al rol de los hombres en la sociedad (1).

A tono con lo anterior, es válido resaltar que, al hablar de masculinidad, no podemos obviar la existencia de múltiples tipologías de esta, de ahí que muchos académicos/as utilicen el término *masculinidades*, en plural (1).

La masculinidad basada en el modelo patriarcal fue definida también por diferentes autores y autoras como masculinidad patriarcal, dominante, tradicional o hegemónica. La masculinidad hegemónica sostenida en el poder se construye a partir de las diferencias que el modelo pueda establecer entre mujeres y hombres, y dentro del propio mundo masculino. Por lo tanto, este modelo se sostiene y es fuente de sistemas autoritarios y patriarcales (2).

Representa un riesgo para la salud propia del hombre, ya que el autocuidado y la preocupación por sí mismo son síntomas de debilidad

y características del feminismo. Se valora positivamente ser autosuficiente, o sea, no pedir nunca ayuda, aunque se trate de hacer un esfuerzo sobrehumano que ponga en peligro la salud o soportar un dolor que pueda conducir a un desequilibrio emocional (3).

Las asignaciones fundamentales establecen que los hombres deben ser fuertes, potentes, heterosexuales, viriles y siempre dispuestos, y establecen un poder centrado en el falo, por lo que nos encontramos en la vida cotidiana con hombres sobreexigidos en su desempeño sexual, responsables de la satisfacción femenina y poco expresivos (4).

Toda masculinidad no es hegemónica. Nuevas formas de vivir y expresar la masculinidad han surgido como resultado de lo alcanzado hasta el momento. Dichas formas o expresiones de la masculinidad se denominan en la literatura de diferentes maneras como masculinidades emergentes, alternativas, nuevas masculinidades, otras masculinidades o masculinidades no hegemónicas (2).

Dicha masculinidad debe contener entre sus características fundamentales:

- el respeto hacia la identidad y el rol de género del resto de las personas con las cuales se relaciona y de sí mismo;
- la aceptación de dichas identidades y de su propia identidad;
- el placer y satisfacción de poder vivir su propia identidad masculina de manera plena, sin seguir dogmas ni hacer que otros los sigan;
- vivir y asumir bajo el principio de la equidad estas relaciones, entendidas a partir de que los seres humanos tienen las mismas oportunidades, derechos y posibilidades en su vida, según lo que su capacidad física e intelectual les permita sin importar ninguna de las clasificaciones sociales establecidas por la sociedad patriarcal.

Todo lo antes expuesto estaría sustentando la posibilidad de la libre expresión y de conductas que caractericen su identidad de género, así como su rol de género y su orientación sexo-erótica, consigo y con el resto de los seres humanos con los cuales se relacione (3).

Muchos aspectos de los patrones hegemónicos se encuentran muy instaurados dentro la fórmula de ser hombres, aunque se debe reconocer que mucho se ha avanzado en este sentido. En los tiempos actuales se ha hecho marcado hincapié en los cambios de los hombres en materia de salud y de estilos de vida cada vez más sanos, teniendo en cuenta los costos que traen para la salud de los hombres el modelo patriarcal y los estereotipos asociados a ello. Sobre ello expresó Juan Guillermo Figueroa: «Los varones harían casi cualquier cosa con tal de responder a las expectativas que la sociedad deposita en su masculinidad. No importa si el costo de no cuestionar el estereotipo es su salud o la de otros» (5).

En la actualidad muchos investigadores han señalado los grandes riesgos para la salud de los hombres, por el mero hecho de «tener que ser hombres». Son evidentes las formas en que la masculinidad hegemónica influye en el proceso salud/enfermedad, no solo de los hombres sino también de las mujeres, niñas y niños, con una mención especial a las distintas formas de violencia. Aún no se completa el inventario de problemas de salud masculina, en el que la condición de género determina, influye o interviene. A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas han presentado una sobremortalidad masculina alarmante y creciente, esto ha sido apenas problematizado por la epidemiología (6).

Un conjunto de estereotipos, mitos y tabúes vinculan la masculinidad a atributos que imprimen una huella negativa en el desarrollo personal-social de las personas y en particular de los hombres, pero lo peor es que con mucha frecuencia sucede que los hombres y la sociedad en su conjunto no tienen conciencia de ello, pues los asumen como normales, los reproducen, no se los cuestionan, y ahí se convierten en un problema de salud (7).

La realidad es que muchos hombres vivencian que cumplir con el ideal que representa «ser hombres» constituye una experiencia generalmente dolorosa y se sienten constantemente en deuda por esas exigencias que en muchas ocasiones no pueden cumplir (8).

Es muy reciente el análisis de género acerca de la mayor mortalidad masculina, asociada a problemas de corazón, a ciertos tipos de cáncer (pulmón y próstata) y sobre todo la creciente proporción de muertes violentas (homicidios, accidentes y suicidios) (6).

La salud de los hombres en general, y la sexual y reproductiva en particular, han sido menos estudiadas y atendidas por ellos mismos y por la sociedad en su conjunto, lo que ha ocasionado implicaciones negativas para ambas partes. Resulta necesario cuestionarse y encontrar soluciones por el bien de la humanidad (7).

Sin importar el escenario, en zonas rurales o urbanas el problema es similar: se estimula a los niños a defenderse y atacar para reaccionar rápido y mostrar coraje y valentía. En líneas generales, desde edades tempranas se insta a los hombres a responder a expectativas sociales de forma enérgica, en las que no se evita o previene el riesgo, sino se enfrenta y se supera cotidianamente. La nula opción de autocuidado da lugar a un estilo de vida autodestructivo, a una vida arriesgada en diversos sentidos (9).

Se hace necesario visibilizar y avanzar en el tema de la salud de los hombres, tanto física como mental. Si bien la salud de los hombres ha tenido cierta atención, queda mucho por investigar y por hacer desde las políticas de salud y otras relacionadas, como las políticas laborales y de calidad de vida. A pesar del enorme impacto que los problemas de salud mental tienen en la vida de los propios hombres y de sus familias, estos han tenido escasa atención (10).

Resultados

Se realizó un estudio exploratorio dirigido a constatar la situación real y a crear un diagnóstico general de las problemáticas, utilizando la observación, las técnicas de subjetivación y género, el dibujo libre y la composición, el cuestionario de salud SF-36 y la encuesta, en los meses de noviembre de

2018 a febrero de 2019. Estos métodos y técnicas se aplicaron al estudiantado del segundo año de Ciencias de la Información de la Universidad de La Habana, con un total de 35 estudiantes (15 masculinos y 20 femeninos). A continuación se presentan los resultados más significativos.

Se observa en la muestra estudiada una masculinidad muy ligada al modelo hegemónico y patriarcal, reproducido por ambos sexos.

Muestran pocos conocimientos sobre sexualidad y género, con presencia de elementos erróneos y otros atribuidos a la imaginaria social. Se reconocen hombres por el hecho de nacer con pene y demás características físicas y biológicas. No valoran la posibilidad de que existan múltiples formas o maneras de sentirse y expresarse como hombres, pues solo asumen la reconocida por la sociedad como «machos, varones, masculinos».

Se limitan las demostraciones de afectos entre los varones, aunque sean cercanos en su círculo de amigos, pero también son poco expresivos. Del modelo ejemplar de ser hombres rechazan todo lo femenino y los signos de debilidad, y sienten la necesidad de distanciarse y separarse de lo femenino y de las cualidades asignadas a las mujeres. Se acusan de flojos ante la menor sospecha de debilidad, y la forma de demostrar la hombría cuando se pone bajo sospecha es agresiva y autoritaria.

Se muestran estereotipos de género en hombres y mujeres al asumir que los hombres deben ser fuertes, trabajadores, inteligentes, poderosos, y gustarles los deportes. Los varones ofrecen mucha importancia al sexo y preponderan su virilidad a toda costa, y las muchachas los perciben de la misma forma, haciéndolos responsables de su placer y satisfacción, lo que ellos consideran de igual manera. La disponibilidad masculina ante la actividad sexual representa un indicador de hombría. Las muchachas restan importancia al rol de la paternidad, ya que todo el protagonismo es de ellas en este aspecto.

Los varones sienten la necesidad incesante de mostrar su heterosexualidad, a la par del alejamiento y rechazo explícito e implícito hacia la

homosexualidad. La idea de que la masculinidad está vinculada a la heterosexualidad sobresale en los varones de la muestra, ya que no reconocen la homosexualidad como parte de las masculinidades. Refieren en todo momento satisfacción con su masculinidad.

Es de destacar que en estos muchachos se observa la agresividad en muy bajos niveles, no maltratan a sus compañeras y entre ellos se limitan a expresiones groseras, sin llegar a la violencia física. Se observa un distanciamiento en este aspecto, que resulta característico de la masculinidad hegemónica, aunque no sea suficiente para lograr en ellos el cambio que se necesita.

Existe sexismo en sus relaciones cotidianas, que reproducen de forma automática, sin siquiera plantearse la posibilidad de ser de otra forma. Las actividades y las responsabilidades se reparten de igual manera y se asumen automáticamente.

Reconocen de manera acrítica que poseen problemas de salud asociados a la forma de ser hombres, pero no logran identificar otra manera de serlo. Ser cuidadosos, sin exponerse a riesgos, tiene más que ver con las mujeres que con los hombres, e igualmente consideran que se encuentran en óptimas condiciones de salud, a pesar de reconocer que existen elementos, aunque discretos, de preocupaciones y malestares, sin percepción de riesgo que les indique adoptar medidas para el autocuidado y la prevención de enfermedades. Aun cuando padecen enfermedades crónicas, no asumen conductas responsables, manifestando poca adherencia al tratamiento.

De forma general podemos observar en la muestra rasgos de masculinidad hegemónica, reproducidos tanto por los muchachos como por las muchachas. Ellas reconocen que este modelo es perjudicial, ya que encierra presiones y demandas muy altas para los hombres. Sin embargo, en su ideal de hombres remarcan todo lo que sea fuerte, poderoso y con superioridad, características todas del modelo de masculinidad hegemónica, lo que resulta tan perjudicial para el logro, la satisfacción y el bienestar de una masculinidad saludable.

Conclusiones

1. En esta investigación se considera la necesidad de desarrollar en el estudiantado varón una masculinidad saludable como vía para el logro de una sexualidad enriquecedora, responsable y feliz consigo mismo y los demás.
2. El diagnóstico realizado permitió identificar los rasgos de masculinidad que expresan en su comportamiento los estudiantes de segundo año de Ciencias de la Información de la Universidad de La Habana. Se constató que existen rasgos de masculinidad hegemónica, expresados fundamentalmente en manifestaciones de machismo, sexismo, homofobia, falta de percepción de riesgo y ausencia de autocuidado.
3. Proponemos un sistema de talleres que, al integrar la pedagogía de la diversidad y la equidad, y la educación de la sexualidad alternativa, participativa y desarrolladora como referentes teórico-metodológicos, permita el desarrollo de masculinidades saludables con mayor dominio de conocimientos, nuevas actitudes y valoraciones con el fin de dejar atrás la masculinidad hegemónica, así como propiciar estilos de vida más sanos y responsables como vías para su crecimiento personal y social.

Referencias bibliográficas

1. González JC. Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
2. Mederos W. Estrategia pedagógica para el desarrollo de masculinidades no hegemónicas en los estudiantes varones de cuarto año del Curso Diurno de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona [tesis presentada en opción al grado científico de máster en Género, Educación Sexual y Reproductiva]. Universidad de Ciencias Pedagógicas; 2014.

3. Briceño B. Hacia la equidad. Instancia de Facilitación Nacional, Costa Rica. Proyecto hacia la Equidad; 2004.
4. Hechevarría M. Imaginario social de la sexualidad en el adulto medio. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente; 2009.
5. Figueroa JG. El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto en los modelos de masculinidad vigentes? En: Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud. Lima: EDHUCASALUD, 2007. p. 373-92.
6. De Keijzer B. Sé que debo parar, pero no sé cómo: abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad [México]. 2016.
7. Rivero R. Proyecto «Estrategia de promoción-prevenición local-comunitaria sobre condiciones y estilos de vida de los hombres cubanos y su impacto en la salud». Centro Nacional de Genética Médica (CNGM); 2018.
8. Álvarez M. Masculinidad y feminidad en Cuba. En: Rivero Pino R, compilador. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2016.
9. Ruiz J. Intervención psicoeducativa para contribuir a deconstruir estereotipos sobre las masculinidades que influyen en la aparición y mantención de las disfunciones sexuales [tesis presentada en opción al grado científico de licenciada en Psicología]. La Habana: Facultad de Psicología, Universidad de La Habana; 2013.
10. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades La Manzana. 2006;1(1).

Bibliografía consultada

Figueroa JG. Algunas consideraciones éticas, teóricas y metodológicas al investigar políticas públicas y equidad de género en la experiencia de los hombres: el caso de México. En: Documento de Naciones Unidas. Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades; 2011; Montevideo, Uruguay.

- . *¿Solos consigo o contra sí mismos? Apuntes epistemológicos sobre varones y ejercicio de la violencia*. III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades; 2008; Medellín, Colombia.
- . *¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los varones?* En: Careaga G, Cruz S, coordinadores. *Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. México, D.F.: UNAM; 2006.

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

Reina Fleitas Ruiz

Desarrollo

La investigación de género y salud en Cuba se desarrolló en paralelo a la expansión de los Estudios de Género organizados mediante las Cátedras de la Mujer, creadas en diferentes universidades durante la década de los noventa del siglo xx. Leticia Artiles explica los inicios de ese proceso cuando apunta:

A partir del año 1995 empieza a desarrollarse por parte de la gente de los Centros de Salud Mental —creo que hay que destacar mucho el papel de Ada Alfonso y de Celia Sarduy— el tema de género en el sector salud. Yo creo que también el Ateneo Juan César García de la Sociedad de Salud Pública y la Red de Género de ALAMES, empezamos a hacer una actividad previa al año 2000, se inicia sobre todo en áreas específicas. Un área específica fue en aquel momento la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, que emprendieron con talleres que contaban con un buen apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, de manera que se introdujeron estos temas, y se empezó a sensibilizar a grupos específicos, y consecuentemente aparecieron algunas publicaciones producto de este mismo trabajo de formación, de sensibilización, muy focal; yo diría que se comenzó a ver la salud desde otra mirada.¹

¹ Entrevista realizada a la doctora Leticia Artiles en 2012, investigadora experta en temas de género y salud, y entonces coordinadora de la Red de Género y Salud de ALAMES.

Todas las expertas mencionadas colaboraban entonces con la Cátedra de la Mujer de la Universidad de La Habana.

La introducción de la perspectiva de género en la investigación en salud en Cuba, significó un cambio relevante en la manera de explicar el mundo de las relaciones entre hombres y mujeres. Como en otras regiones, los estudios sociales en salud que asumieron ese enfoque, transitaron de la visión de la igualdad al de la equidad; y de la explicación centrada en la situación de salud de las mujeres y sus problemas de bienestar, a la preocupación por las inequidades de género en salud y el papel determinante de los poderes patriarcales construidos en el estado de salud de hombres y mujeres. Sin lugar a duda, ha permitido construir una nueva manera de interpretar la situación de salud de los sexos desde una perspectiva más relacional y sistémica, la cual considera no solo los procesos de salud, sino también los problemas estructurales políticos y económicos que la determinan. Crece la literatura que intenta trascender el estudio de la salud de hombres y mujeres en base a las bioestadísticas, y aparecen numerosas publicaciones cuyas informaciones se elaboran a partir de investigaciones más cualitativas.

Ese tránsito fue también posible gracias a las sinergias entre el discurso de género y los nuevos enfoques que se legitimaron en la década de los noventa sobre la salud pública como un problema que corresponde resolver a toda la sociedad y sus instituciones, según la definición de Milton Terris (1), y en la cual intervienen todas las actividades que Sigerist (2) definió para la atención en salud en la primera mitad del siglo xx: promoción, prevención, curar y rehabilitar. Así se logra conectar con el enfoque más humanista del pensamiento médico, que desde el siglo xix llamaba la atención sobre las desigualdades en salud en torno a la clase y la raza, pero en el que lamentablemente prevaleció un enfoque androcéntrico sobre los sexos.

Existe una tradición en los estudios de salud que se remonta al siglo xix, y se reconoce en la obra de autores cubanos, de explicar las interacciones entre diferentes formas de expresión de las desigualdades sociales entre

sí y la salud. Aunque la investigación sobre género se identifica a partir de la década de los ochenta del siglo pasado, obras de ese período, como la *Situación de la clase obrera en Inglaterra* de Engels (3), dan cuenta de cómo la pobreza impacta la salud de manera diferente en niños, mujeres y hombres de la clase trabajadora. El pensamiento salubrista cubano (4) ha registrado los aportes de los fundadores de la salud pública en Europa como creadores de la teoría de las determinantes sociales de la salud, en la cual se destaca la relevancia de las desigualdades sociales para la distribución de enfermedades diferentes entre los grupos humanos, así como de su mortalidad.

Hoy, la ciencia social avanza hacia el estudio de la multidimensionalidad de las desigualdades y la mutua determinación entre desigualdades y salud. Ello significa el reconocimiento de que el estado de salud de los distintos grupos humanos está profundamente determinado por fenómenos estructurales relacionados con la política, la cultura y la economía, que a su vez producen y reproducen desigualdades sociales, y no solo por el estilo de vida como lo concibe la teoría de los riesgos. Se ha demostrado que la precariedad de la salud de diversos grupos puede contribuir a la reproducción de las desigualdades de género, clase y territorio; o lo contrario, una política de salud basada en la igualdad de oportunidades, y que tenga en cuenta las particularidades de vulnerabilidad de un grupo, puede ayudar a salir de una posición social de desventaja.

Desde la década de los sesenta del siglo pasado, el recién creado Ministerio de Salud Pública de Cuba inició, en el campo de la salud sexual y reproductiva, la implementación del Programa Materno-Infantil, que logró reducir la tasa de mortalidad materna e infantil y empoderó a las mujeres al ofrecerle el derecho de acceso a un aborto seguro. También creó el Programa de Detección Precoz del Cáncer Cérvico-Uterino y más tarde el de cáncer de mama. Desde esa fecha la política de salud se implementa teniendo en cuenta la conexión entre el enfoque universal y el de grupo, aunque centrada en la salud reproductiva de las mujeres y la sobrevivencia de los niños.

No solo la política de salud en Cuba devela la aceptación de tal punto de vista. La revista cubana *Sexología y Sociedad*, del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), recoge desde el número 9 de 1988 hasta el 19 de 2003 variadas investigaciones sobre mujer y climaterio, y R. Fleitas publicó una obra sobre pobreza y desigualdades de género en salud (5), que son ejemplos de cómo se abre ese camino, que de todas formas merece ser más cultivado.

Otro aporte de la teoría de género en salud es la consideración del proceso de producción de salud y enfermedad como un campo de interacción complejo entre los factores biológicos y socioculturales. El abordaje separado de estos dos tipos de factores, que con frecuencia encontramos en la investigación de salud, obedece más a un problema de formación especializada entre sus estudiosos, la cual genera limitaciones en la meta de obtener visiones más integrales. Sin embargo, el propio concepto de salud que la OMS acuñó en 1948, refiere que la salud es el estado de bienestar biológico y psicosocial que experimentan los individuos y los grupos humanos. Por lo tanto, cualquier estudio que explique cómo repercuten las determinantes de género en la salud de hombres y mujeres, debe tener en cuenta cómo interactúan con las diferencias biológicas de sus cuerpos. Esta tesis no solo resulta legítima para entender el comportamiento de la dimensión *salud sexual y reproductiva*, sino la totalidad de la salud humana.

La crítica de género ha logrado abundantes resultados en el campo de la sexualidad y la reproducción. La centralidad que tuvo esta dimensión en la ciencia social androcéntrica, con el fin de demostrar la supuesta naturalidad de las diferencias entre hombres y mujeres, obligó a las feministas a develar que incluso en este campo operaban dogmas discriminatorios que no ayudaban a comprender la complejidad de su interacción con otras dimensiones de la salud. Enfatizó en el error de reducir la salud reproductiva a la sexualidad y arremetió contra el diseño de políticas que acentuaban las acciones de control de la reproducción de las mujeres e invisibilizaban sus derechos reproductivos y sexuales.

Ya iniciado el nuevo milenio, la crítica a la reproducción de las desigualdades de género se fortalece con la aparición de la teoría de las mascu-

linidades. El conocimiento que dicha teoría ha construido, favorece una visión más compleja e integral sobre esa relación social y las asimetrías de poder que ocurren hacia su interior. Destaca que la reproducción de la cultura patriarcal en el campo de la salud tiene un efecto de empoderamiento relativo de los hombres y puede dotarlos de instrumentos de dominación, pero repercute negativamente en su potencial humano, en particular en su salud.

A pesar del viraje epistemológico que realizó la investigación de género en salud en las décadas de los ochenta y noventa, a nivel internacional y nacional, se mantuvo el interés en el estudio de la situación de salud específica de las mujeres y sus determinantes de género, incluso cuando se reconocía que para provocar un cambio radical en la realidad de las mujeres era necesario conocer y transformar la de los hombres. Entonces, las que nos dedicábamos a investigar sobre estos temas, nos quejábamos de la ausencia de hombres en las diferentes líneas de investigación que ya se trabajaban.

La teoría de las masculinidades transformó ese discurso. Su divulgación en la ciencia salubrista cubana se presenta como una continuidad y, a la vez, una ruptura con la manera de pensar el género en la década de los ochenta. Acepta la tesis de la influencia nociva que sobre la salud de las mujeres ejerce la dominación patriarcal, pero acentúa la necesidad de que el enfoque relacional considere más contradictoriamente la repercusión que tiene ese sistema de dominación sobre la vida de los hombres reales y su salud.

¿Qué repercusión ha tenido en la investigación y política de salud esa nueva visión que introduce la teoría de la masculinidad?

Tanto en el campo de la política de salud como en la investigación aún se observan maneras de obrar y pensar tradicionales que coexisten con intentos de considerar la perspectiva de género en salud masculina como una herramienta para el cambio, un conflicto entre el pensamiento de la igualdad centrado en las mujeres y el de la equidad en salud.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva merece la atención el debate en torno a la fecundidad. El discurso científico sigue fragmentado entre quienes reproducen la lógica de los exclusivos aportes de las mujeres y la necesidad de fomentar la fecundidad de ellas, y quienes claman por entender que es un problema que atañe tanto a los hombres como a sus parejas femeninas y que los enfoques de políticas deben incluir más las necesidades de los padres. En este segundo grupo destacan investigaciones (6) que muestran cómo también se ha reducido entre los hombres el número ideal de hijos y cómo postergan su paternidad debido a las circunstancias socioeconómicas complicadas de la vida cotidiana que viven, influenciadas sobre todo por el bloqueo económico que dura sesenta años, pero también por otras determinantes sociales de origen nacional. Los hombres cubanos deciden prolongar el período de tener parejas no estables porque no pueden cumplir con el mandato de género de garantizar los ingresos que generan bienestar a una familia; la familia cubana ha cambiado pero aún se sustenta en una cultura híbrida de género con relevantes asimetrías.

Esta situación se refleja en el patrón de fecundidad masculino que prevalece en el país: en 2017 los padres entre 30 y 34 años ocupaban la segunda posición en aportes de nacimientos, en tanto las madres a esas edades se posicionan del tercer lugar; los aportes más importantes los hacen las mujeres entre 20 y 29 años. Otro dato que refuerza ese patrón más tardío de fecundidad masculina, es que entre los hombres no se presenta la bifurcación entre un patrón de fecundidad adolescente en zonas rurales y uno tardío en áreas urbanas, como sucede entre las féminas. Los nacidos vivos de padres adolescentes apenas representaban ese año 2.4 %; y las madres, 15.4 % (7). En perspectiva regresiva se observa una tendencia al incremento de la fecundidad masculina en edades aún más tardías que la mencionada, en un escenario en que la tendencia prevaleciente es el decrecimiento de la natalidad.

En materia de política, un importante momento en ese viraje lo marcó, en 2003, la inclusión, en la ley de maternidad para las trabajadoras, del artículo que otorgaba a los hombres el derecho de acogerse a una licen-

cia para cuidar a sus hijos recién nacidos, compartida con sus parejas cuando se trataba de partos múltiples o en sustitución de la licencia materna en partos de un solo hijo, y siempre en base a una decisión de pareja. Su monitoreo arroja datos de una escasa acogida de la pareja masculina a esta oportunidad.

El programa de maternidad en Cuba contempla la participación del padre en disímiles actividades durante el embarazo, el parto y la crianza de los hijos. Pero una encuesta aplicada a cien mujeres con niños menores de un año en 2015 (8) en dos territorios de la capital, devela problemas en su implementación que no contribuyen a la calidad de la participación de los hombres. El 64.3 % dice que no tuvo acompañantes durante el parto, y en el caso de quienes lo lograron, la mayoría eran parientes del sexo femenino. Al indagar sobre los cuidados en el hogar, el 73 % reconoce una mayor participación de sus parejas masculinas en diferentes actividades domésticas, como la lactancia, el cuidado del bebé y otras labores que se realizan fuera y dentro del hogar, mientras que la observación a los hogares donde sus parejas no estaban presentes, y la percepción patriarcal que ellas mostraron sobre el artículo de la ley de maternidad que propicia compartir el cuidado, nos inducen a afirmar que puede existir una percepción que justifica la limitada participación masculina. Ninguna pareja se acogió al beneficio del artículo de la ley de maternidad compartida, el 50 % de esas mujeres no conocía el artículo y el otro 50 % creía que la mujer cuidaba mejor a los hijos que el hombre, lo que muestra identificación con una cultura de la reproducción que discrimina al hombre y sobrecarga a las mujeres.

Otro programa que merece la pena mencionar, es el de infertilidad, que concibe la atención a la pareja y no solo a quien padece el problema de salud, e identifica diferencias entre las determinantes de la infertilidad masculina y femenina, enfatizando, en el caso de los hombres, factores ocupacionales y riesgos toxicológicos; y en las mujeres, su situación más vulnerable en salud reproductiva. A pesar de esta referencia, el documento de programa da cuenta sobre todo de una explicación en base a la biología sobre el problema y su tratamiento, demandando una

mejoría en la inclusión de la perspectiva de género. Estudios que usan metodología mixta y que tienen esa teoría como instrumento de análisis, recogen los impactos desiguales que experimentan hombres y mujeres que viven este problema de salud, en sus relaciones de pareja, familiares y en el mundo laboral. Dan evidencias de cómo los hombres viven un conflicto de identidad, pues aprecian que la infertilidad los desvaloriza en su condición masculina y deteriora su imagen pública. En el caso de las mujeres, se sienten frustradas porque sus proyectos de maternidad no se concretan y su imagen de madre se cuestiona. La dilatación en el tiempo a la solución de este problema provoca rupturas de parejas o desgastes en las relaciones debido a los conflictos que se producen en el interior de esa relación y con las familias de ambos lados. En tanto la infertilidad femenina está más extendida, y a veces su solución es más compleja, algunas mujeres dicen que tienen problemas laborales cuando se extienden en el tiempo los tratamientos (9).

En Cuba prevalece un patrón de sobremortalidad masculina que se refleja en las estadísticas de las dos primeras causas de muerte: las enfermedades cardiovasculares y los tumores. En 2018 los hombres representaban el 53.7 % de las muertes por enfermedades del corazón y el 57.4 % de los tumores malignos. La tercera causa que más muertes provoca cuando se analiza en el marco comparativo con las mujeres, son los accidentes; los hombres aportaron el 52.41 % de las defunciones. Creció en la última década la muerte de hombres por enfermedades cerebrovasculares; en 2018 los hombres aportaron el 50.8 % de todas las muertes por esa causa. Cuando se analizan los valores totales y porcentuales, se observa que, en el caso de los hombres, el mayor deceso se produce por tumores malignos, rubro en el cual el cáncer de próstata aporta el 22.3 % de todas las muertes por tumores, colocándose en el segundo lugar después de los tumores de las vías respiratorias (10).

Las determinantes de género en ese tipo de enfermedad juegan un papel esencial, y están asociadas tanto a la política como la acción individual. Los hombres deben mejorar su cultura de la salud; erradicar tabúes que obstaculizan sus decisiones de someterse a pruebas de detección del

cáncer de próstata porque sienten afectada su masculinidad; y trabajar más en la prevención de sus enfermedades sexuales, y en la formación de una cultura saludable sobre la sexualidad y la reproducción, pero, por otro lado, es necesario un programa nacional sobre la detección precoz de este cáncer y que contribuya a formar una cultura responsable en la sexualidad masculina.

Conclusiones

A pesar de los avances que se han logrado desde la década de los noventa en materia de investigación y definición de política en salud sexual y reproductiva con la inclusión de la teoría de las masculinidades, aún se requiere consolidar esa forma de actuar y pensar la realidad de la situación de salud de los hombres. Es necesario una mejor interacción disciplinaria entre investigadores de las ciencias de la salud y la medicina, y entre estudiosos y actores que participan en las definiciones de políticas, de manera que ello garantice una visión más integral de la salud de los hombres y se logre un efecto en la reducción de su mortalidad y morbilidad que se refleje en un incremento de su esperanza de vida y en la calidad de su sobrevivencia.

Referencias bibliográficas

1. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: La crisis de la salud pública; reflexiones para el debate. OPS. Pub. Cient. no. 540. Washington, D.C: OPS; 1992. p. 185-93.
2. Sigerist H. Los modelos cambiantes de la atención médica. En: Hitos de la historia de la salud pública. 4a ed. México, D.F.: Siglo XXI Editores; 1990. p. 85-98.
3. Engels F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1974.

4. Rojas Ochoa F. Salud pública. Medicina social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 2-7.
5. Fleitas Ruiz R. Familias pobres y desigualdades de género en salud. El caso del barrio de San Isidro. Colección Clacso-Crop. Buenos Aires; 2013. p. 19-82.
6. Ávila N, Hernández R, Solares L. Salud sexual y reproductiva de hombres profesionales en relación con su ocupación y sus proyectos de vida. Un estudio de casos en docentes de la Universidad de La Habana. En: Fleitas R, Ávila N, compiladores. Género, salud y sexualidad. Ciudad de La Habana: Editorial CEDEM; 2013. p. 65-90.
7. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Demográfico de Cuba 2017. La Habana: ONEI; 2018. p. 49.
8. Fleitas Ruiz R, Ávila Vargas N, Solares Pérez L, Hernández Arencibia R. Discurso médico, cultura de la maternidad y lactancia. En: Fleitas R, Ávila N, compiladores. Género, salud y sexualidad. Ciudad de La Habana: Editorial CEDEM; 2013. p. 104-23.
9. Álvarez Rodríguez A. Desigualdades de género e infertilidad como problema social de salud. El caso del Hospital Hermanos Ameijeiras. En: Fleitas R, Ávila N, compiladores. Género, salud y sexualidad. Ciudad de La Habana: Editorial CEDEM; 2013. p. 1-17.
10. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019. p. 32, 66.

RESISTIR: PALABRA CLAVE EN LA SALUD SEXUAL DE LOS HOMBRES

María Teresa Díaz Álvarez

*El privilegio masculino no deja de ser una trampa
y encuentra su contrapartida en la tensión
y la contención permanentes a veces llevadas al absurdo,
que imponen a cada hombre el deber de afirmar,
en cualquier circunstancia, su virilidad.*

BOURDIEU

Las sociedades patriarcales, dentro de las que se inscribe la nuestra, están ordenadas en ese sustento hegemónico, androcéntrico, machista, sexista, heteronormativo y binario que sitúa a los varones como ejes del universo y recrea para ellos un orden de privilegios, derechos y oportunidades basados en la superioridad masculina.

En este «paraíso» de hegemonías donde se sobrevalora la fortaleza física y psicológica de los hombres, no hay lugar para el llanto, el dolor, la queja, la debilidad y la búsqueda de ayuda; por consiguiente, se desarrolla una cultura de la «resistencia» que supone sobreponerse a todo aquello que pueda conspirar contra esa «hombría». Los significados que los varones otorgan a los paradigmas de lo que significa ser hombre, no favorecen una ética del cuidado y el autocuidado de la salud e impiden, en ocasiones, su desenvolvimiento saludable en diferentes esferas de la vida.

La responsabilidad de proveer, el devenir «resolvedor» de todos los problemas, el mostrar constantemente intrepidez, arrojo y competitividad, y el ocultar cualquier fisura en su seguridad, falta de conocimientos o información, se presentan como credenciales para no reconocerse portadores de dolencia alguna y mucho menos atenderse o involucrarse en acciones o planes de salud. En consecuencia, no dan importancia o callan los malestares y no se chequean ni acuden a las consultas médicas ante

una señal de alarma, pues todo ello supone, de alguna manera, asumir que se es «débil» (1).

Desde principios del milenio se incorporaron, en el análisis de la salud masculina, la *perspectiva de género* —recordemos que el género es uno de los ejes de desigualdad que condiciona los procesos de salud-enfermedad de las personas— y el *enfoque de los determinantes sociales de salud*, los cuales han servido para subrayar el peso de los procesos socializadores y de otras variables de la realidad social en actitudes y conductas de los varones como factores causales en las desigualdades de salud con las mujeres. Pero también han permitido entender mejor que no solo los hombres se abstienen de asistir a los servicios de atención primaria ni de involucrarse en iniciativas preventivas, sino que lo hacen mucho menos que las mujeres y mueren en mayor proporción que ellas (2-4).

Se ha señalado reiteradamente que la forma en que los varones configuran su concepto de masculinidad tiene implicaciones identitarias conectadas a actitudes y conductas que se relacionan con su salud, y permite entender mejor, desde una perspectiva de género, que la mayor mortalidad de los varones o el hecho de que utilicen menos los servicios preventivos tiene que ver con concepciones y comportamientos asociados a la forma en que se construyen como hombres y se representan como dominantes (2-6).

Por otra parte, organizaciones regionales y mundiales de salud han señalado que la mortalidad masculina supera las cifras de muertes femeninas y está asociada básicamente a problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, cáncer (de pulmón, hígado y próstata), elevados niveles de accidentalidad, consumo de sustancias psicoactivas y violencias por homicidios y suicidios (7,8).

Estos hallazgos conectan con la realidad cubana en el hecho de que también los índices de mortalidad de los varones son superiores a los de

las mujeres¹ y responden a estilos de vida poco saludables que sin duda tienen en su base la forma en que los hombres han sido socializados y los estilos de vida que incorporan (enfermedades del corazón, elevación de la tensión arterial, tumores malignos, accidentabilidad, violencias y lesiones autoinfligidas, entre otras) (9).

Son variados los ejemplos que servirían para ilustrar los costos de esta masculinidad hegemónica para el bienestar saludable, porque los riesgos que asumen los hombres en materia de salud parecerían riesgos necesarios para probar su hombría: lanzarse en aguas profundas, saltar desde grandes alturas, manejar bicicletas con sobrecarga loma arriba y portar sobre sus hombros pesos excesivos, entre otros. Así, el mandato del rol es un permiso para incorporar comportamientos que implican riesgos (1).

