Soportando el dolor: Reproducción de la masculinidad hegemónica en los servicios de salud de la Ciudad de México

Enduring the pain: Reproduction of hegemonic masculinity in Mexico City healthcare services

Ana Prado Murrieta

Dulce Rosario Diego Vasquez

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar los discursos sociales e institucionales que reproducen la masculinidad hegemónica en el campo de la salud, dentro del programa denominado: Seguro Popular de Salud. La investigación se sustenta en una metodología cualitativa; se elaboraron entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos y afiliados a los servicios ofertados por el Seguro Popular de Salud de la Ciudad de México. Se realizó un análisis discursivo de la experiencia de médicos y pacientes participantes con la finalidad de reconstruir la realidad que viven los hombres al afrontar el cuidado de su salud. Se puede concluir que existe una escasa oferta de servicios médicos y programas de salud dirigidos a los hombres, pero además institucional y

Abstract

This work aims to analyze the social and institutional discourse that reproduces hegemonic masculinity in healthcare in the program called: Popular Health Insurance. The research is based on a qualitative methodology. Semi-structured interviews were prepared for doctors and those affiliated with the services offered by the Popular Health Insurance of Mexico City. A discourse analysis was done of participating doctors and patients' experience to reconstruct the reality men experience when dealing with their healthcare. It can be concluded that there is a scarcity of medical services and health programs directed toward men, but also, institutionally and socially discourses and practices based on the hegemonic model of

socialmente se validan discursos y prácticas sustentadas en el modelo hegemónico de masculinidad y que sin duda implican un factor de riesgo para la salud de los hombres, como: *soportar el dolor* y no acudir a los servicios de atención médica.

Palabras clave

Género, masculinidad, hegemonía, servicios de salud, México.

masculinity are validated and imply a risk factor for men's health, such as: *endure the pain* and don't make use of the healthcare services.

Keywords

Gender, masculinity, hegemonic, healthcare services, Mexico.

Introducción

Aproximaciones teóricas: género y masculinidades

El estudio de las masculinidades se ha abordado desde diferentes disciplinas y a partir de distintas perspectivas teóricas. Para este trabajo se considera a la masculinidad como una dimensión del orden de género, en la cual las relaciones de poder ocupan un lugar central desde un análisis societal.

Entendemos por género el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que se elaboran a partir de la diferencia anatómica entre los sexos. O sea, el género es lo que la sociedad considera lo *propio* de los hombres y lo *propio* de las mujeres. Se reproduce mediante costumbres y valores profundamente tácitos que han sido inculcados desde el nacimiento con la crianza, el lenguaje y la cultura. Cambia históricamente, de época en época, mientras que la diferencia biológica se sostiene a lo largo de los siglos (Lamas, 2013). Es también una lógica cultural omnipresente en todas las situaciones sociales. El ser humano introyecta esquemas mentales de género con los cuales clasifica lo que lo rodea: es un filtro a través del cual percibimos la vida. También los mandatos de género se encarnan en el cuerpo, por lo que es como una armadura que constriñe las actitudes y acciones corporales (Lamas, 2002). Joan Scott define la categoría como: "un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos

y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder" (Scott, 2013: 265).

En la misma línea de pensamiento, el término masculinidad alude a un lugar en las relaciones de género, en las prácticas a través de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio en el género, y en los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura (Connell, 2003). Al menos desde la perspectiva de los estudios de género, no queda duda de que es una categoría social, una organización más o menos coherente de significados y normas que sintetiza una serie de discursos sociales que pretenden definir el término masculino del género. Es un producto del doble paradigma histórico, pero naturalizado de la superioridad masculina y de la heterosexualidad (Bourdieu, 2007).

La socióloga autraliana R.W. Connell, sitúa a la masculinidad dentro del género, plantea que es una construcción social, histórica; por ende, cambiante de una cultura a otra, dentro de cada cultura en distintos momentos históricos, a lo largo del curso de vida de cada individuo y entre diferentes grupos de hombres de acuerdo con su clase social, raza o etnia. La misma autora plantea la existencia de un modelo de la estructura de género, organizado a través de tres dimensiones:

> […] las relaciones de poder, las de producción y las de *cathexis* o deseo (simbolización); explicando que no puede desligarse del contexto institucional en que se desarrolla. Además, plantea la existencia de tres instituciones particularmente importantes en la producción institucional de la masculinidad: el Estado, el mercado de trabajo y la familia (Connell, 2003: 112).

