

GÉNERO, MASCULINIDADES Y SALUD: UN DIÁLOGO CON LA ANTROPOLOGÍA

GENDER, MASCULINITIES AND HEALTH: A DIALOGUE WITH ANTHROPOLOGY

Benno de Keijzer Fokker*

Instituto de Salud Pública y Centro de Estudios de Género / Universidad Veracruzana
(México)

Resumen

El propósito de este artículo es el de articular las masculinidades desde la mirada crítica de género con el amplio campo de la salud entendido como proceso que comprende, no sólo la salud y la enfermedad sino, además, las prácticas de riesgo, de atención y cuidado. Inicio con una revisión de mi propia implicación en el tema, así como la progresiva articulación entre la mirada antropológica y la de la salud, camino construido a lo largo de décadas de trabajo en el ámbito clínico, comunitario y de la investigación. Busco un diálogo entre la dramática información acerca de la enfermedad y muerte de los hombres con la información cualitativa que permita no sólo entenderla mejor sino encontrar estrategias de prevención y promoción. Esto último nos permite acercarnos también a la mirada salutogénica.

Palabras clave: Masculinidades. Salud. Riesgo. Cuidado. Prevención.

* Profesor en Universidad Veracruzana de México. Doctor en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Veracruzana (México). Maestría en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (México) y licenciatura en Medicina por la UNAM (México).

Abstract

The purpose of this article is to articulate masculinities from a critical gender perspective with the broad field of health understood as a process that includes not only health and illness but also risk, care and attention practices. I begin with a review of my own involvement in the topic, as well as the progressive articulation between the anthropological perspective and that of health, a path built over decades of work in the clinical, community and research fields. I seek a dialogue between the dramatic information about the illness and death of men with the qualitative information that allows not only to understand it better but also to find strategies for prevention and promotion. The latter also allows us to approach the salutogenic view.

Keywords: Masculinities. Health. Risk. Care. Prevention.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este texto es articular las masculinidades desde la mirada crítica de género con el amplio campo de la salud entendido como proceso que comprende, no sólo la salud y la enfermedad sino, además, las prácticas de riesgo, de atención y cuidado. Dicha articulación no es posible sin recurrir a las ciencias sociales, en especial, la antropología, la sociología y la psicología social. El proceso de redacción supuso una oportunidad de recorrer y reconstruir mi relación con los campos de la antropología y los estudios de género tanto desde lo personal como de lo teórico-práctico.

Inicio con una revisión de mi propia implicación en este campo, así como mi progresiva articulación entre la mirada antropológica y la de la salud, camino construido a lo largo de décadas de trabajo en el ámbito clínico, comunitario, de la docencia y de la investigación. Busco un diálogo entre la dramática información estadística acerca de la enfermedad y muerte de los hombres con la información cualitativa que permita, no sólo entenderla mejor, sino encontrar estrategias de prevención y promoción. Esto último me permite también un acercamiento a la mirada salutogénica.

En mi recorrido inicial me represento los procesos de la salud y de la enfermedad desde la mirada biomédica a la que fui incorporado (más bien, sometido) tanto en mi socialización como en la propia formación médica universitaria. Pero también he recurrido a otras perspectivas que no sólo complementan, sino aportan miradas críticas a una visión reduccionista y biologicista de dichos procesos. Esto ha implicado asomarse a las medicinas alternativas, subordinadas o paralelas, a la promoción de la salud, a la educación popular, a las perspectivas relativistas de la antropología, a las críticas desde medicina social y la salud colectiva y, más tardíamente, a los primeros aportes feministas en relación a la salud de las mujeres que me permitió empezar a hacerme preguntas no sólo acerca de los efectos sobre la salud de las mujeres, sino también en torno a la salud de los hombres.

MI RECORRIDO

Hoy día es un mandato creciente el develar la implicación propia tanto en los procesos investigación como en los que buscan algún tipo de transformación, algo que el feminismo y muchas corrientes antropológicas preconizan. Así, entro situándome como un ser cisgénero y bicultural siendo hijo de holandeses, aunque “hecho en México”; holandeses que emigran de su país ante la crisis de la posguerra y que terminan insertándose en una cultura nueva y ajena. Me desenvuelvo en una situación socioeconómica privilegiada que, a la vez, me genera culpas en un país con evidentes niveles de pobreza. Al ir creciendo, me hago muchas preguntas al observar importantes diferencias entre la cultura familiar y las diversas culturas de una ciudad como la de México.

Es en el bachillerato donde recibo influencias de dos profesores que promueven un trabajo comunitario con comunidades rurales. Debido a esta experiencia, antes que pensar en estudiar medicina, mi opción era el trabajo social. Cuando comparto esa vocación con mi padre (gerente de una empresa) me espeta que me “voy a morir de hambre” lo cual, reconozco, pesó en mi ánimo por lo que termino de inscribirme en medicina. Tiempo después me doy cuenta que mis estudios de medicina y mi trayectoria en el campo de la salud se convierten en una especie de sublimación de mi deseo de hacer un trabajo de corte social. Esto se refuerza en la propia carrera donde no logro adaptarme a lo que actualmente conocemos como el modelo médico hegemónico: biologicista, científicista, cuantitativo y muy poco sensible tanto a la cultura popular, como al sufrimiento humano (Menéndez, 2020).

Por ello, desde el inicio de la carrera en la UNAM en 1970 busco formas de complementar y mi formación: estar como oyente a la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) por las tardes y ser participante del Seminario de Medicina del Hombre en su Totalidad con una perspectiva que busca integrar muchas facetas como la psicológica, la social y la cultural en el análisis de la enfermedad humana. Esas serán mis primeras aproximaciones al campo de la Antropología Médica, en un sentido más clásico de contrastes entre la medicina oficial y las tradicionales o subordinadas. Aunado a esto está la búsqueda de la filosofía oriental, el contacto con terapias psicológicas alternativas como la Reichiana y las lecturas en torno a la cosmovisión indígena mexicana.

En 1975 logro la oportunidad de hacer el internado rotatorio de Medicina en Costa Rica dónde me quedo varios meses extra más a desarrollar mi aprendizaje con el Programa Hospital sin Paredes en San Ramón. Encuentro una experiencia de relativa autonomía y resistencia con respecto al proceso de universalización del Seguro Social en un programa con un fuerte componente de participación comunitaria, de múltiples acciones hacia la educación y la promoción de la salud y una gran confianza en lo que las comunidades pueden hacer por sí mismas. Es en esos años donde conozco a David Werner, autor de “Donde no hay Doctor” y “Aprendiendo a Promover la Salud”, quien también es parte de una red de latinoamericana de proyectos participativos en salud, lo cual refuerza mi visión participativa en el ámbito de la salud. Posteriormente tengo la oportunidad de conocer directamente el proyecto en Ajoja, Sinaloa – un proyecto de salud radicalmente autogestivo.