Un eje de especial atención en los análisis de la salud masculina ha sido la sexualidad, cuyas vivencias y ejercicio activo son expresión del poder masculino. El poder sexual de los varones es uno de los aspectos fuertemente implicados en el campo de la salud sexual, y sus parámetros se estructuran desde la cultura patriarcal y el modelo de dominación hegemónica.

Durante la década de los noventa y principios del presente siglo hubo una vasta producción en el tema vinculado a la connotación personal que los hombres confieren a la sexualidad, a partir de ser una de las manifestaciones más importantes de su vivencia masculina, cuyo ejercicio potencia la virilidad. La sexualidad es como un ritual permanente que los hombres deben ejecutar con frecuencia (10), que organiza parte de la subjetividad masculina (11) y la sapiencia que en materia de conocimiento sexual se le otorga al hombre por el solo hecho de serlo (12).

La participación de parámetros universales de la masculinidad tradicional en la salud sexual y reproductiva y su configuración identitaria, permiten respaldar la afirmación según la cual los aprendizajes de género

¹ Se expresa una sobremortalidad masculina en diez de las principales causas de muerte en Cuba (*Anuario estadístico de salud 2017*).

llevados a cabo en el escenario social y cultural obstaculizan el cuidado de sí en la salud de los varones y les refuerzan conductas de riesgo al dar primacía a los universales del «hacerse hombre» (2).

De alguna manera las prácticas asociadas a creencias y estereotipos sobre la hegemonía sexual masculina derivan en situaciones de riesgo, en las que en muchos casos se abusa de las posibilidades corporales como muestra de hombría, potencia, resistencia y superioridad sexual, elementos a través de los cuales los varones validan su masculinidad.

Las muestras de aguante y la capacidad de conquista, atribuidas al ideal masculino, se han relacionado ampliamente con los excesos en el uso de sustancias psicoactivas y la adopción de conductas sexuales de riesgo (5). Las maneras en que los hombres viven su sexualidad, tienen implicaciones importantes en su salud, ya que muchas veces no se ponen al servicio de un desarrollo personal con bienestar, y por lo general se permean de inhibiciones, restricciones y represiones que no favorecen su desarrollo armónico y saludable (11).

Los temas de autocuidado, los malestares derivados del desempeño erótico-afectivo, el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, los comportamientos de riesgo frente a infecciones sexualmente transmisibles y el no comprometimiento con las responsabilidades reproductivas, son algunas de las aristas que la academia ha favorecido en el análisis de la salud sexual masculina (3,6,11,13-15).

En Cuba la producción científica sobre hombres, sexualidad y salud sexual encuentra referentes importantes que van desde la influencia del modelo hegemónico y de los comportamientos sexistas en posturas no saludables en materia de higiene, prevención, cuidado y decisiones reproductivas, hasta las desventajas de ser hombre para la salud (16-20).

La automirada a un cuerpo físico cuya fortaleza debe atraer a otras personas y la sobrevaloración del pene como «orgullo y estandarte» de virilidad y al que se le rinde un exagerado culto vinculado a sus dimensiones,

turgencia, erecciones duraderas y la responsabilidad en el desempeño sexo-erótico, son algunos de los mandatos que figuran en la lista de asignaciones para los hombres. Pero también las respuestas a cualquier demanda femenina, la capacidad de seducir, la competencia alrededor de la conquista a las parejas, el dominio sobre las mujeres y otros hombres, y la obligación de embarazar a la mujer, devienen mandatos cuyo ejercicio impacta en la salud en términos de afectaciones físicas, psicológicas y espirituales (19).

La aparición de disfunciones sexuales (dificultades en la erección y trastornos eyaculatorios y del deseo) ante «fallos» en las maniobras eróticas, genera angustias (la ansiedad de desempeño) que muchas veces se enmascaran, ocultan y niegan. Por lo general, son experiencias que se prefieren llevar en silencio y frente a las cuales la vergüenza pesa más que la necesidad de buscar apoyo profesional. Ello se puede traducir en desequilibrios psicológicos.

Otra de las afectaciones psicológicas tiene que ver con la imposibilidad de embarazar a la mujer, lo cual no favorece su estatus como proveedor, protector y responsable de mantener la especie. En este caso se refuerza y se da curso al conocido binomio virilidad-fecundidad. Recuérdese que el desempeño está asociado al rendimiento, ya que fecundar es garantía de fortaleza y perpetuidad, según la normativa. Hay evidencias de cómo muchos hombres se niegan a aceptar públicamente sus dificultades para procrear y responsabilizan a la mujer, a quien solicitan silencio o complicidad alegando que socialmente no tiene igual connotación una mujer estéril que un hombre infértil (21).

Los varones son más vulnerables a la adquisición de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida a partir de las resistencias al uso del condón, lo cual está vinculado a autopercepciones acerca de su fortaleza física (mandato de fuerza y poder), pues se sienten inmunes y en consecuencia no se protegen. Al mismo tiempo, evitar embarazos no es asunto de su competencia, por lo que proceder de esterilización masculina, como la vasectomía, se excluyen como elección dentro de sus prácticas para

la prevención de embarazos. Esto último supondría para ellos «perder su virilidad» aun cuando la procreación no figure entre sus propósitos mediatos e inmediatos.

Otra afectación de salud de gran presencia en nuestro país lo constituye la resistencia a someterse a chequeos médicos como el examen físico de la próstata. El sistema de salud cubano cuenta con el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Próstata, que incluye a los hombres con más de cuarenta años para que acudan a las consultas de prevención. Sin embargo, por lo general los cubanos tienen una escasa cultura de atención preventiva y prefieren abstenerse por el mito de considerar que un tacto rectal paralizaría su actuación y «tambalearía» su masculinidad (22). Similar situación ocurre con el examen de las mamas, porque se vivencia como una dolencia típica de mujeres.

También cuentan las agresiones al cuerpo, vinculadas a una cultura de la estética según los cánones de belleza tradicional masculina y que impactan en la figura corporal hegemónica. Si bien el fisicoculturismo es una práctica reconocida, cuando se utilizan procedimientos vinculados al uso de anabólicos que pueden lacerar la salud, se convierte en un tema de especial atención.

Asumir el envejecimiento que supone un proceso natural de cambios en el desarrollo vital, genera en algunos hombres inestabilidad psicológica y angustias prolongadas vinculadas a la sexualidad. En ocasiones este proceso puede venir acompañado de una disminución del deseo, una reducción en la frecuencia de los vínculos erótico-afectivos o variaciones en el desempeño, además de las transformaciones en la figura corporal. Los cambios suponen readaptaciones a las nuevas condiciones; descubrir sus desafíos de una forma coherente facilitará enriquecer las prácticas y los vínculos relacionales. Se trata de una alternativa de cara a una realidad ineludible y una manera de acercarse al equilibrio emocional.

Otra de las aristas muy relacionadas con nuestro análisis tiene que ver con el impacto que estigmatizaciones, discriminaciones y expresiones de violencia han tenido en la salud de aquellos varones con sexualidades e identidades de

género que trasgreden los binarios de sexo y el género,² y que han desafiado la heterónoma para colocarse al margen de lo que dicta la tradición (23).

Muchos de estos varones cuyas orientaciones del deseo erótico-afectivo, construcciones identitarias y diversidades corporales han sido colocados en el lugar de «marginalidad», han debido transitar por situaciones adversas antes de poder asumir de manera legítima y natural su derecho a decidir qué hacer y cómo vivir su sexualidad. A algunos de ellos se les ha privado del derecho de construir una familia, negado el ejercicio de una paternidad cercana e incluso el cuidado y atención de hijas e hijos, con las correspondientes afectaciones físicas y psicológicas, generadoras de malestares y trastornos, de ahí la importancia de fortalecer la autoestima, lograr una adecuación en la autovaloración y portar un conocimiento activo y un ejercicio de sus derechos como prácticas de autocuidado (23,24).

La homofobia (transfobia, bifobia, lesbofobia) ha sido el dispositivo cultural del orden social patriarcal como práctica de superioridad masculina, que establece una relación jerárquica entre las diferentes orientaciones del deseo erótico-afectivo de las personas. Está presente con diferentes manifestaciones en todos los sectores y capas sociales, y atenta contra algunos de estos sujetos que, al querer evitar el sufrimiento que les genera el rechazo social o ante el temor a ser descubiertos, la internalizan reforzando su propia homofobia (25).

La teoría *queer*, legitimada por su precursora Judith Butler (23), ha señalado en múltiples oportunidades el efecto devastador de la estigmatización, la segregación y las múltiples discriminaciones para las personas y grupos sociales que no comparten la normativa heterosexual hegemónica. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró en 2015 que todas las formas de opresión y discriminación contra la comunidad LGBTI

² Los sistemas binarios de sexo y género han sido entendidos como modelos sociales dominantes en la cultura patriarcal que consideran que el género y el sexo abarcan solo dos categorías rígidas (masculino/hombre y femenino/mujer) y excluyen a aquellas personas que no pueden identificarse dentro de estas dos categorías, como algunas personas trans, intersex o cuerpos diversos.

constituyen una forma de violencia de género con las consecuentes implicaciones que esta tiene como problema de derechos y de salud (24).

Reenfocando las resistencias

Resulta fundamental en el examen de los problemas de salud de los hombres, y en aquellos relacionados con su sexualidad, incluir la perspectiva de los derechos sexuales. Los varones son también sujetos de derecho y es preciso aproximarse a su sentir y expectativas, y privilegiar el incremento de sus niveles de información en materia de salud, sexualidad y autocuidado.

Por otra parte, el comportamiento sexual desprotegido de los varones, responsable de la adquisición de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, no solo debe explicarse por la falta de educación sexual o el no uso de condones, puesto que el asunto también requiere el examen minucioso de la hegemonía masculina —que supone comportamientos abusivos, relaciones desiguales de poder, y creencias, actitudes y prácticas sociales en el ejercicio de la sexualidad—, además de reconocer pluralidades y diversidades en las maneras de vivir la experiencia de ser hombre.

Al respecto, Juan Guillermo Figueroa (3) hace un análisis de diferentes posiciones sostenidas por estudiosos del tema, en las que, además de defender que los derechos deben constituirse y definirse para los hombres, señala la necesidad de continuar mostrándoles 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.

Por otra parte, los mandatos que otorgan a los hombres credenciales de invulnerabilidad y capacidad para la resistencia en cuestiones de salud, deben considerar su carácter interseccional. En los últimos tiempos los estudios de hombres y sus masculinidades también se han apropiado

de este enfoque por las posibilidades que este brinda para el examen de las desigualdades, las diferentes manifestaciones de hegemonía masculina, los variados tipos de discriminación en sus especificidades y genuinidades, y su vinculación con las relaciones de poder (26).

Los varones son figuras claves en las relaciones de poder. En consecuencia, la perspectiva interseccional favorecerá una lectura detallada de las características socioculturales del contexto, la posición económica, el lugar de residencia, el color de la piel, la etnia y el momento generacional que se vive, entre otros indicadores, que permiten o entorpecen la posición, actitud y formas de relación de los varones ante situaciones concretas que afectan su bienestar saludable. El territorio donde circulan, los medios sociales de los que disponen, sus especificidades y la posición que ocupan en el tejido social, son marcadores sociales que reproducen inequidades al interior del género, invisibilizan en ocasiones su reconocimiento como sujetos de derechos, y guardan una relación directa con las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Hacer partícipes a los hombres de buenas prácticas en el ejercicio de su sexualidad, colocarlos como sujetos de derechos, demostrar sus vulnerabilidades a partir de su relación con otras variables de la equidad, pudieran hacer más visibles y viables el desmontaje y la revisión de posturas de resistencia ante situaciones de riesgo que afecten su salud.

Referencias bibliográficas

1. Díaz M. 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.
2. Pearson A, Saunders M, Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Sciences & Medicine*. 2000;(10).

3. 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: EDHUCASALUD; 2007. p. 373-92.
4. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante. Género, cuerpo y salud masculina. La Manzana. Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades. 2006;1(1).
5. Robertson S. Understanding men and health: Masculinities, identity and well-being. London: Open University Press; 2007.
6. Muñoz N. Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. Psicología, Conocimiento y Sociedad [serie en Internet]. 2012;2(2):6-26. Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Health Observatory (GHO) data: NCD mortality and morbidity. Geneva: OMS; 2015 [citado 28 Nov 2018]. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Vols. 1-2. Washington, D.C.: OPS, OMS; 2007.
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2018. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019.
10. Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. En fin de siglo: género y cambio civilizatorio. Ediciones de las Mujeres no. 17. Santiago, Chile: Isis Internacional; 1997.
11. Salas JM. Acoso sexual en el trabajo y masculinidad. Exploración con hombres de la población general: Centroamérica y República Dominicana. San José, Costa Rica: OIT/Proyecto Verificación; 2013.
12. Gindin LR. La nueva sexualidad del varón. 2a ed. Buenos Aires: Paidós; 1991.
13. Olavarría J. Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista. Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe no. 6. Caracas: Flacso/Unesco/Nueva Sociedad; 2003. p. 91-8.
14. Figueroa-Perea JG. El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia. 2015:7.
15. Keijzer B. Los hombres ante la salud sexual reproductiva: una relación contradictoria. En: Bronfman M, Denman CA, editores. Salud reproductiva: temas y debates. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2001. p. 59-82.

16. González JC. Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2011.
17. Quaresma da Silva D, Ulloa O. Estudios de masculinidades en la región oriental de Cuba. Develando imaginarios. Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social. 2013;(2):245-57.
18. Rivero R, Hernández Y. Lo masculino, ¿nocivo para la salud? 2016. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-3035-2993> <https://orcid.org/0000-0002-4583-4215>
19. Díaz M. Trabajando con y para hombres (en: ¿Qué hay de nuevo, man?). En: Guajardo A, coordinadora. Ser hombre y padre en el siglo XXI. De sus desafíos y tensiones. Editorial Universidad Santo Tomás (Chile); 2018.
20. Rivero P, Ulloa O. Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades. La Habana: Editorial CENESEX; 2017.
21. Díaz M. La paternidad en el proceso de ser hombre. En: Rivero R, coordinador. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2016.
22. Cheveco L. La masculinidad hegemónica como determinante social de salud. Rupturas y continuidades en pacientes que conviven con cáncer de próstata en La Habana [tesis para optar por el título de máster en Desarrollo Social]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO; 2020.
23. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: L'Hospitalet de Llobregat-Paidós; 2007.
24. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en América. 2015OAS/Ser.L/V/II.rev.2Doc.36. Disponible en: www.cidh.org
25. Careaga G, Cruz S. Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis. Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM, Cámara Diputados. México, D.F.; 2004.
26. Viveros M. Perspectivas latinoamericanas sobre la masculinidad. En: Tovar Rojas P, editora. Familia, género y antropología. Desafíos y transformaciones. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia; 2003.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS HOMBRES. UNA MIRADA DESDE LA INVESTIGACIÓN

Matilde de la C. Molina Cintra, Livia Quintana Llanio

Introducción

El análisis de las decisiones y de los comportamientos sexuales de los hombres desde la perspectiva de género permite una comprensión más clara de su papel determinante en la reproducción social. También ayuda a entender el sentido y significado cultural de la virilidad ligada a la capacidad y experiencia reproductiva en la configuración de las masculinidades, siempre en un contexto relacional.

El inicio de las relaciones sexuales, la formación de uniones, el uso de métodos de protección, la concepción, continuidad o recurrencia a las interrupciones de embarazo son eventos que conforman las trayectorias sexuales y reproductivas de los hombres. El tránsito por cada uno de estos está impregnado del proceso de construcción de sus subjetividades como varones, y al mismo tiempo la va conformando en un contexto de relaciones recursivas.

Objetivo. Caracterizar tanto el comportamiento sexual reproductivo de los hombres como su participación en la toma de decisiones en torno a la reproducción.

Método. Se realiza una triangulación de contenidos de diferentes investigaciones para llegar a una sistematización de resultados científicos.

En este texto, se describen e integran sintéticamente los resultados de investigaciones realizadas desde el Centro de Estudios Demográficos

(CEDEM), de la Universidad de La Habana, en el contexto de los estudios sobre la reproducción.

Resultados

Comportamientos sexuales y reproductivos de los hombres

Al reconstruir las historias sexuales, los hombres declaran un intervalo de aproximadamente un año entre la primera eyaculación y las primeras relaciones sexuales. La edad mediana de la eyacularquia fue a los 13 años y de las primeras relaciones sexuales a los 14 años. La distancia promedio entre ambos eventos fue muy breve (1). La búsqueda del placer erótico y la curiosidad son los motivos fundamentales para iniciarlas. La edad y la experiencia previa de la pareja con la que inician sus relaciones coitales, determinan el control sobre las condiciones en que tienen lugar. Con frecuencia tienen encuentros fortuitos desde la adolescencia; sin embargo, el paso a la convivencia y el matrimonio ocurre de manera más tardía que en las mujeres.

Las expectativas y temores al desempeño de la masculinidad, permean sus decisiones en estos eventos, sujetas a la vigilancia sistemática de su «hombría» en un entorno común al contexto macro y social próximo: la ausencia de programas y acciones que se enfoquen a sus necesidades educativas específicas en el ámbito de la sexualidad. En la familia, la comunicación orientadora sobre estos temas se condiciona por la presencia y cercanía en el vínculo con la figura paterna. No obstante, las pautas de funcionamiento familiar tamizan la selección de la pareja para la convivencia y las formas de unión, aunque las primeras se suelen adoptar por ambos miembros de la pareja.

En el contexto individual se distingue la brevedad del intervalo entre la eyacularquia y la primera experiencia coital y la postergación de la convivencia hasta después de los 20 años. En el componente relacional, el ejercicio del control diferencia su primer coito del resto; este se deposita

en la persona con mayor experiencia. Luego, por lo regular, ellos buscan tomar el control de las circunstancias en virtud del modelo de masculinidad hegemónica que de acuerdo con Connell:

...puede definirse como la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada en el momento específico al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza (o se considera que garantiza) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres [2].

El uso de los métodos de protección varía entre la primera experiencia y las posteriores en virtud de las posibilidades de ejercer el control de la situación, las intenciones reproductivas y el tipo de vínculo con la pareja sexual. Otras variables como la edad de inicio, las fuentes de influencia social y el acceso a información y apoyo, son determinantes en el uso de los métodos de protección en esta primera experiencia. Con mayor frecuencia usan el condón y el coito interrumpido. Por lo general se utiliza el condón en los primeros encuentros con una nueva pareja y luego, a medida que creen en la «confianza», lo sustituyen por el coito interrumpido u otros métodos de control femeninos. Muy pocos emplean métodos de protección de forma sistemática por largos períodos cuando permanecen en una relación (1,3,4).

Los mitos y falsas creencias de los hombres sobre el placer se combinan con la escasa preferencia por el condón, con independencia de las prácticas. La vasectomía, aun cuando sus intenciones de no reproducirse a futuro parezcan claras, es un método de muy poca o casi nula elección. Prefieren mantener su posibilidad de procrear ante una nueva unión de pareja.

El uso del condón se produce, por lo regular, para evitar contagiarse de las infecciones de transmisión sexual (ITS), fundamentalmente el VIH, de ahí que con cierta regularidad adopten como práctica que, a partir de un resultado negativo de una prueba diagnóstica de VIH con una nueva pareja, cese su utilización.

La participación de los hombres en la toma de decisiones reproductivas de la pareja

La anticoncepción

La decisión en el uso de métodos anticonceptivos —específicamente sobre el tipo a emplear y quién sería el depositario de esta responsabilidad— está condicionada por varios factores, como la edad del hombre, la edad de la pareja, el tiempo de relación de la pareja, las intenciones reproductivas y la simetría o no de poder que ha construido la pareja.

La conducta protectora se centra en evitar una enfermedad, fundamentalmente el VIH-sida, y en evitar un embarazo no deseado al inicio de las relaciones, más que a regular la fecundidad. Luego de un tiempo con pareja consolidada se pasa a pensar en la regulación de la fecundidad, pero se suele depositar la mayoría de las veces en la mujer, a menos que exista un ejercicio simétrico de poder y, por lo general, ella haya cesado sus intenciones reproductivas.

Otras investigaciones demuestran que el 54.6 % de los hombres refirió que no asistía a la Consulta de Planificación Familiar (CPF). El 30.8 % manifestó que asistían por compromiso con la pareja; y el 12.0 %, por obligación. Solo el 2.6 % de los hombres expresó que participaba en la Consulta de Planificación Familiar por libre voluntad (5).

Los valores culturales sobre la masculinidad (la prueba de la virilidad, la hombría y el riesgo (6,7), del papel secundario del hombre en la reproducción, el tipo y la calidad del vínculo afectivo en la pareja y las intenciones reproductivas del varón) determinan su posición ante el uso de un método anticonceptivo (MAC).

Interrupción de embarazo

Una parte de los varones desconoce las interrupciones de embarazo en las cuales pudieran estar involucrados. La mayoría ha vivido al menos un

evento de interrupción entre los 19 y los 24 años, con mujeres menores que ellos hasta 5 años (1).

Los hombres coinciden en que generalmente la decisión de interrumpir un embarazo recae en las mujeres, dada la conexión biológica. Son más enfáticos en su desaprobación, y los que no han transitado por este evento o tienen antecedentes familiares de infertilidad masculina suelen mostrar actitudes autoritarias. Las razones por las que rechazan una interrupción de embarazo, son diversas, como «matar una vida» en cualquier etapa de su formación. Cuando se tiene alguna experiencia de interrupciones, lo harían ante el no deseo de tener un hijo, alguna malformación o por la situación económica. Muestran contradicciones desde el discurso y, de ahí, con la práctica (1,4).

A las consultas de interrupción asisten muy pocos hombres; en el caso de las adolescentes, la asistencia es casi nula. Aunque a veces participan los hombres en la decisión, incluso en aquellos que las acompañan a consulta sigue siendo muy recurrente depositar en la mujer la responsabilidad, aun cuando tiene una u otra posición ante la interrupción de ese embarazo (3).

Sin embargo, si bien parece que en las decisiones de continuar o interrumpir una gestación el hombre ocupa un lugar secundario, con frecuencia sus intenciones reproductivas o la evaluación de sus posibilidades de proveer económicamente determinan el sentido de la decisión.

Continuidad de las gestaciones

La toma de decisión del hombre para la continuidad de un embarazo y el ejercicio de la paternidad estuvo atravesada por sus características personalógicas, impactadas por sus referentes de masculinidad. Pocos buscan la gestación de común acuerdo con sus compañeras; la mayoría resulta del uso irregular del condón, del cambio de un método de control femenino a otro. El momento en que se conoce el embarazo, depende de la proximidad en el vínculo con las parejas. La mayor parte participa desde las etapas de confirmación de los diagnósticos.

La paternidad. ¿Cómo se construye el sentido de la parentalidad?

La constancia en la relación con los hijos, estar con ellos y ocuparse, aunque sea en el sentido tradicional de la provisión de necesidades materiales o instrumentales, se integran a sus concepciones y prácticas. Se iniciaron en la paternidad aproximadamente entre los 19 y los 31 años. Predominan los hombres que tienen dos hijos, seguido de tres, y en menor medida uno y cuatro. La distancia entre un nacimiento y otro supera los 6 años cuando se produce en una nueva unión, si no oscila entre 11 meses y 3 años (1).

La paternidad es un valor compartido por los hombres, y se expresa en el significado que le confieren, en los sentimientos y en su estructura motivacional. Se relaciona casi siempre con el acto biológico de procrear, aunque se ejercite la paternidad social con los hijos de sus parejas. Se le atribuye una alta significación, y se ubica en un nivel alto de la jerarquía motivacional, aunque no exista siempre coherencia con las prácticas del ejercicio de la paternidad.

Generalmente cuando se hace referencia a la paternidad se nombran las responsabilidades que se han construido socialmente alrededor del ser proveedor económico, de ejercer como autoridad y de cumplir con la función de educador, aunque esta última entra en desventaja con relación a la madre. Sin embargo, menos se habla de la experiencia lúdica del padre que (se) acompaña al ejercer la paternidad, del personaje que puede desarrollar relaciones amorosas y ser amado, pero a la vez del ser humano que (se) divierte con aquellos a través de los cuales existe como padre. Lo que sí se alude como un cuestionamiento válido, son los vicios en el ejercicio paterno, a partir del problema de la violencia ejercida —la que acaba siendo una doble humillación viniendo de un personaje biológica y simbólicamente tan cercano y relevante—, de su autoritarismo y de su ausencia, incluso como otra forma de violencia (8).

Las investigaciones (1,4) muestran que entre las condiciones necesarias para tener un hijo se mencionan, en primer lugar, las socioeconómicas

(necesidades de una vivienda propia para conformar su núcleo familiar, y un trabajo que genere ingresos para hacer frente a las exigencias económicas familiares y de los hijos pequeños); en segundo, las condiciones personales: el deseo de tenerlos, el cariño, la responsabilidad para asumir las funciones educativas y las obligaciones, y por último la estabilidad de la pareja y las cualidades de las mujeres para ser madres.

El contenido de las condiciones valoradas como necesarias para tener un hijo se centran más en elementos económicos cuanto más distantes están los hombres de la vivencia de la paternidad o cuando este tipo de carencias constituyen parte importante de sus malestares. Se suele asumir un estilo de afrontamiento frente al embarazo y la paternidad centrado en el problema, y el desarrollo de tres estrategias fundamentales (9): la aceptación de la responsabilidad; la búsqueda activa del control de las situaciones de tensión, sobre todo en el plano de la vivienda; y la búsqueda de apoyo social a través de la pareja, de amistades y otros familiares.

Los hombres suelen reproducir como padres el modelo de división sexista del trabajo, a partir del cual asumen la función de proveeduría, en virtud del vínculo con sus compañeras, en lazos de continuidad y ruptura con sus experiencias como hijos y de los condicionamientos de la masculinidad hegemónica.

Figueroa aborda «la soledad en la paternidad» para aludir a las experiencias asociadas a la paternidad que muchos hombres no viven, porque se resisten a cuestionar ciertos modelos dominantes de masculinidad, y trata de mostrarlo como una pérdida de experiencias potencialmente gratificantes y lúdicas, siempre y cuando se evidencie la rigidez de los aprendizajes de género excluyentes y limitantes para los mismos hombres (8,10).

Esta pudiera ser una posible hipótesis al poco uso del ejercicio al derecho de la licencia de paternidad, a la que tienen derecho los hombres cubanos. La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) propuso e impulsó modificaciones a la ley de Maternidad de la Mujer Trabajadora para facilitar la

igualdad en el ejercicio del derecho de mujeres y hombres a participar en la crianza de sus hijos recién nacidos, con garantías laborales de licencia retribuida y resguardo de sus puestos de trabajo. Sin embargo, pocos son los hombres que han ejercido este derecho.

El valor de la paternidad, de los hijos y la familia constituyen los sentidos subjetivos desde los que articulan sus decisiones reproductivas y estrategias de afrontamiento ante el embarazo y la paternidad. Estos se configuran desde la construcción social de la masculinidad, devienen núcleo de tensión para los individuos (11) e involucran la concepción y ejercicio de los derechos sexuales.

Una mirada a la adolescencia...

Cuando se particulariza en la salud sexual reproductiva en la adolescencia, se observa que existe una ruptura en la simetría genérica, pues prevalecen en muchas de las familias de las adolescentes los cánones del hombre como el miembro principal y más significativo, lo que muestra el anclaje a una concepción patriarcal, que deja fuera una concepción de igualdad de los derechos del hombre y la mujer, lo cual se hace patente además en la asimetría ocupacional de hombres y mujeres: los hombres con vínculo laboral y las mujeres sin vínculo, generalmente.

Las valoraciones y creencias relacionadas con la salud sexual y reproductiva son atravesadas por las desigualdades de género, y tienen una presencia relevante en la explicación de la maternidad y fecundidad adolescentes.

Así, el proceso de toma de decisiones con relación al embarazo de una adolescente (4) es mediatizado por los elementos culturales sobre la masculinidad y la feminidad que ya analizábamos antes, pero se agudizan y tienen una repercusión deferente. Los dos ejes distintivos en la construcción de la masculinidad y la feminidad están claramente identificados en el embarazo adolescente: la función de cuidado y la maternidad para las mujeres, y la función de proveedor económico para los hombres. También existen otros elementos vinculados a estos que explican las decisiones

relacionadas con el embarazo en la adolescencia. Entre estos se pueden nombrar:

- La ausencia de negociación en el inicio de las relaciones sexuales y sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- La participación diferenciada en los eventos (exposición al coito, uso de MAC, continuidad o interrupción de la gestación).
- La maternidad como destino en las mujeres. Al decidir la continuación de un embarazo, los hombres son los que más desean que este continúe, otorgando a la mujer un destino, quizá como decían sus madres: «Me casé para parir».
- Las valoraciones sobre el matrimonio. Parece ser que las mujeres jóvenes anhelan y piensan más en el matrimonio que los hombres (1,4).

Las adolescentes se casan o unen con hombres mayores que ellas, son en promedio alrededor de cuatro a seis años más jóvenes que ellos para las de 15 a 19 años, y de siete a diez años de edad como promedio menor que los hombres. Ellos se encuentran más ocupados y pueden tener mayor escolaridad. Mientras que ellas se ubican en una situación de dependencia económica y se centran en labores de cuidado, ellos son compulsados a insertarse en el mercado laboral como proveedores familiares. Esta es la mayor desigualdad y brecha de género en la fecundidad adolescente, y 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 (4).

Involucrar a los hombres, seguir adelante...

La *perspectiva de género* permite identificar los mecanismos sociales que sostienen *la exclusión y la jerarquía entre hombres y mujeres*, pero que a la par podrían *contribuir a definir estrategias para su transformación* (11).

Desde las políticas y el Derecho varios son los textos que hacen alusión a la igualdad de género, a la estimulación de la participación del hombre en todo el proceso de la planificación familiar, pero poco se hace para materializarlas. En Cuba hay que visibilizar aún más la necesidad y la importancia que tiene la incorporación del hombre para lograr una verdadera igualdad entre mujeres y hombres. La mayoría de los programas de salud reproductiva se han centrado en las mujeres y las niñas. Es necesario involucrar más a los hombres y los niños, tanto para comprometerlos en la promoción de la igualdad de género como para responder a sus derechos y necesidades específicas.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (12) refiere en el *Estado de la población mundial 2019* que un creciente número de intervenciones apoyan el papel de los hombres como agentes activos en los procesos reproductivos. Entre estas se cuentan el asesoramiento de parejas, a fin de fomentar la comunicación y la resolución de conflictos, y la educación sexual integral, que hace hincapié en el empoderamiento de las mujeres y las funciones y obligaciones de los hombres. Otras iniciativas han trabajado con grupos de hombres con miras a redefinir las normas masculinas nocivas y romper los patrones que contribuyen a la violencia por razón de género. La licencia de paternidad les permite atender a sus hijos desde el principio, y debería estar más extendida. Entre los numerosos beneficios de la participación de los hombres antes y después del parto, se incluyen la reducción de las probabilidades de depresión preparto y posparto, y el aumento del uso de la atención posnatal. Los programas de salud sexual y reproductiva deben llegar de forma explícita a los hombres como usuarios. Debería aumentar la inversión en métodos anticonceptivos masculinos, así como en servicios que respondan a cuestiones como la disfunción sexual masculina y los cánceres del sistema reproductor.

Pareciera que el mundo avanza en la inclusión de los hombres al tema de la salud reproductiva, pero aún no son lo suficientemente claros y visibles estos avances para dar respuesta a uno de los objetivos de la Conferencia de Población de El Cairo 1994:

...promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar [13].

Conclusiones

El inicio de las relaciones sexuales, la formación de parejas y el paso a la convivencia de los varones transcurren en estrecha conexión con la construcción cultural de la masculinidad, que los impulsa a probar su virilidad, su seguridad y su capacidad de afrontar riesgos y adquirir el control y la búsqueda del placer erótico.

La participación del hombre en las decisiones en torno a la reproducción estuvo matizada fundamentalmente por las características individuales del hombre y la mujer, y el ejercicio de la autoridad relativas al tipo de vínculo y simetría de la pareja y a la concepción diferencial en torno a la reproducción y la concordancia en las intenciones reproductivas.

La relación que se produce entre lo macro, meso y microsocio es fundamental para comprender la posición del hombre en este entramado. La ausencia de acciones reales que lo involucren, más allá de lo declarado en las políticas sociales; el modelo patriarcal enraizado y vigente, el cual se conjuga con sus valores culturales sobre género y sexualidad; y la reproducción con sus sentidos subjetivos en torno a la parentalidad y el valor de hijos/as y familia, pueden aportar elementos para seguir profundizando en este tema.

Se reconoce la declaración y la intencionalidad en los textos de las políticas para la inclusión de los hombres, pero se nota la ausencia de acciones concretas destinadas a conseguir este propósito. Ello pasa por la mirada y la concepción muy arraigada aún del paradigma patriarcal, que hace que la sociedad, la familia y el propio protagonista, el hombre, se limite al ejercicio pleno y de disfrute de los derechos de la salud reproductiva y de la paternidad.

Referencias bibliográficas

1. Quintana L. Cuba: fecundidad y toma de decisiones en torno a la reproducción. *Miradas en contexto*. La Habana; 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341709120_Cuba_fecundidad_y_toma_de_decisiones_en_torno_a_la_reproduccion_Miradas_en_contexto
2. Connell R. *Masculinidades*. 2a ed. en español. México, D.F.: Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p. 112.
3. Rodríguez G. De lo individual a lo social. *Cambios en la fecundidad cubana*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 2013.
4. Molina M. La fecundidad adolescente en Cuba. 2017. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/331586173>
5. Cuba. Informe Nacional Cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) El Cairo, 1994. 2019.
6. De Jesús D, Menkes C. Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*. 2014;(79):73-97.
7. De Keijzer B. «¡Último, vieja!». Socialización y construcción de identidades masculinas. Seminario Internacional «Nuestras niñas, derecho a la equidad desde la infancia»; 1998; México, D.F.
8. Figueroa JG. Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras. En: *IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades*. Montevideo: Universidad de la República, Uruguay; 2011. p. 74.
9. Rodríguez L, Molina M. Afrontamiento al embarazo precoz: una mirada desde la adolescente [tutoría de tesis en opción al título de licenciada en Psicología]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2014.
10. Figueroa JG. La soledad en la paternidad. *Fem. Publicación Feminista Mensual [México]*. 2001;25(218):15-19, 48.
11. Figueroa JG. Algunas reflexiones epistemológicas sobre varones y masculinidades enajenadas. *Sexología y Sociedad*. 2015;21(1):102-18.
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2019. Un asunto pendiente, la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. 2019. p. 126.
13. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1995.