Entendido como un modelo provisional y dinámico, ya que para comprender la forma en la cual se construyen las masculinidades actuales debemos de rastrear las tendencias hacia la crisis del orden de género (Connell, 1987).

Masculinidad hegemónica

A finales de la década de los ochenta iniciaron en Latinoamérica las investigaciones en torno al tema *masculinidad*, abordadas desde una perspectiva de género. Dados los variados enfoques e intereses de los investigadores,

los acercamientos teórico-metodológicos y las aportaciones etnográficas difieren entre sí, pero en conjunto han aportado elementos empíricos valiosos sobre la masculinidad y las diferencias regionales-culturales de la construcción de identidades masculinas y relaciones de género (Baninter, 1995). En los últimos años se está comenzando a investigar qué pasa con los varones y su salud. Los estudios muestran que los hombres también tienen un particular modo de vida que favorece su agravamiento, y más aún, que un factor de riesgo es el fiel cumplimiento del modelo social de la masculinidad hegemónica en el que son sociabilizados (Bonino, 2001).

El concepto de masculinidad hegemónica sistematizado y acuñado por primera vez por Carrigan, Connell y Lee en el artículo *Towards a New Sociology of Masculinity* de 1985, intentó oponerse a las teorías de roles, especialmente referida a los hombres y, por otro lado, ilustrar la diversidad del universo varonil. Connell interpreta que las relaciones de género importan configuraciones de prácticas sociales específicamente de género. Para el caso de tales prácticas, en términos de masculinidades, a partir del concepto gramsciano de hegemonía,[14] acuña el concepto de masculinidad hegemónica definida, como:

> La configuración de práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un 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 sobordinación de las mujeres (Connell, 2003: 117).

En una revisión crítica del concepto, la propia autora enfatiza:

> La masculinidad hegemónica no es un tipo de masculinidad fija, siempre igual en todas partes. Se trata más bien de la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de las relaciones de género, posición que es siempre discutible (Connell y Messerschmidt, 2005: 846).

En este sentido, la hegemonía no supone una dominación absoluta, que inhiba toda práctica alternativa, se caracteriza como un balance de fuerzas, un juego constante entre distintos grupos de hombres, define la

[14] La autora enfatiza el carácter dinámico del concepto de hegemonía de Gramsci, que no es la teoría funcionalista de la reproducción cultural que siempre se presenta. Gramsci siempre imaginó una lucha social por el liderazgo en el cambio histórico (Connell, 2003).

masculinidad a partir del carácter multidimensional y de varios planos del género, descartando toda noción singular de un *núcleo* o *verdadera* masculinidad.

Bonino (2002), explica que las creencias de la masculinidad hegemónica son afirmaciones no racionales, arbitrarias y falaces, sustentadas en las ideologías de la masculinidad, producto de la transformación sociohistórica de los valores deseables para los hombres, cristalizados en el imaginario social como verdades *evidentes*, e ideales sociales de masculinidad. Ellas son: la autosuficiencia prestigiosa, la heroicidad belicosa, el respeto a la jerarquía y la superioridad sobre las mujeres y la oposición a ellas. Estas creencias se materializan en mandatos y son socialmente estables.

> La masculinidad hegemónica es la configuración normativizante de prácticas sociales para los varones predominante en nuestra cultura patriarcal, con variaciones pero persistente. Aunque algunos de sus componentes estén actualmente en crisis de legitimación social, su poder configurador sigue casi intacto (Bonino, 2002: 9).

Al respecto, De Keijzer (1998) considera que en México existe una forma hegemónica de sociabilizar a los hombres que está cultural e históricamente construida, que tiene sus diversidades, pero sirve siempre de referente incluso a las formas alternativas de socialización. En ésta existen algunas claras ventajas para el varón, algunas de las cuales, con el tiempo y su estereotipamiento, se van transformando en un costo sobre su salud y la de otras y otros.[1]

Articulación masculinidad hegemónica-salud de los varones mexicanos

Existen distintas investigaciones sobre la relación de la masculinidad y la salud, en donde se concluye que la identidad masculina hegemónica

[1] De Keijzer puntualiza: no se puede hablar de una sola masculinidad, una sola forma de ser hombre. Es claro que no es lo mismo crecer como ejidatario en el Cofre de Perote, que como *hijo de familia* en Córdoba o Xalapa, o como joven costeño en las playas de Mocambo, Mandinga o Mololonga. En la formación genérica se entrecruzan la influencia de clase, la étnica, la vivencia urbana o rural y, finalmente, una serie de influencias específicas dadas, sobre todo, por la familia concreta en la que se nace y crece (De Keijzer, 1998).

influye en la salud del individuo de diversas maneras. Se sabe que la morbimortalidad en el hombre es mayor que en la mujer, a causa principalmente del efecto de la violencia física y psicológica. El cuerpo masculino aparece como aquél que busca o se expone a riesgos y, por ende, desarrolla la violencia y el enfrentamiento como una forma de obtener respeto de la mujer y de otros hombres. Se observa que en esta sociedad los hombres mueren primero que las mujeres[2] y que habitualmente las causas de muerte reflejan una exposición deliberada de enfrentar riesgos y peligros (Hardy y Jiménez, 2001).