Haciendo el servicio social rural en el centro norte de Costa Rica, también con el Programa de San Ramón, entramos con mi pareja a apoyar en temas de salud a población refugiada por la represión a la insurrección sandinista en Nicaragua en 1979. A los pocos meses del triunfo sandinista, me encuentro coordinando una brigada universitaria costarricense en salud del CSUCA (Consejo Superior Universitario de Centro América) a cargo del Municipio de San Jorge en el sur del país. Iba por dos semanas y me quedé más de tres años ante el gran nivel de participación, creatividad y vitalidad que tenía en ese proceso en esos años. Es en Nicaragua donde conozco a la red Alforja que venía promoviendo la educación popular en diferentes ámbitos, algo que pudimos adaptar al campo de la salud, trabajando desde una visión más freireriana y dialógica con distintas poblaciones. Quedo involucrado durante dos años más en un amplio equipo que, desde el Ministerio de Salud y en coordinación con las organizaciones populares, impulsa las sucesivas Jornadas Populares de Salud (Ulate, de Keijzer, 1995) a nivel nacional como proyecto central después de la Cruzada Nacional de Alfabetización.

Mi experiencia de trabajo en los dos países centroamericanos me sigue demostrando lo poco que sé acerca de la cultura popular y cómo, desde ahí, las personas deciden sobre sus procesos de salud/enfermedad y atención y que no siempre pasan por los servicios oficiales de salud. De vuelta en México esto me acerco nuevamente a la antropología y, después de participar en el *Taller de Ideología y Cultura Popular* con Néstor García Canclini, es que decido formalmente cursar

la Maestría en Antropología Social en la ENAH (Escuela Nacional de Antropología e Historia). Me interesa especialmente la dialéctica entre mirada de la reproducción cultural vista desde Bourdieu y el cambio social desde muchos otros autores como Freire. Durante mis estudios me mantengo involucrado en procesos de participación en salud con la red Prodessep (Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular) dedicada a promover servicios a organizaciones civiles en salud y el naciente Movimiento Nacional de Salud Popular que articula a estos grupos en una forma más contrahegemónica (Cahuich, 2005).¹

LA OTRA SALUD MENTAL

El trabajo desde una mirada antropológica nos² permite indagar y dialogar en torno a una problemática importante y compleja como la salud mental en las comunidades rurales e indígenas. En la labor comunicaría desde Prodessep, junto con los problemas de adicciones y la violencia, nos salta la necesidad de aportar elementos básicos en salud mental para la población refugiada de Guatemala en el sur de México en comunidades “donde es más fácil encontrar un unicornio que un psicólogo o psicóloga”. En contraste con la visión hegemónica de la psicología me aventuro a conocer y plantear esta “otra salud mental”: la que siempre ha existido, la que en todas partes funciona, ajena a los congresos y revistas especializadas. No se refiere a la salud mental concebida como el quehacer de psicólogos o psiquiatras, ni la de los programas oficiales de “higiene mental” planteados desde distintas instituciones. Es la salud mental que ha persistido, sin ese nombre, desde prácticas populares de apoyo y prevención ante las distintas repercusiones sociales y emocionales de la vida (de Keijzer, 1994). Estas las agrupo en cuatro ámbitos:

- La **medicina tradicional**: los llamados síndromes de filiación cultural con una serie de prácticas sanadoras y preventivas dentro de un nicho cultural específico (inspirados en textos de López Austin, 1971 y Zolla 1988).
- La presencia de las **redes de sociabilidad o de apoyo**: el conjunto de vínculos significativos (con funciones de apoyo, guía, reciprocidad) que las personas construyen en distintos

¹ Gran parte de este recorrido en clave personal se registra en una entrevista con Andrea Angulo (ver Angulo, 2023).

² A medida que avanzo en el texto tiendo a usar el colectivo “nos” dado que mucho de este camino es colectivo con mujeres y hombres convergentes.

ámbitos como la familia, la amistad, el trabajo, la vecindad y otros inspirados en Rosemberg (1994).

- La **religiosidad popular** planteada por Falla (1984), distinta a la religión oficial, y que funciona a través de distintos ritos como el duelo y prácticas frecuentemente sincréticas, como es el caso de las prácticas de duelo y el Día de Muertos en México.
- En tiempo más recientes incorporo el cuarto ámbito: **las artes** en distintas manifestaciones que contribuyen a sanar, resistir y recrear identidades e imaginarios. Esto inspirado en la génesis y construcción de la Maestría en Salud, Arte y Comunidad en la Universidad Veracruzana (ver página de la Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana).

El planteo de fondo es que no podemos hacer un trabajo de educación y promoción de la salud o una labor comunitaria en salud mental (ni en salud general) ignorando o prescindiendo de este tipo de prácticas. Al contrario: saber de su existencia, permite articular nuestros esfuerzos y reforzarlas. Un ejemplo de ello es el trabajo con refugiadas guatemaltecas que se formaron como promotoras de salud mental³ para atender en los campamentos y otros sitios de refugio. Se les reforzó la capacidad de escucha empática con una “Guía para Aconsejar” basada en la psicología humanista de Rogers. Primero, nos sorprenden al decidir trabajarse a sí mismas con esas herramientas antes de hacer cualquier trabajo con sus compañeras y compañeros de promoción. Luego, ellas generan sus estrategias y atienden a sus compañeras escuchando y hablando en su idioma. Una experiencia que nos impactó fue cuando, al año de trabajo, hicimos una evaluación de lo que habían hecho. Dos de ellas dijeron que habían formado una cooperativa para tejer hamacas... Nos quedamos sin entender. Luego de una pausa, aclararon que, mientras tejían, las mujeres empezaban a compartir y hablar de sus problemas. En una sola iniciativa logran atender dos problemáticas: la laboral/económica y la de salud mental.

HACIA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRABAJO CON HOMBRES

Ya estamos en los años 80 y todavía no me “llegaba” la perspectiva de género. Esa perspectiva la voy descubriendo poco a poco de vuelta en México, de la mano de colegas feministas que iban indagando en las formas en que el ser mujer afecta su salud, asesoradas por Marcela Lagarde. Se

³ Las nombro en femenino dado que los promotores hombres eran franca minoría.

decide hacer un taller nacional sobre Mujer y Salud y yo, al final de la reunión de planeación, propongo que el siguiente sea sobre hombres y salud, lo cual genera una carcajada general. En mi defensa digo “Bueno, al menos está el cáncer de próstata” sin tener una clara idea de lo que implicaba ese tema hoy tan amplio. En esa época estamos apoyando proyectos comunitarios en varios estados del país y una constante es escuchar a mujeres planteando sus problemáticas que tenían que ver con su relación con los hombres: el abuso del alcohol, el maltrato, las violencias y el impedimento a que ellas acudan a métodos para regular su fertilidad.