PERCEPCIONES DE LOS HOMBRES SOBRE SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Yoanna Martínez Boloña, Zoe Díaz Bernal

Introducción

La Consulta de Planificación Familiar (CPF) es uno de los servicios encargados de la atención y el cuidado de la salud sexual y reproductiva (SSR) de las personas. Tiene como objetivo lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho a decidir la cantidad de hijos que se desea tener; además de propiciar la salud materna infantil y la maternidad/paternidad comprometida. En general, brinda la orientación oportuna y necesaria para la conformación responsable de la unidad básica de toda la estructura social (1).

Son disímiles los beneficios de ese Servicio, aunque estudios interesados por el tema *género* evidencian una marcada tendencia hacia la participación casi exclusiva de las mujeres, aun cuando se reconoce la importancia de la participación de los hombres en la planificación familiar (PF) y en la disminución del riesgo reproductivo (2).

La no inserción de los hombres en el referido espacio es descrita por estudios sobre PF desarrollados en la región, como una consecuencia lamentable del modelo de salud reproductiva tradicional, que maneja la idea de que la PF es responsabilidad de la mujer, dejando poco lugar o ninguno para que el hombre participe (2).

Esa marginalización masculina también aparece, en cierta medida, por la parcialidad que ejercen los proveedores con respecto a los usuarios

hombres, dado que no los invitan a participar ni les proporcionan información precisa, así como tampoco protegen sus derechos a privacidad y confidencialidad (3).

A partir de la evolución de teorías sobre masculinidades y el interés de organizaciones internacionales por incluir al hombre en los procesos de salud reproductiva, se han trazado disímiles tácticas para lograr ese cometido. Se conocen en la región latinoamericana excelentes estrategias, con las cuales se fomenta la difusión de información sobre PF por medio de redes informales de comunicación. También se han diseñado alternativas que sugieren captar la atención de los hombres a través de redes ya formadas, mediante la incorporación de información y referencias de PF en actividades de desarrollo que están fuera del ámbito de la salud, como los programas de extensión agrícola y protección ambiental. Esta estrategia todavía no se ha expandido a gran escala, pero se ha documentado la experiencia en El Salvador y Honduras (4).

No alejada de la problemática internacional, se reconoce la escasa asistencia y participación masculina como una de las limitantes del Servicio de PF en Cuba, a pesar de que en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo (documento guía para la atención de PF) se expone la necesidad de aumentar la participación del hombre mediante mayor divulgación, información y educación (5).

La falta de educación o información en temas relativos a la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres es la única necesidad identificada y resuelta, con acciones específicas en el programa referido; otras necesidades no son contempladas, situación que repercute de manera directa en la participación infrecuente de ellos en esos servicios (5). El objetivo de la presente investigación es identificar, a partir de las percepciones de los hombres que asisten al Servicio de PF, sus necesidades de atención y la satisfacción de estas, cuestión necesaria e indispensable para el diseño y ejecución de planes, programas y políticas de salud que sean verdaderamente inclusivas, equitativas y, por ende, justas.

Métodos

La investigación consistió en un estudio de carácter descriptivo de corte transversal. La muestra para el estudio se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico «intencional por criterios» de tipo exhaustivo. El grupo investigado estuvo formado por usuarios que cumplieron los criterios de inclusión siguientes:

- personas del sexo masculino;
- residentes en el reparto Antonio Maceo, municipio de Cerro;
- asistentes a la CPF en el Policlínico Antonio Maceo.

Para recabar los datos, se emplearon dos técnicas:

- cuestionario semiestructurado autoadministrado, instrumento aplicado a 22 usuarios hombres que satisfacían los requisitos expuestos;
- grupo de discusión, con 8 de los encuestados que declararon estar de acuerdo con participar en el ejercicio grupal, así como la doctora y la enfermera de la CPF del Policlínico Docente Antonio Maceo.

Tanto en el cuestionario como en el grupo de discusión se exploraron las percepciones de la muestra seleccionada sobre los elementos siguientes:

- atención que se presta en PF: objetivos y utilidad del CPF;
- participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento: concepciones, características y prácticas asociadas a la participación de los hombres en el Servicio de PF;
- necesidades identificadas para la atención de los hombres y su satisfacción: concepciones y prácticas para satisfacer necesidades de atención de los hombres.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación fue obligatorio respetar los cuatro principios éticos básicos. Se solicitó el consentimiento previo de los hom-

bres que formaron parte de la muestra, a quienes se explicaron los motivos del estudio y la utilidad de su colaboración para el alcance de los resultados.

No obstante, en la parte superior de cada instrumento apareció una nota introductoria en la que se expusieron los objetivos a alcanzar, la utilidad de la investigación y la importancia de la participación del sujeto encuestado, así como los parámetros éticos que rigen la investigación científica. Por lo tanto, se dejó claro que ese ejercicio no busca perjudicar desde ningún punto de vista a los participantes, por lo que el equipo de investigación se comprometió a mantener la confidencialidad de ellos y brindar los resultados obtenidos si fueran solicitados. No existieron juicios de ninguna índole sobre la opinión del participante.

Durante la realización del grupo de discusión, se utilizaron grabadoras de audio, a partir del momento en que los participantes brindaron su aprobación.

Resultados

La CPF en Cuba la brindan especialistas con entrenamiento en lo comunitario y enfoque de trabajo multidisciplinario e integral (ginecobstetra, trabajador/a social y enfermera/o obstétrica/o, al igual que pueden insertarse para interconsultas otros especialistas). La consulta se presta en la atención primaria de salud. Estos espacios están dotados con métodos eficaces y modernos de regulación de la fecundidad, orientados a la atención de los casos con más alto riesgo reproductivo. El Servicio que se brinda es especializado en aspectos reproductivos, tanto de anticoncepción como de infertilidad (5).

Atención en planificación familiar

Los encuestados opinaron que planificar la cantidad de hijos/as es una opción necesaria para hombres y para mujeres, por lo que lo identifican como uno de los objetivos y utilidad de la atención que reciben en el

Servicio estudiado. La mayoría percibió la consulta como útil para mujeres y hombres por igual. El resto no logró reconocer esa utilidad y consideraron que ese Servicio solo sirve para que las mujeres obtengan información y orientación sobre los métodos anticonceptivos que deben usar.

Mediante la discusión grupal se debatió sobre los beneficios y ventajas específicas para los hombres y las mujeres. Las opiniones fueron diversas, pero se pueden resumir: la PF permite retrasar la procreación para cuando la «situación económica lo permita», se repare o adquiera «una vivienda» u se obtenga «un buen trabajo», lo que emergió vinculado, en parte, a la importancia que los hombres estudiados le otorgaron a la actividad laboral que desempeñan, pues se consideran sostén económico principal de su familia.

Participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento

A pesar de que los hombres estudiados consideraron necesaria la participación masculina en la PF, no siempre se mostraron dispuestos a garantizar su asistencia a la consulta y dejaron esa responsabilidad a su compañera. El argumento utilizado para justificar su infrecuencia e inconstancia en la asistencia al citado Servicio, estuvo relacionado con su responsabilidad laboral.

Esa percepción se confirmó durante la realización del grupo de discusión. A partir de la expresión «Si me botan del trabajo, ¿después cómo comemos?», se generó un debate sobre la importancia que ellos le otorgan a su actividad laboral y la relación con sus ausencias al Servicio. En esa pregunta se resume la preocupación de muchos acerca de la interferencia de los horarios del Servicio con sus responsabilidades diarias, ya que, según ellos, «el trabajo es muy importante».

Los hombres participantes en la investigación refirieron, durante la realización del grupo de discusión, que eran el sostén económico fundamental en el hogar. Sin embargo, no hacen referencia a la labor (remunerada o no) realizada por sus compañeras como una actividad que interfiere

con los horarios de la consulta e imposibilita la asistencia constante de esas mujeres.

Independientemente de lo infrecuente que resulta la asistencia masculina a la consulta, todos los hombres encuestados asistían. La mayoría de ellos conocieron la existencia de la consulta mediante sus compañeras afectivas. Casi todos afirmaron haber asistido por recomendación de ellas y no por iniciativa propia. De no contar con la mediación de la mujer, ni siquiera conocerían la existencia de ese espacio. Esta intervención femenina también repercutió en los motivos que impulsaron la asistencia de estos hombres y en su actitud ante el Servicio.

Se indagó sobre los sentimientos de los encuestados después de asistir a la consulta. Muchos afirmaron que se sentían satisfechos con su asistencia, razón que argumentaron con criterios resumidos en las ideas siguientes: «complazco a mi esposa», «acompañó a mi esposa», «aprendo sobre los métodos anticonceptivos». Habrá de notarse que ninguno alude a sus necesidades intrínsecas, las que tampoco logran visibilizar ni aprender desde la orientación que reciben en el propio Servicio.

Necesidades identificadas para la atención de los hombres y su satisfacción

Se solicitaron sugerencias para mejorar el Servicio en función de las necesidades propias de los encuestados. Los datos obtenidos reflejan cada una de las inconformidades detectadas en el cuestionario. Se sugiere la adecuación de los horarios de la consulta para que no interfieran con la jornada de trabajo. Algunos proponen un espacio para la PF fuera del policlínico, pues les incomoda acudir al médico sin estar enfermos, y otros concuerdan con que el Servicio debe ser más atractivo para los hombres en otros sentidos más alejados de la propia reproducción biológica.

Crear servicios de SSR exclusivos para hombres, ha sido reflejado en publicaciones científicas como una estrategia con el fin de aumentar la participación masculina a partir de la atención individualizada a los problemas de los varones (6). Según todos los hombres encuestados,

un proyecto similar resultaría ineficaz, aunque los argumentos utilizados tampoco fueron diversos; muchos no lo creyeron necesario, porque no les permitiría interactuar con sus compañeras sentimentales, por lo que opinan más factible no crear un servicio masculino, sino un espacio dentro del servicio habilitado solo para ellos.

Durante la discusión grupal, estos hombres sugirieron al personal de salud presente:

- lograr dirigir la atención a la pareja y no solo a la mujer durante una CPF;
- crear mecanismos para divulgar la existencia de la consulta en el área de salud;
- elevar la educación en temas de sexualidad en los hombres.

Necesidades de atención identificadas con vistas a mejorar el Servicio

- 1) La consulta debería tener un horario lo suficientemente flexible o negociable, para que los hombres adecuaran su asistencia, según horarios de trabajo.
- 2) Hacer atractivo el Servicio para los hombres con acciones dirigidas exclusivamente a ellos como población diana y no como beneficiario colateral de las aplicadas a la mujer.
- 3) Crear espacios para brindar consultas individuales de forma separada para ambos miembros de la pareja.
- 4) Necesidad de crear mecanismos para divulgar la existencia de la consulta en el área de salud.
- 5) El Servicio de PF requiere atender las brechas en cuanto a la satisfacción de las necesidades de la pareja como conjunto y de los hombres en específico, vistas en:
 - Las decisiones relativas al embarazo (número de hijos y espacio entre embarazos) deben incluir al hombre de manera participativa y responsable, y no como espectador.

- La elección de los métodos anticonceptivos debe incluir la participación del hombre como parte de la pareja. Existencia de una mayor diversificación y divulgación de los anticonceptivos masculinos.
- Los temas relativos a la sexualidad masculina deben tratarse.

Discusión

Dentro del contexto de búsqueda de igualdad en las relaciones de género, las necesidades o intereses de género de los hombres se asocian al cuestionamiento y ruptura, por parte de ellos, de estereotipos de masculinidad hegemónica que afectan adversamente no solo a las mujeres y otros individuos, sino también su propio bienestar físico, psicológico y social (7).

Interpretar las normas sociales como naturales, aleja a los hombres de la posibilidad de recibir servicios diseñados y útiles para su salud. La formación de la identidad masculina sobre esos parámetros sociales limita el acceso masculino a los servicios y, por ende, resta calidad a la atención porque no se logra brindar a toda persona sin distinción, y por demás no completa el enfoque a la pareja (8,9).

En el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo se declara, como población beneficiaria, a las parejas compuestas por hombres y mujeres, incluidas las infértiles (5), pero pareciera que las concepciones, percepciones y representaciones de los hombres encuestados limitan esa meta a la atención casi exclusiva de las mujeres.

Atención en planificación familiar

La PF es, según estos hombres, una herramienta para el aplazamiento del embarazo hasta mejorar la economía familiar y las condiciones de vivienda antes de la procreación, lo cual constituye un aspecto positivo,

pues garantizar esas condiciones también influye en la disminución del riesgo preconcepcional. Esta postergación de la parentalidad —formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos respecto a la maternidad y la paternidad—, de la que han dado cuenta otras investigaciones en el contexto cubano (10), podría estar influyendo, junto a conductas sexuales inapropiadas, en que se arribe al momento de la procreación con edades consideradas de riesgo no solo para la descendencia, sino que también coloquen en riesgo la posibilidad de la propia concepción, lo que sumado a condiciones de salud desfavorables, comprometen la SSR de la pareja. Estos aspectos deberían contemplarse también en las estrategias educativas que hay que promover desde este tipo de Servicio.

Es cierto que los encuestados perciben la utilidad de la CPF como positiva, conocen el objeto y los servicios que brinda este espacio, y entienden la importancia de su participación, pero no son capaces de argumentar esa posición con opiniones en las que no solo se asuman como acompañantes de la mujer o expresen motivaciones intrínsecas.

Las concepciones y representaciones sobre la sexualidad, anticoncepción y PF de los encuestados pueden repercutir directamente en su asistencia e identificación con el Servicio; por lo tanto, la educación, la orientación o la información (única necesidad planificada a satisfacer con acciones concretas en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo) resultan un ejercicio válido, pero en la práctica su efectividad podría ser limitada (5).

Incorporar los problemas de salud de los hombres a la dinámica cotidiana del Servicio de PF, con el fin de darles solución, solo es posible mediante la transversalización del género en las políticas de salud sexual y salud reproductiva del país, situación que implicaría incursionar en un largo proceso de replanteamiento de identidades construidas bajo la influencia del modelo hegemónico (de gestores/as de programas, de prestadores/as de salud, de usuarios/as de servicios, de todas/os en una sociedad), lo que no es algo simple, ya que supone reconocer diferen-

cias, negociar libertades, asumir responsabilidades y, sobre todo, resolver conflictos de manera colectiva (7).

Participación de los hombres y acciones para su fortalecimiento

La actividad laboral resultó otra categoría para explicar la escasa participación de los hombres a partir de los propios varones encuestados. Según teorías de género y estudios de masculinidades, el rol de proveedor es otorgado socialmente al hombre, y acatar estas responsabilidades impuestas deviene daño a la salud de estos y de las mujeres (8). En el caso de los encuestados, asumir ese modelo hegemónico de masculinidad como identidad, los aleja de recibir cuidados de salud equitativos con respecto a su compañera de vida.

La división del trabajo por sexo es reconocida, en la literatura científica, como el eje de las diferencias sociales entre las mujeres y los hombres. Las actividades remuneradas se suelen vincular con predominio a los hombres, mientras que las actividades domésticas y de cuidado de los miembros de la familia dentro del hogar son desempeñadas, sin remuneración, principalmente por las mujeres. Producto de transformaciones sociales y de la evolución del pensamiento de las personas, las mujeres están ingresando de manera creciente al mercado de trabajo remunerado, aunque las responsabilidades domésticas y familiares continúan recayendo básicamente en su dominio (8).

Una vez más pareciera que la verdadera justificación para ese comportamiento está en la manera en que esos hombres construyen y conciben su propia identidad, ejercicio que realizan bajo la influencia de patrones característicos del modelo hegemónico de masculinidad. Estos cánones designan en la mujer toda responsabilidad relativa a los aspectos reproductivos de ambos miembros de la pareja.

La asistencia de los hombres encuestados al Servicio es un acto infrecuente. La verdadera razón de la concurrencia es la mediación y la influencia ejercidas por sus esposas y no precisamente por sentirse elemento importante

en la PF. Ese resultado también coincide con otras investigaciones relativas al tema *género*, las cuales describen cómo los hombres, en su intento de reprimir todo lo femenino, no deben mostrar fragilidad, y la enfermedad es sinónimo de debilidad. Por ello, acudir a los servicios de salud resulta un atropello a su masculinidad, ya que esa visita solo se justifica si su objetivo es cuidar o complacer los caprichos de su «frágil» mujer (7).

Necesidades identificadas para la atención de los hombres y su satisfacción

La falta de identificación masculina con el Servicio, resultado de la falta de inclusión de estos hombres, deviene ausencia definitiva de estos individuos en la CPF. Nótese la incongruencia entre lo que ellos perciben y lo que realmente ocurre en la práctica. A pesar de entender la participación masculina como importante en la PF, no comprenden la necesidad de su asistencia constante.

Es necesario no olvidar que estos usuarios actúan de acuerdo con la norma social: siguen y reproducen estereotipos enraizados y naturalizados a partir del proceso de socialización. Transformar tal situación implicaría reconstruir la forma en la que personas concretas se perciben con capacidad, con autoridad y con soporte social para cuestionar tales estereotipos. Implica que hombres y mujeres vivan con disposición a reinventarse como personas y a redefinir su identidad genérica, más allá de especializaciones excluyentes (9).

A criterio de las autoras, una tarea de esa magnitud es posible, aunque difícil. Sin embargo, una solución más factible es:

- incluir en el programa guía para la PF en Cuba la identificación de necesidades de atención en SSR de hombres y mujeres, traducida en categorías, indicadores y acciones explícitas, sin que queden diluidas en el discurso;
- profundizar en la formación del personal de salud sobre las teorías de género y las ciencias sociales, útiles en la detección de

cuestiones socioculturales que intervienen y limitan la atención hacia procesos no equitativos e injustos.

Conclusiones

En la CPF estudiada no se satisfacen las necesidades de atención, según las percepciones de los hombres usuarios, y solo se trata de satisfacer la única identificada desde el programa rector: la información y la educación sexual a los hombres.

Referencias bibliográficas

1. Centro de prensa. Planificación familiar. Nota descriptiva. 2013 [citado: Oct 2014];(351). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. Rodríguez V, Castañeda IE, Rodríguez A, Díaz Z, Lozano A. Necesidad del abordaje de los estudios de la salud sexual y reproductiva en el hombre. Rev. Cub. de Salud Pública. 2013;39(1):65-9.
3. OPS/OMS. Plan Estratégico de Transversalización. Perspectiva de Género en Salud 2014-2018 en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. 2014 [citado Nov 2014]. Disponible en: <http://www.cide.edu/docs/buenas-practicas/equidad-enero/PPSalud.pdf>
4. Forelt J, Lundgren R, Mendoza I, Valmaña DM, Canahuatl J. Estrategias para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva: de la administración de la granja a la administración de la familia. Documentos de trabajo. 1998 [citado Dic 2014];(10). Disponible en: http://irh.org/wp-content/uploads/2013/05/Cultivating_Mens_Interest_SPA.pdf
5. MINSAP. Comisión nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. Marco conceptual, programa plan estratégico. La Habana; 2001.
6. Schutter M. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. Rev. Panam. Salud Pública [serie en

- Internet]. 2000 [citado Nov 2013];7(6). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n6/2358.pdf>
7. Tájer D. Género y salud. Las políticas en acción. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2012.
 8. Gómez E. Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. OPS. WDC. 2011 [citado Nov 2014]. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26259/mod_folder/content/0/Lectura_basica_M3Elsa_G.pdf?forcedownload=1
 9. González JC. Masculinidades, generando el debate. En: Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010. p. 9-18.
 10. Díaz Z. Representaciones socioculturales de la infertilidad y su atención en los servicios de salud [tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.

INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA ERECCIÓN DEL PENE

Yamira Puentes Rodríguez

Introducción

Son múltiples y muy variados los efectos del alcohol en la función sexual. Para que exista un correcto funcionamiento en todas las etapas de la respuesta sexual humana, debe presentarse una adecuada integración del sistema neuro-inmuno-endocrino-vascular. Prácticamente todos los sistemas interactúan, de una manera u otra, en el complejo mecanismo de la función sexual.

Los estudios sobre masculinidades acotan en su mayoría que los hombres deben «hacerse» asumiendo ciertos atributos y roles, los cuales constituyen instrumentos sociales para negociar estatus y poder. Sin embargo, el proceso de «hacerse hombre» conlleva ciertos riesgos: violencia, consumo de sustancias —entre estas la más frecuente como factor «hacedor» de hombre/macho-varón-masculino es sin duda el alcohol—, dificultad para expresar sufrimiento, mayores tasas de suicidio y homicidio. Dentro de este «proceso distorsionador», en los varones se ha suscrito la creencia popular de que el alcohol mejora la actividad sexual y muchos inician el consumo con este objetivo, sin el más mínimo conocimiento de los daños potenciales que la sustancia puede provocar a corto, mediano y largo plazo, o los efectos de la expectativa que lleva implícito asumir que el alcohol mejora la actividad sexual.

Aunque se han hecho progresos considerables en el tema de las adicciones, las que constituyen temas prioritarios en las agendas de los decisores en materia de salud, muchas cuestiones importantes permanecen todavía sin resolver, como las relacionadas con las implicaciones del alcohol en la sexualidad de los sujetos afectados y la influencia de las

masculinidades heteronormativas en el inicio, el mantenimiento y la alta permisividad que tiene el consumo de alcohol en gran parte del mundo, incluyendo a nuestro país.

La relación alcohol/sexualidad/disfunción eréctil es compleja y lo mismo puede inferirse que la disfunción eréctil (DE) predispone al consumo de alcohol, actúe como mantenedor de la dependencia o precipite las recidivas. Igualmente puede predisponer a otras comorbilidades: depresión, ansiedad, intentos suicidas, suicidios, cuadros psicóticos, dificultades en la relación de pareja y otras.

Fisiopatología de la erección

La erección del pene es una respuesta fisiológica en la que participan complejos mecanismos vasculares, neurológicos y endocrinos. Se inicia mediante estímulos sensoriales que se generan en los órganos genitales y/o de los estímulos psicógenos, visuales, auditivos y táctiles, entre otros, que se trasladan hacia el cerebro a través de las vías nerviosas (1,2).

Varias regiones en el cerebro son claves en el proceso de erección, fundamentalmente el núcleo preóptico medial y el núcleo paraventricular del hipotálamo; estos centros están conectados con el rinencéfalo y la corteza cerebral. Asociados a estas vías existen varios neurotransmisores, entre los que se encuentran serotonina, dopamina, oxitocina y noradrenalina. Desde el hipotálamo se genera un nuevo mensaje que, a través de la medula espinal, se conecta con el centro toraco-lumbar y el parasimpático sacro.

Estas conexiones pueden modular el flujo de la información, facilitando o inhibiendo la erección refleja. Por último, a través de los nervios erectores llegan hasta las terminaciones nerviosas de los cuerpos cavernosos, donde se produce la liberación del *óxido nítrico* que pone en marcha la erección al aumentar los niveles de AMPc, GMPc. Las vías parasimpáticas son erectógenas y las simpáticas inhiben la erección (1).

En la estimulación sexual, los impulsos nerviosos causan la liberación de los neurotransmisores de las terminales del nervio cavernoso y de factores relajantes de las células endoteliales en el pene, lo que trae como consecuencia la relajación de la musculatura lisa en las arterias y arteriolas que abastecen el tejido eréctil, provocando un incremento en el flujo sanguíneo del pene. Al mismo tiempo, la relajación del músculo liso trabecular aumenta la distensibilidad de las sinusoides, para facilitar el rápido llenado y la expansión del sistema sinusoidal. Así, el plexo venoso subtúnica es comprimido entre las trabéculas y la túnica albugínea, lo que da como resultado la oclusión casi total del flujo venoso. Estos acontecimientos atrapan la sangre dentro de los cuerpos cavernosos y llevan al pene de una posición de flaccidez a una de erección con una presión intracavernosa de aproximadamente 100 mm Hg (fase de erección completa) (2-4).

Se conocen tres tipos de erecciones: psicógena, reflexógena y nocturna (3):

- La erección psicógena es el resultado de los estímulos audiovisuales o de fantasías. Los impulsos desde el cerebro modulan los centros de erección de la médula espinal (T11-L2 y S2-S4) para activar el proceso de erección.
- La erección reflexogénica se produce por estímulos táctiles en los órganos genitales. Los impulsos llegan hasta los centros de erección espinal y algunos continúan por la vía ascendente, dando lugar a la percepción sensorial, mientras que otros activan los núcleos autónomos para enviar mensajes a través de los nervios cavernosos del pene e inducir la erección.
- La erección nocturna ocurre principalmente durante la fase REM del sueño. Durante el sueño REM, las neuronas colinérgicas se activan en el tegmento pontino lateral; las neuronas adrenérgicas, en el *locus coeruleus*; y en las neuronas serotoninérgicas, el rafe del cerebro medio está silente. Esta activación diferencial puede ser responsable de las erecciones nocturnas durante el sueño REM.

Efectos del alcohol en la erección

La presencia del consumo de alcohol es casi obligatoria en los contextos sociales y es conocido por su efecto inhibitor, sea para tener el coraje de acercarse a alguien como para relajarse o «bajar la guardia». Para ilustrar este comentario, hay un dicho en inglés que dice «*God made alcohol as a social lubricant to make men brave and to make women loose*» (Dios hizo el alcohol como un lubricante social para envalentonar a los hombres y soltar a las mujeres) (5).

Los efectos del alcohol sobre la respuesta sexual varían de manera considerable y en general se puede considerar que pertenecen a tres categorías (6):

- 1) *Efectos farmacológicos a corto plazo.* Los efectos inmediatos son producidos por resultado directo del etanol.
- 2) *Efectos de la expectativa.* Respecto a la persona que no es alcohólica pero que toma una o más copas en una noche particular y después tiene interacción sexual, existe una combinación de dos efectos: los efectos de la expectativa y los efectos farmacológicos en sí. Muchas personas tienen la expectativa de que el alcohol los hará sentirse más relajados, haciéndolos ser más sociables y sexualmente desinhibidos. Estos efectos de la expectativa producen en sí mismos un aumento de la excitación fisiológica y en la sensación subjetiva de excitación. Sin embargo, los efectos de la expectativa interactúan con los efectos farmacológicos y funcionan principalmente a bajas dosis; es decir, cuando solo se consume una pequeña cantidad de alcohol. A niveles más altos de dosificación, el alcohol actúa como un depresor y la excitación sexual se suprime de manera notable tanto en los hombres como en las mujeres.
- 3) *Efectos a largo plazo del abuso crónico del alcohol.* Son producidos por las enfermedades secundarias generadas por el consumo reiterado, ya mencionadas con anterioridad en el documento de investigación, así como los efectos relacionados con los factores socioculturales que tanto inciden en este tipo de paciente.

El alcohol «en dosis altas retarda el proceso de excitación, ocasiona pérdida de coordinación, y en consumo frecuente bloquea la respuesta sexual y provoca disfunción eréctil» (7).

Epidemiología de la disfunción eréctil en la dependencia al alcohol

Si bien la respuesta sexual tiene requisitos biológicos de base, esta se experimenta habitualmente en un contexto intra e interpersonal y cultural. La función sexual supone una compleja interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos (8).

Las drogas, sobre todo el alcohol por considerarse «la droga modelo», están fuertemente asociadas con las distintas experiencias y prácticas sexuales, iniciación sexual temprana, conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados, violencia sexual, aborto y disfunción sexual causada por uso crónico de sustancias.

Al decir de Vázquez García, los varones son «factores de riesgo» para mujeres y niños/as (por ejemplo, mediante la violencia doméstica, las infecciones sexualmente transmitidas y los embarazos no deseados); para otros hombres (homicidios y lesiones); y para ellos mismos (por medio de las adicciones a sustancias y muertes por suicidio) (9).

En los últimos años el crecimiento del consumo de alcohol ha alcanzado niveles realmente alarmantes a nivel mundial, aunque los niveles de consumo más altos se siguen observando en los países desarrollados, en particular en la región europea y en la de las Américas. No es de extrañar, por lo tanto, que el incremento de la dependencia al alcohol y con ello el aumento de sujetos con DE también surgieran (10).

La prevalencia de disfunción sexual en la dependencia al alcohol es alta y variable, con resultados dispares según las fuentes consultadas. Hay autores que consideran que los estudios sobre el impacto del uso y abuso de sustancias, como el alcohol, en la función sexual humana tienen limitaciones debido a:

- muestras pequeñas y no generalizables;
- falta de diseño de la investigación o de comparación con grupos controlados;
- confianza en la información referida;
- falta de especificación (o control) de los efectos de las dosis de alcohol, las expectativas, los efectos sociales influyentes y el consumo de múltiples sustancias (11).

En estudios publicados anteriores a 1983 se encontró una prevalencia de DE que oscilaba entre 3.2 % y 64.4 %. Algunos estudios observan que ni el diagnóstico ni la cantidad de gramos de alcohol consumido, ni la situación de abstinencia o consumo influyen en el funcionamiento sexual global, obteniendo prevalencia similar a la esperada en población sana (12). Sin embargo, la literatura científica ofrece resultados contradictorios sobre este tema y son muchas las aportaciones que muestran que el abuso crónico del alcohol afecta la función sexual.

Un estudio comparativo recoge cifras del 63 % de DE en los hombres alcohólicos frente al 10 % en el grupo control. La DE en el varón dependiente al alcohol la relacionan también con el nivel de educación, el desempleo, el inicio en el consumo de alcohol a temprana edad y el hábito de fumar a largo plazo (21). Otros autores refieren 75 % de prevalencia de disfunción sexual, medida como DE, libido baja y eyaculación precoz y tardía (13).

En cuanto a la repercusión sexual tras la abstinencia al alcohol, comprobaron en varones que la prevalencia de disfunciones sexuales era muy alta durante el periodo de consumo de alcohol (86 %) y se reducía a la mitad en la abstinencia (41 %), y que su prevalencia estaba en relación directa con la edad y la cantidad de alcohol consumido (14).

Por su parte, otros autores apuntan que el 41 % de alcohólicos presenta problemas de erección en algún momento después de establecido el diagnóstico; esta investigación constata que el alcohol afecta a uno de cada tres hombres (queda sin especificar si no se obtiene en ningún

grado, se obtiene parcialmente o se pierde a lo largo de la relación) (15). En el estudio TIRESIAS, investigación realizada en veintisiete provincias españolas, se indica que las personas que se encuentran en tratamiento por alcoholismo presentaban 49.4 % de DE, siendo la diferencia estadísticamente significativa con el grupo control (16).

En Cuba, como se comentó antes, en un estudio del Hospital Psiquiátrico de La Habana (17), de 27 hombres alcohólicos en tratamiento de deshabitación compartieron el primer lugar de las disfunciones sexuales: el deseo sexual hipoactivo y la DE (66.7 %).

A pesar de la alta prevalencia de la DE y el impacto indiscutible que tiene sobre la autoestima y la calidad de vida de los hombres, la DE sigue siendo infradiagnosticada, debido al entorno social y cultural que estimulan el miedo y la vergüenza a consultar, hecho desafortunado debido a que en la mayoría de los casos esta entidad tiene un manejo médico exitoso. El autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud, es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. Al contrario, cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino (18).

La falta de control sobre los factores fisiológicos, psicológicos, ambientales y culturales que podrían alterar la relación entre el consumo de alcohol y la función sexual también hace que sea difícil obtener conclusiones sobre los mecanismos causales directos. A pesar de estas limitaciones, se puede afirmar que el consumo crónico de alcohol tiene un claro efecto deletéreo en el funcionamiento sexual para muchas personas.

Etiología de la disfunción eréctil en sujetos dependientes al alcohol

De manera general la etiología de la DE ha ido modificándose en la medida en que aumentan las técnicas diagnósticas para explorar las posibles causas de su origen, a lo que se suma el envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas que repercuten de manera importante en la sexualidad humana.

En la actualidad se consideran minoritarias las causas psicógenas puras, pues se informa que constituyen de 5-10 % de las DE; en la guía de DE colombiana se plantea que la causa psicógena pura es rara (19).

A pesar de estos planteamientos, en el protocolo de atención a la DE en Cuba (20), se toma como acuerdo que en la etiología de la DE existe la conjunción de factores orgánicos y psicológicos. Así su estudio etiológico se agrupa en:

- predominantemente orgánica,
- predominantemente psicógena,
- mixta,
- desconocida.

A pesar de los estudios existentes de mayor profundidad y relevancia, resulta difícil concretar con mayor exactitud la etiología del consumo de sustancias adictivas en la respuesta sexual, ya que estas sustancias llevan implícitos, además de los efectos farmacológicos, otros factores: dosis, predisposición psicológica, motivación, experiencia, momento temporal actual de la persona que la consume, expectativas del encuentro, pareja sexual, rasgos de personalidad... Así, la sustancia concreta es una variable importante, pero una más dentro de todas las posibles (21).

Predominantemente orgánica

El consumo continuado de alcohol suele producir un serio deterioro orgánico con trastornos endocrinos, neurológicos y circulatorios irreversibles, que menoscaban de forma permanente la respuesta sexual. De hecho, el consumo prolongado de alcohol llegó a considerarse como la segunda causa, después de la diabetes, de DE de origen orgánico.

Trastornos endocrinos

El abuso diario de bebidas alcohólicas puede causar un efecto tóxico directamente sobre el eje hipotálamo hipofisario y sobre las gónadas (11,21).

El alcohol disminuye las cifras de testosterona por un mecanismo central (inhibiendo la secreción del factor hipotalámico liberador de hormona luteinizante o LH) o periférico (por un efecto directo sobre las células de Leydig testiculares) (11). El consumo crónico y elevado de alcohol produce atrofia testicular y altera la espermatogénesis (20). Se estima que el 5-15 % de varones con DE en la dependencia al alcohol presentan niveles séricos disminuidos de testosterona. La testosterona desempeña un papel fundamental en la fisiología de la erección tanto a nivel central como periférico (14).

Relacionado con el rol de los estrógenos, no se conoce bien el papel del estradiol en la regulación del mecanismo de la erección, aunque se sabe que cifras elevadas de este pueden producir signos de feminización y alteraciones en la función eréctil. Los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas presentan con frecuencia descenso del deseo sexual y DE, así como la aparición de características sexuales femeninas como ginecomastia, atrofia testicular y redistribución del vello. Altos niveles de estrógenos inhiben la producción de hormona luteinizante (LH), con la consiguiente reducción de la testosterona (14).

Igualmente se conoce que la hiperprolactinemia y las alteraciones de la función tiroidea presentan anomalías en la función sexual, y se reportan en individuos con dependencia al alcohol alteraciones en ambas hormonas. La prolactina es una hormona secretada por la pituitaria que disminuye el deseo y respuesta sexual del varón. El síntoma más importante de hiperprolactinemia es la DE (aparece en el 88 % de los casos), típicamente asociado a pérdida del deseo sexual, aunque no necesariamente. Diversos autores plantean la posibilidad de que más que una relación directa entre niveles de prolactina y testosterona y la función sexual, esta esté condicionada por otros factores, como una estructura heterogénea de complejos PRL (11).