Kaufman (1997) señala que los hombres confrontan experiencias contradictorias del poder. Orientada a la dominación y control de los *espacios masculinos* tradicionales (trabajo remunerado, economía y política), esa masculinidad exige que los hombres nieguen o desechen todo lo *no-masculino*, y con esto pierden un poco de su humanidad y de su salud en el proceso.

Para los hombres es muy difícil ocupar el papel de paciente y, con frecuencia, niega la posibilidad de estar enfermo y acude con un médico en último momento, ya que lo contrario será asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad (Careaga, 1996, citado por Hardy y Jiménez, 2001). La necesidad de responder a una norma de masculinidad también afecta la solicitud de la atención en los servicios de salud. Al respecto Korin (2000) explica que los hombres son muy poco cuidadosos de su salud y, en sus interacciones con el sistema de salud, muchos se cubren de un disfraz de *roble macizo*. Argumenta que no existen paralelos entre el enfoque de salud de las mujeres y el de los hombres, ni similitudes en la manera de interactuar con el sistema de atención de salud. En general, los hombres interactúan con el sistema de salud en forma episódica, y esto contribuye a que ignoren signos de alarma (Korin, 2000). El modelo aceptado de masculinidad hace también muy difícil que el varón acepte estar enfermo dentro de su familia y de su grupo social (Hardy y Jiménez, 2001).

[2] De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las mujeres viven en promedio más años que los hombres; en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33. Al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres; en 2018 se ubicó en casi 78 años para las mujeres y en casi 73 años para los hombres (INEGI, 2019).

Bonino (2001) explica que los hombres perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de forma particular, delineado por la masculinidad hegemónica, lo que se convierte en un factor obstaculizante que bloquea a los varones el acceso a los servicios de salud. Expresándose en problemas, como:

- No aceptar el rol de enfermo, que supone para ellos pasividad antimasculina/feminización, y por lo tanto una amenaza a la identidad.
- Retardar la consulta, vivida como fracaso de la autosuficiencia, y en ella no dar información sobre sí y lo emocional, ya que esto es vivido como prueba de fragilidad.
- Abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos, para recobrar cuanto antes el bastarse a sí mismo.
- Interactuar con el sistema sanitario de forma muy episódica y cuando el problema está muy avanzado (Bonino, 2001: 185).

De Keeijzer (1998) identifica la posición de los varones como un factor de riesgo; estudiando la condición masculina hegemónica y su relación con la salud, retoma la triada de la violencia que propone Kaufman (1989); enuncia que el hombre como factor de riesgo está en tres campos:

- Hacia la mujer (y a niñas y niños): a través de los diversos tipos de violencia y abuso, la fecundidad impuesta, la paternidad ausente.
- Entre hombres: por medio de accidentes, homicidios, lesiones.
- Y para el hombre mismo: mediante el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas. Podemos incluir aquí las diversas formas de descuido del cuerpo (De Keijzer, 2001: 5).

Delineando estos planteamientos para el caso de México, los principales problemas de salud que afectan a los hombres, son: accidentes automovilísticos y homicidios; los suicidios y las agresiones.[3] Casi la mitad de las muertes de varones de 15 a 64 años se deben a homicidios,

[3] De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México, durante el año 2017, entre las diez principales causas de muerte masculina respecto a la femenina, destacan las agresiones (cuarto lugar) y los accidentes (sexto lugar); en relación al rubro de agresiones, en el mismo año se registraron 32,079 homicidios, de los cuales 3,430 (10.7%) fueron de mujeres y 2,522 (88.9%) de hombres (INEGI, 2019).

accidentes, suicidios, cirrosis y consumo excesivo de alcohol, es decir, son resultado de actitudes destructivas. Si comparamos las causas de muerte masculinas y femeninas de los grupos etarios de 15 a 64 años, se confirma la relevancia de la sobremortalidad masculina. A partir de la comparación de los perfiles de muerte de los varones y de las mujeres, se muestra que las diferencias se relacionan con conductas destructivas que coinciden con un modelo estereotipado de la masculinidad, que se caracteriza por la necesidad de demostrar que no se es débil ni pasivo (Garduño, 2001).