Es Eduardo Menéndez quien nos plantea la pregunta de ¿y cuándo y cómo van a ustedes a empezar a trabajar con los hombres?⁴ Menudo reto, dado que los pocos hombres que llegaban en general eran promotores de algunas comunidades rurales y, como nosotros, copartícipes con las nociones y prácticas hegemónicas de la masculinidad. Poco tiempo después, en un taller sobre género y salud con un subgrupo de hombres vimos que sí era factible y necesario este trabajo de revisión y reflexión en torno a la masculinidad y sus consecuencias, no sólo en la salud propia sino también en la de las mujeres.⁵

Para mí esto significa un salto interesante a trabajar problemáticas que también me atraviesan y comprometen. El trabajo de género y salud se articula también con la necesidad de abordar aspectos de salud mental como una carencia en la mayor parte de los hombres con los que trabajamos. Nos invita a trabajar la dimensión del manejo de las emociones, las violencias y las diversas funciones que tiene el consumo de sustancias en la vida de los hombres y las comunidades. Nuestro contacto con el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia nos permite también apuntalar un mayor entendimiento de las diversas funciones de las redes sociales humanas⁶ (Rosemberg, 1994) como son la identidad y la pertenencia, el apoyo, la guía cognitiva y, la inclusión o la exclusión.

⁴ En este camino, que combina la teoría en la práctica, reiteradamente recibimos la influencia de la mirada de Menéndez no solo en cuanto a repensar las prácticas de atención básica y de la medicina tradicional, sino también su mirada alterna sobre las funciones positivas del alcohol en las relaciones humanas.

⁵ Uno de los talleres donde ya se empieza a abordar el género en forma relacional, en una localidad semirural participa un grupo de jaraneros alcohólicos anónimos que, con apertura, comparten que con la música llenan el vacío que les deja el no consumir alcohol. Ellos cierran el taller en un baile sin licor.

⁶ Resalto lo de humanas porque hablo de los vínculos significativos entre personas, más allá de las redes sociales electrónicas.

Progresivamente voy conformando la categoría de “el varón como factor de riesgo”, pasando luego hacia “la masculinidad como factor de riesgo” y, finalmente, a la masculinidad hegemónica como tal. Esto ocurre en la década de los 90 época donde ya tenemos un creciente intercambio entre hombres y mujeres que, en México y en el continente, están indagando acerca de las masculinidades y cuando ya se deja sentir el llamado a los hombres a participar y hacerse responsables en ciertas problemáticas como la salud reproductiva, la paternidad, la violencia y la prevención del VIH-SIDA (me refiero a las conferencias internacionales de El Cairo y de Beijing) (de Keijzer, 2006).

En el campo de la práctica transformativa tuve el privilegio de trabajar con el proyecto Reprosalud del Movimiento Manuela Ramos en el Perú enfocado a disminuir la violencia y el riesgo sexual y reproductivo en mujeres en las regiones de mayor pobreza en el Perú. Son las mismas mujeres las que demandan al proyecto hacer un trabajo para concientizar tanto a sus parejas como a los hombres jóvenes en sus familias ⁷ lo cual abre la veta de formar facilitadores que trabajaran con otros hombres desde la perspectiva de género y la salud. Una sistematización cualitativa de ese proceso con hombres aparece en un texto que recupera los dilemas y resistencias al cambio entre hombres rurales e indígenas (Movimiento Manuela Ramos, 2003).

Los cambios promovidos a partir de las grandes conferencias internacionales en torno a la condición de las mujeres y la participación de los hombres, además del creciente conocimiento en el campo de las masculinidades, contribuye centralmente en el diseño de actividades de organizaciones como Salud y Género en varios estados de la República Mexicana donde trabajamos en forma relacional con mujeres y hombres de distintas edades hacia una mejor salud y la igualdad de género (ver Figueroa, 2010). Estos esfuerzos se articulan internacionalmente con tres organizaciones brasileñas (Instituto Promundo, Papai y ECOS) y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud para generar el *Programa H: Trabajando con hombres jóvenes* con el cual se busca atender y prevenir en diferentes campos problemáticos como la prevención de la violencia, la salud sexual reproductiva, la paternidad, la prevención del VIH sida y la salud mental.

⁷ En mi experiencia se vuelve muy frecuente el ser llamado a trabajar con hombres escuchando la frase de las mujeres: “Ya entendimos, pero ahora explíquenselo a nuestros hombres.”

El conocimiento cualitativo de los hombres en diferentes contextos también permite generar materiales educativos de corte freireriano donde se trabaja a partir de imágenes generadoras. Es el caso de Jalando Parejo creado por Mexfam y Salud y Género (1996) y Los Hombres y la Salud creado por la segunda organización en conjunto con el Instituto Veracruzano de las Mujeres (2009). En ambos casos se tiene una mezcla de imágenes generadoras que reproducen la desigualdad de género e imágenes alternativas de igualdad que posiblemente existan ya en este tipo de comunidades rurales e indígenas o que podrían irse sumando en el imaginario de lo posible.

Mi proceso de formación académica y personal me lleva a cursar el Doctorado en Salud Mental Comunitaria Instituto de Investigaciones Psicológicas (Universidad Veracruzana) donde se articula un fuerte componente de psicología social comunitaria con los aportes de las ciencias sociales en especial de la antropología.⁸ La tesis la dedico para evaluar los procesos de resistencia y de cambio de hombres que están en un programa, del cual soy cofundador, llamado Hombres Renunciando a su Violencia, capacitados inicialmente por Coriac⁹ y vigente en Xalapa desde 2002 (<https://www.facebook.com/HRVidaXalapa>)¹⁰. Ahí, los hombres voluntariamente llegan a revisar su masculinidad y sus prácticas violentas para superarlas. En la tesis ubico las distintas trayectorias de los hombres antes, durante y después de pasar por el programa, así como los distintos dilemas que se van encontrando en ese camino. En una profundización de los testimonios de los hombres trabajo a mayor profundidad las ricas metáforas que producen para dar cuenta, no sólo de su situación de violencia, sino también de sus procesos de cambio (de Keijzer, 2013).

APORTES DESE LAS CIENCIAS SOCIALES EN ESTE RECORRIDO

En este apartado me interesa presentar varios estudios del contexto latinoamericano que fueron dando aportes desde una perspectiva predominantemente antropológica, al conocimiento de las masculinidades en general y, desde ahí ayudando a pensar la salud masculina relacionada con

⁸ Durante cerca de un año participo en el diseño de la especialización en salud de la Licenciatura de Gestión Cultural del Desarrollo en la Universidad Veracruzana Intercultural.

⁹ En un modelo adaptado por Antonio Ramírez (1999).

¹⁰ Gracias a la formación recibida con el Instituto Wem de Costa Rica el nombre del grupo evoluciona significativa a llamarse Hombres Responsabilizándose de su Vida.

aspectos como la identidad, la violencia, la sexualidad, el riesgo y el cuidado. De muchas formas es un agradecimiento a estas personas investigadoras y/o activistas que fueron abriendo el campo, a sabiendas de que incurro en omisiones.