Alteraciones del Sistema Nervioso Central

En el cerebro de los mamíferos existe un sistema neuronal regulador de los efectos de los estímulos naturales que permiten la supervivencia de las

especies. Este sistema, conocido como circuito de reforzamiento y recompensa, es afectado también por otro tipo de estímulos no naturales, como las drogas de abuso (3). Este circuito neuronal comprende al sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (ATV), núcleo accumbens [NAcc] y corteza prefrontal (CPF) y al núcleo central de la amígdala. El etanol incrementa la frecuencia de disparo de las neuronas dopaminérgicas (DAérgicas) en el ATV, lo que trae como consecuencia una liberación potenciada de dopamina (DA) en el NAcc. Este evento es fundamental en los efectos reforzadores del alcohol y otras drogas de abuso. Además de la DA, el etanol afecta otros sistemas de neurotransmisores y neuromoduladores en el cerebro, incluyendo el ácido gama-aminobutírico (GABA), el glutamato, la serotonina y los péptidos opioides (22).

Este sería grosso modo el substrato neurobiológico que justifica las alteraciones del alcohol en el Sistema Nervioso Central.

Algunos estudios en humanos y en modelos animales han mostrado que exposiciones cortas a dosis altas de etanol pueden producir lesiones moderadas en regiones cerebrales específicas, aunque también se ha reportado la desaparición del daño tras un periodo corto de privación de la droga (de tres a siete días). En contraste, la exposición crónica a dosis intoxicantes de etanol afecta la mayoría de las estructuras cerebrales. A pesar de que existe una recuperación del daño y de las funciones afectadas si se suspende el uso de la droga, la reparación no es total (22).

Las alteraciones en las funciones neurológicas que se observan comúnmente en los pacientes alcohólicos, comprenden déficits en la resolución de problemas abstractos, el aprendizaje verbal y visual-espacial, la memoria y las habilidades motoras, alteraciones que de una forma u otra afectan la función sexual de los individuos (23).

La DE es un síntoma centinela de la neuropatía autonómica cardiovascular en los sujetos dependientes al alcohol. El consumo crónico de alcohol disminuye los niveles de vitamina B1, B6, ácido fólico y ácido nicotínico, factores necesarios para una correcta mielinización (11).

Trastornos cardiovasculares

El alcohol ejerce una influencia nociva no solo en el estado vascular del individuo, sino que contribuye a la aparición de trastornos sexuales en los mismos. La ingesta de alcohol puede causar DE, y es en muchos casos responsable del inicio de un ciclo vicioso de fallo-ansiedad-fallo (12).

La presencia de alteraciones sexuales es frecuente en casos de hipertensión arterial, pudiendo considerarse al hipertenso como un individuo con muchas probabilidades de llegar a ser portador de una DE, dado que está bajo una triple amenaza. La hipertensión de por sí puede provocar una disminución de la producción de los neurotransmisores de la erección. Las consecuencias arteriales de la hipertensión provocan alteraciones a nivel de la pared arterial, y el tratamiento de la hipertensión puede provocar alteraciones en el ciclo eréctil.

También se ha observado una asociación directa entre el consumo de alcohol y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, de manera que un aumento en el consumo de bebidas alcohólicas aumentaría también el riesgo de que se produzca algún tipo de enfermedad cardiovascular, consideradas un factor de riesgo de primer orden en la aparición de DE (24,25).

Está claramente aceptado que la enfermedad cardiovascular predice la incidencia de DE, sobre todo porque ambas condiciones comparten los mismos factores de riesgo. Los mecanismos fisiopatológicos que se invocan, son: disfunción endotelial, oclusión arterial e inflamación sistémica. A la inversa, también se ha postulado la hipótesis de que *la DE podría ser un marcador de futuro de eventos cardiovasculares* (25-27).

Predominantemente psicógena (16)

Se produce por inhibición psicológica del mecanismo eréctil, en ausencia de daño físico. Entre los factores psicológicos descritos por Cabello

Santamaría, se recogen factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción sexual.

a) Predisponentes:

- educación moral y religiosa restrictiva;
- relaciones entre los padres deterioradas;
- inadecuada información sexual;
- experiencias sexuales traumáticas durante la infancia;
- inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años;
- modelos familiares inadecuados;
- trastornos de personalidad.

b) Precipitantes:

- disfunción sexual previa;
- problemas generales de la relación de pareja;
- infidelidad;
- expectativas poco razonables sobre la sexualidad;
- reacción a algún trastorno orgánico;
- fallos esporádicos;
- edad (cambios en la respuesta sexual como consecuencia de esta);
- depresión, ansiedad, anorexia nerviosa;
- estrés;
- experiencias sexuales traumáticas;
- momentos especiales: episodios de cansancio, ansiedad o depresión.

c) Mantenedores:

- ansiedad ante la interacción sexual;
- anticipación del fallo (profecía autocumplida);
- sentimientos de culpa;
- falta de atracción entre los miembros de la pareja;

- problemas generales en la relación;
- deterioro de la autoimagen;
- información sexual inadecuada;
- escasez de estímulos eróticos;
- miedos o fobias específicas: miedo a la intimidad, al rechazo, al cuerpo de la pareja, al embarazo y a la pérdida de control;
- escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito;
- trastornos mentales: depresión, alcoholismo, anorexia y ansiedad.

Resultan factores tanto precipitantes como mantenedores de DE la ansiedad de ejecución, no solo en el momento de la actividad sexual, sino como pensamiento recurrente, y constituyen aspectos cognitivos que favorecen actitudes de autoobservación, autoexigencia y rol de espectador ante el desempeño sexual (28).

Mixta

Es la causa más frecuente de DE, pues ocupa el 45 % de todos los casos diagnosticados.

Existen DE con etiología desconocida o de origen inexplicable (5 %) (28).

Conclusiones

- 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 DE y el impacto indiscutible que tiene sobre la autoestima y la calidad de vida de los hombres, la DE sigue siendo infradiagnosticada, debido al entorno social y cultural que estimulan el miedo y la vergüenza a consultar por el varón.

- La DE podría ser un marcador de futuros eventos cardiovasculares, de ahí la importancia de investigar en los sujetos con dependencia al alcohol su funcionamiento cardiovascular.
- Aun cuando no se diagnostique un trastorno orgánico en sujetos con DE y dependencia al alcohol, recuérdese que en alrededor del 70 % de ellos la DE obedece a causas orgánicas/mixtas.

Referencias bibliográficas

1. Fragas VR. Guía práctica para la atención integral a la disfunción eréctil. En: García C, Fragas R, Alfonso A, Arrue I, coordinadores. Salud sexual y práctica sexológica. Ciudad de La Habana: Editorial CENESEX; 2008. p. 9-33.
2. Dean RC, Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am. 2005;(32):379.
3. Martínez-Salamanca JI, Martínez-Ballesteros C, Portillo L, Gabancho S, Moncada I, Carballido J. Fisiología de la erección. Arch Esp Urol. 2010;63(8): 581-8.
4. Zaazaa A, Bella A, Shamloul R. Drug addiction and sexual dysfunction. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. 2013;42(3):585-92.
5. Diehl A, Pillon SC, Jordán, MJ. Sexualidad y drogadicción. En: Oswaldo Rodríguez M Jr., organizador. Cuestiones básicas para la sexología latinoamericana. Vol. 1. São Paulo: Editora Instituto Paulista de Sexualidade (Inpases); 2014. p. 261-86.
6. George WH, Stoner SA. Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. Annual Review of Sex Research. 2000;(11):92-124.
7. Cruz H. Disfunción sexual por adicción a drogas de abuso: alcohol, marihuana, cocaína y crack en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente [tesis]. Universidad de Oriente; 2012. p. 46-7.
8. World Association for Sexual Health. «Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico». Minneapolis; 2008.

9. Vázquez García V, Castro R. Masculinidad hegemónica, violencia y consumo de alcohol en el medio universitario. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2009;(14)42:701-19.
10. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Alcoholismo. Estadísticas mundiales. Factográfico de Salud [serie en Internet]. 2017 Feb [citado 5 May 2017];3(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/02/factografico-de-salud-febrero-20172.pdf>
11. Fernández O. Alteraciones de la esfera sexual en pacientes con trastorno por consumo de alcohol y su repercusión en la calidad de vida [tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=52658>
12. George WH, Davis KC, Norris J, Heiman JR, Schacht RL, Stoner SA, Kajumulo KF. Alcohol and erectile response: The effects of high dosage in the context of demands to maximize sexual arousal. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2006;14(4):461-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/1064-1297.14.4.461>
13. EN SALUD, Observatorio Venezolano de Riesgo. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. *La Sociedad Venezolana de Cardiología*. 2014;34(2):128.
14. Martínez-Jabaloyas JM. Prevalencia de co-morbilidad en pacientes con disfunción eréctil. *Actas Urológicas Españolas*. 2013;37(1):33-9.
15. Mestre M. Proyecto Amigò en Castellón. Estudio sobre disfunciones y consumo de drogas. *Archivos de Proyecto Hombre Castellón*; 2002.
16. Del Río FJ, Cabello F. TIRESIAS (types of sexual response and substance addiction). *J Sex Med*. 2011;8(Suppl. 5):387.
17. Dios E, Pérez P, Batista A. Alcohol contra sexualidad. Aspectos biológicos y psicosociales en el consumo agudo, a largo plazo y prenatal. *Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana*. 2011;8(1).
18. Kumsar NA, Kumsar S, Dilbaz N. Sexual dysfunction in men diagnosed as substance use disorder. *Andrología*. 2016 Mar 4. doi:10.1111/and.12566. PMID: 26940022
19. Ceballos MP, Álvarez Villaraga DJ, Silva Herrera JM, Uribe FJ, Mantilla D. Guía de disfunción eréctil. *Sociedad Colombiana de Sexología*. Uro

- Colomb. 2015;24(3):[22 pantallas]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1491/149143142010.pdf>
20. Castelo Elías-Calle L, Romero Hung M, Aguilar Amaya RJ, Blanco E. Protocolo de atención a la disfunción eréctil. *Sexología y Sociedad* [serie en Internet]. 2016 [citado 22 Jun 2017];22(2). Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/603>
 21. Celada Rodríguez PJ, Celada Roldán M, Tárraga Marcos C, Salmerón Ríos ML, Sadek R, Tárraga López IM. Factores influyentes en la aparición de disfunción eréctil. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2016;1(3):107-14.
 22. Grammatopoulos TN, Jones SM, Yoshimura M, Hoover BR. Neurotransplantation of stem cells genetically modified to express human dopamine transporter reduces alcohol consumption. *Stem Cell Res Therp*. 2010;(1):36. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/scrt36>
 23. Hernández-Fonseca K, Martinell P, Reyes-Guzmán C, Méndez M. Does chronic alcohol exposure induce neurodegeneration in the rat Central Nervous System? *Salud Ment* [serie en Internet]. 2015 Jun [citado 10 Jul 2017];38(3):167-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252015000300167&Ing=es;http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.024
 24. San Mauro-Martín I, De la Calle-De la Rosa L, Sanz-Rojo S, Garicano-Vilar E, Ciudad-Cabañas MJ, Collado-Yurrita L. Enfoque genómico en la enfermedad cardiovascular. *Nutrición Hospitalaria* [serie en Internet]. 2016 [citado 17 Jul 2017]:148-55. Disponible en: <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=309245772025>
 25. Talledo L, Palomino R, Paredes JJ, Olórtegui A, Fernández R, Silva H, Heredia M. Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con enfermedad coronaria en un instituto cardiovascular. *Revista de Cardiología del Cuerpo Médico del Instituto Nacional Cardiovascular*. 2016; 3(4):7-11.
 26. Santibáñez C, Anchique C, Herdy A, Zeballos C, González G, Fernández R, et al. Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca. *Rev Chil Cardiol* [serie en Internet]. 2016 [citado 16 Oct 2020];35(3):216-21. Disponible

en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602016000300002&lng=es; <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602016000300002>

27. Duffy DN. Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [serie en Internet] 2015 [citado 10 Jul 2017];(7). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333141094004>
28. Wein AJ. Evaluation and management of erectile dysfunction. In: Burnett LA. *Campbell-Walsh Urology*. Elsevier; 2016. p. 643-68. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9781455775675000273>

¿DIFIEREN LAS RESPUESTAS SEXUALES DE HOMBRES Y MUJERES CON RELACIÓN AL ESTRÉS?

Alina Julia Ortega Bravo

La personalidad en relación con el estrés está muy vinculada al proceso de afrontamiento, ya que en la medida que el individuo fortalece y desarrolla sus recursos personalógicos puede hacer un mejor manejo del estrés.

Al abordar el tema del estrés, es necesario partir de lo que para la autora es el proceso de estrés, al concebirlo como:

...un proceso de interacción entre el individuo y el medio donde ambos se transforman y se modifican, en el que la personalidad juega un papel mediatizador y regulador determinante, vinculado a la historia personal física, psicológica, social y cultural del sujeto, y cuando en este intercambio se producen desajustes que no pueden ser superados por el hombre y sus entornos, deviene la enfermedad [1].

Por lo tanto, resultan esenciales la personalidad y el contexto social en que el sujeto se desarrolla.

La sexualidad se desarrolla y manifiesta en la personalidad, en la medida en que hombres y mujeres constituyen y fortalecen sus actitudes, intereses, aptitudes, concepciones, deseos, motivaciones, sentimientos y conductas, integrándose en un todo único que les permite diferenciarse de los otros y conformando sus propias identidades, lo que desarrollan a lo largo de su vida para ser únicos e irrepetibles, y se forma a través de la actividad y la comunicación sobre la base de la interacción de factores biológicos y sociales (1,2).

La sexualidad comprende todos los factores (lo psicológico, lo biológico y lo sociocultural), por lo que en la medida en que el hombre aprenda y se desarrolle como ser sexuado, establece también sus vínculos con sus entornos, en los cuales puede desarrollar concepciones, estilos y modos de vida adecuados o no, que van a influir en sus afrontamientos y salud; por consiguiente, se hacen necesarios estudios e investigaciones sobre estrés y sexualidad.

El psicólogo cubano M. Álvarez describió diferencias sexuales en las respuestas de estrés entre hombres y mujeres (3):

- Existen diferencias en el sexo en la respuesta psiconeuroendocrina al estrés. Las mujeres tienden a mostrar una reactividad menor que los hombres.
- Las mujeres que han escogido una profesión tradicionalmente «masculina», muestran una respuesta psiconeuroendocrina similar a la de los hombres.
- Las mujeres describen con frecuencia sentimientos negativos de incomodidad y afectos negativos, mientras que los hombres manifiestan afectos positivos y satisfacción por su propia ejecución bajo estrés.

Este autor plantea que la interrelación entre los factores biológicos y culturales es el punto débil de la mayoría de estos trabajos, ya que no solo basta con saber que existen diferencias, sino que es necesario conocer el factor primordial que las provoca.

En investigaciones realizadas por la autora, entre 2000 y 2006, con sujetos incluidos en el programa «Manejo del estrés y enriquecimiento de la sexualidad», encontró, al aplicar un instrumento que desarrolló para tales fines, la no existencia de diferencias significativas entre los sexos. Al evaluar el nivel de estrés, a través del instrumento Estresex, se evidenciaron índices de estrés tan alto como el de los hombres, a pesar de que las mujeres no se consideraban «tan estresadas». Sin embargo, alcanzaron índices de estrés entre 2.77 y 2.81; y en el caso de los hombres, entre 2,87 y 3.07.

Es importante conocer que un índice de estrés menor a 2.90, se interpreta como desajuste en esta esfera y permite su aplicación para detectar demanda oculta y evaluar el estado de los sujetos en diferentes etapas.

Si hay diferencias al evaluar las situaciones estresantes, no se percibe de la misma manera, ya que las mujeres valoran como eventos que le pueden generar mayor tensión, el cuidado de hijos, padres y suegros más toda la carga del hogar, que al final consideran como algo que les toca por su condición de mujer.

Las tensiones, las afectaciones psicológicas, los problemas físicos y sociales afectan la sexualidad; de igual manera las afectaciones y tensiones en la sexualidad pueden desencadenar cuadros estresantes en los individuos, en los que los factores psicosociales influyen en la respuesta de estrés. Por lo tanto, los estereotipos propios de la construcción de la masculinidad hegemónica están presentes en las reacciones que predominan en la sociedad patriarcal.

Coincidimos con la literatura y estudiosos del tema en que el estrés es uno de los factores que más influye en las relaciones sexuales, pudiendo originar serios trastornos bien porque provoque su aparición, bien porque agrave un trastorno desarrollado por otras causas.

Existen factores estresores externos e internos que repercuten en la sexualidad. Entre los factores externos, se encuentran la falta de privacidad, que afecta la intimidad; el exceso de roles (de padre o madre, trabajador, familia en general), que aumenta en la medida en que aumenta la edad, pues no solo están los hijos sino también los padres ancianos; y en el propio individuo, los trastornos propios de la salud en la adultez media. En el caso de las mujeres, se vincula la llamada doble jornada, que agudiza la situación, puesto que deben enfrentar además los problemas del hogar con las limitaciones económicas actuales (1,2).

Asimismo, los factores estresores internos agudizan el cuadro al vivenciarse según las características muy particulares de cada uno, ya que

influyen en la forma en que cada cual evalúa y valora su situación, lo que no siempre refleja la realidad.

Desde la práctica clínica, específicamente en la consulta de terapia sexual, se ha podido constatar, desde las vivencias de los sujetos estudiados, la presencia de las características antes expuestas. Por consiguiente, se expone el caso de un paciente masculino con una disfunción eréctil selectiva, ya que el mismo reconocía sentir mayor satisfacción sexual con mujeres activas en las relaciones sexuales que con aquellas más pasivas y tímidas, pero que, por su condición de «macho, varón, masculino», no podía formalizar sus vínculos de pareja con las más atrevidas, ya que se pudiera considerar «mala» su actuación y también le generaba temores por posibles infidelidades.

Zaldívar vincula la vulnerabilidad de los sujetos al estrés, con la confluencia de un conjunto de factores que potencian el desarrollo de un perfil de seguridad o, por el contrario, el desarrollo de un perfil de riesgo. El perfil de seguridad, conformado por aquellas características personalológicas del sujeto, experiencias y vivencias vitales, elementos facilitadores del ambiente, relativo nivel de adecuación de los estilos de evaluación cognitiva y de afrontamiento. Ellos elevan la tolerancia al estrés y disminuyen la vulnerabilidad individual y, por lo tanto, la probabilidad de presentar trastornos y enfermedades vinculadas al estrés las que afectan el bienestar del sujeto, dándole gran importancia en su perfil de seguridad a mantener una adecuada Autoestima (4).

Se considera como factor protector de la salud a la autoestima, convirtiéndose en un factor de riesgo la autoestima baja, que por lo general está acompañada de pensamientos negativos, temores y las dificultades en los afrontamientos, los que pueden ser causa y efecto de preocupaciones y malestares en la sexualidad e incluso pudieran llegar a disfunciones sexuales.

Una situación sexual puede convertirse en estrés o evaluarse como este por múltiples razones. En el caso de los hombres, el temor al fracaso,

las excesivas exigencias sexuales, los conflictos de pareja, el miedo a la transmisión sexual de enfermedades, la ansiedad, la incapacidad para disfrutar de las sensaciones eróticas, la preocupación obsesiva por lograr un rendimiento sexual adecuado y las experiencias sexuales anteriores asociadas al miedo, ansiedad, fracaso y frustración, entre otras, pueden hacer que cualquier estímulo o situación que permita prever o evaluar la inminencia de una relación sexual se convierta en adversa y se trate de evitar haciendo que se dedique principalmente a auto-observarse, en lugar de disfrutar de la relación (1,2).

Los temores y los miedos toman fuerza y se convierten en fuertes presiones y, a la vez, en círculos viciosos que generan angustia y depresión. Por ejemplo, uno de los pacientes operados de priapismo, sin dificultades en la intervención quirúrgica, comenzó, a partir de esta experiencia, con temores a la repetición del cuadro.

Acontecimientos agrupados aumentan la propensión a enfermar en periodo de doce meses, como la muerte del cónyuge, la separación y el divorcio. En la experiencia clínica, además de estas situaciones, la infidelidad es un factor de estrés a largo plazo. A pesar de la reconciliación con la pareja tras un aparente perdón, aparecen reacciones que afectan el vínculo debido a las huellas dejadas, muy influenciadas por los mitos y prejuicios sociales que se han utilizado hasta por los medios masivos de difusión, como en el cine (filme *El magnífico cornudo*).

El bienestar psicológico es un término abordado con frecuencia desde el estrés. Se define como la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción por la vida en las áreas de mayor significación para cada individuo, y posee un carácter positivo, de disfrute personal. En la medida en que el bienestar psicológico es mayor, mejor es el disfrute personal y tiende más hacia la búsqueda del placer sexual (5).

Ocurre en consulta que se trasmite al paciente el tema del erotismo, al ser este la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación

y orgasmo, y que por lo general se identifican con el placer sexual. Sin embargo, es muy posible que el erotismo esté lacerado como parte de las afectaciones en el bienestar psicológico. En momentos de intensificación de estrés, se acrecientan las dificultades en la comunicación con la pareja en cuestiones de la sexualidad: insuficiente comunicación y conocimiento en la esfera sexo-erótica e incluso ausencia de fantasías. Por lo tanto, debe indagarse en aspectos de la historia de vida sexual de la persona para trabajar en la terapia, en función de mejorar el bienestar psicológico tanto en hombres como en mujeres, para un mayor disfrute de la sexualidad.

Hay autores que plantean que las caricias ayudan a soportar mejor el estrés, pero, por otro lado, la sexualidad causa estrés cuando existe un conflicto en este campo.

Si hay problemas no resueltos, cada vez aparecerá mayor tensión y las caricias se percibirán y sentirán de forma negativa por el hombre y por la mujer.

En el caso de las disfunciones sexuales tanto femeninas como masculinas, la relación de estrés que se crea en la pareja muchas veces se acrecienta por los pensamientos negativos que se generan, que no siempre son los mismos, lo que se refleja en el discurso, que no coincide por lo general, ya que las cuestiones de género influyen en la forma de visualizar las disfunciones o frustraciones en la respuesta sexual, de acuerdo con el sexo o el rol de pareja (2). En el caso de una pareja heterosexual, es muy común en consulta que el hombre con disfunción eréctil centre su discurso en la erección, mientras que las preocupaciones de la mujer vayan dirigidas a la falta de atención o al pensamiento de una posible infidelidad.

A modo de conclusión

Sería importante que los terapeutas sexuales visualicen la sexualidad en un sentido amplio y abarcador en el que prime el placer, la libertad, la diversidad y la responsabilidad.

En la medida en que ampliemos los conocimientos en este campo, se modificarán concepciones que obstaculizan el desarrollo del placer y el disfrute para la consecución del bienestar.

La sexualidad humana es un elemento de gran importancia en la vida de hombres y mujeres, por lo que investigar y estudiar los vínculos entre estrés y sexualidad puede contribuir a brindar una mejor calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Ortega AJ. Estrés, salud y sexualidad. La Habana: Editorial Capitán San Luis; 2009.
2. Ortega Bravo AJ. Estrés y sexualidad. En: Torres B, Alfonso A, Méndez N, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol. III. La Habana: Editorial CENESEX; 2014. p. 149.
3. Álvarez M. Stress, un enfoque integral. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
4. Zaldívar D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.
5. Ortega AJ. Estrés, salud y bienestar psicológico. Revista Médica del MININT. 2017;2(3).

MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD Y DESARROLLO DEL TRASTORNO DE EXHIBICIONISMO Y PORNOFILIA. DOS ESTUDIOS DE CASO

Elvia de Dios Blanco, Gustavo Valdés Pi

Introducción

Se utilizaba tradicionalmente el término *parafilias* para describir un conjunto de trastornos caracterizados por deseos, impulsos o comportamientos sexuales atípicos que determinaban distress o deterioro en diferentes áreas de socialización de las personas. En el año 2013, con la salida de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM 5), de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, se aprueba la distinción entre parafilias y trastornos parafilicos, lo cual es ratificado oncena edición de la *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud* (CIE 11), de la Organización Mundial de la Salud (1,2).

Las parafilias pasan a formar parte de la diversidad erótica al ser conceptualizadas como cualquier interés sexual intenso y persistente que no sea el interés sexual en la estimulación genital o caricias preparatorias con parejas humanas fenotípicamente normales, físicamente maduras y con consentimiento (1).

Un trastorno parafilico es cuando las fantasías, deseos irrefrenables, impulsos o comportamientos sexuales parafilicos son causantes de distress o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, o una parafilia cuya satisfacción causa daño personal, el riesgo de dañar a otros (1), o se efectúa sin el consentimiento de las otras personas; es necesario tener presente que los niños y niñas no están en

capacidad legal de consentir. Los trastornos parafilicos se consideran enfermedades mentales.

Los estudios científicos demuestran que los trastornos parafilicos son entidades con un predominio franco en los hombres, se relacionan con un fallo de la androgenización cerebral en la vida prenatal y podrían colocarse como otra posibilidad: una posible diferencia del sistema dopaminérgico del área tegmental ventral del hipotálamo en hombres y mujeres (3,4).

En nuestro país, los tipos de trastornos parafilicos más frecuentes reportados para hombres en atención ambulatoria son el trastorno de froturismo, de exhibicionismo y de voyeurismo. Por otra parte, existen reportes de individuos con exhibicionismo que pueden intensificar su ofensa y pasar a ofensores sexuales por contacto, o sea, ofensas sexuales en las que existe contacto físico con la víctima, como la pedofilia y la violación. En Cuba y otros países se consigna la violación acompañada de trastornos de exhibicionismo y voyeurismo (5,6).

En el año 2019 ha aumentado la demanda por pornofilia en el servicio de Sexología Clínica del CENESEX; se han atendido tres casos durante el primer semestre del año. La pornofilia, para la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Salud Sexual (FLASSES), es considerada un trastorno parafilico (7), al igual que para la doctora Vizcaíno, sexóloga cubana (8), aunque otros autores la recogen como una adicción (9). Sin embargo, no aparece recogida en los glosarios internacionales de clasificación de las enfermedades mentales (1,2).

Para la etiología de los trastornos parafilicos se acopia abundante información sobre su componente biológico relacionado con la predisposición familiar y hallazgos encontrados en estructuras cerebrales por imagenología (10,11); colocan los factores sociales como factores de riesgo en forma de antecedentes de abuso sexual, físico, emocional y problemas de conducta durante la niñez (12).

Para la explicación de las agresiones sexuales, Marshall (citado por Vázquez Rosoni) plantea que la vulnerabilidad originada por la relación con los padres hace que el niño o niña en proceso de desarrollo se vea atraído por temas que aparecen en los medios de comunicación que ponen énfasis en el poder y control de los hombres, por ejemplo la pornografía (13).

A pesar de las variadas investigaciones sobre la etiología y los factores de riesgo para los trastornos parafilicos, no se ha obtenido ninguna publicación de la posible contribución del modelo hegemónico de masculinidad para su desarrollo.

Esta investigación tiene como objetivo valorar la influencia del modelo hegemónico de masculinidad en el desarrollo del trastorno de exhibicionismo y la pornofilia.

Desarrollo

Diseño metodológico

Se realizó una investigación descriptiva con un enfoque metodológico cualitativo; se utilizó el estudio de caso. La muestra estuvo constituida por dos pacientes que acudieron en busca de atención al Servicio de Atención Sexológica del Centro Nacional de Educación Sexual desde enero de 2013 a julio de 2019.

El diagnóstico de trastorno de exhibicionismo y las comorbilidades se realizó según criterios del DSM 5; y el de pornofilia, por el Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología de la FLASSES.

La técnica aplicada para la recogida de la información fue la autobiografía y la entrevista a profundidad; para la evaluación clínica de la personalidad, se aplicó el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI), abreviado, en la versión cubana, adaptada por los licenciados C. C. Barroso, M. A. Álvarez y R. Alvisu.

Resultados y discusión

Primer estudio de caso

Paciente de 24 años, en unión consensual, sin hijos, duodécimo grado de escolaridad, que acude a consulta acompañado de la madre, porque muestra sus genitales en la vía pública de manera incontrolada, por lo cual la policía le ha levantado varias actas de advertencia.

En los antecedentes patológicos personales, como dato positivo se recogieron convulsiones perinatales por hipoxia; y durante la infancia, convulsiones febriles. En los antecedentes familiares, el único dato de interés es que el hermano tuvo una muerte súbita, sin causa precisada.

La madre y el padre están divorciados desde que él tenía 10 años; eran tres hermanos y quedan la hermana y él; refiere que las relaciones familiares son armoniosas.

Al explorar su historia infanto-adolescente, los datos obtenidos que pueden tener relación con su trastorno de exhibicionismo, son los siguientes:

De niño un día mi hermana y yo jugábamos con una muñeca y un muñeco de goma. Oí que mi padre comentó que los muñecos deberían venir con su miembro; yo no entendí y le pregunté cuál es el miembro que no tiene. Su respuesta fue: «El que tienes ahí colgando entre las piernas». Y pensé: «¿Por qué mi papá dijo eso solo para el muñeco? ¿Es mi hermana no tendrá miembro?»

A los 10 años, me dice: «Fíjate, ya estás creciendo y tienes que saber algunas cosas. El miembro [señalaba el mío] es uno de los grandes orgullos de los hombres. "Grande" es como le gustan a las mujeres; siempre debes insinuarles a las muchachas que lo tienes grande para gustarles». Eso se me quedó grabado.

Entre los 13 a 14 años empecé a usar pantalones muy ajustados para que se marcara el miembro, y como ninguna muchacha de manera especial me hacía comentarios, más adelante seleccioné un lugar apartado donde pudiera enseñarle mi miembro, sin ser descubierto, a una chiquita del pre que me gustaba mucho. Aquello me calentó muchísimo, llegué a la casa y me masturbé. Proseguí en forma de juego ya con muchachas desconocidas, hasta que se volvió incontrolable el deseo de hacerlo.

Los actos exhibicionistas los practica fundamentalmente en la noche, en los alrededores del ferrocarril. Cuando era sorprendido por la policía, cambiaba de zona, siempre en los municipios de Habana Vieja y Centro Habana. Se masturbaba durante la exhibición de los genitales. La frecuencia del exhibicionismo era diaria; ahora ha incrementado la frecuencia y lo hace de día. La última acta de advertencia fue porque la policía lo sorprendió a la una de la tarde, exhibiéndose en el zaguán de un edificio en Cuatro Caminos.

Trabajaba como encargado de un edificio; ha tenido otras ocupaciones, las cuales le es difícil mantener, porque al pasar la noche en los actos exhibicionistas, de día tiene mucho sueño.

Estaba casado con una mujer diez años mayor que él. La frecuencia de actividad sexual con la pareja era de aproximadamente una vez al mes, porque refirió sentir mayor placer en sus actividades exhibicionistas.

En el MMPI, las escalas se movieron dentro de parámetros no significativos de alteraciones psicopatológicas.

Se le impuso tratamiento con fluoxetina (40 mg/día); como técnicas de psicoterapia se utilizaron la saciación masturbatoria y la sensibilización cubierta. Presentó una respuesta adecuada, pues dejó la práctica del exhibicionismo e incrementó la frecuencia sexual con la esposa.

Pasado aproximadamente seis meses, la madre acudió a consulta y refirió que su hijo estaba preso, porque pensó que estaba curado y dejó de

tomar los medicamentos. Al practicar un acto exhibicionista a través de una ventana, había un hombre robando, quien al verlo salió corriendo y lanzó el DVD; su hijo lo cogió, la policía lo interceptó y fue apresado.

El padre soñó que su hijo tuviera un «miembro» ilustre —apelativo usado por el doctor Pagés para describir el falocentrismo, característica del modelo de masculinidad hegemónica (14)— y facilitó un trastorno de exhibicionismo en su hijo, joven con una vulnerabilidad biológica dada por los trastornos perinatales que determinaron un daño orgánico cerebral. Las características de la masculinidad hegemónica como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos parafilicos, no están recogidas en la literatura.

Álvarez Gayou asocia el exhibicionismo a la visión sexista de la sociedad de considerar a la mujer como objeto y símbolo sexual y como parte del modelo tradicional de feminidad, al señalar el *strip-tease* como una forma «permitida» de exhibicionismo femenino (15). Sin embargo, esta idea puede resultar muy absoluta, pues muchas mujeres declaran que lo utilizan como una vía de sustento económico.

Segundo estudio de caso

Adolescente de 18 años, duodécimo grado de escolaridad, soltero, sin hijos, que había estado ingresado por intento suicida —según refiere, por conflictos familiares— y fue remitido del centro comunitario de salud mental de su área de salud por una pornofilia. Tenía antecedentes patológicos personales de crisis vagales y diabetes mellitus; en los antecedentes familiares se recogió que la madre y la abuela padecían de trastornos del comportamiento.

Al explorar su historia infanto-adolescente, los datos obtenidos que tienen relación directa con la pornofilia son los siguientes.

En la infancia permanecía en casa de la abuela cuando la madre viajaba a otras provincias a trabajar. De esta etapa expresa:

Mi abuela, que es una señora bastante inadecuada, me decía: «Los varones tienen que estar claros de los nombres de estas cosas. [Se levantaba la blusa:] "¡Esto se llama teta!". [Se alzaba la saya, apartaba el blúmer y exclamaba:] "¡Esto es la chocha!". Para que sepas lo que le vas a tocar a las mujeres».

El paciente prosiguió:

A los 10 años mis tíos empezaron a mostrarme pornografía. Expresaban que era para ayudar a hacerme hombre, porque los hombres tienen que saber mucho de sexo. Después tuve un *play station* y empecé a ver pornografía en mi casa a escondidas; el vicio fuerte llegó con el [teléfono] móvil. La veía en la escuela; llegué a masturbarme en el baño de esta. En la casa velaba que mi madre durmiera y pasaba la noche viéndola. Podía masturbarme cada noche hasta cuatro o cinco veces. En ocasiones hubiese deseado seguir masturbándome, pero el pene no me respondía. Eso es muy fuerte, doctora; eso es muy fuerte.

Seis meses antes de la cita médica, inició una relación amorosa y le propuso a la muchacha mirar pornografía y asumir posiciones de las que aparecen en estas para la actividad sexual. La joven ofreció resistencia; él le narró su historia de consumo pornográfico y ella lo convenció de que esa actividad no es normal. Tuvieron varios encuentros sexuales sin ver pornografía y no alcanzó erecciones firmes.

En ese mismo período la madre prohíbe que la muchacha lo visite; él se hace varias cortadas en el brazo, interpretadas como intentos suicidas. Es atendido por una psiquiatra infanto-adolescente del centro comunitario de salud mental de su municipio y remitido al Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) por la pornofilia.