Para finalizar este apartado es importante enfatizar que los hombres suelen depositar en las mujeres la responsabilidad del cuidado de su propia salud. Los profesionales de los sistemas de salud naturalizan que los varones no se acerquen a las consultas o que minimicen sus comportamientos dañinos. Con ello favorecen su acentamiento en el rol de actores sociales intocables, inmodificables, invisibles e inmanejables para el sistema sanitario, con la consiguiente falta de preocupación por el desarrollo de estrategias para favorecer su acceso al sistema sanitario (Bonino, 2001).[4]

Método

Se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de analizar los discursos de masculinidad que se reproducen en el campo de la salud. La particularidad de los estudios cualitativos radica en la comprensión de los significados y las relaciones de la problemática centrada en las personas y en el escenario estudiado, sin importar tanto la representación estadística de los hechos (Sánchez, 2005), por tanto, la importancia de los datos

[4] Además de lo limitante de los servicios de salud dirigidos hacia el hombre se ha observado que las campañas de salud pertenecientes al Seguro Popular reproducen los discursos de masculinidad hegemónica: En la actualidad se desarrolla una campaña llamada: *Febrero, Mes de la Salud del Hombre*, la cual tiene como lema *Hasta los superhéroes se enferman*. Dicha campaña tiene como finalidad promover actos de prevención y autocuidado en la población masculina para disminuir factores de riesgo que afectan su salud. Las imágenes de la campaña muestran luchadores y superhéroes; esta campaña trata de incorporar una perspectiva de género, sin embargo, cae en tipificar conductas e identidades masculinas con una gran connotación de poder.

radicó en la naturaleza testimonial de las experiencias expuestas por los hombres participantes.

La investigación se desarrollo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México perteneciente al Seguro Popular de Salud;[5] la técnica de investigación utilizada fue la entrevista semiestructurada que, gracias a su flexibilidad y dinamismo, permite adecuarse a los cambios producidos en la interacción entrevistador-entrevistado y atender particularidades propias del discurso de este último dirigidas a la comprensión de sus perspectivas respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan Taylor y Bogdan (2000). Las entrevistas realizadas permitieron reconstruir la realidad basada en los discursos de los diferentes actores que, aunque situado en un marco socialmente establecido, son objeto de múltiples lecturas, reelaboraciones, definiciones y percepciones por parte de quienes se encuentran en el proceso.

Los participantes de este estudio fueron hombres en su totalidad, cuyas edades oscilaron entre los 30 y 60 años; se dividieron en dos grupos: *Grupo A.* Médicos trabajadores permanentes del hospital; *Grupo B.* Pacientes del hospital, afiliados al Seguro Popular de Salud. El total de

[5] El Sistema Nacional de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular de Salud, fue propuesto y aprobado en el sexenio de Vicente Fox (2000-2006). Se planteó como un nuevo esquema de aseguramiento público para la población que no contaba con acceso a mecanismos de protección social en salud como es la seguridad social, es decir, fue pensado para la población más vulnerable. Desde su implementación el Seguro Popular ha sido objeto de fuertes críticas por parte de diversos actores. La investigadora Asa Cristina Laurell, en el año 2003, realiza el libro: *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, en el cual se reflexiona profundamente sobre el papel del Seguro Popular. Uno de los puntos más cuestionables de este esquema de salud es que su implementación se ha visto como un vehículo para privatizar y mercantilizar la salud (Laurell, 2013). Es de suma importancia mencionar que distintas investigaciones han documentado la visión limitada de este programa, ejemplificando: los servicios ofertados por el Seguro Popular son restrictivos, las atenciones tienen que estar inscritas dentro de un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en dicho catálogo se muestran de manera segmentada los servicos dirigidos a mujeres y a hombres, se observó que de las 285 intervenciones que oferta el CAUSES, sólo nueve son explícitamente dirigidas al hombre, las cuales son: a) acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años; b) acciones preventivas para hombres de 20 a 59 años; c) examen médico completo para hombres de 40 a 59 años; d) diagnóstico y tratamiento del síndrome escrotal agudo; e) diagnóstico y tratamiento de prostatitis aguda; f) el método definitivo de planificación familiar en hombres (vasectomía); g) circuncisión; h) orquidopexia; i) prostatectomía abierta y transuretral.

entrevistas aplicadas en ambos grupos fueron 12: seis entrevistas a médicos y seis entrevistas a pacientes. Todas las entrevistas fueron nombradas con orden numérico para resguardar el anonimato de los participantes. Con el propósito de recuperar la experiencia discursiva de médicos y hombres afiliados al Seguro Popular de Salud se decidió elaborar un guion para cada grupo de participantes. Las categorías estudiadas en ambos grupos, fueron: masculinidad hegemónica y salud; servicios de salud hacia el hombre y conductas violentas —alcoholismo y suicidio—.