Empiezo con Guillermo Núñez quién ha venido enfatizando que hablemos de estudios de género de los hombres, más que de masculinidades buscando no perder ese filo crítico que viene del feminismo y no dando por hecho que todo estudio referido a los hombres tenga dicha mirada (2006).¹¹ En su tesis *Sexo entre varones: poder y resistencia en el campo sexual* (1994) profundiza en el *habitus* y las complejas negociaciones hacia el acercamiento de los cuerpos entre hombres en un contexto profundamente machista. En décadas posteriores sigue indagando otros aspectos de la homosocialidad masculina en ese mismo contexto, mostrándonos vínculos entre hombres que suelen pasar desapercibidas bajo la generalización del machismo.

Gutman, desde 1996 (publicado en español en 2000) desarrolla a su extensa etnografía urbana inventariando y abriendo los significados de lo que es ser macho y hombre en el contexto de una colonia popular de la capital contribuyendo a problematizar los estereotipos asociados a los hombres mexicanos.

Norma Fuller (1997), mirando desde el curso de vida compara las representaciones de dos generaciones de clase media en Lima, Perú. Partiendo de los discursos vigentes en torno a las masculinidades, explora la socialización de los hombres en su camino a la madurez. En forma interesante desarrolla uno de los primeros acercamientos al mundo de los afectos señalando además los diversos dilemas que los hombres enfrentamos en dicho mundo. Por después, Cáceres, Salazar, Rosasco y Fernández (2002) nos amplían la mirada de lo que son los hombres en el Perú articulado con la salud sexual y con los subtemas de la identidad masculina, las relaciones de pareja, la infidelidad, la violencia doméstica y la homofobia. Estudian a hombres de 18 a 32 años del sector medio y popular de Lima así como de Chiclayo, Ayacucho e Iquitos, incorporando también a hombres pertenecientes a la diversidad sexual.

¹¹ En esto coinciden Medrado y Lyra desde Brasil (2008).

En 2000, Fuller coordina un evento y un libro en torno a las paternidades – un campo potencialmente poyético y vinculado a la salud y al cuidado (y que no profundizamos mucho más aquí). Godínez (2016) impulsa acciones en el tema a nivel institucional en la educación superior y en 2015 se genera, a nivel internacional, el primer Informe Estado de la Paternidad en el Mundo.

Mara Viveros (2002) abre un campo de indagación en el que articula las masculinidades con el eje de la etnia/raza avizorando el cuerpo-territorio de los hombres de Quibdó (Colombia) y sus nociones en torno a la sexualidad. Es uno de los primeros aportes críticos a lo que ahora consideramos como un eje infaltable de estos análisis: la mirada interseccional.

En el sureste mexicano aparecen obras que dan cuenta de la masculinidad y la etnicidad donde es la cultura de origen la que marca el mandato de ser “hombres cabales” aunque eso implique violentar (“disciplinar”) a las mujeres (López Moya, 2010). El autor logra un buen abordaje etnográfico a la etnia tojolabal y recupera las bases sobre las cuales se construye una masculinidad “cabal” y las formas en que se demuestra. Antes y un poco más al sur, aparece la tesis de Emma Chirix García (1997) que reconstruye la identidad masculina en una de las ramas mayas fundamentales, los Kaqchikeles. Recorre los procesos de socialización y asignación de la identidad masculina, las formas en que esta es percibida y vivida por distintos actores sociales y se pregunta por las posibilidades de nuevas identidades entre los hombres.

En una obra temprana, Lancaster (1992), para el caso de Nicaragua, da cuenta en forma cualitativa de la vivencia de la masculinidad, el poder y de la “dureza de la vida” (lo que da el título a su libro) en sectores populares en los años siguientes al triunfo de la insurrección sandinista. Explora aspectos como la violencia de pareja, las formas de socialización y profundiza en diversas historias de vida. En el mismo país, Oswaldo Montoya (1998), se adelanta en la mirada hacia las masculinidades ubicando formas y estrategias de ser hombre alternativas a la violencia como son el humor o la negociación de conflictos. El polo opuesto a la violencia, aún ahora, tiende a recuperarse muy poco en el campo de las masculinidades.¹²

¹² Es el caso de una tesis pendiente por publicar en la que Félix Nava encuentra y entrevista a parejas en las cuales la violencia prácticamente no se utiliza para dirimir conflictos ubicando características en los hombres que contribuyen a esa noviolencia. .

La inmensa mayoría de las indagaciones acerca de los hombres y las masculinidades se centran en el análisis de y con los hombres por lo que tienden a no ser relacionales, es decir, no buscan enfocar y entender mejor que sucede con los hombres en contraste y preguntando también a las mujeres. Sin embargo, hay una producción clave de investigaciones que si desarrollan dicha relacionalidad indagando también con mujeres en temas que tienen que ver con la socialización de género, la sexualidad, la reproducción o la violencia. Algunos de estos estudios se desarrollan en el ámbito rural mexicano (Rodríguez y de Keijzer, 1998 y 2002) ubicando cambios en el cortejo y la sexualidad a lo largo de tres generaciones en una comunidad rural expulsora de migrantes hacia los EEUU.

La tesis doctoral de Ortega (2010), incorpora las dimensiones del género y el curso de vida con mujeres y hombres en la intersección entre la reproducción y la sexualidad, indagando además estos campos con el personal de salud oficial y tradicional. Todo esto lo compara en dos tipos de modo de producción en el contexto de los mayas de Yucatán.

Carmen Yon (1998) también logra un perspectivismo similar analizando a la población adolescente en barrios de Lima indagando acerca de sus representaciones tanto de género como en la sexualidad. Con agudeza pone en evidencia la forma en que hablan los hombres estando en grupos mixtos (posicionándose, alardeando) en contraste con sus discursos en un grupo del propio sexo que les permite una mayor sinceridad.

Juan Carlos Ramírez (2005) desarrolla una interesante trama con hombres de una colonia popular de Guadalajara (México) para construir una madeja que articula la masculinidad con el poder y el ejercicio de diversas violencias hacia sus parejas. Le interesa especialmente la relación entre el poder y la resistencia en los hombres. En años recientes este autor desarrolla profundiza en el tema de hombres y emociones.

Jiménez y Tena (2007) desarrollan agudamente la articulación entre masculinidades y el trabajo como eje central de su identidad, así como las consecuencias del desempleo en el cumplimiento de los mandatos hegemónico en sus vidas.

Más cercana al campo de la salud, Wentzell (2013) indaga con una población poco estudiada en el campo de las masculinidades: la tercera edad, analizando los cambios identitarios que se producen al atravesar el envejecimiento, la enfermedad y la disfunción eréctil. Retoma el concepto de cambio compuesto (*composite*) como una serie de modificaciones/adaptaciones generadas por la experiencia de esa etapa. Resalta cambios positivos en hombres mayores que, pasando por la experiencia de la enfermedad, tienden a reposicionarse dentro de sus familias ya no como machos de la familia, sino como abuelos y parejas relativamente más sensibles.

No podemos cerrar este apartado sin mencionar dos compilaciones tempranas de textos relativos a las masculinidades (Valdez y Olavarría en 1998; Amuchástegui y Szasz en 2007) y varios ejercicios de mirada de conjunto a lo producido en México (Núñez 2011) y Latinoamérica (Aguayo y Nascimento, 2016) y Viveros (2018).