El paciente planteó que siente una sensación de vacío constante y que los amigos lo decepcionan. Cataloga a la madre como una mala persona, pues se ocupa más de su marido que de él, y lo alejó de su padre

diciéndole que es malo. La abuela también es mala, ya que botó de la casa a la madre del paciente a los 15 años, cuando quedó embarazada de su primer hijo. Culpa de manera absoluta a la abuela y los tíos por su «adicción a la pornografía». Comenta: «Me han desgraciado. Ahora si no veo pornografía, me siento intranquilo, irritable, no duermo bien y se incrementan los conflictos con mi mamá».

En nuestra entrevista con la madre, ella narró que fue un niño muy bueno, pero a los 14 años empezó a cambiar, porque presentaba una impulsividad extrema: en estado de ira rompe objetos, come desmesuradamente, llegó a herir en un brazo al padrastro cuando salió en defensa de ella durante una trifulca y amenazaba constantemente con suicidarse.

El MMPI arrojó que el paciente tenía gran falta de confianza en sí mismo, disminución de intereses, ansiedad y suspicacia, conducta desinhibida, alteración de las relaciones interpersonales y posibilidad de funcionamiento psicótico.

Se le diagnosticó pornofilia, según los criterios de clasificación de la FLASSES (7); como comorbilidad, disfunción eréctil situacional, según el protocolo del Centro Nacional de Educación Sexual para la disfunción eréctil (16); y trastorno de la personalidad límite, porque cumplió cinco de los criterios del DSM 5 para dicho trastorno (1).

La terapéutica consistió en:

- indicación de psicofármacos: sertralina (50 mg) una tableta diaria, carbamazepina (200 mg) tres tabletas diarias;
- suspensión de la pornografía;
- incentivar la búsqueda de otra relación amorosa;
- cambiar su estilo de vida: incentivar hobbies como tocar guitarra e iniciarse en un grupo musical, se le permitió tener un perro en la casa como compañía, esperar su próxima matrícula en la universidad.

Durante las sesiones terapéuticas tuvo una novia, superó la disfunción eréctil y finalmente retomó la relación con la muchacha que le hizo comprender su consumo inadecuado de pornografía. Tiene seis meses en abstinencia de consumo pornográfico; persistieron los trastornos de comportamiento, y su atención es de forma sinérgica con la psiquiatra infanto-juvenil de su área de salud.

Este joven es inducido por sus tíos al consumo de pornografía al inicio de la pubertad, como educación para el erotismo, en respuesta a la característica del hombre como experto sexual, del modelo de masculinidad hegemónica. El mal ejemplo de los padres o de personas cercanas aparece entre las causas de adicción a la pornografía (17).

Este adolescente desarrolló una disfunción eréctil situacional por el consumo excesivo y continuado de pornografía, lo cual también se señala en otras investigaciones. Villena y Chiclana obtienen con una muestra de 527 personas (varones 66.7 % y mujeres 33.3 %) que 7.30 % y 12.8 %, respectivamente, pueden sufrir trastornos en la excitación, la erección, la eyaculación y el orgasmo (18).

Debe señalarse que el consumo pornográfico degrada a las mujeres al colocarlas únicamente como objeto de deseo sexual, y puede llegar a tener consecuencias peligrosas, como el incremento de violaciones sexuales y homicidios (17).

El consumo de pornografía se está naturalizando, de ahí la importancia de destacar los cambios en el cerebro demostrados por su consumo continuado. Se reporta que la conectividad funcional entre el caudado derecho y la corteza dorsolateral prefrontal derecha se asocia negativamente con las horas de consumo pornográfico, lo cual revela cambios en la plasticidad neural como consecuencia de una intensa estimulación del sistema de recogida, junto a una baja modulación de las áreas corticales prefrontales, lo cual pudiera precondicionar a un consumo mayor de la pornografía (19).

Estos testimonios ilustran cómo los niños, niñas y adolescentes se desarrollan en un mundo diferente de palabras y acciones. Los juguetes y la comunicación que se establece con ellos/ellas, contribuyen a formar su feminidad y masculinidad (20), quedando atrapados, a veces asfixiados y otros desviados por el modelo de género asignado.

Conclusiones

El falocentrismo y el consumo de pornografía por adolescentes como aprendizaje para el erotismo, características del modelo de masculinidad hegemónico, pueden actuar en algunos casos como facilitadores en el desarrollo del trastorno de exhibicionismo y de la pornofilia.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-5TM). Washington, D.C.-London: New School Library; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 EMM). Ginebra: OMS; 2019 [citado 2 Sept 2019]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%202fid%202fentidy%2f430567349>
3. Bradford y Ahmed. Historia natural de las parafilias. Sexual Deviation: Assessment and Treatment. Psychiatr Clin N Am [serie en Internet]. 2014 [citado 20 Nov 2014];37:[aprox 5 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/ui/service/content?url?eid=1-s2.0-S0193953X14000252>
4. Gillies EG, Virdee K, McArthur S, Dallay WJ. Sex-dependent diversity in ventral tegmental dopaminergic neurons and developmental programming: A molecular, cellular and behavioral analysis. Neuroscience [serie en Internet]. 2014 [citado 20 Nov 2014];282:[aprox. 43 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0022510X11004485>

5. Dios Blanco E de. Trastorno parafilico: características clínicas de pacientes masculinos atendidos por Sexología Clínica. Rev Hosp Psiquiat Habana [serie en Internet]. 2016;13(3):[aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro%203/trastorno%20parafilico.html>
6. Beech RA, Harkins L. DSM-IV paraphilia: Descriptions, demographics and treatment interventions. Aggression and Violent Behavior. 2012;17:527-39.
7. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual y Asociación Mundial de Sexología Médica. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología. 2a ed. Caracas: Editorial CIPV; 2010.
8. Vizcaino Alonso MC. Salud sexual y disfunciones sexuales. En: González MR, Sandoval FJ. Manual de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
9. Velasco A, Gil V. La adicción a la pornografía: causas y consecuencias. Drugs and Addictive Behavior. 2017;2(1):122-30.
10. Labelle A, Bourget D, Bradford JM, Alda M, Tessier P. Familiar paraphilia: A pilot study with the construction of genograms. ISRN Psychiatry [serie en Internet]. 2012 [citado 12 Dic 2019]:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658696/>
11. Schiffer B, Amelung T, Pohl A, Kaergel C, Tenbergen G, Gerwin H, et al. Gray matter anomalies in pedophiles with and without history of child sexual offending. Transl Psychiatry [serie en Internet]. 2017 [citado 26 Nov 2019];7:[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/316664995_Gray_matter_anomalies_in_pedophiles_with_and_without_a_history_of_child_sexual_offending
12. Hurtado Murillo F. Rasgos de personalidad y características descriptivas de los ofensores sexuales en base a la evidencia científica. Psicosom Psiquiatr 2017;(1)3:37-40.
13. Vázquez Rosoni O, Gaete Fuentes G, Cas R. Programa educativo para ofensores sexuales. Santiago de Chile: Corporación OPCIÓN; 2013 [citado 3 Ene 2019]. Disponible en: <https://opcion.cl/wp-content/uploads/2016/04/ManualCAS-R-Doc4.pdf>
14. González Pagés JC. Macho varón masculino. Estudio de masculinidades en Cuba. Ciudad de La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
15. Álvarez-Gayou Jurgeson LJ. Sexoterapia Integral. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

16. Castelo Elías-Calle L, Romero Hung M, Aguilar Amaya RJ, Dios Blanco E de. Protocolo de atención a la disfunción eréctil. *Sexol Soc* [serie en Internet]. 2016;22(2):[aprox. 28 p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/603/633>
17. Velasco A, Gil V. La adicción a la pornografía: causas y consecuencias. *Drugs and Addictive Behavior* [serie en Internet]. 2017 [citado 12 Dic 2019]; 2(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2265/1703>
18. Villena A, Chiclana C. Consecuencias del consumo de pornografía en las relaciones personales y sexuales. IX Reunión Internacional de Sexualidad, Psiquiatría y Tecnología; 2018 Jun 14. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Villena/publication/325846428_CONSECUENCIAS_DEL_CONSUMO_DE_PORNOGRAFIA_EN_LAS_RELACIONES_PERSONALES_Y_SEXUALES/links/5b28affc45851509895cd426/CONSECUENCIAS-DEL-CONSUMO-DE-PORNOGRAFIA-EN-LAS-RELACIONES-PERSONALES-Y-SEXUALES.pdf
19. Kühn S, Gallinat J. Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption. The brain on porn. *JAMA Psychiatry* [serie en Internet]. 2014 [citado 12 Dic 2019];71(7):[aprox 3 p.]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1874574>
20. Álvarez Suárez M. Masculinidad y feminidad en Cuba. En: Rivero Pino R. *Masculinidades y paternidades en Cuba*. La Habana: Editorial CENESEX; 2015.

TAMAÑO DEL PENE: ¿MITO O REALIDAD?

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

Introducción

A través del tiempo han existido diferentes enfoques relacionados con el tamaño del pene y su satisfacción en la relación sexual, ya que hay diferencias individuales en los varones que se encuentran dentro de límites normales, ya sean considerados pequeños (menos de 10 centímetros), medianos (entre 12 y 17) o grandes (18 o más). La media del pene en un hombre adulto es de 8 centímetros en estado flácido y de 12 en erección. En el caso de micropene, se ha tomado en cuenta una longitud menor de 7 centímetros (1,2). No obstante, independientemente del tamaño, la estructura del órgano es normal, constituida por un par de cuerpos cavernosos, que se encuentran por encima del cuerpo esponjoso que contiene la uretra. A su vez, el tejido eréctil se encuentra compuesto por una red irregular y esponjosa, con espacios vasculares, arteriales y venosos. La porción distal del cuerpo esponjoso se expande y forma el glande. Si las estructuras anatómicas se encuentran íntegras, la erección debe presentarse con independencia del tamaño del pene, incluyendo quienes presentan un micropene.

En la práctica médica diaria acuden adolescentes a la consulta externa de endocrinología refiriendo tener un pene pequeño, solos o acompañados por algún familiar. Motivados por ello, decidimos realizar una valoración de estos pacientes para determinar la influencia familiar y del entorno de dicha preocupación. Por otra parte, la forma de presentarse la masculinidad es individual. No existe una única masculinidad; incluso existen diferencias entre hermanos, y cada hombre y cada niño expresan de forma diferente su masculinidad.

Objetivo

Valorar la influencia familiar y personal en el tamaño del pene como manifestación de masculinidad. Se solicitó consentimiento del paciente y de sus familiares para participar en la entrevista.

Material y método

Se realizó una entrevista individual a 60 adolescentes entre 14 y 18 años en el periodo comprendido entre 2016 y 2018, a 45 familiares que los acompañaban y a 47 parejas. Dicha entrevista exploraba el motivo de su preocupación en cuanto al tamaño del pene del adolescente, teniendo en consideración que era el motivo de consulta. También indagamos si la asistencia a consulta se realizaba con el consentimiento del adolescente. Además, fue incluido un examen físico general y sexual.

La mayoría de los pacientes acuden acompañados por sus madres u otro familiar, y solo un pequeño grupo acude por iniciativa propia. Se realizó examen físico y se indicaron los complementarios necesarios según hipótesis diagnóstica.

Análisis estadístico: se utilizaron estadígrafos de tendencia central promedio y frecuencia según fuesen las variables cuantitativas o cualitativas.

Resultados y comentarios

TABLA 1. PRESENTACIÓN EN LA CONSULTA DE SEXOLOGÍA.

Se presentaron:	Cantidad de pacientes	Porcentaje del total (%)
Con la madre	25	42
Solos	15	25
Con el padre	12	20
Con otro familiar	8	13
Total	60	100

En el 42 % de los casos acudieron con la madre, en el 20 % con el padre y el 13 % con otro familiar allegado, lo que representa el 75 %; es decir, fue elevada la cantidad de adolescentes que se presentaron en consulta acompañados por sus familiares. Los que asistieron solos lo hicieron motivados por familiares; y otros, por preocupación de su pareja. De los que acudieron con familiares, 15 adolescentes (33 %) consideraban que su pene era pequeño, y 30 (67 %) no tenían preocupación, pues acudieron presionados por los familiares. Esto demuestra que en muchas ocasiones la preocupación no es del adolescente sino del familiar, por lo que consideramos que en la muestra estudiada está presente el Mito del Falo.

En la mayoría de las ocasiones, los adolescentes y adultos piensan erróneamente que tienen un pene pequeño, cuando en realidad se encuentra dentro de límites normales. Sucede por la iatrogenia de palabra, que puede ser por la pareja, colegas de aula y familiares allegados.

En épocas antiguas tener un pene pequeño no representaba grandes dificultades. Los griegos asociaban los penes pequeños a héroes, dioses, atletas desnudos; sin embargo, los penes enormes representaban a los seres mitológicos: mitad cabra-mitad hombre, borrachos y muy lujuriosos, locos y grotescos, con gran deseo sexual. De igual forma, a los hombres ancianos se les veía como hombres con penes largos, así como a los jóvenes considerados deshonestos (3-5).

Existen diversas versiones sobre el tamaño del pene y de por qué el pequeño de la antigua Grecia ha pasado a ser el pene más grande de la época moderna. La cuestión del tamaño ha sido asociada a la masculinidad y a la destreza sexual. Sin embargo, la ciencia ya aclaró cuál es el tamaño normal. El tamaño en promedio del pene de los varones en erección es 13.12 centímetros; y en reposo, 9.16 centímetros. Esas medidas surgieron a partir de un trabajo anterior del equipo que estudió a más de 15 000 hombres y lo reportó en 2014 en la revista *British Journal of Urology International* (6).

La mayoría de los hombres que piensan que su pene es pequeño, este se encuentra dentro de límites normales, es decir, en la media entre 10 y 15 centímetros en erección; se plantea que el 12 % de los hombres considera que su pene es pequeño, cuando en realidad solo uno de cada 10 000 hombres tiene un pene pequeño, o sea, un micropene (7). Casi siempre la percepción de pene pequeño se hace comparándolo con otros penes. Por otra parte, no existen pruebas de que un pene grande sea condición para el logro de una mayor satisfacción sexual, ya que el pene en erección aumenta de tamaño, y su incremento es mayor mientras más pequeño este sea; además la vagina se adapta al tamaño del pene.

Casi la mitad de los varones siente ansiedad como producto de su disconformidad con el tamaño de su órgano sexual, a pesar de que tiene un pene completamente normal.

Esa percepción inexacta los lleva a aplicarse extensores, consumir inyectables o incluso someterse a cirugías de agrandamiento, pero la mayoría de esas opciones pueden ser riesgosas. De igual forma, la cuestión del tamaño ha sido asociada a la masculinidad y a la destreza sexual (6), y a través de los años el pene se ha convertido en un símbolo de masculinidad, ya que el pene representa la superioridad masculina, reviste una significación crucial y es fuente de orgullo desmesurado y un sinfín de preocupaciones para los varones (8). El tratamiento de los que solicitan ayuda, debe ser personalizado, y no solamente dirigido al tamaño del pene.

TABLA 2. PERCEPCIÓN DE LA PAREJA RELACIONADA CON EL TAMAÑO DEL PENE.

Percepción de la pareja:	Cantidad	Porcentaje del total (%)
Pene pequeño	20	43
Pene normal	17	36
Pene pequeño sin dificultad	10	21
Total	47	100

De las 20 parejas que manifestaron la percepción de que el hombre tenía un pene pequeño, 18 de estas manifestaron satisfacción en la relación sexual, pero tenían el criterio de que si el pene fuera mayor la satisfacción sexual sería mayor, conceptos transmitidos por otras muchachas de su edad. A las parejas se les explicó que existen ventajas relacionadas con el menor tamaño del pene que no siempre se tienen en consideración, entre estas (9-11):

- menos molestias para la mujer;
- alargar el acto sexual;
- los penes pequeños suelen tener mayor grosor.

El tamaño del pene no influye en el placer sexual; todo está en la motivación y la eliminación de los tabúes y prejuicios que se han mantenido a través de los años y valoran el pene como atributo de la masculinidad.

Entre las causas de pene pequeño se encuentran (6-12):

- traumas a nivel del pene;
- quemaduras;
- enfermedad de Peyronie;
- circuncisión (cirugía que se realiza para evitar infecciones del surco balanoprepucial y el glande, sobre todo si el prepucio es muy grande, o por problemas de fimosis; puede existir hasta pérdida de 5 % de longitud del pene si en el proceso de cicatrización la piel se vuelve menos elástica, lo que puede suceder cuando la cirugía no ha sido bien realizada);
- niveles de testosterona u hormona del crecimiento disminuidas;
- cicatrices producidas por lesiones o quemaduras;
- etiología genética;
- tabaquismo;
- exposición fetal a productos químicos;
- exposición hormonal de la madre durante el embarazo;
- radiaciones;
- fractura del pene;

- retraso puberal;
- hipogonadismo.

En el examen físico no se detectó hipogonadismo en ninguno de los casos, y la dosificación de testosterona estuvo dentro de límites normales. De ellos, 4 se encontraban en sobrepeso y 2 eran obesos, para lo cual se impuso tratamiento dietético y ejercicios físicos, ya que en ocasiones la imagen de pene pequeño está dada por acumulación de grasa a ese nivel. La mayoría acudió acompañada por un familiar y solamente un pequeño grupo por iniciativa propia. Tampoco se constataron otras enfermedades crónicas

Sin embargo, en la actualidad existen cada vez más hombres de todas las edades que demandan la realización de una operación para el alargamiento y ensanchamiento del pene.

El último estudio de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica (ISAPS) manifestó que en 2014 se llevaron a cabo 15 414 operaciones de agrandamiento de pene en el mundo, distribuidas por países de la forma siguiente (13):

- Alemania: 2 786
- Venezuela: 473
- España: 471
- México: 295
- Colombia: 266
- Italia: 256

En épocas pasadas la operación de alargamiento del pene no era competencia de la cirugía plástica. Las causas por las que los hombres optan por esta cirugía, pudieran ser:

- la pornografía, que exhibe penes de gran tamaño;
- el desconocimiento de la fisiología sexual;
- el déficit de educación sexual;

- la burla con determinada ropa;
- malas expectativas en el desempeño sexual; falsas creencias;
- los comentarios de alguna de las parejas que han tenido sobre el tamaño del pene, lo que repercute en la disminución de la autoestima y en crear un complejo de que con ese tamaño no puede satisfacer a su pareja. Además, cada niño y cada hombre tiene su forma de expresar su masculinidad (14,15).

Muchos hombres tienen la idea de que el hombre debe tener un pene promedio de 12 centímetros, lo que no es real: el pene puede ser pequeño, moderado o grande, y todos pueden satisfacer a su pareja. Si se tratase de un micropene, es otra cosa, pero no es lo más común; en ese caso, el tamaño del pene en erección será menor de 7 centímetros.

Las dificultades para el tratamiento quirúrgico están en que se trata de un tratamiento costoso, que no se encuentra al alcance de todos los hombres, ya que cuesta alrededor de \$9 400 dólares estadounidenses. Muchas veces buscan personas sin escrúpulos para conseguir el alargamiento o utilizan sustancias no quirúrgicas que cuestan mucho menos, alrededor de \$3 000 dólares. Muchas veces las parejas no desean que el hombre se haga ningún tratamiento al respecto, ya que manifiestan encontrarse satisfechas con el tamaño y grosor actual.

Los resultados del examen físico mostraron que los pacientes habían iniciado la pubertad.

No fue necesaria la indicación de tratamiento hormonal a ninguno de ellos. Se evolucionaron cada seis meses por dos años, y todos completaron su desarrollo sexual.

Conclusiones

Los resultados del examen físico mostraron que los pacientes habían iniciado la pubertad.

A los que se encontraban en sobrepesos y obesos se impuso tratamiento, obteniéndose resultados satisfactorios.

No se detectó hipogonadismo en ninguno de los casos. La explicación a la madre, familiares y adolescentes fue fundamental.

No fue necesaria la aplicación de tratamiento hormonal a ninguno de ellos; se evolucionaron cada seis meses por un periodo de dos años, lo suficiente para que espontáneamente completaran su desarrollo sexual.

En este trabajo hemos abordado la sexualidad relacionada con el tamaño del pene como atributo de masculinidad, pero no podemos olvidar que la sexualidad en el hombre comprende no solo factores biológicos, ya que incluye también aspectos sociales, culturales, religiosos, económicos, psicológicos, y está impregnada de creencias erróneas, mitos, tabúes y estereotipos de género, lo que ya fue demostrado, por lo que el enfoque de la salud sexual en el hombre debe ser integral. Lo anterior demostró que en la atención primaria de salud predomina el desconocimiento y no la enfermedad, por lo que no se necesitan recursos costosos para interrogar, observar y diagnosticar.

Recomendaciones

Indagar sobre la repercusión social y cultural que aún se mantiene en la sociedad cubana, y brindar información y orientación para evitar interpretaciones distorsionadas sobre la salud masculina.

Referencias bibliográficas

1. El estigma del tamaño del pene. ¿Qué significa tener un micropene? [Citado 30 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.clarín.com.Buena vida>

2. Luna M. Angustia masculina: el drama de vivir con un micropene. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.infobae.com>
3. Chacón B ¿Por qué las estatuas de la antigüedad tienen un micropene? [Citado 2 Oct 2018]. Disponible en: <file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%3%B1o/%C2%BFPor%20qu%3%A9%20las%20estatuas%20de%20la%20antig%3%BCedad%20tienen%20un%20micropene%20%20-%20El%20Viajero%20Fisg%3%B3n.htm>
4. ¿Por qué las estatuas griegas tienen micropene? [Citado 19 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/f5/2016/07/18/578d0606468aeb18378b4651.html>
5. ¿Por qué las estatuas de la antigüedad tienen un micropene? [Citado 2 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.elviajerofisgon.com/.../por-que-las-estatuas-de-la-antiguedad-tienen-un-m...>
6. Román V. ¿Síndrome del pene pequeño? Uno de cada dos hombres lo padece pero... ¿tienen motivos suficientes? [Citado 14 May 2019]. Disponible en: file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%3%B1o/%C2%BFs%3%ADndrome%20del%20pene%20peque%3%B1o%20%20Uno%20de%20cada%20dos%20hombres%20lo%20padece%20pero...%20%C2%BFtienen%20motivos%20suficientes%20%20_%20Tangible.htm
7. Miami Diario ¡Sin complejos! Ventaja de los hombres con pene pequeño. [Citado 11 Jun 2019]. Disponible en: <file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%3%B1o/%C2%A1Sin%20complejos!%20Ventaja%20de%20los%20hombres%20con%20pene%20peque%3%B1o%20-%20Miami%20Diario.htm>
8. Oppezi M, Ramírez C. Disfunción sexual eréctil: una mirada en clave de género. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: <file:///D:/Bibliogaf%3%ADas%20Masculinidad/Disfunci%3%B3n%20sexual%20er%3%A9ctil%20%20una%20mirada%20en%20clave%20de%20g%3%A9nero.htm>
9. Espindola M. 6 ventajas que habías ignorado de tener un pene pequeño. [Citado 13 Sep 2018]. Disponible en: <file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%3%B1o/Ventajas%20de%20tener%20un%20pene%20peque%3%B1o%20-%20Estilo%20de%20vida%20-%20Estilo%20de%20vida.htm>

10. Siete grandes ventajas de tener el pene pequeño, según experta. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: <file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%C3%B1o/7%20grandes%20ventajas%20de%20tener%20el%20pene%20peque%C3%B1o,%20seg%C3%BAAn%20experta.htm>
11. Micropene: Causas y tratamiento. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: <file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%C3%B1o/Pene%20peque%C3%B1o%20y%20su%20tama%C3%B1o%20normal%20-%20Tua%20Sa%C3%BAde.htm>
12. Adiós problemas de erección: 10 causas de penes pequeños. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: www.nomasdisfunción.com/2014/10/10_causas_de_penes_pequeños_los_conoces_aquí.html
13. Causas del pene pequeño. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: <file:///D:/Bibliog%20Libros/Pene%20peque%C3%B1o/Causas%20del%20Pene%20Peque%C3%B1o%20-%20Consigue%20un%20miembro%20grande%20hoy%20mismo.htm>
14. En qué consiste la cada vez más demandada operación de agrandamiento y ensanchamiento de pene. Comentario Salud. Redacción / BBC Mundo. 2016 Jun 9 [citado 23 Oct 2019]. Disponible en: www.hoylosangeles.com
15. Alonso Feijoó A. Nuevas masculinidades y Billy Elliot. [Citado 23 Oct 2019]. Disponible en: www.realkiddys.com

APROXIMACIÓN A LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON GÉNEROS Y SEXUALIDADES NO HEGEMÓNICAS EN LA SOCIEDAD CUBANA ACTUAL

Alain Darcout Rodríguez

Introducción

Los conceptos de inclusión y exclusión social están íntimamente relacionados. Se podría decir que cada uno constituye un polo del mismo eje en el que se pueden definir una multiplicidad de situaciones, en función de la magnitud en que la organización de una sociedad impide o facilita la participación de ciertos grupos sociales o individuos en aspectos considerados como valiosos de la vida colectiva, es decir, del grado de vulnerabilidad o precariedad social. Por otra parte, los procesos de exclusión e inclusión también se pueden entender a partir de las oportunidades de movilidad ascendente o descendente que determinados grupos sociales o personas tienen en ese eje (1,2).

Sin embargo, la noción de exclusión/inclusión social va más allá de la carencia material, puesto que incorpora, al análisis de la desigualdad en la distribución de los recursos socialmente valorados, otros aspectos (la discriminación, la estigmatización, el rechazo social o la debilidad en las redes interpersonales) que contribuyen, refuerzan o alimentan las dinámicas de expulsión u obstaculización del acceso a determinados espacios, y el ejercicio de la ciudadanía, o sea, el reconocimiento de los derechos o relaciones sociales que son el único medio de alcanzar ciertos recursos (3).

Así, se destaca la relevancia de tres grandes ejes sobre los que acaban vertebrándose las desigualdades sociales: la edad, el sexo y la etnia. Estos tres ejes de desigualdad atraviesan las dinámicas de inclusión y exclusión,

reforzándolas e imprimiendo características o elementos particulares, a la vez que se entrecruzan con los factores de exclusión más diversos, dando lugar a una multiplicidad de situaciones o combinaciones concretas posibles, como su posición económica o, en el mercado laboral, el nivel educativo y el capital cultural acumulado, y las características de la vivienda y del territorio en que esta se encuentre (4,5).

En nuestro país, las transformaciones que acompañan el reordenamiento económico y social, constituyen posibles riesgos para la exclusión/inclusión de ciertos grupos e individuos al dificultar su acceso y permanencia en el empleo, obtener un nivel de calificación alto o por su capital social acumulado para poder ejercer los derechos consagrados constitucionalmente. Algunos factores apuntarían a las inconsistencias del poder frente a las matrices hegemónicas coloniales, como la insuficiente erosión del paradigma patriarcal y la cultura machista, que no ha permitido superar algunas desigualdades sociales acumuladas, relacionadas con estigmas y discriminación, que contribuyen a la perpetuación de ese estado de vulnerabilidad de las personas con géneros y sexualidades no hegemónicas.

Desde los referentes teóricos para los estudios de la desigualdad en nuestro país, Zabala y Morales destacan:

...en la década de los 90 se configura un proceso de reestratificación social y ampliación de las desigualdades, de reproducción histórico-cultural de determinadas desventajas sociales; ello se ha reflejado en importantes documentos oficiales, en la producción artística, los medios, la opinión pública y la investigación social [6] [lo que reafirma que] la discriminación de las minorías se incluye en el conjunto de dinámicas de descalificación primaria, que conforman la exclusión, y que margina a las personas del acceso a las oportunidades humanas, impidiéndoles el ejercicio de sus derechos [7].

Esta mirada es compartida por Espina, quien en 2012 documenta que tres brechas de equidad parecen ser las más extendidas y ofrecen mayor

resistencia a ser removidas por la intervención pública: «La estrechez y selectividad de los canales de movilidad social ascendente tienden a reproducir y fortalecer brechas de equidad de género, raza y origen social, así como su expresión territorialmente diferenciada» (8).

Para Espina:

...el escenario que prevalecerá a mediano y largo plazo dependerá de la presencia de políticas intencionadas de equidad social, de acciones afirmativas hacia los más desfavorecidos o en desventaja social, que logren minimizar el peso de la distribución inequitativa de activos y permitan un aprovechamiento de las oportunidades por los grupos en desventaja [9].

Zabala y colaboradores destacan que estas nociones

...nos ubican en el mismo punto de partida, ante la ley, a individuos de diversa índole otorgándoles iguales derechos y oportunidades en áreas humanas básicas; sin embargo, ella debe conjugarse con diversidad de opciones para el acceso y las realizaciones, acorde con las diferencias en cuanto a las necesidades y aspiraciones de los sujetos, así como con posibles formas de discriminación o trato desigual para atender las desventajas que limiten o impidan la igualdad real (10).

Al respecto, señala Castro Espín:

La sociedad cubana contemporánea es un escenario de contradicciones entre los modelos de dominación, históricamente heredados de los sistemas colonial y neocolonial, y su proyecto revolucionario emancipador [...] no obstante la influencia de las políticas y servicios públicos implementados en Cuba a partir del triunfo de la Revolución [...] perduran procesos de reproducción de desigualdades vinculadas a las identidades de género y asociadas a factores económicos, políticos, culturales y jurídicos, que

tienen como telón de fondo la ausencia de un enfoque teórico consensuado respecto al tema *género*, lo que continúa siendo un reto de las ciencias sociales cubanas, en su función crítica, diagnóstica y propositiva [11].

Objetivos

- Identificar las percepciones del grupo de estudio sobre la frecuencia, magnitud y etapa del proceso de exclusión/inclusión social hacia las personas con sexualidades no hegemónicas.
- Identificar las percepciones del grupo de estudio sobre los espacios, ámbitos y orígenes del proceso de exclusión/inclusión social hacia estas personas.
- Identificar las consecuencias percibidas acerca de las particularidades del proceso de exclusión/inclusión social hacia estas personas.

Metodología

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal sobre la percepción y consecuencias ante la exclusión/inclusión social de un grupo de personas con géneros y sexualidades no hegemónicas de las provincias de Cienfuegos (2017), Santiago de Cuba (2018) y La Habana (2019). Se utilizó una perspectiva de investigación cualitativa con un enfoque interpretativo, pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorgan.

El universo estuvo conformado por las 248 personas de las tres provincias seleccionadas que acudieron a los escenarios de indagación convocados; recibieron una tarjeta con los datos del investigador y posteriormente lo contactaron con el objetivo de participar en el estudio. La muestra estuvo conformada por las 134 personas (49 de Cienfuegos, 47 de Santiago de Cuba y 38 de La Habana) autoidentificadas como tales (46 gays, 29 lesbianas, 24 bisexuales y 35 trans) que, por un lado, ofrecieron su

consentimiento informado y, por otro, acudieron a todas las sesiones de trabajo.

Se realizó un muestreo no probabilístico, pues la selección fue intencional, y discriminativo, porque estuvo asociado con una codificación selectiva para verificar la argumentación y relaciones entre categorías, y la existencia de características distintivas y peculiaridades vivenciales ante el fenómeno desde las diferentes unidades de análisis. Para ello se emplearon las estrategias de muestreo de máxima variabilidad y de casos extremos hasta alcanzar la saturación de datos. Se tuvo como único criterio de salida del estudio abandonar la investigación antes de finalizada por cualquier causa.

Para dar salida a los objetivos, se utilizó la entrevista individual en profundidad, con el fin de conocer las percepciones que sobre el proceso de exclusión/inclusión social tienen los sujetos de investigación y los espacios, ámbitos y orígenes del proceso; la entrevista a grupos focales, para valorar las consecuencias desde sus experiencias; y algunas historias de vida, para profundizar en elementos particulares que sirvieran como estudio de casos inclusivos, con el fin de realizar una triangulación de fuentes de datos que garantizara la validez de la información obtenida.

Se observaron los requerimientos éticos que rigen para las investigaciones en humanos, según la Declaración de Helsinki, dando garantías de privacidad y del uso de la información solo a los fines del presente estudio.

Resultados

Los resultados muestran que la mayoría posee una percepción de la existencia de un proceso de exclusión social hacia ellos, coincidente en todos los grupos y en las tres provincias exploradas. Se vivencia como un proceso permanente en sus vidas, pues la mayoría lo asocia a la cultura machista y homofóbica existente que inicia desde los grupos de

inclusión social primaria, pero señalan la falta de reconocimiento de sus derechos o insuficiente de protección de estos, fundamentalmente en los/las participantes gays y lesbianas de las provincias de Cienfuegos y La Habana.

La frecuencia con que vivencian este proceso de exclusión es referida de *siempre* (por todos los grupos de Santiago de Cuba y la mitad de los restantes, destacando la totalidad de las personas trans investigadas) o de *casi siempre* (por la mayoría de las personas participantes de La Habana y Cienfuegos).

La magnitud es percibida como *moderada* por la mayoría de los grupos indagados, llegando a *fuerte* en algunas personas de todas las provincias, asociada a situaciones de gran sufrimiento personal, especialmente hacia las personas trans. Estas cualificaciones son atribuibles de manera general a todos los ámbitos y espacios de la sociedad cubana actual, con distinción del sistema escolar y la actuación policial en la mayoría, y del ámbito familiar y laboral en menor medida: lo primero, con igual comportamiento en todos los grupos, aunque mayormente en La Habana; y lo segundo, con mayor incidencia en Cienfuegos y Santiago de Cuba, y entre lesbianas y trans.

Unánimemente reconocen cambios positivos y progresivos en el tiempo, pero aún no efectivos, en términos de protección jurídica e inclusión social, que hayan vivenciado con algún impacto sobre el *temor*, la *incertidumbre*, la *desconfianza*, el *sufrimiento* y posibilidad de *progreso* en sus vidas; con una graduación de *más a menos* en la línea gays-bisexuales-lesbianas-trans y La Habana-Cienfuegos-Santiago.

Asimismo, se destaca una evolución en el tratamiento del tema después de 1959: desde una exclusión estructural (que venía de antes, porque desde la fundación de la nación cubana la otredad sexual ha sido marginada y condenada incluso penalmente), pero que tomó otros matices después del triunfo de la Revolución, hasta la definición de una política de Estado contra la discriminación por orientación sexual e identidad de

género hace poco más de una década, liderada por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

La mayoría de los sujetos de estudio se ubican en la etapa del proceso exclusión/inclusión relacionada con la vulnerabilidad, pues aunque logran alcanzar determinados niveles de educación —predomina una escolaridad media superior, seguida del nivel medio—, sus niveles de competencias se deben más «a su experiencia que a su capacitación»; aunque tienen puestos de trabajos relativamente estables, con remuneración promedio, están poco asociados a sus aspiraciones y con escasas posibilidades de promoción, también vivencian un ambiente homofóbico de «sobreexigencia y vigilancia por su sexualidad». La inclusión les exige un sobreesfuerzo que los hace percibirse en constante riesgo de exclusión.