Para llevar a cabo el análisis fue necesario transcribir cada una de las entrevistas y elaborar el análisis cualitativo basado en las siguientes fases: a) Descubrimiento —buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles—; b) Codificación —reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones—; y c) Relativización de los datos —interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos— (Amezcua y Gálvez, 2002).

El estudio estuvo guiado por el principio de consentimiento informado que es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. La toma de decisión fue sin ningún tipo de coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos. El consentimiento informado se transmitió de manera oral, los formatos de consentimiento utilizados para el estudio, fueron: carta de presentación para participar en la investigación dirigida a las instituciones participantes; carta de consentimiento oral para los participantes entrevistados; carta de consentimiento para la grabación.

Resultados

Masculinidad hegemónica-salud

Mediante el término de masculinidad hegemónica se explica la presencia de una masculinidad que ostenta la situación de supremacía. Ésta equivaldría al patrón de masculinidad más validado en nuestra cultura, proyectando el significado más compartido de ser hombre (Connell, 2003). La esfera pública sostiene y legitima el predominio masculino, ya

que se le define como aquélla que garantiza la subsistencia y el mantenimiento del orden social y de la familia. Está constituida por la política y, sobre todo, por el trabajo. El trabajo es el eje fundamental de la identidad masculina. Ingresar al mundo laboral significa alcanzar la condición de adulto, constituye una precondición para poder establecer una familia y es la principal fuente de reconocimiento social. Quien fracasa en obtener un empleo que el grupo de pares considere adecuado y prestigioso puede anular cualquier otra forma de logro personal y se convertirá en un *pobre diablo*. Es decir, alguien sin valor social alguno. Trabajar significa ser digno, ser capaz y ser responsable (Fuller, 2001). Los hombres participantes refirieron algunos significados sobre su condición masculina, articulada al eje trabajo.

> Ser hombre significa, ser quien lleva los pantalones en la casa. Ser el núcleo de la familia, el hombre es quien tiene la responsabilidad de ejercer la paternidad en la familia (Paciente 1).
>
> Ser hombre significa tener un compromiso con la sociedad y con la familia. El hombre debe de rendir, vaya, pues, estar a la altura como persona. Las tareas del hombre son trabajar para darle un sustento a su familia, ser la cabeza de la familia, poner en orden la casa y darles un ejemplo a los hijos (Paciente 5).
>
> A nivel social generalmente se ha determinado que el hombre tiene que ser el proveedor, que tiene que ser el cuidador, pero afortunadamente están cambiando los roles (Médico 1).

El modelo de masculinidad hegemónica se sustenta en mandatos que señalan —tanto al varón como a las mujeres— lo que se espera de ellos y ellas y constituye el referente con el que se comparan los sujetos (Fuller, 2001). Bonino muestra como ejemplo a la *belicosidad heroica*: la cual afirma que ser hombre es adquirir la cualidad de ser un luchador valeroso, que se obtiene cumpliendo con mandatos normativos, como: ¡Sé fuerte y valiente!, ¡lucha! ¡Resiste al dolor y las adversidades! ¡Sufre con dignidad! ¡El cuerpo aguanta! ¡No llores! Esta creencia promueve la figura del héroe, el soldado o el guerrero valeroso, o su versión del deportista, tan clara al imaginario masculino. Los valores y cualidades promovidos por esta creencia y que se ligan directamente con la salud de los hombres, son: soportar el dolor y superar sufrimiento, la dureza emocional, el cuerpo bien constituido para garantizar superioridad y el control del

cuerpo como herramienta (Bonino, 2002). Cumplir los mandatos de esta creencia representa un paso obligado para adquirir la masculinidad, lo podemos notar en los discursos de los pacientes que explican lo que les significa la enfermedad y su negativa a asistir a los servicios de salud:

> Soporto el dolor. Porque así fui inculcado, que el hombre no debe de llorar, aunque tenga las tripas de fuera. La tengo muy arraigada esa idea, es difícil que me la quite (Paciente 2).
>
> Trato de no ir al doctor, siempre trato de ser valiente, de aguantarme hasta donde más me aguanto, me aguanto; ya hasta que de plano me dobla el dolor es cuando ya voy, pero casi no (Paciente 1).