MASCULINIDADES¹³ Y LA SALUD DE LOS HOMBRES

Para poder aprehender todo lo que sucede en los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidado de los hombres necesitamos construir una mirada no sólo interdisciplinaria, incluso transdisciplinaria en la cual, ciertamente, hay elementos que tienen que ver con la biología, pero más con la psicología y con la cultura en la que crecemos, así como con los procesos que se dan a nivel meso y macro de las sociedades. La epidemiología muestra a grandes rasgos varios de los riesgos y consecuencias en el ámbito de la salud de los hombres, pero suele carecer de una mirada interseccional como propone el feminismo y también una mirada desde la cultura que permita entender las representaciones y las prácticas, en este caso, de los hombres.

Es hasta la segunda década del presente siglo cuando se dan las condiciones de posibilidad para que instituciones regionales retomen la importancia de analizar la relación entre las masculinidades y la salud. Es el caso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que me permite conformar un equipo para generar el informe *Masculinidades y Salud en las Américas* que sale hasta 2019. En la síntesis de este informe planteamos algunos puntos centrales:

¹³ La referencia a las masculinidades en plural es importante dadas las diferencias que hay entre hombres (algo reforzado con el aporte de la interseccionalidad) a pesar de la frecuente incorporación de mandatos semejantes en una mayoría de nosotros.

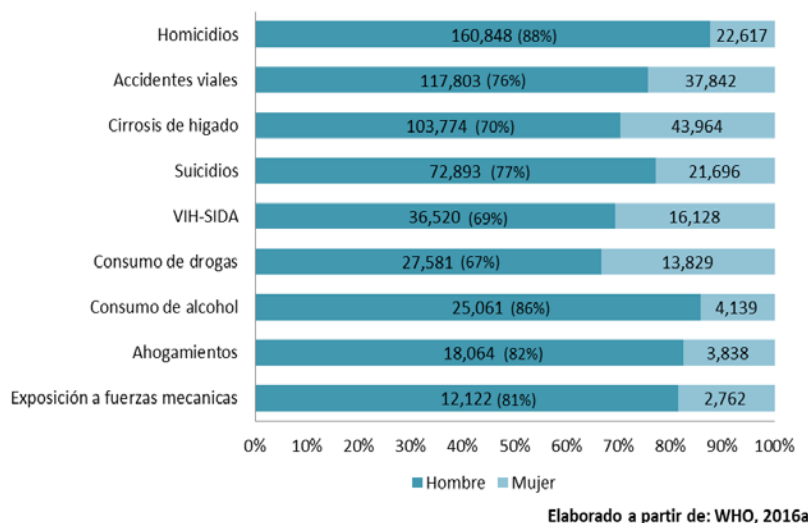
“La masculinidad hegemónica se basa en la división sexual del trabajo y permea la vida tanto de los hombres como de las mujeres. En este orden pueden hallarse claros privilegios para ellos. Con el tiempo, algunas de esas prerrogativas van inflexibilizándose y transformándose en vulnerabilidades para su salud y en riesgos para las mujeres y para otros hombres. Algunas de las características más significativas de la masculinidad hegemónica están sistematizadas en mandatos como la autosuficiencia, la fortaleza, la competitividad, el liderazgo, los roles de género rígidos, la heterosexualidad y la homofobia, el control, la agresión y el papel de proveedor” (OPS, 2019: 1-2).

“Persiste la idea de que los hombres son proveedores que carecen de necesidades específicas. Se les considera básicamente agentes productivos, lo que perpetúa y reproduce la división sexual del trabajo (Jiménez y Tena, 2015), aunque cada vez más mujeres se inserten en el mercado laboral. Este mandato masculino choca con la realidad de la creciente inestabilidad laboral, lo que lleva a los hombres a poner en riesgo su salud con tal de mantener su rol (Valenzuela, 2008; Olavarría, 2013, 2017)” (Idem: 2).

La mirada epidemiológica, que es más cercana a la sociología, permite evidenciar importantes especificidades de la morbilidad y mortalidad masculina. En este informe llegamos a varias conclusiones muy dramáticas en relación con la salud de los hombres que también tienen consecuencias para la vida de las mujeres. Los datos para todo el continente muestran que la morbimortalidad específica de los hombres nos lleva a una diferencia de 5.8 años de esperanza de vida al nacer comparado con las mujeres.¹⁴ Ambos sexos tendemos a morir de forma semejante de las enfermedades crónicas no transmisibles como son los problemas cardiacos, los cerebrovasculares y la diabetes. Buscando las causas de muerte en las que existe mayor diferencia entre hombres y mujeres encontramos el siguiente cuadro que nos muestra una sobremortalidad masculina por problemas asociados a las llamadas muertes violentas (homicidios, suicidios, accidentes viales y laborales y ahogamientos), problemas asociados al consumo de sustancias (cirrosis y sobredosis de alcohol y otras sustancias ilegales) y por VIH-SIDA.

¹⁴ La esperanza de vida al nacer (EVN) es uno de los indicadores clásicos de la salud pública que mide en forma general la calidad de vida de los pueblos y se refiere a la esperanza de vida de un ser recién nacido en el año el que se refiere.

Gráfico 1: Sobre-mortalidad masculina en Las Américas 2011-2015



Fuente: OPS (2019)

Es notorio el contraste con las mujeres en esta sobremortalidad que, en todas estas causas, rebasa el 67% y llega hasta el 88%. También hay que hacer notar la presencia de los hombres en el 12% de homicidios de las mujeres (en muchos casos, femicidios), además de su sobrerrepresentación al volante en las muertes por accidentes viales y en la transmisión del VIH-Sida. Otro elemento a considerar es ¿Quiénes cuidan a los huérfanos en caso de muerte masculina o a los hombres que no mueren, pero que con frecuencia quedan con secuelas y discapacidades?

Estos hallazgos no distan mucho de las conclusiones a las que llegan otros esfuerzos por tener una mirada más global con respecto a los hombres como son los de la GAMC (2016) y el de Promundo (2018), así como el estudio de la OMS en Europa (2020) en el cual lo que más contrasta es el tema de las muertes por homicidio.

Cuando buscamos una mirada interseccional que recupere algunos ejes sólo aparece consistentemente el sexo y los grupos de edad que dan cuenta del curso de vida. En pocos países encontramos estadísticas que aludan a la clase social (o los estratos), a la etnia/raza o la identidad sexogenérica de los hombres. Aun así, pudimos ubicar algunas tendencias interesantes en donde se combina la estadística por el conocimiento del contexto sociocultural.

“Los hombres de las masculinidades subordinadas (por ejemplo, de la población indígena, afrodescendiente y la comunidad de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales [LGBTII]) son estigmatizados por la sociedad, pero también por el sistema de salud, según indica Escobar en la Encuesta Masculinidades y Salud (MyS), donde además destaca que los equipos de salud no han sido capacitados para prestar atención específica a estos grupos. Los hombres homosexuales sufren la homofobia institucionalizada y esto hace que sean más propensos a contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)” (OPS: 3).