Poco menos de la mitad de los sujetos investigados expresan que viven una franca exclusión social en casi todos los ámbitos, siguiendo la graduación de *menos a más* en la línea bisexuales-gays-lesbianas-trans, y sin distinción por provincias. Las personas trans profundizan su nivel de exclusión social con los conflictos en el área familiar, comunitaria y social, lo que repercute negativamente en su calidad de vida, e incluye, incluso, la garantía de su derecho a la salud.

Dentro del proceso de exclusión/inclusión social, se identifica unánimemente el espacio del ejercicio de la ciudadanía como el más afectado, por la falta de garantía jurídica de derechos sociales y de mecanismos de restitución de las vulneraciones. Algunos destacan que, como cubanos, tienen todos los derechos «en general», pero en la práctica para muchos de ellos su cumplimiento implica dosis de sufrimiento o esfuerzo distinto al resto de la población, y cuando son violados esos derechos, para su restitución tienen que apelar a subterfugios legales o a la ética de los operadores del Derecho.

El espacio de las redes afectivas se sitúa a continuación del de ciudadanía, excepto entre las personas trans. La mayoría, sin distinción de

grupos o provincias, señala como las principales fuentes de apoyo social (incluso material) a la pareja y las amistades, ante la sistemática violencia homofóbica en todos los espacios de la sociedad. La familia de origen es ubicada por bisexuales y gays en segundo lugar después de las parejas, en tercer lugar por las lesbianas y es mencionada por muy pocas trans. Ningún grupo incluye las redes oficiales o institucionales, y la graduación resultó similar para las tres provincias.

Por último, se ubica el espacio de la producción y consumo, que las personas trans situaron después del ejercicio de la ciudadanía por el nivel de exclusión que sufren sin distinción en el país, lo que determina en sus condiciones objetivas de vida. El resto de los grupos reconoce que el acceso al trabajo no es una problemática social, pero las difíciles dinámicas que persisten alrededor de ello, ya sean estatales o privadas (ofertas, calificación, salarios, falta de promoción, posibilidades de *mobbing* y discriminación), lo sitúan en zonas de riesgo y vulnerabilidad, diferenciando de *más a menos* los ejes gays-bisexuales-lesbianas-trans y La Habana-Cienfuegos-Santiago.

El ámbito público (escuela-trabajo) se destaca como el más excluyente por todos los grupos de sujetos de investigación en el país, por lo que expresan limitaciones en las principales vías de reproducción social, creadoras de valores y significados, fuentes de subsistencia material y productoras de sentidos e identidad para la ciudadanía. En este mismo ámbito, la mayoría insiste en destacar que en lo social-comunitario persisten tratos estigmatizantes y discriminatorios en muchas instituciones, llamando la atención particularmente sobre la policía y la atención de salud, con mayor incidencia en la capital.

Además, unánimemente señalan que el aporte a la percepción de exclusión y/o vulnerabilidad se aprecia desde edades tempranas por el rechazo desde el grupo social primario hasta las (auto)limitaciones que se derivan de los mecanismos para subvertir el acoso, del capital cultural-social alcanzado y las posibilidades de ascenso social, sin diferencias entre grupos o provincias.

Los orígenes de los procesos de exclusión social en nuestro país son señalados por la gran mayoría en los procesos estructurales de la sociedad, que han configurado el imaginario colectivo y las pautas culturales patriarcales, machistas y homofóbicas, prefigurando límites para determinados grupos sociales en el proceso de integración de todos sus miembros.

Destacan como factores en la actualidad la falta de reconocimiento legal de muchos derechos LGBTI+ (a pesar de la nueva Constitución), la ausencia de políticas públicas incluyentes específicas y la no atención a las desigualdades acumuladas por estos grupos sociales. Sitúa a estas personas en el disfrute de ciudadanía cercenada e incompleta, a pesar de la disposición política del Estado de avanzar contra todo tipo de discriminación en la sociedad cubana.

Las consecuencias negativas de las dinámicas *vulnerabilidad-exclusión social* encontradas en el estudio son múltiples, variadas en alcance y gravedad en función de las historias de vida, grupo de pertenencia y sus redes de apoyo. Se refieren importantes repercusiones en la salud física y mental, como la frecuencia de infecciones de transmisión sexual, la presencia de enfermedades crónicas y el deterioro de la salud mental con conductas suicidas y exposición a la violencia, desde tempranas edades y con mayor frecuencia en las personas trans.

Reflexión final

La matriz heteronormativa en la sociedad cubana actual aún se sustenta en valores morales, ideológicos y culturales que generan asimetrías de poder, en los que las personas con sexualidades no hegemónicas se consideran extraños morales destinados a ser corregidos y normalizados.

A pesar de la explícita voluntad política del Partido y el Estado de avanzar hacia la eliminación de toda forma de discriminación en la sociedad cubana, incluida por orientación sexual e identidad de género, son

insuficientes las políticas públicas inclusivas de protección a las necesidades específicas y de garantía jurídica de los derechos de las personas con sexualidades no heteronormativas.

La exclusión social vivenciada como permanente, con una frecuencia de *siempre* y una magnitud de *moderada* en diferentes ámbitos sociales, impacta en estos grupos situándolos en zonas de vulnerabilidad, con importantes repercusiones en su desarrollo personal y social, riesgos para la salud, violencia y migraciones. Son consecuencias: la desintegración familiar, la deficiente capacidad para la integración social, los mecanismos de autoexclusión e internalización de las discriminaciones, y la pobre autonomía, conciencia y participación política, con barreras para la organización y la autogestión de sus necesidades.

Por todo ello se evidencia la necesidad de profundizar en el estudio y caracterizar 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, con el fin de contar con los insumos necesarios para establecer estrategias institucionales, grupales y comunitarias que permitan mejorar el bienestar general y la calidad de vida en el grupo poblacional, y favorecer la inclusión social de estas personas mediante la aportación de elementos que pudieran incluirse en el diseño de políticas públicas.

Referencias bibliográficas

1. Tezanos J.F. La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas. Papers: Revista de Sociología [Universidad Autónoma de Barcelona] {serie en Internet}. 2002 Ene;66:278. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39081700_TEZANOS_Jose_Felix_La_sociedad_dividida_Estructuras_de_clases_y_desigualdades_en_las_sociedades_tecnologicas/download

2. Ramos Calderón JA. Inclusión/exclusión: una unidad de la diferencia constitutiva de los sistemas sociales. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana* [serie en Internet]. 2012;7(14):74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2110/211026873003.pdf>
3. Subirats J, Alfama E, Obradors A, Pineda I. Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo. La Rioja, España: Universidad de La Rioja; 2009. p. 133. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3049450>
4. Subirats J, Riba C, Giménez L, Obradors A, Giménez M, Queralt D, et al. Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea. Colección Estudios Sociales, no. 16. Fundación La Caixa; 2004. p. 12. Disponible en: https://www.academia.edu/9253304/Pobreza_y_exclusi3n_social_Un_an3lisis_de_la_realidad_espa3ola_y_europea_Colecci3n_Estudios_Sociales
5. Bueno Abad JR. La inclusión social y los procesos de intervención social. *Acciones e Investigaciones Sociales* [Universidad de Valencia] [serie en Internet]. 2002;16:302-3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/301679.pdf>
6. Zabala Argüelles MC. Análisis de la dimensión racial en los procesos de reproducción de la pobreza. El rol de las políticas sociales para favorecer la equidad social en Cuba. En: Zabala Argüelles MC, compiladora. *Pobreza, exclusión social y discriminación étnico-racial en América Latina y el Caribe*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2008. p. 400.
7. Morales Domínguez E. Cuba: color de la piel, nación, identidad y cultura: ¿un desafío contemporáneo? 2 diciembre de 2017. p. 11. Disponible en: <http://lapupilainosme.jovenclub.cu/?p=61353>
8. Espina Prieto M. La política social en Cuba: nueva reforma económica. *Revista de Ciencias Sociales* [Universidad de Costa Rica] [serie en Internet]. 2012;(135-136, no. especial):230-1. Disponible en: http://nuso.org/media/articles/downloads/3539_1.pdf
9. Espina Prieto M. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. *Nueva Sociedad* [serie en Internet]. 2008 Jul.-Ago.;(216):23. Disponible en: <http://nuso.org/articulo/ambivalencias-y-perspectivas-de-la-reestratificacion-social/>
10. Zabala Argüelles MC, Fuentes Reverón S, Fundora Nevot G, Camejo Figueredo D, Díaz Pérez D, Hidalgo Chávez V, et al. Referentes teóricos para

el estudio de las desigualdades sociales en Cuba: reflexiones sobre su pertinencia. *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina* [serie en Internet]. 2018;8(1):152. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rtct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiErPXuoO7hAhXM11kKHfmoCUkQFjACegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Frevistas.ucr.ac.cr%2Findex.php%2Fsociales%2Farticle%2Fdownload%2F3679%2F3578%2F&usg=AOvVaw0UhsTel-WWw6_3ryCpC22g

11. Castro Espín M. La integración social de personas transexuales en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2017. p. 210.

LA INFECCIÓN POR EL VIH: UN ABORDAJE DE SU PREVENCIÓN EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN CUBA

Yandy Alberto Betancourt Llody

Introducción

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) continúan asumiendo una carga desproporcionada de la enfermedad en lo que respecta a la epidemia del VIH en todas las regiones del mundo (1,2). El predominio entre los HSH es mayor que entre la población general en casi todos los países que recaban datos de observación sobre el VIH y que informan tener conocimiento de la situación utilizando datos de vigilancia de casos (1).

Se plantea que la disponibilidad de datos de observación del VIH confiable y la escasez de investigaciones en ciencias sociales implementadas con sensibilidad y enfocada en los HSH, constituyen grandes desafíos (1), especialmente en países represivos que penalizan y estigmatizan las relaciones homosexuales, el travestismo y el comercio sexual (1,2).

En Cuba, como en otras regiones del mundo, los HSH se han visto afectados por el VIH (3,4). Una revisión reciente concluyó que estos tienen una probabilidad seis veces superior de contraer el VIH que la población general y que representan el 87.4 % de los casos diagnosticados entre los del sexo masculino (5,6). Esta realidad fundamenta la necesidad de promover programas de prevención y políticas eficaces desde el sector de la salud para la provisión de servicios de prevención dirigidos a este grupo (3,6).

Actualmente, existe consenso de que, para orientar las respuestas al VIH, deben adoptarse enfoques combinados de la prevención, que continúen

a lo largo del tiempo, sean eficaces y estén basados en pruebas empíricas (7-9). Estos deberían incluir un fácil acceso a los preservativos, lubricantes, pruebas de detección y profilaxis pre y posterior a la exposición (10), además de los esfuerzos para reducir la vulnerabilidad y abordar los problemas estructurales (7-9).

En este contexto, la prevención del VIH debe continuar innovando y actuar con resolución (1). Abordar los distintos aspectos de la respuesta al VIH, desde una perspectiva de la salud pública, ofrece información para un análisis de las intervenciones de prevención adoptadas por el sector de la salud, enfocadas específicamente en los HSH.

A continuación, se describen las principales intervenciones de prevención de la infección por el VIH dirigidas a los HSH, que tienen tanto un potencial prometedor como limitaciones importantes en Cuba.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica y documental para identificar información sobre las principales intervenciones de prevención de la infección por el VIH dirigidas a los HSH. Se dieron los pasos siguientes:

- 1) Definición de la tarea. En este paso se identificaron como problema de información la prevención del VIH en Cuba dirigida a los HSH y las recomendaciones internacionales dirigidas al sector de la salud para responder a la infección, con énfasis en este grupo de población.
- 2) Definición de estrategias de búsqueda a partir de los términos *prevención del VIH, hombres que tienen sexo con hombres y salud pública*.
- 3) Localización de resultados de literatura científica publicada de fuentes y documentos nacionales e internacionales, y selección de aquella considerada relevante para el tema de estudio, entre 2010 y 2019.

- 4) Realización de síntesis de lo aportado por el tema. Una vez organizada la información recopilada, se presentaron los resultados de la búsqueda, los que están identificados con su respectivo crédito e incluidos en las referencias bibliográficas y citas que se destacan como tal.
- 5) Evaluación de la información obtenida y realización de reflexiones sobre los elementos a incorporar en el trabajo.

En todo momento, se respetaron los criterios éticos para el manejo y confidencialidad de la información brindada.

Resultados

La aplicación del abordaje de la prevención combinada se presenta como la mejor estrategia para responder al VIH (7,8). Según la Organización de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), esta comprende «un conjunto de intervenciones biomédicas, de promoción de conductas saludables y estructurales, basado en la evidencia y los derechos humanos y enfocado en satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades» (7).

A tono con la definición de ONUSIDA, desde el año 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado un conjunto de intervenciones esenciales del sector de la salud para responder al VIH, dirigidas a los grupos de población clave, como los HSH (7).

Entre las intervenciones recomendadas destacan los programas integrales de:

- distribución de preservativos y lubricantes;
- intervenciones para reducir los daños derivados del consumo de sustancias psicoactivas y las intervenciones sobre el comportamiento;
- pruebas de detección del VIH y orientación subsecuente;
- tratamiento y atención de la infección;

- prevención y tratamiento de las coinfecciones y otras comorbilidades, como las hepatitis virales, la tuberculosis y los problemas de salud mental;
- intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva (7).

Asimismo, plantea que estas se deben acompañar de otras intervenciones para lograr un entorno favorable, mediante el abordaje del estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas de los grupos vulnerables (7). Para ello se requiere de la promoción de una legislación propicia, del compromiso político y financiero y del empoderamiento de la comunidad (7).

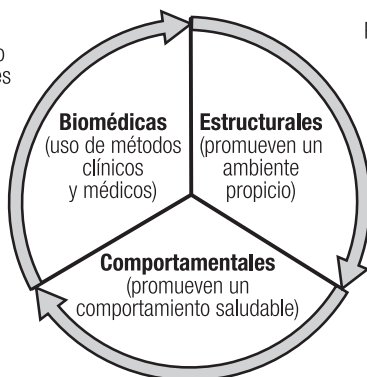
Otro ejemplo de programa integral (no necesariamente estandarizado a la propuesta de la OMS) combina intervenciones conductuales (desarrollo de aptitudes centrado en el uso adecuado de preservativos y la negociación de un sexo más seguro) con el tratamiento del VIH (garantizar que todas las personas con VIH tengan acceso a los servicios de tratamiento, atención y apoyo), mientras se abordan las barreras para el acceso (programas de sensibilización dirigidos a los prestadores de atención médica) (1).

Bajo este contexto, las estrategias de abordaje del VIH en Cuba (6,10,11) emplean un conjunto de intervenciones específicas, que incluyen paquetes de servicios personalizados, con elementos estructurales, biomédicos y de comportamiento (ver figura en página siguiente), en los contextos sociales en que son más necesarios, ya que el riesgo para cada individuo depende de sus prácticas y no del grupo al que pertenezca (3).

Estas intervenciones ponen de manifiesto cómo el enfoque de la prevención combinada se ha incorporado en el trabajo tanto de las instituciones nacionales como de la sociedad civil. Asimismo, el conjunto completo de intervenciones para la prevención descrito, está considerado entre los de eficacia comprobada, de acuerdo con los planes y las estrategias mundiales y regionales (6,7).

PRINCIPALES ÁREAS EN LAS QUE SE CENTRAN LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN
DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN HSH. CUBA, 2019-2023.

Condones y lubricantes;
diagnóstico y tratamiento
de las ITS; antirretrovirales
para todos; profilaxis
preexposición (PrEP);
profilaxis posterior a la
exposición (PEP)



Protección de los derechos;
abordaje de género y la
violencia de género;
intervenciones para la
reducción del estigma y la
discriminación

Asesoramiento sobre reducción de riesgo; educación sexual integral;
programas de educación de pares; campañas de mercadeo social

Fuente: Adaptado del «Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023». La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2019.

Discusión

Las intervenciones expuestas implican una variedad de actividades que resultan necesarias con el propósito de reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre los HSH. En este sentido, emplear programas científicamente comprobados, ajustados a las necesidades de las personas y los lugares de mayor riesgo, contribuirá a mejorar el impacto de la prevención (1,7).

Se ha demostrado que la combinación de intervenciones de comportamiento, pruebas de VIH y conexión con el tratamiento y la atención médica, funcionan mejor para conseguir que más personas participen y permanezcan bajo atención (7,12). No obstante, si los servicios o las intervenciones se emprenden de forma aislada y fragmentada, y no se aprovecha el abanico más amplio de las intervenciones disponibles, no cabe esperar éxitos totales en sus resultados.

Si bien en Cuba se ha avanzado en la aplicación del enfoque de la prevención combinada, adaptado a la realidad nacional y a las características de la epidemia y de las poblaciones vulnerables, es importante facilitar programas de apoyo para que más individuos conozcan su estado serológico e incitarles a que se mantengan VIH negativos, a la vez que se fomenta en los positivos que logren la supresión de la carga viral y se mantengan saludables.

La oferta de la prueba del VIH ha mejorado y más personas infectadas conocen su diagnóstico (87 %) (6). Sin embargo, según resultados de los estudios comportamentales realizados en el país, todavía resulta limitado la cantidad de HSH que se han realizado una prueba de VIH en los últimos doce meses y conocen el resultado (35.4 %) (12).

La cobertura de personas que viven con VIH en tratamiento (tanto en población general como en grupos de población clave), supera el 80 % de todas las personas diagnosticadas (6). Sin embargo, no existe una correspondencia entre el número de personas en tratamiento y los que han logrado suprimir la carga viral (71.6 %), con el fin de alcanzar un control epidérmico (6).

Se sabe que las personas que viven con el VIH con cargas virales suprimidas o no detectables, tienen una probabilidad mínima de transmitir el virus a otros (8,10). El beneficio agregado de esta estrategia es que las personas que participan en su cuidado médico y como individuos sanos, también tienen una gran oportunidad de ser participantes activos en sus comunidades (12).

Sin embargo, los niveles de adherencia al tratamiento con el fin de lograr suprimir la carga viral comunitaria e impactar de forma sostenida en la incidencia de nuevas infecciones y en la mortalidad a causa del sida, aún son insuficientes (11). Una revisión realizada en una muestra de 300 fallecidos por sida en el año 2018, encontró que, en el 63 % de los sujetos, la causa de mortalidad estuvo asociada a la mala adherencia al tratamiento (13).

Si bien la no adherencia al tratamiento prevalece entre las causas de mortalidad para la muestra escogida (13), estos resultados no son definitivos ni generalizables para el contexto nacional. No obstante, se precisa fortalecer las estrategias referentes a la consolidación de habilidades relacionadas con la adherencia a los medicamentos y el autocuidado, a través de intervenciones conductuales individuales y grupales realizadas por educadores pares, con apoyo de proveedores de servicios.

Por otro lado, intervenciones como la profilaxis preexposición (PrEP) se han integrado a los programas de prevención integral de la infección por el VIH en Cuba, como una opción adicional de prevención para los HSH con riesgo sustancial de infección por el VIH (6). Hoy día se llevan a cabo experiencias pilotos en municipios y áreas de elevada prevalencia del VIH.

Asimismo, proveer profilaxis posexposición (PEP) en los casos de episodios de riesgo por una relación sexual desprotegida (por ejemplo, la rotura de un preservativo), constituye una oportunidad para prevenir la infección después de la exposición sexual, y un criterio para ofertar profilaxis preexposición según las recomendaciones de la OMS (7).

No obstante, garantizar la oferta de profilaxis pre y posterior a la exposición implica, entre otros retos, facilitar el acceso a los puntos de entrega; hacer frente a la discriminación y actitudes moralistas en los proveedores de salud que limitan la acogida del servicio, así como la planificación para tratar específicamente la divulgación.

De igual modo, el acceso a preservativos y lubricantes es crucial para aplicar un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, y se debe continuar priorizando su promoción (6,7). Los últimos datos disponibles en Cuba sobre el uso de preservativo en HSH indican que el 63.9 % lo utilizó durante su último coito anal con una pareja masculina (5,14).

Si bien se pueden observar incrementos en comparación con 2015 (56.9 %) (14), hay que prestar atención al abastecimiento en la red de

farmacias y los puntos de venta no tradicionales, mediante una distribución focalizada que apoye el uso sistemático y correcto. También se debe prestar atención a la disponibilidad para la atención primaria (como insumo de los programas de salud sexual y reproductiva), campismos y el aseguramiento para la entrega gratuita por medio de la sociedad civil durante las actividades educativas.

Asimismo, se han identificado razones de carácter subjetivo para no protegerse en los diferentes tipos de pareja (estable u ocasional) entre HSH. Argumentos como «no les gusta usar condones» (34.1 %), «no tener condón en ese momento» (27.1 %) o «la confianza en la pareja» (13.7 %), sobresalen entre los principales motivos para no protegerse (14,15). Estos argumentos no deben pasarse por alto, dada la posibilidad de que pudieran ser modificables, e incluso complementar con otras medidas para la prevención del VIH, como el uso de la profilaxis preexposición (PrEP).

De igual modo, la respuesta a la epidemia debe considerar el contexto cultural y social que afecta el riesgo de infección por el VIH y el acceso a los servicios de prevención, potenciado por la estigmatización, la discriminación y la violencia, en base a la orientación sexual y la identidad de género (1,7). Ello demanda la implementación de mecanismos para documentar y monitorear la violencia; capacitar a los HSH sobre las resoluciones y normas para prevenir y sancionar la discriminación; y crear mecanismos de veeduría de los derechos humanos, con especial énfasis en este sector de la población (6).

Conclusiones

La aplicación del enfoque combinado de prevención adaptado a la realidad nacional y de las características de la epidemia y de las poblaciones vulnerables, ofrece un fundamento común para el desarrollo y la promoción de programas de eficacia comprobada, que permite reorganizar los esfuerzos y tener mayor impacto a fin de reducir la cantidad de nuevas infecciones en el futuro.

Referencias bibliográficas

1. Ayala G, Hebert P, Lauer K, Sundararaj M. Prevención del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Oakland: Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF); 2010 [citado 11 Jun 2018]. Disponible en: http://msmgf.org/wp-content/uploads/2015/10/MSMGF_Prevention_Brief_ES_lo.pdf
2. Informe de brechas en prevención. Resumen 2016. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); 2016 [citado 6 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016>
3. Lantero MI, Ochoa R, Joanes J, Sánchez J, Valdés JR, Pérez S, et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS-VIH/sida 2014-2018. La Habana: Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida; 2013 [citado 6 Feb 2018]. Disponible en: <http://fcbccu.intranet/web/uploads/55895996.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. Prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis y el VIH. Informe de resultados, Cuba 2014. La Habana; 2014 [citado 6 de febrero de 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2015/02/cuba_informe-pais-validacion-eliminacion-tmi-sifilis-y-vih.pdf
5. GARPR Online Reporting Tool. La Habana: Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI); 2017 [citado 19 Ene 2019]. Disponible en: <https://aidsreportingtool.unaids.org/>
6. Lantero MI, Sánchez J, Joanes J, Betancourt YA, Cancio I, Matos MJ, et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. Edición previa. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2019.
7. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde el sector de la salud en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe; 2017 [citado 17 Ene 2019]. Disponible: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796-spa.pdf>
8. Combination HIV Prevention: Tailoring and coordinating biomedical, behavioral and structural strategies to reduce new HIV infections. UNAIDS Discussion

- Paper; 2010. Disponible: http://www.hst.org.za/publications/NonHST%20Publications/20111110_JC2007_Combination_Prevention_paper_en-1.pdf
9. Acción acelerada para la prevención combinada. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); 2015 [citado 6 Feb 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf
 10. Cuba. Nota Conceptual Estándar. Inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria. Proyecto del Nuevo Modelo de Financiamiento (NMF): respuesta al VIH para poblaciones claves 2015-2017. La Habana; 2014.
 11. Hoja de ruta estratégica para el análisis y preparación de la transición del Fondo Mundial en Cuba. La Habana: Equipo Técnico de Cuba (ETC); 2017 [citado 6 Feb 2018]. Disponible: http://www.undp-globalfund-capacitydevelopment.org/media/56275/2017-01-19-hoja-de-ruta-estrat%C3%A9gica-para-la-transici%C3%B3n-del-fondo-mundial-en-cuba_v02.pdf
 12. Manual y guía de implementación «Prepárate para la vida». National Minority AIDS Council; 2014 [citado 17 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.nmac.org/wp-content/uploads/2014/06/PrEP-Manual-Spanish-Final.pdf>
 13. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Departamento de ITS-VIH y Hepatitis. VIH/sida información acumulada 1986-2018. Presentación de Power Point: Taller nacional de coordinadores HSH y PVV. La Habana; 21 de febrero de 2019.
 14. Encuesta de indicadores de prevención de la infección por VIH. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI); 2015 [citado 8 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.onei.cu/publicaciones/cepde/EncuestaPrevencionSida/Informe%20de%20Resultado%20Encuesta%20de%20Indicadores%202013.pdf>
 15. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2017. Publicación de resultados. Edición 2019. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo; 2019.

UNA MIRADA GÉNERO-SENSIBLE A LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN POBLACIONES CLAVE

Yandy Alberto Betancourt Llody, Zoe Díaz Bernal,
Ileana Elena Castañeda Abascal

Introducción

Con el decurso del tiempo, y desde hace más de una década, resulta un hecho reconocido que las relaciones sexuales entre hombres conforman el centro de la epidemia de VIH en Cuba (1-3). Fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) declaran que los hombres son el principal grupo de población afectado y que representan más de las tres cuartas partes de las personas diagnosticadas (80.8 %) (3). Según los datos para el 2016, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representaron el 71.2 % de todos los casos diagnosticados y el 80.0 % entre los del sexo masculino. Por su parte, la población transgénero muestra una tendencia ascendente en los últimos nueve años, y es la de mayor prevalencia. Todo lo anterior ha condicionado que estas poblaciones sean consideradas «clave» para la dinámica de la epidemia tanto por su capacidad de sensibilizar al resto y desempeñar un papel importante y activo en la respuesta al VIH como por ser parte de su centro (4,5).

Según las orientaciones terminológicas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), resulta recomendable usar el término *poblaciones clave* y no poblaciones vulnerables, con el fin de evitar poner el acento en la vulnerabilidad, sino en las presiones de índole social o circunstancias sociales que las hacen estar más expuestas a la infección (5). Por su parte, Cuba se enfoca y atiende a estos grupos como clave: HSH, personas transgénero y hombres trabajadores sexuales (3).

Sin embargo, en parte para desmitificar y deconstruir prejuicios asociados a la transmisión del VIH, se hace cada vez más necesario visualizar que el elevado número de HSH y mujeres trans infectadas con el VIH no necesariamente es consecuencia de un incremento de las conductas sexuales de riesgo, sino que un conjunto de condicionantes socioculturales y de derechos pueden estar limitando el control de dichos riesgos en dichas poblaciones consideradas clave. Investigaciones realizadas en el contexto cubano y fuera de este han dado cuenta sobre algunas de las categorías más relevantes dentro de la determinación social para la epidemia de VIH: la pobreza, la pertenencia a una etnia o a una comunidad rural aislada, la migración, la edad, la orientación sexual y el género (6). De igual modo, la violencia, el estigma y la discriminación se han considerado determinantes sociales para grupos cuyo comportamiento sexual difiere del heterosexual (6-8).

En atención a lo anterior, desde 2008 el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/ sida (CNPITS-VIH/sida) coordina y lleva a cabo diferentes experiencias en Cuba que consideran la mirada género-sensible en el diseño e implementación de sus acciones de prevención (9). No obstante, la infección por VIH en el contexto presente demanda respuestas más efectivas para lograr reducir las nuevas infecciones por el virus para el año 2020, a la vez que sigue siendo mayor entre los HSH y mujeres transgénero. Resulta imperativo en este escenario ganar en claridad en cuanto a la noción de disparidad y la constitución de desigualdades a partir de estas. En este afán, se exponen algunas propiedades que se consideran atributos esenciales para su definición, soporte necesario para la realización de investigaciones en este campo.

Cabe, sin embargo, hacer notar que en la revisión de la literatura científica consultada no existe consenso al respecto, hecho particularmente interesante que se visualiza a partir de la utilización de los términos *diferencias*, *desigualdad* e *inequidad* de género. Estos términos han llegado a homologarse o utilizarse de forma indistinta. Por lo general, la desigualdad en la literatura norteamericana se conoce como disparidad

(*disparity*) y se entiende como una diferencia objetiva que puede constatarse (mediante una medida) por el simple y único recurso de comparar dos o más objetos. Desde esta perspectiva, la diferencia es lo que se mide en números.

Esta misma postura asegura la existencia de tres factores que transforman una simple desigualdad en inequidad y ponen su centro de atención en que las inequidades son:

- desigualdades sistemáticas y no se distribuyen al azar, sino que exhiben patrones consistentes en la población;
- producidas socialmente y, por tanto, modificables;
- injustas y atentan contra nociones ampliamente compartidas de justicia (10).

A partir de esta toma de posición esencial, emerge claramente que las desigualdades de género agrupan aquellas que pueden ser evitadas, son injustas e innecesarias.

Constituye, por tanto, un imperativo de carácter ético y moral asociado a los principios de los derechos humanos y de la justicia social. Artilles y Alfonso consideran que el término *inequidad* se utiliza para referir las diferencias entre personas, su impacto en las posiciones que ocupan en la sociedad y las desventajas que originan las diferencias en cuanto a oportunidades en la vida social (11). Estas desventajas se producen, a su vez, a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y la de oportunidades. La primera está relacionada con la justicia, mientras que la segunda depende del compromiso social de ayudar a cada quien, de acuerdo con sus características particulares (12).

Otra vía que han explorado algunos autores, consiste en medir las que serán denominadas como «desigualdades intragénero»; o sea, aquellas 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 (13,14). No se refieren a simples diferencias, sino a pautas de relación diferencial en las que se visualizan aquellas manifestaciones de estigma, discriminación y violencia hacia los hombres que no se comportan como dicta el modelo hegemónico de masculinidad, independientemente de su orientación o comportamiento sexual. Y es que existen muchas maneras de expresar las identidades de género, las cuales no tienen por qué coincidir con las orientaciones sexuales, puesto que son categorías diferentes entre sí. Una última consideración: en el espacio de estas brechas de desigualdad e inequidad atribuibles al género, y de cómo se relacionan con la epidemia de VIH, dan como resultado la limitada existencia de fuentes (estudios, investigaciones) que vinculen género, diversidad sexual y VIH, y su restringida adecuación al contexto cubano (6,9,14).

Para la realización de este trabajo, se revisó la literatura científica publicada en revistas nacionales arbitradas e internacionales y aparecida entre 2007 y 2015. En este ámbito y bajo la égida de las motivaciones mencionadas, este artículo sugiere develar en sus deducciones teóricas las múltiples diferencias que en cuanto al género podrían traducirse en desigualdad para las poblaciones consideradas clave y su determinación en la transmisión del VIH.

Género y VIH, relación al interior de las masculinidades

Décadas de investigación en todo el mundo han demostrado que la desigualdad de género y las violaciones de los derechos humanos repercuten negativamente en diversos efectos sobre la salud para adultos y niños, incluido el VIH, mediante consecuencias directas e indirectas, derivadas de relaciones de poder desiguales y desigualdades en el acceso a los recursos y el control sobre estos (15). Otros resultados y algunos datos reales también apuntan a que la percepción de condición inferior de los hombres con orientación y prácticas homosexuales o bisexuales aumenta la vulnerabilidad ante el VIH y a otras infecciones de transmisión sexual (6-8).

Del mismo modo, también se ha descrito que las normas y prácticas de género relacionadas con lo que se considera masculino, desempeñan un papel fundamental en el riesgo y la vulnerabilidad de los hombres ante la infección y, de manera general, en los comportamientos relacionados con la salud. Así, se encuentra que los hombres:

- son menos propicios a seguir las indicaciones médicas, porque sienten que están, de alguna manera, cediendo el control;
- se resisten a acudir a los centros de atención primaria de salud, pues los consideran adecuados solo para las mujeres y los niños;
- pueden negarse a admitir la enfermedad si con ello se hacen dependientes de aquellos miembros de su familia a quienes, por tradición, deben cuidar y alimentar (15,16).

Según las fuentes antes referidas (15), estas normas provocan diferenciales en la aceptación de los servicios de salud, en la capacidad de respetar los regímenes médicos y en otros factores que contribuyen a los riesgos y a los efectos relacionados con las enfermedades infecciosas, entre estas el virus de la inmunodeficiencia humana. Para algunos autores, la vivencia del género en el patriarcado ayuda a que se acepten, permitan, valoren o rechacen ciertos comportamientos entre las personas (7,9,15). Un ejemplo en el que las prácticas sexuales entre hombres suelen ser aceptadas bajo la idea de la «necesidad», es la condición de reclusión, aglomeración y trabajo sexual, las que no tienen la misma carga cultural que las prácticas entre hombres que se identifican como homosexuales en otros contextos. Sin embargo, no están ajenas al alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, entre estas el VIH. Esto se debe principalmente a diversos factores biológicos y epidemiológicos (8):

- La penetración anal sin protección conlleva al mayor riesgo de transmisión del VIH a raíz de las características de la mucosa intestinal.
- El mayor número de infecciones proviene de personas que desconocen que están infectadas. La transmisión tiene lugar en la fase inicial altamente contagiosa y de varias semanas de duración.

- Muchos hombres mantienen relaciones sexuales paralelas en redes de contactos sexuales. En estas redes es habitual prescindir del preservativo durante la penetración anal.

Al mismo tiempo, se suele hacer una clasificación entre ser «activo» y ser «pasivo» en la relación sexual. Algunas personas asumen que quien es activo (el que penetra) tiene el poder en la relación (7,15); como consecuencia de ello, el hombre que es penetrado tendrá reducidas posibilidades de negociación del condón y se somete al poder del otro. No obstante, esta situación es atravesada por realidades como la clase social y la territorialidad, que, como las anteriores, también condicionan una posición de mayor desventaja y vulnerabilidad.

Aun hoy, cuando para algunos autores las representaciones de la masculinidad están cambiando (17), sostienen que parte de la discriminación que persiste hacia la homosexualidad proviene de la creencia de que la orientación sexual está ligada al género y que la atracción por otro hombre es, sin excepción, considerado algo «femenino» y, por ende, calificado como negativo o de menor importancia (18). La discriminación vivida debido a la orientación sexual o expresión de cualquiera de los tipos de la masculinidad contrahegemónica, influye en que muchos hombres no logren vivir de forma abierta su homosexualidad, prueba clara de que tiene consecuencias sobre la autoestima (8). Esto influye indudablemente en el comportamiento sexual y hace vulnerable a los afectados en situaciones en las que la protección contra infecciones de transmisión sexual, entre estas el VIH, es de vital importancia.