El orden social funcionaría como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar el dominio masculino sobre el que se funda. Ese programa de percepción se incorpora y aplica a todas las cosas del mundo empezando por el cuerpo. Al identificarse con el orden corporal esas relaciones se naturalizan de tal manera que las jerarquías sociales se identifican con la naturaleza y se perciben como inamovibles. Los cuerpos no sólo son la materia prima donde se inscribe el orden social, sino una de las instancias que lo fijan, expresan y reproducen (Fuller, 2001). Los hombres entrevistados mostraron una clara visión cartesiana, en donde el cuerpo se asume separado de la mente, reforzando la metáfora del cuerpo-maquina; el cuerpo debe ser controlado y silenciado.

> Llegué a platicar de mi enfermedad, pero muy esporádicamente, yo solamente vivía lo que sentía, lo que está viviendo, pero no lo divulgaba así abiertamente porque me daba pena. Pues porque mucha gente lo juzga a uno de cómo es posible que no tenga valor para atenderse, ¿no?, como que pena me daba… (Paciente 1).
>
> Eh, cuando en verdad creo necesitar un consejo es cuando sí lo platico, y cuando pienso que yo solo lo puedo resolver, pues es cuando me quedo callado (Paciente 2).

Algunas características comunes de la masculinidad dominante, son: el ejercicio del poder; la adopción de conductas percibidas como no femeninas; el control y distanciamiento y la demostración pública y constante de su hombría, dentro de la cual juega un papel muy importante el desempeño sexual (Kimmel, 1997). El modelo hegemónico exige al hombre suprimir emociones, sentimientos, así como negar necesidades, lo

cual trae como consecuencia daños a su salud física y emocional (Hardy y Jiménez, 2001).

> Mmm difícilmente soy de los que platique mucho mis cosas sentimentales, más que nada porque mmm si yo lo platico con los amigos, los amigos no lo van a entender o te van a estar cotorreando. Si yo lo platico a lo mejor con la familia es un poquito más de confianza; mmm, ahorita no vivo yo con mi familia, pero a veces cuando tengo algún problema este , emocional, trato de comentarlo ahorita, obviamente con mi esposa y con la familia, pero con los amigos sí es un poquito más, soy más reservado para contar mis cosas personales (Paciente 6).

La masculinidad dominante no es intrínseca al sujeto, sino que lo preexiste, y la identidad masculina se construye determinada por ella, que opera a nivel subjetivo y corporal dando las pautas conformadoras para el llamado proceso de masculinización o socialización de género. El poder (Foucault, 2008) modelador de la masculinidad hegemónica se refleja en la vida de los hombres, dictando mandatos sociales que moldean la identidad masculina, con el claro objetivo de hacer una diferencia con la feminidad y avalar la supremacía masculina:

> […] de niño me decían: "un hombre no llora, un hombre no se dobla, un hombre debe ser íntegro". A mí se me educó para ser feo, fuerte y formal (Médico 2).
>
> Los hombres por su mayor fortaleza física, porque a veces son ellos los que controlan el dinero o porque pueden amenazar a la mujer más fácilmente y ellas, para no afectar la relación, tienen a ceder (Médico 1).

El tema de la violencia es central en la relación entre masculinidad y salud, por las enormes consecuencias que la violencia tiene sobre la salud tanto de hombres como de mujeres (De Keijzer, 2004). En este sentido, la violencia doméstica convierte al hombre en un factor de riesgo para todo el núcleo familiar:

> Eh, dependiendo en la comunidad, por ejemplo en estas zonas, sí, eh, los hombres son los que ejercen más violencia, pero no sé, yéndose más a la civilización, hacia el centro, pues creo que, pues ahí sí yo siento que las mujeres son las que toman más las riendas, las que dan las órdenes. Porque están más despiertas, aquí no sé, aquí desafortunadamente las mujeres como que son más sumisas, eh, no sé

si por la falta de educación o la verdad no sé a qué se deba, este, hay veces que se dejan manipular, se dejan hasta pegar por sus esposos, maridos, hermanos, no sé (Paciente 3).

Servicios de salud hacia el hombre

En las sociedades modernas el cuerpo constituye un objeto del saber y del poder, en particular de los saberes biomédicos que intentan regularlo y administrarlo en aras del orden social. El poder sobre el cuerpo individual, la anatomopolítica, representa el control del cuerpo, como máquina, por tecnologías que, como la escuela, la cárcel y la medicina, intervienen sobre sus actitudes y las disciplinan (Foucault, 2018).