Así la información antropológica y sociológica complementa en buen grado dando explicaciones y permitiendo ver las formas en que la interseccionalidad está presente en la salud/enfermedad, atención y cuidado de los hombres. A modo de síntesis de la información obtenida pudimos elaborar el siguiente gráfico que da cuenta de vulnerabilidades específicas en los hombres que pueden y suelen agregarse en muchos casos.

Gráfico 2: Vulnerabilidades causadas y vividas en las masculinidades



Fuente: OPS (2019)

Además de hurgar en los aportes de una mirada interseccional, contamos con información cualitativa que permite entender las formas en que los mandatos de la masculinidad modulan el autocuidado y las estrategias de atención de los hombres. Esta información cualitativa puede recuperarse también de aproximaciones desde el arte. Antes y durante la pandemia pude realizar una incursión en la narrativa¹⁵ para ubicar también textos sensibles al respecto. Como plantea el profesor Lassus de la Universidad de Nantes, la literatura y otras artes generan una visión más clara acerca del padecer, una experiencia que frecuentemente está ausente en los textos de patología o epidemiología (de Keijzer y Cuéllar, 2021). A modo de ejemplo, tenemos este texto de Margarite Yourcenar (2020) que ejemplifica muy bien el arribo a la tercera edad del emperador Adriano:

“Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mí mismo y la descripción del cuerpo de un hombre que envejece y se prepara a morir de una hidropesía del corazón... Es difícil seguir siendo emperador ante un médico y también es difícil guardar la calidad de hombre... El ojo del médico Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y de sangre... Tendré la suerte de ser el mejor atendido de los enfermos, pero nada puede exceder de los límites prescritos; mis piernas hinchadas ya no me sostienen durante las largas ceremonias romanas; me sofocó; y tengo 60 años... He llegado a la edad en que la vida, para cualquier hombre, es una derrota aceptada”.

Resalta la vergüenza y la dificultad de guardar “la calidad de hombre” al estar desnudo ante el médico, el reduccionismo del ser a los achaques y la enfermedad como una derrota. Punto seguido, el emperador relata la imposibilidad de seguir con los excesos alimentarios, las relaciones sexuales y, lo peor de todo, no poder conciliar el sueño. Mi experiencia y mi escucha a los relatos de muchísimos hombres me lleva a considerar este texto como una excelente síntesis de cómo se vive subjetivamente la enfermedad (y el padecer) en el contexto de la madurez y el envejecimiento.

¹⁵ En el contexto del curso Literatura, Memoria e Identidad guiado por Olga Beatriz Cuéllar (Xalapa, Veracruz).

Desde una mirada cualitativa podemos entender mejor varios aspectos en este cruce entre la masculinidad de salud y la atención:

- La forma en que los mandatos de la masculinidad se traducen en una percepción de invulnerabilidad al riesgo, sobre todo en la adolescencia y juventud.
- El papel que juega el riesgo y el consumo de sustancias en la vida de los hombres en esa etapa.
- Las barreras y dificultades para pedir ayuda y los retrasos en hacerlo que llevan a empeorar situaciones de enfermedad tanto en lo físico como en lo mental.
- El papel de las relaciones de género en la socialización y formación del personal de salud y sus interacciones hombres y mujeres (Valenzuela y de Keijzer, 2016).
- Las formas en que la interseccionalidad hace que la condición de clase, etnia o de orientación sexual impriman características propias al tránsito de los hombres o el proceso salud/enfermedad/atención.

Es interesante como esta información producto de estadísticas e investigaciones se hace presente y entra en diálogo con la experiencia y trayectorias de los hombres con los que tenemos oportunidad de interactuar tanto en iniciativas desde la sociedad civil como en el ámbito universitario.

En un ánimo de buscar rutas de transformación de las masculinidades hacia relaciones más equitativas, hacia la salud y el cuidado, desde mi formación en el campo como médico comunitario he sido influido por el aprendizaje y la práctica de la educación popular basada orientada al cambio desde el conocimiento mutuo y el diálogo. Esto es reforzado posteriormente con el aprendizaje y puesta en práctica del Método Wem¹⁶ en el trabajo con hombres que articula al género, la educación popular y la mirada de psicología humanista basada en Carl Rogers, apostando a la capacidad de los hombres de actualizarse y cambiar a través de estrategias grupales y procesos personales.

¹⁶ El Instituto Wem de Costa Rica ha venido desarrollando un trabajo con hombres adultos y jóvenes con un modelo participativo, comunitario y con la búsqueda de incidencia política (ver página institucional Instituto Wem).

Tanto en organizaciones de la sociedad civil (como HRVida) como en el Programa Integral de Trabajo con Hombres que funciona dentro de la Coordinación para la Igualdad de Género de la UNAM¹⁷ hemos abierto círculos de reflexión para hombres con el objetivo de:

“Establecer un espacio reflexivo orientado al trabajo con hombres que les permita reflexionar y cuestionar la construcción social del género y los mandatos de la masculinidad hegemónica, sus consecuencias y costos, así como las violencias ejercidas hacia las mujeres, sus pares y otras identidades sexo-genéricas, todo desde la perspectiva de la construcción de la igualdad género”.

Dado se trabaja a partir de los malestares de los hombres, con frecuencia sale el emergente del descuido la salud y ahí propiciamos la lluvia de ideas en torno a dicho descuido para reflexionar colectivamente. Comparto algunos ejemplos de lo que los hombres dicen en un Círculo de Reflexión en línea de la UNAM (Noviembre/2023), que se desarrolló a lo largo de tres semestres, generando un espacio de revisión autocrítica y mucha confianza. La sistematización de lo escrito en padlet muestra varios temas emergentes que coloco en orden de frecuencia:

- El **exceso de trabajo**: *demasiadas situaciones de trabajo / mucho trabajo y lo priorizo sobre mi propio cuidado / mucho tiempo sentado y no logro hacer ejercicio / el exceso de trabajo / el trabajo me absorbe / muchas cargas y pienso que soy capaz de realizar todo / glorifico el dolor y el malestar y acepto desvelarme y trabajar toda la noche por sacar el trabajo y los pendientes (hay dos referencias más al dormir mal).*
- La **invulnerabilidad**: *me siento invencible y a mí no me va a pasar / no acepto la enfermedad o la veo como debilidad / pienso que “es sólo un dolorcito y al rato se me quita” y a darle al paracetamol / me olvido de mi cuerpo y pienso que debe aguantar*
- La **alimentación**: *no cuido mi alimentación ni mi condición física / periodos prolongados de ayuno / asocio emociones con comida y bebida*
- **No buscar ayuda**: *no acudo a revisiones que me corresponden por mi edad / postergo las visitas al médico / dejo pasar mucho tiempo enfermo*

¹⁷ Como una de las varias respuestas institucionales para construir relaciones de igualdad y no violencia en el ámbito universitario, también, desde el trabajo con hombres. Ver www.IgualdaddegeneroUNAM.