Una forma de demostrar lo anterior es por medio de los estudios de prevalencia e incidencia disponibles en Cuba, en los que puede observarse que la distribución de los casos estimados de personas que viven con VIH (PVV) deja poco margen a la duda al respecto (2). Resulta desproporcionada la cantidad de hombres homosexuales y otros HSH que viven con VIH en comparación con las mujeres y hombres heterosexuales afectados por el virus.

Esta realidad ha condicionado, en la respuesta cubana a la epidemia, la necesidad de tener en cuenta cuestiones interrelacionadas como: la integración del enfoque de género de manera transversal en la respuesta al VIH y la necesidad de identificar y atenuar brechas de género y patrones socioculturales que influyen negativamente en las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad (2,9).

Las realidades mostradas en los acápités anteriores respecto al peso que tienen las relaciones de género para la epidemia (6-8,15), no hacen más que confirmar que «la inequidad social se encuentra fuertemente ligada a la distribución de la salud y la enfermedad en una población» (17). De la misma manera, la constatación de que una población, ya de por sí sometida a procesos de exclusión, concentra índices de prevalencia mayores, lo puede señalar una correspondencia suficiente para un análisis que permita comprender las dinámicas que dan cuenta de la exposición diferencial de estos individuos ante la infección.

Hasta ahora no se ha hecho más que situar la epidemia de VIH como un elemento que expone las desigualdades de género. Sin embargo, a la vez la epidemia no solo es impulsada por la desigualdad de género, pues también profundiza esa desigualdad, lo que coloca en mayor desventaja a las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad (6). Ello resulta cierto en todas las etapas del continuo de prevención y cuidados, y afecta, entre otras cosas, las posibilidades de prevención, acceso a materiales, información y recursos apropiados, la calidad de cuidados recibidos y las probabilidades de supervivencia (8,18).

Según esta línea de argumentación, el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM) afirma que los países que no reconocen ni protegen a los grupos de la discriminación, tienen más probabilidades de que estas comunidades tengan un acceso inferior a los servicios de prevención y tratamiento. También concluyen que en aquellos donde se penaliza a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y a los trabajadores del sexo, el impacto negativo sobre el acceso a los servicios es incluso mayor (19).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) pone en evidencia la falta de reconocimiento por parte de los proveedores de salud sobre sus propias actitudes estigmatizantes hacia poblaciones clave, como los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales y personas transgénero (20). Estas actitudes dificultan el acceso a servicios sanitarios relacionados con el VIH, de calidad y libres de estigmatización y discriminación.

Transversalización de género en las acciones de prevención

El posicionamiento en Cuba del tema de género en la respuesta nacional a las ITS-VIH/sida, destaca los avances alcanzados en el marco de los proyectos financiados por el Fondo Mundial (FM), con acciones estratégicas de formación, comunicación, sistematización e intervención comunitaria, que han sido apoyadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), receptor principal de los fondos (9). Incluye acciones con y para poblaciones en mayor riesgo, cuya finalidad es promover la adopción de conductas sexuales seguras en las poblaciones clave.

En este sentido, se ha integrado el enfoque de género en el «Plan estratégico nacional para la prevención y control de ITS-VIH/sida 2014-2018», y en particular en el marco del proyecto ya existente para la Red HSH/Cuba, que funciona desde el 2000. La incorporación de género se inició formalmente en octubre de 2013 —aunque ya en el 2012 se había comenzado a relacionar género con VIH— en una reunión de planificación del grupo de coordinadores de la Región Central, en la que se constituyó un grupo gestor para la experiencia «Igualdad de género y respuesta efectiva a las ITS-VIH/sida en HSH».

Se trabajó en el primer boceto de un cuestionario, instrumento base que sugiere develar, en sus resultados, la relación percibida entre desigualdades de género y la epidemia del VIH en poblaciones clave, lo que

se emprendió considerando la limitada divulgación de los resultados de estudios que vinculen género, diversidad sexual y transmisión del VIH realizados en Cuba, así como de buenas prácticas de proyectos de cooperación (9,14).

La búsqueda de respuesta en el sentido anterior resulta por completo válida a la luz del estado de la epidemia cubana, que desde su inicio y hasta la actualidad afecta en su mayoría a personas y grupos cuyas prácticas e identidades sexuales fueron históricamente discriminadas e incluso perseguidas (14).

En Cuba no son violables los derechos humanos referidos a la atención de la salud, la educación, el empleo, el salario, las licencias temporales a madre o padre para la atención de un menor, o de mayor extensión a una persona con discapacidad, y en general la igualdad entre hombres y mujeres ante la ley, pero esos no son los únicos derechos a defender. Si bien las políticas públicas promueven la cohesión social, con letras antidiscriminatorias se trata de procesos culturales que se escapan de cualquier pliego o manifiesto, para calar el imaginario y representaciones sociales sobre las que se ancla una cotidianidad no exenta de discriminación (14).

El comportamiento social ya es más permisivo en algunos sentidos, pero ello solo se logra en espacios comunitarios limitados y no al nivel de toda la sociedad, de ahí la necesidad de intervenciones eficaces que produzcan un balance futuro de no discriminación para alentar a los HSH y mujeres transgénero, como iguales, a la adopción de comportamientos de cuidado hacia sí y hacia los demás, pues solo en este caso se podrá reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre dichas poblaciones clave.

No obstante, pese a los esfuerzos realizados, como sucede en la mayoría de las intervenciones en salud pública, no cabe esperar éxitos totales en sus resultados (21). Los cambios de comportamientos son difíciles, pero igualmente lo son las ideas estereotipadas y prejuicios acerca de lo

relacionado con la expresión de la diversidad sexual y los significados de género en las personas, grupos y sociedad en general, que refuerzan las desigualdades y la discriminación y contribuyen a la propagación de la infección en las poblaciones clave (6-8).

También es un hecho que, entre los principales desafíos, figure el vacío legal y falte un marco teórico de género ajustado a la realidad cubana y al de la epidemia (9,22). Hay que sumar a esta realidad la no incorporación o desconocimiento de género por parte de actores involucrados: población clave, personal facilitador o tomadores de decisiones (falta de sensibilización y capacitación en género al personal, a todos los niveles) (22). Otro asunto pendiente planteado es la necesidad de contar con indicadores para el monitoreo de la transversalización de género en las acciones de prevención, ya que solo se está haciendo seguimiento de actividades pero no de resultados e impacto (9,22).

Consideraciones finales

La igualdad de oportunidades de todas y todos los ciudadanos/as cubanos/as está explícita en documentos jurídicos claves, lo que hace más difícil visibilizar y cuestionar los temas relacionados con desigualdades de género. La limitada divulgación de los resultados de estudios de género sensibles a la transmisión del VIH en poblaciones clave realizados en Cuba y fuera de esta, es una oportunidad para trabajarlos, si se sabe utilizar.

En este sentido, la motivación surgida desde la Red HSH/Cuba —que trata de acercarse con calidad profesional a dar seguimiento a la igualdad de género en la respuesta al VIH/sida, con el fin de hurgar en las múltiples diferencias que se traducen en desigualdad social— resulta absolutamente válida en la búsqueda de un accionar que dé acercamiento al tema de género y su determinación en la transmisión del VIH en poblaciones consideradas como la más vulnerables en la epidemia cubana, que sufren disparidades en salud relacionadas con los determinantes sociales, cuando se comparan con la población heterosexual.

Sin duda, ello contribuirá como insumo para la ampliación a todo el país de un marco teórico-metodológico común, integrado y sobre todo operativo, con el fin de que sea «aprehendido» por actores involucrados en la respuesta nacional a las ITS-VIH/sida para la actualización, con mejor base, de programas y estrategias de género relativas al VIH/sida.

Referencias bibliográficas

1. Miranda O, Fariñas AT, Coutín G. Desigualdades de salud en la infección por el VIH en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010 [citado 25 Ene 2016];36(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu03410.htm
2. Ferrer Y, Rojo N. Campañas de bien público dirigidas a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [tesis]. En: Sanabria G, Rodríguez A, editoras. *Investigaciones para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Experiencia en el contexto cubano*. La Habana: CENESEX; 2013. p. 227-52.
3. MINSAP. *Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS-VIH/sida 2014-2018*. La Habana: Lazo Adentro; 2013.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA*. Paris: UNESCO; 2008 [citado 15 Ene 2017]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/terminologia_redaccion_unesco.pdf
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*. New York: ONSIDA; 2015 [citado 15 Ene 2017]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
6. Ochoa R. *Factores sicosociales y VIH*. La Habana: Lazo Adentro del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida; 2014.
7. Ochoa R, Rodríguez I. *No a la violencia de género: una respuesta efectiva al VIH/sida*. La Habana: Lazo Adentro; 2013.

8. Oficina Federal de Salud Pública (OFSP). Sexo entre hombres: hacia una mejor salud sexual 2012. Suiza: Berna OFCL, Publicaciones federales 3003; 2011.
9. Ochoa R, Rodríguez I. Estrategia de Género en apoyo al Componente Educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida. Cuba. 2013-2017. La Habana: Lazo Adentro; 2012.
10. Bacallao J. Ensayo crítico acerca de la medición de las desigualdades sociales en salud [tesis]. La Habana: Servicio de Publicación e Intercambio Científico, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2013.
11. Artilles LI, Alfonso AC. Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud. La Habana: Representación OPS/OMS; 2011.
12. Castañeda IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 24 Ene 2016];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Careaga G, Cruz S. Debates sobre masculinidades, poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006 [citado 21 Jun 2016]. Disponible en: https://books.google.com/cu/books?id=nfGvWUYIWSMC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
14. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Serie «Aprendiendo y compartiendo». Unidad de Programa «VIH/sida y TB». El proyecto HSH, una población clave. La Habana: Unidad de Programa; 2014.
15. Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Ginebra. OMS; 2001 [citado 21 Jun 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165824/1/9275322872.pdf>
16. Bloom S, Negroustoueva S. Indicadores de igualdad de género y VIH. Medición y evaluación. 2014 [citado 1 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/resources/publications/ms-13-82-es>
17. Estrada JH. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. Rev Gerencia Políticas Salud. 2014;13(26) [citado 1 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54531419004.pdf>
18. Rueda M. Género y VIH/sida. Estrategias de prevención en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Paris: UNESCO; 2006 [citado 1 Jun 2016]. Dis-

ponible en: <http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/genero-y-vihsidaestrategias-de-prevencion-en-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres>

19. Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Consideraciones sobre el trabajo sexual, HSH y personas transgénero en el contexto de la epidemia de VIH. Nota informativa. Suiza: Fondo Mundial; 2015 [citado 1 Jun 2016]. Disponible en: www.theglobalfund.org/documents/core/.../Core_SOGI_InfoNote_es/
20. Organización Panamericana de la Salud. Manual de actividades para la reducción de estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y sida. Guatemala: Representación OPS; 2013 [citado 1 Jun 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc...gid=600
21. Estruch L, Ochoa R, Villalón M. Epidemia de VIH/sida en Cuba: 30 años de experiencia. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2016.
22. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Sistematización de la experiencia: institucionalización de género en la Respuesta Nacional a las ITS/VIH-sida (Cuba: Género en ITS-VIH/sida) (2008-2015). La Habana: Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades / Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida; 2015.

MASCULINIDADES. SU IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL DE LOS HOMBRES CON DISCAPACIDAD

José Julián Castillo Cuello, Celia Sarduy Sánchez

Conceptualización de la discapacidad

Las personas con discapacidad (PcD) constituyen un grupo poblacional significativo en cualquier sociedad. Según reportes internacionales, ¡representan alrededor de 15 % de la población mundial, y se estima que para el año 2025 su cuantía sobrepasará los 800 millones! (1).

El incremento de la cantidad de estos individuos se debe, entre otros factores, al desarrollo científico técnico, y en especial el de las ciencias médicas, que ha propiciado el aumento de las expectativas de vida y la sobrevivencia (que en otras épocas fuera imposible) de personas con afecciones o lesiones, pero con algún tipo de deficiencia (secuelas) física, sensorial o cognitiva.

La discapacidad forma parte de la condición humana. Casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, e incluso en la senilidad se experimentarán dificultades crecientes que, sin llegar a ser una discapacidad como tal, afectan significativamente el funcionamiento del anciano.

Sin embargo, hay que resaltar que la discapacidad no solo atañe a la persona afectada. Cuando se menciona la discapacidad, hay que considerar que es un «término genérico» que indica los *aspectos negativos* que se presentan durante la interacción de un individuo (con una condición de salud determinada) con el contexto (físico, por lo general inaccesible para él, y de actitudes impropias) en que se desenvuelve; por lo tanto,

la discapacidad *no solo es consecuencia* del «problema» individual que pueda tener un sujeto determinado (1-3).

Sin embargo, cuando se habla de *discapacidad* se piensa, por lo general, en el sujeto. El enfoque se centra más en las dificultades y limitaciones de la persona que en sus potencialidades y posibilidades. Se presupone que, debido a los problemas biológicos o mentales, «nunca van a tener pareja», «no van a poder ser madres o padres», «no son atractivos», «no pueden llevar una vida independiente», «es difícil que encuentren trabajo remunerado y, por consiguiente, que sean independientes económicamente»..., sin tenerse en cuenta que en numerosas ocasiones tal problemática radica más en el medio en que se desenvuelve o vive la persona que en sí misma.

En el Informe Mundial sobre la Discapacidad de 2011, se destaca que estas personas tienen mayores dificultades para acceder a servicios sanitarios integrales, mayor dependencia y una participación social limitada, peores resultados académicos y una menor solvencia económica que conlleva a tasas de pobreza más altas que el resto de la población (4).

Es cierto que existen condiciones personales que pueden verse implicadas en las problemáticas antes mencionadas, pero en parte ello es consecuencia de los obstáculos (del entorno físico y actitudes) que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que se consideran obvios en cualquier sistema social, como un servicio de salud apropiado, un sistema de transporte adecuado y una educación inclusiva y eficaz, lo que influye negativamente en el desarrollo personal y social del individuo. Por desgracia, a pesar de haber transcurrido más de nueve años del informe ya mencionado, las condiciones adversas descritas aún persisten (5).

Masculinidad y discapacidad

La masculinidad o lo que tradicionalmente se entiende por esta, se refiere a la concepción social del «modo correcto» en que debe de ser un

hombre; por consiguiente, todos los individuos identificados como pertenecientes a la categoría de sexo masculino deberían llevar a cabo o hacer el esfuerzo de encajar en el esquema social de masculinidad tradicional o hegemónica, al menos en la cultura occidental. Por otra parte, indica de la misma manera las diferencias con la «forma correcta» de ser una mujer, de la interpretación de la feminidad. Es lo que significa ser hombre, y por lo tanto qué significa no serlo (6,7).

La identidad masculina o femenina no se forja a través del propio individuo, sino en su relación con las distintas categorías sociales (7): «...los hombres y las mujeres se hacen, no nacen» (8).

Existe una separación conductual evidente en la mayoría de las colectividades de lo masculino y femenino. En nuestra cultura los hombres deberán ser fuertes, valerosos, emprendedores, dinámicos, competitivos y el pilar económico en que descansa la familia; tener confianza plena en sus capacidades, sobre todo en su capacidad sexual «ilimitada»; y cumplir roles de «proveedores». Si se busca el sinónimo de masculinidad en algún diccionario, se encuentran vocablos como «varonil», «enérgico», «fuerte», «vigoroso», «recio» y muchos otros que resaltan la «fortaleza» y la «capacidad del hombre».

Entonces, ¿qué sucede con las PcD cuando por numerosas circunstancias la mayoría de las veces no pueden cumplir con los rígidos patrones masculinos que se establecen en las comunidades en que se desenvuelven?

Discapacidad y el entorno físico y actitudinal

Aunque un entorno físico «inhóspito» es perjudicial para la mayoría de los seres humanos (para no ser absolutos), en las PcD es determinante para su buen desarrollo personal y social; por otro lado, existen numerosos factores ambientales que, sin ser por lo general problemas para la población común, se convierten en obstáculos para quienes presentan limitaciones corporales: las llamadas *barreras arquitectónicas* (1-3,5,9).

Resulta obvio que mientras más dificultades encuentre una PcD en su quehacer diario, su desenvolvimiento individual será más limitado e influenciará negativamente en todos los aspectos de su vida, incluso en su sexualidad y la representación de la masculinidad.

Para que una persona con discapacidad pueda vivenciar y ejercer una sexualidad sana, libre de restricciones y prejuicios, y reestructure su percepción de lo masculino, es necesario, entre otros factores, que el medio en se desarrolle, tanto el físico como el actitudinal, sea lo «menos agresivo» posible.

La mejoría de las capacidades físicas, mentales o ambas de un individuo puede facilitar su integración social, pero esa mejoría muchas veces no basta para una incorporación plena a su entorno. Es necesario abordar otras situaciones, también importantes, para que una PcD alcance la mejor calidad de vida posible, hecho que por desgracia no se tiene en cuenta habitualmente (1,3,5,9-15).

Es imperativo, entonces, que se promulguen o se hagan cumplir leyes y resoluciones que posibiliten la equiparación de oportunidades y la plena participación de las PcD en su entorno.

Entre las principales situaciones que se presentan frecuentemente y limitan la participación de la PcD, se encuentran:

1. Existencia de barreras arquitectónicas y falta de cumplimiento de las normas constructivas que dificultan e impiden el desplazamiento y el acceso de la PcD a cualquier instalación.
- 2) Poca participación en labores remuneradas. Escasez de puestos de trabajos que faciliten ejercer los mismos sin restricciones y desventajas.
- 3) Medios de transportación público inaccesibles para aquellas personas con limitaciones físicas, sensoriales o ambas. Aunque hay una disposición de que algunos asientos en los medios de transportación masiva se reserven para personas con discapacidad,

ello es totalmente insuficiente, ya que solo es útil para individuos con limitaciones motoras menores, ya que el medio en sí es una barrera, porque se trata del mismo que se emplea como transporte regular, sin facilidad de acceso.

- 4) Dificultades para acceder a lugares de recreación y esparcimiento.
- 5) No existen medios de seguridad vial que permitan el desplazamiento de las PcD con confianza y de la forma más independiente posible.

Actitudes hacia las personas con discapacidad

Resulta desafortunado que exista una alta incidencia de actitudes impropias hacia las PcD, que también repercuten negativamente en su autoestima y masculinidad. Desde un punto de vista histórico, se han «elaborado» numerosos prejuicios, estereotipos, mitos y falacias relacionadas con la discapacidad y la sexualidad que es común que ofrezcan una visión negativa o irreal de las PcD y de su sexualidad en particular.

Las actitudes negativas han regido muchas conductas sociales hacia las PcD y propiciado, por consiguiente, la aparición de numerosas insatisfacciones, aislamiento y sentimientos de minusvalía entre ellas (3,9,13-15).

Entre algunos criterios relacionados con la sexualidad que menoscaban la sexualidad en general, y la masculinidad en particular, de los hombres con discapacidad, se hallan (9):

- 1) Son asexuales. No tienen intereses de índole sexual.
- 2) La erección del pene es indispensable para el éxito de un vínculo sexual: las relaciones eróticas «válidas» son las que concluyen con la penetración vaginal.
- 3) Mientras más potencia eréctil y capacidad sexual tenga un individuo, más «viril» es.
- 4) Los hombres son los que llevan la parte activa de la relación y los que inician los encuentros sexuales.

- 5) El orgasmo es esencial para el pleno goce sexual. Una buena relación «íntima» siempre concluye con el orgasmo de ambos miembros de la pareja.
- 6) Manifestar sentimientos de ternura y ser delicado no es propio de los hombres. Los hombres deben ser fuertes y valerosos.
- 7) Las relaciones interpersonales de una pareja dependen de cómo sea su vida erótica.
- 8) Casi siempre son dependientes de los demás, por lo que necesitan que los protejan y ayuden.
- 9) La alteración física genera trastorno psíquico.
- 10) Solo deberían formar parejas con personas como ellas.
- 11) Si una PcD padece una disfunción sexual, casi siempre se debe a su estado físico o mental.
- 12) Los individuos con discapacidad tienen mal carácter.
- 13) Las PcD deberían «cambiar» sus intereses sexuales por otros menos «agresivos» para su autoestima.

En el plano personal, se pueden presentar diferentes contingencias (muchas veces consecuencia de los mitos y prejuicios antes enumerados) que también menoscaban significativamente la sexualidad y la masculinidad, y pueden ser el origen de insatisfacciones. Entre estas podemos mencionar:

- daño biológico de la respuesta sexual;
- imagen corporal alterada;
- deficiente autoestima y autovaloración;
- sentimientos ambivalentes o deficientes de la propia masculinidad;
- falta de habilidad o temores para entablar relaciones interpersonales, ya sea en el orden social o amoroso;
- experiencias sexuales traumáticas;
- conducción inadecuada, por parte de familiares, amigos o profesionales, de conductas o intereses sexuales;
- falta de afecto y estimulación implícita o evidente;

- capacidad limitada para adquirir y desarrollar vivencias sexuales, especialmente en las deficiencias sensoriales y mentales;
- necesidad del uso de medios auxiliares especiales para el desenvolvimiento e independencia personal, que muchas veces son de difícil adquisición.

Entonces, si un hombre no cumple («para ser bien masculino») con las «exigencias» mencionadas —hecho por lo demás frecuente en los hombres con discapacidad física— y presenta alteraciones individuales propias de su condición, le puede generar sentimientos de minusvalía y disminución de la autoestima, entre otros, que impiden su desarrollo individual y social como ser sexuado.

Por lo tanto, para que se alcance una actitud positiva hacia las PcD, con el fin de que desarrollen una masculinidad acorde con sus condiciones personales, sin «hormas» ni trabas, resulta esencial que se proyecte una visión real de estas personas que ayude a eliminar los prejuicios, mitos y estereotipos tejidos sobre ellas, y que se trabaje por lograr un contexto físico lo más apropiado posible que les permita una participación social plena.

Aunque en la actualidad se han logrado avances significativos en la atención de las PcD, sobre todo en la atención médica, la atención de la sexualidad durante el proceso de rehabilitación y la posterior incorporación en su medio, es muy insuficiente, hecho que contrasta con las diversas circunstancias negativas que aún persisten y que merman significativamente su plena participación social y, por lo tanto, menoscaban su sentimiento de masculinidad, ya que no pueden «cumplir» los roles que se les exigen por ser hombres (13-18).

Conclusión

La discapacidad influye negativamente en la sexualidad y en el sentimiento de masculinidad por alteraciones biológicas, psicológicas y so-

ciales. Sin embargo, las acciones para aminorar estas dificultades, son limitadas en la actualidad, por lo que se impone realizar acciones en el ámbito social y personal para mejorar esta situación.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión en lengua española. Madrid: IMSERSO; 2001.
2. Herrera-Castañedo S, Vázquez-Barquero JL, Gaité L. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Rehabilitación [serie en Internet]. 2008 [citado 4 Oct 2017];42(6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-la-clasificacion-internacional-del-funcionamiento-1312977>
3. Castillo Cuello JJ. Discapacidad y sexualidad. Un acercamiento al diagnóstico y su atención. La Habana: Editorial CENESEX; 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra: OMS; 2011 [citado 25 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
5. Guía de fácil uso de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para operadores jurídicos. 2019. Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/>
6. Bonino L. Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes* 2003;(6):7-36. [Editada por el Seminario de Investigación Feminista de la Universitat Jaume I de Castellón, España].
7. Amigo Rodríguez M. Estigma estético, masculinidad y redes. Claves para la construcción de identidad desde la no-normatividad. 2016. PDF. Disponible en: <http://addi.euh.es/handle/>
8. Otegui R. La construcción social de las masculinidades. 1999. *Política y Sociedad*. 1999;(32):151-60.
9. Castillo Cuello JJ. Los senderos del placer. La Habana: Editorial CENESEX; 2011.

10. Leyva Serrano M, Castillo Cuello JJ, Fernández Cuenca D, Leandro Rivero LM, Hernández González R. Criterios de personas con hemiplejías y lesiones medulares sobre su desenvolvimiento personal. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2009;1(2):69-79.
11. Castillo-Cuello JJ. Enfoques para una atención integral de la sexualidad de las personas con discapacidad. *Sexología y Sociedad* [serie en Internet]. 2010;43(16):4-12. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/396/438>
12. Castillo-Cuello JJ. Acercamiento y problema sexual con las personas con discapacidad. En: Torres B, Alfonso A, Méndez N, compiladoras. *Salud, males-tares y problemas sexuales. Textos y contextos*. Vol. 1. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.
13. Salim Martínez Y, Castillo Cuello JJ, Sánchez Aguilar D, García Pérez Y. Sexualidad en personas con discapacidad: capacitación de los profesionales de la salud. *Sexología y Sociedad*. 2018;24(2):67-76.
14. Guerrero Ferreira NA, Castillo Cuello JJ. Caracterización de la afectación sexual de los pacientes con lesión medular ingresados al Centro de Rehabilitación Julio Díaz de La Habana, Cuba. 2015. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2019;29(1):40-51 [<http://revistacmfr.org>].
15. Cruz Fernández KE, Castillo Cuello JJ, Coronados Valladares Y, Pérez Díaz YC, Martínez Cuba S, Semino García LE. Propuesta de un programa de atención a la sexualidad de pacientes ingresados con afección neurológica. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2018;10(2).
16. Sunilkumar MM, Boston P, Rajagopal MR. Sexual Functioning in Men Living with a Spinal Cord Injury—A Narrative Literature Review. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(3):274-81. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.164886>.
17. Singh U, Gogia VS, Handa G. Occult problem in paraplegia—A case report. *Indian J Phys Med Rehabil*. 2002;13:19-23.
18. Cobo Cuenca AI, Serrano Serba JP, De la Marta MF, Esteban Fuerte M, Virceda Chamorro M, Martín Espinosa NM, et al. Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. *Enfermería Clínica*. 2012;22(4):205-8.

DISFUNCIONES SEXUALES: DE LAS MASCULINIDADES HETERONOMATIVAS AL FUNCIONAMIENTO SEXUAL INOPORTUNO

Neida Méndez, Yamira Puentes Rodríguez, María Teresa Díaz

Introducción

El trastorno eréctil, según los criterios del DSM-V (1), se caracteriza por los siguientes criterios diagnósticos:

- a) La existencia de los síntomas que se exponen a continuación y que ocurren en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente entre 75 % y 100 %) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
 - dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual;
 - dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual;
 - reducción marcada de la rigidez de la erección.
- b) Los síntomas del criterio a) han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- c) Los síntomas del criterio a) provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

Durante años fue empleado el término *impotencia* para el trastorno de la erección en el varón. Esta palabra procede del latín *impotens*, que significa «no poder». Actualmente esta expresión está en desuso por lo peyorativo de su significado, que hace suponer al varón que está ante un fenómeno incurable, en el que no existe potencia viril.

La masculinidad tiene su base más profunda en la creencia de que los hombres son poseedores privilegiados de un secreto que les concede la supremacía sobre las mujeres, por lo que estas son apartadas del contrato arbitrario que acuerda la fracción masculina: ser hombre es encontrarse en una posición de poder cuya definición hegemónica de virilidad es «un hombre en el poder, un hombre con poder, y un hombre de poder» (2). Se vincula la masculinidad con ser fuerte, exitoso, capaz y confiable, y ostentar el control (2).

A partir de este precepto, todo varón que tenga dificultades en su desempeño sexual está abocado al hecho de que «ya perdió su virilidad, su poder» y deja de ser varón, con la consiguiente creencia de que se «es menos hombre» por esta causa. La conducta del varón con respecto a la sexualidad responde no solo a la búsqueda del placer, sino también a la conservación de la autoimagen y a la imagen masculina que tienen los demás de él (3).

Lo anterior implica cambiar el modelo tradicional de la «potencia sexual»; aunque hace más de treinta años se dejó de emplear el término *impotencia*, aún numerosos investigadores, escritores e incluso personal de la salud mantienen su uso no solo en la práctica clínica, sino también docente.

La presencia de un trastorno eréctil constituye un importante problema de salud, y aunque su frecuencia no se conoce con certeza, diferentes estudios han señalado una elevada prevalencia a nivel mundial.

En países como Estados Unidos se ha planteado que alrededor de diez a treinta millones de hombres padecen una disfunción sexual, lo que representa el 10 % de la población masculina adulta (4); la Organización Mundial de la Salud ha señalado que al menos el 30 % de los hombres que la portan son diabéticos y lo desconocen (5,6).

Las personas con diabetes mellitus pueden tener otras enfermedades, entre las que se encuentran la hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, hábito de fumar y dislipidemia, que también constituyen factores de

riesgo para un trastorno eréctil en el hombre. De igual forma, se considera que la ocurrencia de un trastorno eréctil en el varón con diabetes ocurre de diez a quince años más temprano que en el hombre no diabético (6) y que su prevalencia es de 35 % a 75 % entre los diabéticos de todas las edades (7), lo que representa una frecuencia tres veces mayor que en los hombres sin diabetes mellitus (8).

Por otra parte, cuando se han utilizado cuestionarios anónimos para identificar la prevalencia de los trastornos de la erección, las cifras se incrementan y se comprueba que la mayoría de estos hombres no ha solicitado asistencia médica especializada (9), a pesar de que la dificultad para lograr la erección, o la presencia de una eyaculación precoz, genera angustia en quienes la padecen y suele acompañarse de ansiedad, depresión e irritabilidad independientemente de la etiología. Esto sugiere que existen tabúes culturales en los hombres que los inhiben en la solicitud de ayuda especializada.

Para la mayoría de los hombres, ser considerado poco hombre es un terror que impulsa a afirmar la propia masculinidad y negar la hombría de los otros. Constituye una inútil forma de probar lo imposible: que se es totalmente hombre. La masculinidad constituye una defensa contra la potencial amenaza de humillación ante los ojos de los demás hombres, una coacción que podría llevar a un sujeto a avergonzarse de sí mismo (10). Brito asevera que la sexualidad es uno de los ámbitos en los que un varón se prueba a sí mismo y a los demás como «hombre» (11).

La mayoría de los varones todavía cree que las conquistas sexuales les dan reputación: a mayor número de relaciones sexuales, mayor cantidad de condecoraciones de hombría. Muchos varones creen que si no dominan sexualmente, no funcionan como hombres. La obsesión por gobernar en la cama hace de muchos hombres pésimos amantes.

La identidad masculina está estrechamente relacionada con la sexualidad. El verdadero hombre se define, ante todo, por su desempeño sexual. El hecho de mostrar mayor preocupación por el rendimiento sexual que

por establecer una buena comunicación con su pareja, conduce a los hombres a una pobre habilidad erótica (12).

No obstante, pese a la gran importancia que los hombres otorgan a la penetración, esta se vuelve contra ellos. En primer lugar, porque el falo/coitocentrismo no deja espacio a la exploración de otras partes del cuerpo ni a las fantasías, y en segundo término, porque la «potencia sexual», al ser objeto de enorme preocupación, se convierte en uno de los factores que contribuye a los principales trastornos sexuales masculinos, como la eyaculación precoz, el trastorno eréctil y la disminución del deseo sexual.

Objetivos

- Aportar la experiencia en relación con las disfunciones sexuales en las consultas de sexología clínica en hombres y su relación con el concepto de masculinidad hegemónica.
- Evaluar los mitos relacionados con las disfunciones sexuales en el hombre referentes al modelo tradicional de masculinidad.
- Valorar aspectos éticos en las disfunciones sexuales masculinas.

Desarrollo

a) *Algunas vivencias en las consultas de salud sexual*

Como hemos apreciado con anterioridad las disfunciones sexuales en los hombres constituyen un problema de salud frecuente; sin embargo, una gran cantidad de estos hombres no solicitan asistencia especializada, y quienes lo hacen acuden con un tiempo de evolución prolongado (la mayoría lo refiere entre dos y tres años), otros vienen presionados por su pareja, o por una enfermedad crónica concomitante y en el interrogatorio logran expresar, no sin cierta vergüenza, el malestar sexual.

Silenciar un trastorno en el desempeño erótico, callar los malestares o demorarse en acudir a un servicio especializado, devienen conductas con una repercusión negativa en la calidad de vida de los hombres y en su salud en general.

Las causas de estas actitudes pueden estar ancladas a:

- posiciones machistas que aún persisten en la sociedad cubana;
- la influencia inhibitoria que los factores psicosociales ejercen sobre el desempeño sexual en el hombre;
- los patrones impuestos sobre el estereotipo masculino;
- la aceptación de tradiciones culturales inherentes a la cultura cubana que limitan el acercamiento del paciente a buscar ayuda especializada, lo que nos hace plantear que en cuestiones de sexualidad los mitos suelen ser más fuertes que el raciocinio.

De igual forma algunos hombres han acudido solamente por el malestar sexual, y se les han detectado enfermedades crónicas; es decir, el trastorno eréctil se ha manifestado como un síntoma centinela de enfermedades crónicas aun sin diagnosticar. Lizet Castelo Elías-Calles y colaboradores encontraron una asociación directamente proporcional entre el grado de severidad del trastorno eréctil con algunos factores de riesgo y enfermedades crónicas frecuentes (13).

Actualmente el primer motivo de consulta en la mayor parte de las consultas sexológicas es el trastorno eréctil y en segundo lugar la eyaculación precoz, y en muchas ocasiones las disfunciones sexuales aparecen como síntomas centinelas de patologías ocultas.

Se ha observado por las autoras en su práctica sexológica que los hombres con hipertensión arterial tienen una prevalencia más alta de trastorno eréctil que la población general, por lo que existe la polémica de si el trastorno de la erección es por la hipertensión o por los medicamentos utilizados en su tratamiento.

La edad es otro factor a tener en cuenta, ya que a medida que esta avanza puede existir una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales por un problema fisiológico o como consecuencia de enfermedades asociadas; de ahí la importancia de hacer una valoración integral de los mismos. Sería bueno destacar que para los varones la disminución fisiológica del deseo sexual producto del envejecimiento normal también repercute en el imaginario del modelo hegemónico que prevalece en el momento erótico centrado en masculino/joven/activo/falo grande/penetración/eyaculación, que limita un disfrute más amplio en la expresión erótico-placentera masculina.

Otra dificultad que se confronta en las consultas es cuando se sospecha una patología prostática, en la cual el hombre se niega a realizarse un tacto rectal, lo cual ven como una agresión a su masculinidad, y algunos lo manifiestan abiertamente.

b) Mitos relacionados con la sexualidad

Existen mitos referentes al pene, al que se le ha «adjudicado» un carácter personalizado. No es raro que un paciente acuda a la consulta y diga: «Doctora, he venido porque “él no me funciona”».