Son pocos los hombres que se acercan a los servicios de salud. Una porque están trabajando, otra porque no reconocen su enfermedad y porque para los hombres es más importante hacer otras cosas que ir al médico (Médico 1).

Los hombres no van al médico porque los servicios se manejan más hacia la mujer como núcleo familiar y no tanto al hombre (Médico 3).

El poder sobre el cuerpo-especie, o biopolítica, se ejerce a través de dispositivos que regulan su natalidad, fecundidad, morbilidad e incluso su muerte y mortalidad, ya sea en términos de conocimiento, gracias a la demografía o a la epidemiología, o en términos de acción, como en la planificación familiar y la salud pública (Foucault, 2018).[6] Los profesionales de los sistemas de salud naturalizan que los varones no se acerquen a las consultas o que minimicen sus comportamientos dañinos. Con ello favorecen su acentamiento en el rol de actores sociales intocables e invisibles para el sistema sanitario (Bonino, 2002).

Los hombres no lidian con sus enfermedades, se acercan a los servicios de salud cuando ya están muy graves, al borde de la muerte.

[6] Viveros (2002) analiza finamente las prácticas y los discursos que rodean la esterilización masculina en Colombia. Destaca en esta ocasión la ambivalencia implícita en la vasectomía, por una parte, como liberación de la sexualidad hacia el placer sin riesgos reproductivos y, por la otra, el control del deseo y su moderación por el bien de la familia y la felicidad conyugal. Esterilización masculina, entendida como un procedimiento de control poblacional realizado en el cuerpo masculino.

> El género masculino sigue creyendo que no le pasa nada: "me trajo mi mujer", "yo no quería venir", aunque su salud sea deplorable (Médico 7).
>
> Obviamente los varones no se sienten enfermos; van al médico más empujados por su pareja que por determinación propia y sí se sorprenden al saber que están más enfermos de lo que lo creían (Médico 1).

Ser varón supone no tener ninguna de las características que la cultura atribuye a los que se viven como inferiores o no importantes: las mujeres (con sus características adjudicadas de ser para otros, pasividad, vulnerabilidad, emocionalidad, dulzura, cuidado hacia los otros), los niños y los homosexuales (Bonino, 2002). Los servicios de salud son los entes reguladores del comportamiento normativo:

> Al varón a veces tenemos que interrogarlo más, preguntarle más, porque no expresa mucho, los hombres casi no hablan y mucho menos expresan sus emociones, a veces es cuestión de interrogarlo un "poquillo" más. Pasa muy diferente con las mujeres, ellas tienden a hablar e incluso a veces hay que centrar a una mujer porque a veces se empieza a desvariar no solamente porque lo que viene, sino de otros síntomas y de otras cosas y el varón en ese sentido pues tiende a ser más concreto y a veces hasta muy parco para hablar (Médico 2).

Conductas violentas

El modelo hegemónico de masculinidad se caracteriza por mostrar a un varón dominante que debe subordinar a mujeres u hombres a través de agresión física, verbal, psicológica, sexual o económica; en este apartado se mostrarán dos conductas violentas presentes en los hombres: el alcoholismo y el suicidio. El grupo de pares actúa como el catalizador principal de la masculinidad durante el periodo de *formación* de los varones: constituye su lazo social fundamental y socializante y cumple un papel crucial en la construcción de su identidad de género. Uno de estos mecanismos es el recurso a la misoginia y a la homofobia, presentes en muchas de las ironías, burlas y críticas que se hacen dentro de los grupos de pares (Viveros, 2002). Una de las características más importantes es la necesidad de ejercer poder y control sobre otros y sobre otras. Así, en el proceso de construcción de su masculinidad, los jóvenes tienden a demostrar el poder utilizando la violencia entre sí o sobre otras y otros

(mujeres, niñas, niños, animales, naturaleza) para probar que son *hombres de verdad* (Kimmel, 1997).

> Ayer domingo, este… picaron a un chavo por andar tomando, entonces se puso loco, ¡eh!, no sé con quién se peleó y lo picaron, pero fue en defensa y pues nadie quiere ser picado por otro hombre (Paciente 3).
>
> Una vez tomé alcohol y pues ahí empezaron las agresiones contra otros. Se metió mi esposa y pues le tuve que pegar para que se calmara (Paciente 4).