- Y en todo esto hay procesos de reconocimiento de que **no están priorizando** suficientemente bien: *doy prioridad a todo lo que pasa / pongo en primer lugar la atención y cuidado a otras personas, acabo mis recursos y me trato de olvidar de mis propios padecimientos para tratar de que “se me pase”.*
- En una forma tangencial hay menciones al malestar o la falta de salud mental, pero sólo uno la aborda directamente: *me guardo las emociones y no tengo intimidad con mis amigos*

Escuchándoles (y participando de ello) se tiene la sensación de estar en un grupo focal. Nos vamos dando cuenta de cómo todo se interconecta: priorizar el exceso de trabajo para cumplir con el rol masculino a expensas del cansancio, al mal sueño y deficiencias en la alimentación, asumiendo una posición de invulnerable y postergando las estrategias para atenderse.¹⁸ Esto es lo que se va procesando colectivamente a partir de la escucha, el espejeo y la devolución.

Hacia el final, podemos compartir formas a nuestro alcance para mejorar el cuidado de la salud, también en una lluvia de ideas:

- Resalta el posicionarse en una **forma alternativa en torno al cuerpo y la salud**: *aceptar que soy vulnerable / escuchar y sentir mi cuerpo / empezar a escuchar a mi cuerpo que siempre da señales que no escuchamos / invirtiendo en mi: este cuerpo necesita afecto y atención: el dolor es una señal de atención, no una medalla a colgarme / reconocer mis vulnerabilidades y aprendiendo a escuchar*
- Buscar **atención**: *asistir al médico cuando mi cuerpo lo pide / seguir las recomendaciones médicas / hacerme estudio y visitas al médico dos veces al año* (nadie se refiere a la ayuda psicológica individual o grupal)
- Atención a los **vínculos**: *procurando amistades profundas, compartiendo intimidad / mantener contacto con personas de confianza para pedir ayuda*
- Otras formas de **autocuidado**: *ejercicio adecuado a mi edad / procurando espacios de ejercicio en las jornadas de trabajo / trasladarme en bici (2 veces) / caminar / dormir 7 horas, una copa de vino a veces, comer rico y saludable / la meditación*

¹⁸ Hace varios años señalé las formas en que los hombres vamos concatenando problemas, no sólo con nuestra salud, sino en relación a nuestros vínculos más importantes (pensando también en el ejercicio de la violencia y las adicciones (de Keijzer, 2006).

Esta segunda ronda de lluvia de ideas no nos asegura de que necesariamente se dé un salto cualitativo a prácticas distintas, pero si les coloca ante el reto y la posibilidad de ir concatenando soluciones en el terreno de su salud y su cuidado.

A MODO DE CIERRE

La maduración del campo de las masculinidades permite poco a poco irnos acercando a pensar el papel de los hombres en un ámbito social más amplio por lo que hay que podemos desarrollar la articulación entre las masculinidades y las políticas públicas para involucrar a los hombres hacia la igualdad de género. Con aportes provenientes de cinco países distintos del continente donde se abordan campos como las juventudes, las paternidades, los hombres en exclusión social y el campo de las emociones (Aguayo y Sadler, 2011).

Para el caso de México se da un proceso de construcción de más de dos años para lograr la “Agenda SUMA por la igualdad: propuesta de agenda pública para implicar a los hombres en la igualdad de género” donde se analiza la problemática y se desarrollan propuestas en cuatro campos específicos como son el cambio cultural, la corresponsabilidad, la salud de los hombres y el objetivo de una vida libre de violencias. Esta agenda ve la luz y es presentada públicamente en muchísimos ámbitos durante el año 2018 en un esfuerzo conjunto de Gendes AC, la Red Nacional de Masculinidades Cómplices por la Igualdad y el Colegio de Especialistas en Políticas Públicas y Estudios de Género.

Cerramos este capítulo retomando nuestro informe para la OPS (2019: 3):

“Históricamente, en la literatura científica se ha visto a los hombres como un obstáculo para aplicar las políticas de género. Sin embargo, desde la sociedad civil y gracias al apoyo de diversos organismos se han diseñado estrategias de trabajo con hombres que abordan temas como la violencia, la salud sexual y reproductiva, y las paternidades. Dichas estrategias han obtenido resultados y las políticas oficiales deberían recuperarlas. Por sus limitados recursos y coberturas, muchas de las que se dirigen a la salud de los hombres aún suelen ser marginales, insuficientes y tardías. En algunas de las conclusiones

principales de este documento se destaca la enorme sobremortalidad masculina, que está claramente vinculada al ejercicio de la masculinidad hegemónica, a los DSS y a la falta de una respuesta social integral que permita atender y prevenir esta situación.

Hoy día se reconoce ampliamente que la prevención y promoción de la salud de los hombres rebasan la labor del sector de la salud. Por ello es importante que la comprensión de la perspectiva de género relacional se inserte en un planteamiento amplio de políticas coordinadas desde y para otros órdenes, como el laboral, el medioambiental, el de la seguridad y, por supuesto, el de la salud. Ello tiene como objetivo dar lugar a políticas saludables, también conocidas como salud en todas las políticas. Es decir, las que desde otros sectores impactan positivamente en la salud, con especial atención a los DSS que afectan directa o indirectamente a la salud de los hombres. Para ello es necesario lograr una amplia participación de los propios hombres”.

Reiteradamente afirmamos que la información relativa a la mayor mortalidad de los hombres no debe servir para que los hombres nos veamos como las víctimas del siglo 21. Muy al contrario, debe servir de acicate hacia la revisión crítica de nuestras prácticas de riesgo/descuido y como impulso para el cuidado de sí y de otros/as/es.

Así, no sólo debemos de construir políticas de atención integral para los hombres,¹⁹ como ya lo hacen en Brasil, Australia e Irlanda, sino también estrategias anticipatorias que impacten positivamente en la socialización de niños y jóvenes, no sólo pensando en la prevención, sino además en acrecentar sus activos en salud desde una mirada salutogénica (Hernán, 2010). Recalco que tanto en la literatura como en la realidad un gran tema faltante es el de los hombres y el cuidado.

Poniendo la salud y la igualdad de género en el centro encontraremos formas de diálogo entre disciplinas/miradas que suelen verse en oposición: la sociología y la epidemiología en contraste con la antropología, la metodología de investigación cuantitativa versus la cualitativa, la

¹⁹ Así como para mujeres e identidades sexo-genéricas diversas.

psicología establecida y las perspectivas desde la salud mental, abriéndonos también a los importantes aportes que nos pueden llegar desde las artes.

BIBLIOGRAFÍA

Aguayo F, Nascimento M (2016). “Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos”. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. (22), 207-220.

Aguayo, F., & Sadler, M. (2011). *El papel de los hombres en la equidad de género: ¿Que masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile?* Chile: Universidad de Chile.

Amuchástegui A, Szasz I. (2007). *Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Cuernavaca, El Colegio de México.