Desde épocas remotas se consideró que el pene poseía atributos de poder. En el arte se mostraban estatuas con un enorme pene, como símbolo de fortaleza. A través del tiempo ha prevalecido el criterio de que mientras mayor es el pene, mucho más efectivo resulta para una buena erección y para el coito, y que su dimensión determina el placer sexual. En párrafos anteriores se ha explicitado cómo, desde la construcción de las masculinidades heteronormativas, la heteronorma es la vía exclusiva y predominante para el mantenimiento de la superioridad masculina y, por ende, de la hegemonía y el poder sexual de los hombres. La virilidad está asociada al rendimiento, y el pene es un estandarte de poder que estructura y organiza una parte de la subjetividad masculina; en consecuencia, cualquier dificultad o fallo en su desempeño supone una pérdida de la virilidad y de esa hegemonía, y un derribamiento de su hombría.

Las mujeres reafirman también de una forma u otra este estereotipo. Debemos de reconocer que ellas, al igual que los varones, son víctimas de la culturalización de género femenina, la cual también es machista y estimula conductas sexistas.

Tradicionalmente el varón es la combinación de determinadas características humanas, menos aquellas que se le amputan por ir en dirección de lo que se les atribuye a las mujeres. Se le enseña a reprimir la afectividad, la ternura, la cercanía y el interés en el ámbito doméstico.

Tanto el padre como la madre enseñan al niño que hacer tareas domésticas en la casa es de mujeres, pero después, cuando el niño va creciendo, se quejan de que no ayuda en la casa. ¿Acaso no es lo que le enseñamos? Se exige también que los niños no lloren, que no es de hombres sino de mujeres; es decir, se trata de una forma de enseñarles a ser machos. Así se crea desde la infancia un modo de ser y de hacer; se va formando un estereotipo, una conducta: el inicio de la perpetuación del machismo existente en la sociedad. Se conforma un estereotipo de masculinidad, que se transmite de generación en generación.

Como índice de hombría, de igual forma se tiene en cuenta el inicio de las relaciones sexuales, lo cual se promueve: si a los dieciséis años no se le conoce una novia, comienza la preocupación; sin embargo, no se le enseña a protegerse contra las infecciones de trasmisión sexual. Enseñamos al niño a que considere a la mujer un objeto de satisfacción sexual, y por otra parte reprimimos a la mujer.

El mito de la autoridad del hombre se encuentra vigente en la sociedad. Actualmente, palabras como autoridad y hombría, y expresiones como «Yo soy el hombre de la casa», se identifican por los varones como elementos de virilidad; en cuanto a la sexualidad, sigue siendo un mito la potencia sexual del hombre.

De igual forma se atribuyen otros roles al hombre, entre los que se encuentran:

- debe tomar la iniciativa en la relación sexual;
- tiene mayores fantasías;
- es más activo;
- necesita tener relaciones sexuales más frecuentes que la mujer.

Sin embargo, algunos hombres se quejan de que la mujer no lo busca para tener relaciones sexuales, sino que debe hacerlo él. La iniciativa en la relación sexual es algo que debe ser espontáneo; puede hacerlo tanto el hombre como la mujer, pues ambos sienten deseos sexuales y tienen fantasías. La frecuencia en las relaciones sexuales depende de la persona, sea hombre o mujer; cada pareja puede tener su frecuencia individual.

Existen a su vez otros mitos relacionados con la función sexual. Un fallo en la erección se sobrevalora cuando sucede por primera vez, lo que puede suceder por agotamiento físico o preocupaciones que no le permiten concentrarse; cuando sucede, el hombre y a veces la mujer dan mucha importancia a ese hecho, y al intentar otra relación sexual, el hombre actúa como observador y mentalmente se hace la pregunta: ¿podré o no? Está pendiente solo de su pene y no piensa en la pareja; por lo tanto, hace una inhibición psicológica y tampoco tiene erección: es como si fuera a un examen con el pene, y lógicamente no lo aprueba. Hay hombres que están bien informados, no le dan importancia, lo pasan por alto y continúan sin ninguna dificultad.

Otro mito relacionado con el trastorno eréctil es que se trata de un fenómeno puramente psicológico que se produce a medida que avanza la edad, que es complejo el diagnóstico y que no está disponible una terapia efectiva. Hoy se conoce que muchos hombres tienen una disfunción eréctil de origen predominantemente orgánico o predominantemente psicológico, que se puede manifestar a cualquier edad adulta y que puede aumentar con la edad, de la misma forma que se incrementan con la misma otras enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Es necesario aclarar que cuando se diagnostica y trata por personal especializado, el trastorno eréctil tiene muy buen pronóstico. Los tratamientos disponibles para dicha entidad han ido avanzando vertiginosamente, desde que viera la luz a finales del siglo xx el sildenafil. Asimismo, en este siglo xxi surgen nuevos procedimientos y medicamentos con excelentes resultados.

Otro mito es que la disfunción eréctil es infrecuente, lo que tampoco es cierto, pues actualmente la padecen casi un millón de hombres en el mundo.

Relacionado con los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno eréctil, en específico el sildenafil y derivados, ha surgido el mito de que «funcionan por sí solos». Tal aseveración no es real, ya que se necesita la estimulación sexual, la atracción hacia la pareja y la privacidad para que los mismos puedan ejercer su efecto.

En cuanto al hombre, se ha estigmatizado su conducta en la sexualidad. Hay que distinguir entre costumbres y tradiciones positivas, y las que frenan el desarrollo. El machismo es algo que en Cuba se ha transmitido de generación en generación; no es que seamos los únicos, pues en el mundo entero hay machismo, aunque no siempre de la misma forma: cada cual con su idiosincrasia.

El valor que los varones atribuyen al pene, es el signo esencial de su poderío. De hecho, 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. La unión sexual entre una mujer y un hombre es esencialmente triangular, y el tercer elemento es el órgano masculino. En el coito el hombre ve un pene frente a él, mientras que las mujeres ven un hombre detrás de un pene (14).

c) *Ética en las disfunciones sexuales*

No siempre se aplican los principios éticos en las personas que acuden a solicitar ayuda.

En general son los médicos de la atención primaria de salud los primeros en brindar atención médica y no siempre han sido capacitados para atender una persona que acuda solicitando ayuda por un malestar sexual. De igual forma los especialistas que brindan atención a personas con trastorno eréctil y otras disfunciones sexuales, deben tener un conocimiento previo sobre estos malestares, lo que permitirá evitar iatrogenias que se pueden manifestar de diferentes formas:

- Por la palabra. Cuando, por ejemplo, se le dice a la persona que la diabetes es lo que le produce la disfunción sexual, sin valorar las complicaciones, el control metabólico, las relaciones de pareja y los factores de riesgo, culturales y sociales.
- Cuando se habla de impotencia o se sugiere al hombre que «pruebe con otra pareja», lo que trae como consecuencia que el hombre se encuentre a la expectativa, como observador de su pene, provocando una ansiedad de desempeño que interfiere con una erección normal, y que además intensifica la angustia y la frustración en el hombre, pues ve comprometida su masculinidad, ya que la erección sucede independientemente de la voluntad del hombre, y esa misma ansiedad puede ocasionar un trastorno de la erección, sin que exista ninguna enfermedad que la provoque.
- Por indicar de inmediato tratamiento con sildenafil sin tener en consideración sus indicaciones, contraindicaciones, las relaciones de pareja, la comunicación entre ellos y el estímulo erótico, entre otros.
- No tomar en consideración la orientación, consejería y educación sexual del hombre y su pareja.
- No controlar los factores de riesgo, sobre todo los modificables, ni los medicamentos que puede ingerir el hombre para enfermedades crónicas asociadas.
- No tener en cuenta que un trastorno de la erección puede ser un síntoma centinela o precoz de una enfermedad crónica todavía no diagnosticada (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias...).

En nuestra experiencia, muchas enfermedades crónicas se han detectado en el interrogatorio y examen clínico en la consulta, de ahí la importancia de un buen interrogatorio y examen físico antes de indicar una conducta terapéutica.

En Cuba el/la médico/a de la familia es en la mayoría de las ocasiones el primero que atiende a los pacientes con disfunciones sexuales, y en ocasiones los mitos enraizados en la sociedad influyen en él/ella de forma negativa. Tradicionalmente ha existido un respeto hacia el pene, que influye a la hora de realizar una entrevista adecuada e interrogar sobre el funcionamiento sexual. Muchos profesionales asumen que estas preguntas «resultan indiscretas e incómodas» y las eliminan de su práctica clínica.

Asimismo, en las diferentes ramas de la medicina se emplean fármacos que afectan la función sexual en cualquiera de sus fases, y muy pocos profesionales informan a sus pacientes de este posible efecto adverso, negando incluso la posibilidad del uso de otro fármaco que no cause efecto sobre esta área en particular.

El desconocimiento sobre la evolución de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida hace que parte del personal sanitario tenga el falso concepto de que existe una edad de retiro o jubilación sexual, y no pocas veces se oye el comentario: «Mi viejo, ¿qué más usted quiere?».

En los casos de personas con una orientación del deseo erótico afectivo que no se ajusta a la norma heterosexual establecida, existe cierta predisposición en su atención. Estaríamos ante una falta ética grave negar, o atender indebidamente, a estas personas que con frecuencia solicitan ayuda siguiendo los protocolos médicos establecidos.

Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben respetarse, protegerse y ejercerse a plenitud.

Varios expertos de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) realizaron un Código de Ética para

Profesionales de la Sexología en Cuba, en 2008 (15), el cual consideramos que debe retomarse y actualizarse acorde con las condiciones actuales.

La conducta ética no solo radica en respetar las decisiones del paciente, sino también procurar su bienestar y hacerse responsable de la persona que acude en busca de ayuda.

Recomendaciones

- Perfeccionar las consultas multidisciplinarias en la atención a las personas que consultan por una disfunción sexual.
- Valorar los aspectos de las masculinidades heteronormativas que exigen conductas a los hombres que pueden resultar factores de riesgo para su salud.
- Valorar al hombre de forma integral, teniendo en consideración los aspectos socioculturales.
- Desarticular el modelo hegemónico que prevalece en el momento erótico, centrado en masculino/joven/activo/falo grande/penetración/eyaculación, que limita un disfrute más amplio en la expresión erótico-placentera masculina.
- Retomar el Código de Ética realizado por especialistas de la SOCUMES y actualizarlo acorde con las condiciones actuales.

Referencias bibliográficas

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Alsina C, Borrás CL. Masculinidad y violencia. En: Nuevas masculinidades. Barcelona: Icaria; 2000.

3. Marques JV, Osborne R. Sexualidad y sexismo. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1991.
4. Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H, editores. The EFS and EESM Syllabus of Clinical Sexology. European Society for Sexual Medicine. Amsterdam: Medix; 2013. p. 596-635.
5. World Health Organization. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. WHO; 2010.
6. Maiorino MI, Bellastella G, Expósito K. Diabetes and sexual dysfunction: Current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2014;7:95-105.
7. Juárez Bengoa A, Pimenjtel Nieto D, Morales Carmona F. Aspectos clínicos de la disfunción eréctil en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2009;23(3):169-77.
8. Grover SH, Lowensteyn I, Kaenache Marchand S, Coupal L, De Carolis E, Zoccoei J, Defoy I. The prevalence of erectile dysfunction. *Arch Intern Med.* 2006;166:213-9.
9. Vander-Hofstadt CJ, Ruiz MT. Alteraciones de la función sexual, cuestionarios anónimos. Análisis de factores condicionantes de una atención sanitaria efectiva. *Medicina Clínica.* 1994;103(4):125-8.
10. Kimmel MS. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. Ediciones de la Mujer, no. 24. México, D.F.: Isis Internacional; 1997.
11. Brito A. A lo macho. En: Letra S. La Jornada [México]. 2002 Sep 5.
12. Castañeda M. El machismo invisible. México, D.F.: Grijalbo & Raya en el agua; 2002.
13. Castelo Elías-Calles L, Calero Ricardo JL, Arnold Domínguez Y. Incidencia de la disfunción eréctil en pacientes atendidos en la consulta de andrología. *Revista Argentina de Urología.* 2017;82(1):32-41.
14. Fonseca HC. Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica. Bajo el Volcán [Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México] [serie en Internet]. 2005;5(9):135-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28650908>
15. Código de ética para profesionales de la Sexología en Cuba. Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad. En: Salud sexual y práctica sexológica. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. p. 127-37.

IMPLICACIONES DEL MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD EN LA SALUD DE HOMBRES HOMOSEXUALES

José Manuel Novales Armenteros

*Súbete, Sancho, que no es un hombre más que otro
si no hace más que otro.*

MIGUEL DE CERVANTES: *El Quijote*.

Introducción

Entre los modelos que históricamente se han acercado al estudio de la masculinidad desde un enfoque crítico, destacan el construccionismo social y el paradigma de la tensión de roles, los cuales aportan una mirada a todo lo masculino desde la perspectiva del poder. Kimmel refiere en el año 2000 que la construcción social del género, y por consiguiente de la masculinidad, no puede entenderse fuera de las relaciones de poder (1).

El tratamiento práctico de las masculinidades desde un punto de vista axiológico entraña un sutil pero efectivo mecanismo de dominación. El reconocimiento social de que existen masculinidades correctas o «buenas» que coexisten con otras consideradas «malas», legítima en los grupos predominantes que detentan el poder la idea de que existe solo un tipo correcto de masculinidad, lo cual abre paso a la posibilidad de excluir a las demás. Un concepto clave para comprender estos fenómenos es el de hegemonía, referido a la dinámica cultural por la cual un grupo exige y sostiene una posición de liderazgo en la vida social (2).

Esta dinámica se consolida con el patriarcado, sistema social que instituye la diferencia social y adscribe el poder a los hombres. De este modo ellos se convierten en opresores y beneficiarios principales del orden patriarcal.

El reconocimiento de la existencia de una «masculinidad hegemónica» que ostenta el poder sobre las mujeres y demás formas de masculinidad, subraya el aspecto multidimensional de la dominancia masculina. La característica común de las formas contemporáneas de masculinidad es que lo masculino es igual a algún elemento de poder, entendido desde la perspectiva masculina como control sobre otras personas y sobre sus propias emociones (3). Este modelo de masculinidad implica no solo la contraposición del otro género, sino relaciones intragéneras que establece el rechazo a la homosexualidad.

Dicha complejidad queda plasmada en el modelo presentado por R. W. Connell, quien describe la manera en que se organizan socialmente los cuatro patrones de masculinidad occidental: hegemónica, subordinada, cómplice y marginada (4). Cada una de estas formas ocupa un lugar dentro de la jerarquía social, el cual dependerá de la cuota de poder a la que pueda acceder en cada momento. Para este autor, la masculinidad se construye y ejerce bajo distintos grados de presión social, cuyas exigencias varían según la cultura, el momento histórico y la configuración del modelo masculino imperante. Esta imposición social de presión y demandas influye negativamente en el proceso de salud de los hombres, independientemente del tipo de masculinidad que se ostente.

Aunque el patriarcado propugne desde su esencia la superioridad del hombre sobre la mujer, existen condiciones que relativizan dicho presupuesto. Por ejemplo, ser homosexual es más despreciable para la ideología masculina hegemónica que ser mujer, porque el homosexual renuncia a la superioridad social y sexual que le otorga el poseer pene y pasa entonces de sujeto a mero objeto, con la invariable desvalorización que ello conlleva (5).

Desde la ideología machista, la homosexualidad es rechazada, porque rompe con el esquema social preestablecido de familia, de los roles sexuales, de la competencia de los hombres y del balance de poder que siempre ha existido en la relación hombre-mujer (1).

El tratamiento a la homosexualidad no se limita al rechazo, sino al desarrollo de teorías, terapias e intervenciones que la entienden como enfermedad para poder intervenirla. Los estudios refieren que la vulnerabilidad psicológica que presentan los homosexuales y lesbianas responde al estigma y la discriminación social de los cuales son objetos, y no a su orientación sexual (5).

No obstante, Guarnero plantea que las vidas de los hombres homosexuales latinoamericanos han sido negativamente impactadas por sus familias de origen y su cultura. La marginalización les hace vulnerables a la depresión, la ideación suicida y la disposición de incurrir en conductas sexuales de alto riesgo (1).

Y es que la masculinidad se ha llegado a identificar como factor de riesgo de los hombres en su relación con otros y con ellos mismos (3). Se ha demostrado que existe correlación entre masculinidad hegemónica y las actividades de alto riesgo para la infección del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. También se refiere que existe una relación directa del grado de vinculación interpersonal y expresividad en las relaciones románticas entre hombres con el nivel de autoaceptación (1).

Un estudio conducido por Hetrick y Martin en 1987 sobre los principales problemas en una población de jóvenes homosexuales en Nueva York, expone: en primer lugar, el aislamiento, y distingue entre el aislamiento social (los jóvenes sienten que no tienen con quién hablar), el emocional (se sienten afectivamente aislados de su familia y entorno social) y el cognoscitivo (no tienen acceso a información sobre la homosexualidad ni modelos que emular); en segundo lugar, que enfrentan el miedo al rechazo de los padres; y por último, la alta incidencia de conductas autodestructivas, que abarcan desde el consumo de alcohol y drogas hasta los intentos de suicidio (5).

Lo anterior confirma que el estado de salud es una expresión más de las relaciones de género que sostienen hombres y mujeres. De hecho, las estadísticas muestran la correlación entre masculinidad tradicional

o hegemónica y las causas de muerte en Cuba y el mundo, apuntando a la construcción de género y sus expresiones culturales como factores que las condicionan (6).

Método

El estudio que se tomará como referencia para el análisis de la relación masculinidades-homosexualidad-salud en el contexto cubano, indaga el proceso de resiliencia¹ en seis parejas de hombres homosexuales de La Habana (7).

Tuvo como objetivo general caracterizar la resiliencia de estas parejas; y como objetivos específicos: identificar las adversidades, factores de riesgo y protectores de las parejas en su historia de relación (lo cual implica inevitablemente tomar en cuenta elementos de la historia personal de sus miembros).

Fue un estudio descriptivo transversal basado en la metodología cualitativa, dada su eficacia para develar fenómenos subjetivos de elevada complejidad. Aunque sus resultados no son replicables, tiene el valor de profundizar en la realidad de vida de personas homosexuales en su relación con el entorno.

Entre las técnicas de investigación utilizadas, se encuentran la entrevista abierta, la *curva de la vida*, el *mandala* y el *retrato para mi currículo*. El procedimiento para el análisis de la información fue el análisis de contenido.

Resultados y discusión

A continuación se presenta un análisis de los principales resultados (adversidades, factores de riesgo y factores protectores presentes en la

¹ Se escogió intencionalmente el enfoque de la resiliencia —que remite al proceso de enfrentamiento a situaciones difíciles de las cuales el sujeto sale fortalecido— para enfatizar en la cualidad positiva de estas parejas.

vida de las parejas) a la luz de las ideas que proponen los estudios sobre masculinidades y los efectos de esta condicionante social para la salud de los hombres homosexuales.

La homofobia constituye la adversidad primaria que enfrentan las parejas y sus miembros, y fuente de gran parte de sus problemas. Se manifiesta a través del rechazo social y la exclusión hacia quienes se alejan de la norma heterosexual. Genera aislamiento y retraimiento en los homosexuales, quienes evitan el contacto físico y las manifestaciones de afecto con sus parejas en público. Ello afecta su integridad psicológica, al tener que reprimir sus emociones y necesidades de afecto e intimidad, así como constituye una vejación a sus derechos humanos y sexuales básicos, como el derecho a la libre elección de la pareja.

Ante esta situación los homosexuales buscan el ajuste a determinados rasgos del modelo machista para ser aceptados o «menos» rechazados, y optan por la violencia hacia sí mismos y hacia otros con su misma preferencia sexual. Este fenómeno, denominado homofobia internalizada, opera como mecanismo de autorregulación de la subjetividad que posibilita que los propios homosexuales funcionen bajo las mismas lógicas de opresión y discriminen utilizando los mismos códigos y prejuicios que quienes les oprimen y ridiculizan. Este es el mecanismo que han desarrollado algunos para conseguir migas de aprobación en base a ofensas infligidas a quienes sobrepasan los límites de la heteronormatividad (afeminamiento, transexualidad). Es la oportunidad que tienen de llegar a sentirse aceptados, al menos por un instante.

Lo peor es que, en silencio y con pesar, ellos también se autocensuran y limitan para evitar el rechazo, pensando que su base radica en el afeminamiento. Desconocen que sus raíces son mucho más profundas, pues subyacen en la naturaleza contracultural de su insumisión a la heteronormatividad.

Otros se refugian en la acriticidad para reducir la disonancia que produce reconocer que pasan de ser discriminados a convertirse en

discriminantes. Como consecuencia, se afectan la espontaneidad, la sociabilidad, la autoestima y el sentimiento de coherencia interna, pues evitan mostrarse como son y se mantienen hipervigilantes para no fallar. Estos comportamientos llegan a automatizarse, pero generan ansiedad y angustia por irrespetar su esencia, sus propios deseos e intereses.

El homosexual que vive dentro del clóset² está siempre pendiente de lo que puedan pensar y sospechar los demás, y por lo tanto cuida sus gestos, palabras, reacciones y gustos. Lo que gana en seguridad, lo pierde en espontaneidad y sinceridad. Esto le puede afectar no solo en sus relaciones más cercanas, sino en la convivencia social y profesional. Tenderá al aislamiento y al ocultamiento de su relación de pareja, si es que la tiene (5).

El rechazo es la materialización de la homofobia que más impacta la subjetividad, porque muestra las evidencias tangibles de que ir contra lo hegemonía acarrea severas consecuencias. En el ámbito social se aprecia en la exclusión, la victimización y la descalificación, lo cual hace que los homosexuales se autosegreguen, se aislen o socialicen en guetos. Esta respuesta de contingencia les permite socializar, autoafirmarse, y acceder a la comprensión y afecto de que carecen en otros espacios, pero no ha de convertirse en norma, puesto que los ubica al margen de procesos y espacios sociales que les atañen y pertenecen tanto como al resto de la sociedad.

En el ámbito laboral las prácticas discriminatorias llegan a ser variadas y hasta elaboradas. Controlan desde las posibilidades de promoción del homosexual hasta su propio comportamiento. La coerción opera mediante burlas y la evaluación constante de la conducta de acuerdo con códigos morales y estéticos invisibles, que «norman» cómo ha de ser el comportamiento y la gestualidad de hombres y mujeres para lograr el ajuste social. Esta situación somete a los homosexuales a condiciones de

² Frase utilizada para denominar el proceso de asunción de la propia homosexualidad ante la sociedad o grupo de personas (5).

estrés sostenido que llegan a generarles ansiedad y depresión a largo plazo, por no mencionar su incidencia en la fluctuación laboral.

El rechazo familiar viene a ser el más agudo y perjudicial, dada la relevancia que adquiere este grupo para los individuos. Cuando la familia deja de cumplir su función protectora, afectiva y de contención, se afecta la estabilidad psicológica y emocional de los sujetos. El rechazo familiar a la homosexualidad se traduce en hostigamiento, desvalorización y violencia hacia el miembro homosexual. Hacer partícipe a la familia acarrea el enfrentamiento de consecuencias como golpes, maltrato verbal, incomunicación, pérdida de derechos y privilegios en el espacio familiar. Por otra parte, decidir por el ocultamiento implica la vivencia frecuente de temor a ser descubierto, de frustraciones y la fragmentación de la personalidad, con su consecuente afectación al rendimiento académico-laboral.

De acuerdo con la revisión realizada por Marina Castañeda, diversos estudios, como el de Adelman (1991), concluyen que los homosexuales son más sanos, física y psicológicamente, en la medida en que asumen públicamente su orientación sexual, sobre todo frente a su familia de origen. Ello los hace menos susceptibles a la depresión, ansiedad y la somatización; su autoestima y capacidad para relacionarse con los demás son mucho mayores (5).

En el caso de quienes tienen hijos de matrimonios anteriores, esto se convierte en ocasiones en fuente de maltratos y abusos de poder de la madre del niño/a, quien excluye, estigmatiza y descalifica al homosexual, poniendo en duda su capacidad para el ejercicio del rol de padre en base a estereotipos que cuestionan la integridad de los homosexuales en relación con los infantes. El distanciamiento de los hijos y la negación de la posibilidad de ejercer plenamente la paternidad, generan malestar y sufrimiento en estos padres, que llegan a soportar chantajes y maltratos con tal de mantener el contacto con sus hijos.

La existencia de prejuicios sobre la estabilidad de la pareja homosexual prácticamente la predestina al fracaso a muchas de estas, incluso antes

de su constitución. La asunción de estos por parte de los otros homosexuales los convierte en profecía autocumplida. Ello lacera y vulnera al homosexual, que además de enfrentar la ausencia de modelos de rol que permitan un desempeño exitoso en la relación de pareja, encuentra expectativas de fracaso en personas de quienes necesitan apoyo, como los familiares y amigos. La promiscuidad y disponibilidad incondicional al encuentro sexual como códigos organizadores de la conducta masculina, se percibe como multiplicador de las posibilidades de infidelidad y disolución del vínculo, lo cual provoca inseguridad y aislamiento.

En resumen, las condiciones anteriormente descritas afectan la salud física, psicológica y social de los homosexuales, ya que generan conductas de riesgo, estrés, autoexigencia, ansiedad, hipervigilancia, depresión, ideación e intentos suicidas, violencia, autolaceración, inseguridad y aislamiento, entre otras.

Estas adversidades se contrarrestan, modulan o perpetúan de acuerdo con la existencia y grados de desarrollo de factores protectores internos y externos a la pareja. Entre los externos, se encuentra el grado de aprobación del contexto inmediato; las redes de apoyo; la existencia de leyes y políticas que protejan los derechos individuales, laborales y sociales de los homosexuales; la territorialidad e independencia económica y habitacional, mientras que los factores internos se asocian a la madurez de la pareja, el nivel de autoaceptación de sus miembros y su desarrollo personalógico (autoestima, proyectos de vida, ideales, sentido del humor, autocontrol emocional, reflexividad y habilidades sociales).

Conclusiones

El modelo de masculinidad hegemónica se impone como un mecanismo de control social que vulnera la salud y los derechos de todos los hombres que se alejen de su norma, sobre todo los homosexuales. La exclusión y violencia social a la que están expuestos, genera consecuencias irreparables que, mientras no exista una real aceptación social y respaldo

jurídico a la homosexualidad, solo podrán ser moduladas por procesos de resiliencia individual, de pareja y familiar.

Referencias bibliográficas

1. Toro-Alfonso J. Masculinidades subordinadas. Investigaciones hacia la transformación del género. Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas; 2008.
2. Delgado Burgos R, Rivero Pino R. Formas históricas de las masculinidades: una aproximación teórica. En: Rivero Pino R. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015. p. 19-30.
3. Álvarez Suárez M. Masculinidad y femineidad en Cuba. En: Rivero Pino R. Masculinidades y femineidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015. p. 7-18.
4. Connell R. La organización social de la masculinidad. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. 1995.
5. Castañeda M. La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. México, D.F.: Paidós Mexicana; 2007.
6. González Silva Y. Masculinidades, salud y género. En: Rivero Pino R. Masculinidades. Ensayos histórico-sociales. La Habana: Editorial CENESEX; 2016. p. 225-32.
7. Novales Armenteros J. Parejas de hoy, familias del mañana. Estudio de resiliencia en parejas homosexuales masculinas de La Habana. *Sexología y Sociedad*. 2015 Jul;21(53):35-44.

Bibliografía consultada

- Casales Fernández JC. Conocimientos básicos de psicología social. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
- González Pagés JC. Macho varón masculino. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
- Toro-Alfonso J. Por la vía de la exclusión. Homofobia y ciudadanía en Puerto Rico. Hato Rey: Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Comisión de Derechos Civiles; 2007.

SOBRE AUTORAS Y AUTORES

ADA CARIDAD ALFONSO RODRÍGUEZ

Médico especialista en I grado en Psiquiatría. Máster en Sexualidad, en Pedagogía de la Sexualidad y en Intervención Comunitaria. Profesora asistente. Diplomada en Sexología Clínica. Vicepresidenta, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

MAYDA ÁLVAREZ SUÁREZ

Psicóloga. Doctora en Ciencias Psicológicas. Investigadora y Profesora titular. Académica titular, Academia de Ciencias de Cuba. Directora, Centro de Estudios de la Mujer, Federación de Mujeres Cubanas.

PATRICIA ARÉS MUZIO

Psicóloga. Doctora en Ciencias Psicológicas. Investigadora y Profesora titular. Profesora consultante, Facultad de Psicología. Jefa, Sección de Familia, Sociedad Cubana de Psicología.

YANDY ALBERTO BETANCOURT LLODY

Psicólogo. Máster en Promoción y Educación para la Salud, y en Educación Superior. Profesor asistente. Investigador agregado, Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (PROSALUD), Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida.

ELVIA DE DIOS BLANCO

Médica. Doctora en Medicina. Especialista de primer grado en Fisiología y de segundo grado en Psiquiatría. Máster en Sexualidad y en Salud Mental Comunitaria. Profesora auxiliar, Centro Nacional de Educación

Sexual (CENESEX). Miembro del Ejecutivo, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

TANIA CARAM LEÓN

Doctora en Ciencias. Profesora titular, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Programa-Cuba), Universidad de La Habana.

ILEANA ELENA CASTAÑEDA ABASCAL

Estomatóloga. Especialista de segundo grado en Bioestadística. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Profesora e Investigadora titular. Profesora consultante, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).

JOSÉ JULIÁN CASTILLO CUELLO

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de segundo grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor auxiliar, Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. Miembro del Ejecutivo, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

LISANDRA CHAVECO VALDÉS

Periodista. Máster en Desarrollo Social, Editorial de la Mujer. Miembro, Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM).

ALAIN DARCOUT RODRÍGUEZ

Psicólogo. Máster en Sexualidad y en Psiquiatría Social. Miembro, Comité Ejecutivo Nacional de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

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).

ZOE DÍAZ BERNAL

Microbióloga. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Antropología. Profesora e Investigadora titular, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).

REINA FLEITAS RUIZ

Socióloga. Doctora en Ciencias Sociológicas. Profesora e Investigadora titular. Máster en Sociología. Diplomada en Igualdad de Oportunidades, Unión Europea. Departamento de Sociología, Facultad de Filosofía e Historia, Universidad de La Habana.

LUCÍA DE LA CARIDAD GARCÍA AJETE

Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Pedagogía de la Sexualidad y en Educación Especial. Profesora auxiliar. Miembro, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). Asociación de Pedagogos de Cuba (APC), sede nacional.

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).

YOSBEL HERNÁNDEZ DE ARMAS

Licenciado en Enfermería. Diplomado en Cardiología. Máster en Sexología y Sociedad. Docente universitario, Instituto Tecnológico Superior Bolivariano, Ecuador, desde 2019.

IYAMIRA HERNÁNDEZ PITA

Doctora en Ciencias Sociológicas. Máster en Sexualidad. Profesora e Investigadora titular, Departamento de Sociología, Facultad de Filosofía e Historia, Universidad de La Habana. Miembro del Ejecutivo, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

MIRIAM MARAÑÓN SANTA CRUZ

Pedagoga. Máster en Educación Geográfica. Diplomada en Prevención del Maltrato Infantil y en Erontagogía. Profesora instructora. Vicepresidenta, Cátedra del Adulto Mayor, Universidad de La Habana. Presidenta, Comisión de Educación para la Paz y los Derechos Humanos (Edupaz), Sociedad Económica Amigos del País.

YOANNA MARTÍNEZ BOLOÑA

Socióloga. Máster en Salud Pública. Profesora asistente e Investigadora agregada, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).

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).

MATILDE DE LA C. MOLINA CINTRA

Psicóloga. Doctora en Ciencias Demográficas. Máster en Psicología Clínica y en Psicodrama y Técnicas Grupales. Especialista en Psicología de la Salud. Profesora titular e Investigadora auxiliar. Subdirectora, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana.

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.

DAYSÍ NAVARRO DESPAIGNE

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

JOSÉ MANUEL NOVALES ARMENTEROS

Psicólogo. Investigador en temas de género y familia. Maestrante en Sexología y Sociedad. Centro Loyola Reina.

ALINA JULIA ORTEGA BRAVO

Psicóloga. Doctora en Ciencias Psicológicas. Máster en Pedagogía de la Sexualidad. Profesora e Investigadora titular. Profesora consultante, Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón.

YAMIRA PUENTES RODRÍGUEZ

Médica. Especialista de segundo grado en Psiquiatría y de primer grado en Medicina General Integral (MGI). Máster en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Profesora auxiliar. Investigadora agregada, Centro Nacional de Educación Sexual. Miembro, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). Miembro, Sociedad Cubana de Psiquiatría.

LIVIA QUINTANA LLANIO

Psicóloga. Doctora en Ciencias Demográficas. Máster en Sexualidad. Profesora e Investigadora auxiliar. Asesora de Programas, Oficina de UNFPA en Cuba.

REINALDO RAMOS MIRANDA

Médico. Especialista en Medicina General Integral. Especialista de primer grado en Medicina Interna, Primer Nivel de Atención, municipio de Quivicán. Máster en Atención Primaria de Salud.

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.

AIDA RODRÍGUEZ CABRERA

Economista. Doctora en Ciencias Económicas. Profesora titular. Investigadora auxiliar. Consultante, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).

AMADO RODRÍGUEZ IGLESIAS

Licenciado en Educación. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Géneros, Educación Sexual y Salud Reproductiva. Especialista en Psicología y Pedagogía. Profesor titular, Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana.

ZORAIDA RODRÍGUEZ IGLESIAS

Psicóloga. Diplomado en Educación, y en Orientación y Terapia Sexual. Profesora asistente. Consulta Multidisciplinaria de Sexología, Policlínico 1ro. de Enero, municipio de Playa.

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).

ALBERTO ROQUE GUERRA

Doctor en Medicina. Especialista de primer grado en Medicina Interna. Diplomado en Cuidados Intensivos en Medicina. Máster en Bioética. Educador en Derechos Humanos (Equitas, Canadá). Profesor auxiliar. Investigador agregado, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

CELIA SARDUY SÁNCHEZ

Psicóloga. Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Sexualidad Humana, en Pedagogía de la Sexualidad y en Psicología de la Salud. Profesora auxiliar, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas ICBP Victoria de Girón.

MALVY A. TAVARES NOA

Pedagoga en la especialidad de Lengua Inglesa. Profesora auxiliar. Coordinadora, Cátedra del Adulto Mayor, municipio de 10 de Octubre.

YULEIVIS VALDÉS AYALA

Psicóloga. Máster en Géneros y Educación de la Sexualidad. Profesora instructora, Instituto Superior del Ministerio del Interior (MININT).

GUSTAVO VALDÉS PI

Biólogo. Máster en Antropología. Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

VILMA M. VÁZQUEZ HIBAL

Licenciada en Economía del Comercio Exterior. Diplomada en Comercio Exterior. Educadora, Cátedra del Adulto Mayor, municipio de Playa.

CARIDAD ROSARIO ZURITA CRUZ

Psicóloga. Doctora en Ciencias Pedagógicas Profesora titular, Facultad de Psicología. Máster en Educación Especial, Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona. Miembro, Sociedad Científica de Psicología. Miembro, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).

NOTAS

NOTAS