Angulo Menassé, A. (2022), *Mudanzas: diez entrevistas con profesionales de la medicina que prefirieron promover la salud*, 1ª edición, México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Barker G. (2005). *Dying to be Men: Youth, Masculinity and Social Exclusion*. Londres, Routledge.

Cáceres F. y cols. (2002), *Ser hombre en el Perú de hoy: una Mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y la homophobia*, Lima. REDESS Jóvenes.

Cahuich. M. (2005), “La construcción de una economía y salud solidarias”, *Historia Oral*. Vol 8, no. 2, México.

Chirix, E. (1997), *Identidad masculina entre los kachikeles*, Tesis de Licenciatura, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Connell R. (1995). *Masculinities*. London, Polity Press.

Connell R., Messerschmidt J. (2005). “Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept”. *Gender & Society*. 19(6), pp. 829-859. doi: 10.1177/0891243205278639.

De Keijzer, B. (1994), “La otra salud mental: los signos saludables”, *Revista Hojarasca*, México.

De Keijzer B. (1997). “El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva”. En Tuñón, E., (coord.) *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa, México, ECOSUR y Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, pp. 197-219.

De Keijzer B. (2004). *Masculinities, Resistance and Change*. Oxford, OXFAM.

De Keijzer B. (2006), “Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina” *Revista la Manzana*. Vol I. Num I. Puebla, México.

De Keijzer B. (2010). *Masculinidades, violencia, resistencia y cambio* [tesis doctoral]. Xalapa, México, Universidad Veracruzana.

Disponible en: <http://www.amegh.com.mx/2017/02/05/masculinidades-violencia-resistencia-y-cambio/>

De Keijzer B. (2008), ““Imponer mi realidad inmediata, enojado”: discursos de los hombres acerca de su violencia”, en Guadarrama, M. (comp.), *Algunas reflexiones desde el género*, CEGUV, México, Universidad Veracruzana.

De la Cruz, M. (2010), *Hacerse hombres cabales: masculinidad entre los tojolabales*, México, UNICACH y CIESAS.

Equimundo y MenCare (2015 y 2019), *Estado de la paternidad en el Mundo*, EU.

Falla, Ricardo (1984) *Esa muerte que nos hace vivir*, UCA, San Salvador.

Figueroa, JG (2010) Los grandes problemas de México, vol. 8, capítulo 4, Colmex.

Figueroa, JG (coord) (2014). *Políticas Públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación*. México, El Colegio de México

Figueroa, JG, Jiménez, L. y Tena, O. (coords.) (2006). *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México, El Colegio de México.

Fuller, Norma.(1997) *Identidades masculinas*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fuller, Norma. (2000). *Paternidades en América Latina*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Gendes, Cómplices por la Igualdad y CIPPEG (2018). *Agenda SUMA por la Igualdad*. Gendes: CDMX.

Godinez, Oscar (2016). *Política a favor del involucramiento de los hombres politécnicos en el cuidado, crianza y vinculación afectiva de los/as hijos/as, en Posibilidades y Retos para la armonización de la vida laboral y familiar*. México, Editorial Ecorfan, Universidad Autónoma de Nayarit

Global Action on Men's Health (GAMH) (2016). *Men's health perceptions from around the globe*. <http://gamh.org/men4selfcare/> Recuperado 17/09/2020

- Guttman, Matthew (2000), *Ser hombre de verdad en la ciudad de México: ni macho ni mandilón*. El Colegio de México, México.
- Heilman B. (2017) *La Caja de la Masculinidad, un estudio de lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el Reino Unido y México*. Washington DC y Londres, Promundo US y Unilever.
- Hernán M, Morgan A, Mena AL. (2010). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. España, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Instituto Veracruzano de las Mujeres (2009), *Los hombres y la salud: voces y diálogos para la acción, Guía didáctica*, Xalapa, México, IVM.
- Lancaster, Roger (1992), *Life is hard: machismo, danger and intimacy of power in Nicaragua*, Berkeley, University of California Press.
- López Austin, Alfredo (1971), *Medicina nahuatl*, SEP-setentas, México.
- Medrado B, Lyra J (2008). “Por una matriz feminista de género para os estudos sobre homens e masculinidades”. *Revista Estudos Feministas*. 1(16), pp. 809-840.
- Menéndez, E. (2020), “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”, en *Salud Colectiva*, Universidad de Lanus, Buenos Aires.
- Montoya, Oswaldo (1998). *Nadando contra la corriente*. Managua, Puntos de Encuentro.
- Movimiento Manuela Ramos (2003). *Abriendo nuestros ojos: una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva*. Lima, Perú, Movimiento Manuela Ramos.
- Núñez Noriega, Guillermo (1994). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. México, El Colegio de Sonora
- Núñez Noriega, Guillermo (2017) *Abriendo brecha: 25 años de estudios de género de los hombres y las masculinidades en México (1990-2014)*. México, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A. C.
- Organización Panamericana de la Salud (2019), *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019. Consultar en <http://iris.paho.org>.
- Ragonese C, Shand T, Barker G. (2018) *Masculine Norms and Men's Health: Making the Connections: Executive Summary*. Washington, D. C., Promundo-US.
- Ramírez, Antonio (1999). *Violencia masculina en el hogar*. México, Editorial Pax.

Rosemberg, F. (1994), “Redes sociales y migración”, en Botinelli, C, *Migración y Salud Mental*, Méxicio, ILEF y Rädä Barnen.

Rodríguez, G. y de Keijzer, B. (1998), *La noche se hizo para los hombres: las regulaciones sexuales del cortejo en una comunidad cañera*, Debate feminista, México.

Rodríguez, G y de Keijzer, B. (2002), *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. Population Council y Edamex, México.

Salud y Género, Instituto Promundo, Papai y ECOS (2010), *Serie: trabajando con hombres jóvenes, Salud y Género*, México. 4ª edición.

Seidler, Victor (1992). “Los hombres heterosexuales y su vida emocional”. En *Debate Feminista*, año 6 (II), México.

Ulate, J, y de Keijzer, B. (1985), “Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México, *Nueva Antropología*. Vol 28.

Valdés, T., y Olavarría, J. (Eds). (1998). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago, Chile.: FLASCO

Valenzuela, A. (2008). *Percepción y conductas masculinas frente a la propia salud en usuarios de consultorio*. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Publica. Universidad de Chile. Santiago de Chile

Valenzuela, A., De Keijzer B. (2016). *Hombres que estudian profesiones femeninas*. Santiago de Chile, Editorial Universidad Central de Chile/Universidad Veracruzana.

Viveros Vigoya, M. (2002) *De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, .

Viveros Vigoya, M. (2018), *As cores da masculinidade*, Rio de Janeiro, As Papeis Salvagens.

World Health Organization. *Men's Health and well-being in the WHO European Region*; 2018 Retrieved October 2020

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf

Yourcenar M (2020), *Memorias de Adriano*, México, Ediciones De Bolsillo.

Zolla, C y cols. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, CIESS, México, D.F.

Recepción: 10-12-2023

Aceptación: 29-12-2023