A) Alcoholismo

El alcohol, en comparación con cualquier otra droga considerada adictiva, es la sustancia que genera las mayores y más graves consecuencias negativas para la salud de los hombres (De Keijzer, 1997). Según el sector salud mexicano, el alcohol, junto con el tabaco, es la sustancia considerada adictiva de mayor consumo. Pese a ello, el sector salud y otros sectores del Estado mexicano consideran las bebidas alcohólicas como legales y no prohíben su producción, comercialización, ni consumo, como ocurre con el resto de las drogas que generan dependencia, salvo el tabaco y los medicamentos vendidos de manera obligatoria con prescripción médica (Menéndez y Pardo, 2006).

> Cuando me dejó la otra chica, pues lo que sentía, que me quería ahogar a tratar de olvidar, pero que es lo que hace esto al seguir ingiriendo estas bebidas sigue, sigue el recuerdo, sigue girando en vez de que se te borren se te vienen más, más, más a la cabeza y lo que trata uno de hacer es desaparecerlas, pero no se puede y ahí es de cuando uno cae más en el alcoholismo y pues lo dicho de todos; uno, vamos a evitar la cruda, ¿qué es la cruda? Este pues que son dolores de cabeza, a veces dolores de estómago que es lo que hacen, *pus* me voy a echar un alcohol para que se me quite, pero *pus* ya no, nada más es uno, luego ya son dos, tres, cuatro, la botella completa; luego sabes que, otra, otra y otra y es donde cae uno en alcoholismo, más a veces también puede ser porque la misma familia lo orilla, orilla al individuo a…, en este caso serían mmm, ¡eh!, que no le hacen caso y se va su autoestima para *bajo*, para *bajo*, por eso hay muchos que pueden entrar en el alcoholismo o drogadicción, este…, *pus* sí (Paciente 4).

B) Suicidio

Los reportes estadísticos de la Secretaría de Salud, de México, informan que el suicido es una de las primeras causas de muerte en varones: para el año 2002 fue la decimoctava causa, constituyendo 1.3% del total de varones muertos (Secretaría de Salud, 2004). Las últimas estadísticas de suicidio (INEGI, 2008) disponibles reportan que se suicidaban ya, en 2008, alrededor de cinco mil personas cada año. Las razones que da una institución como el Instituto del Seguro Social (IMSS) es que los suicidios se producen como consecuencia de la ansiedad, depresión, estrés, soledad, desesperanza, exigencias sociales, sentimientos de culpa y rechazo (Hernández y Flores, 2011). Una investigación nacional de este problema concluyó que el abuso de alcohol y de drogas desempeña una función trascendente en el suicidio (Menéndez, 1990). Fachel (1997) explora el significado del suicidio masculino entre la cultura gaucha de Brasil. En esta región, el suicidio es una práctica corriente y la muerte representa un desafío y una oportunidad para que los hombres prueben su masculinidad.[7]

> Muchas veces yo lo llegué a vivir, eh, yo cuando dejé de beber, que ya tiene como unas 24 horas, yo recuerdo que pues fue un 7 de junio: yo estaba sentado allí frente a la casa, estaba sentado frente a la casa esperando a que se atontara, se apendejara la señora para sacarme el lazo del tendedero para irme a autosuicidarme porque yo ya no hallaba salida a mi problema de alcohol, de alcoholismo y drogadicción, por eso ahí yo le atribuyo que son problemas mucho más (Paciente 1).

El mundo de poder (Foucault, 2018) y privilegio de los hombres tiene que ser cuestionado y visto como un mundo intrínsecamente relacionado con el dolor. La combinación de poder y dolor es la historia secreta de la vida de los hombres (Kaufman, 1995).

> Pues yo creo, bueno, me han platicado igual que se han decepcionado porque no sé…, terminaron con su pareja, mmm… porque tienen problemas en la familia o por un problema que tienen y no se

7 La autora explica que, para este contexto, el fenómeno del suicidio es percibido como de derecho; el individuo tiene el derecho a decidir lo que quiere hacer con su vida. El suicida merece el respeto del grupo, ya que es aquél que cumple un acto heroico, "él enfrenta la muerte, en lugar de esperar por ella como lo hace una mujer vieja" (Fachel, 1997: 116).

> lo quieren contar a la familia; entonces, pues es ya lo que ven ellos, este, más mejor, ¿no?, el suicidio (Paciente 3).

Discusión

Los resultados de la investigación muestran la existencia de discursos que reproducen y legitiman la masculinidad hegemónica dentro del campo de la salud. Mediante una metodología cualitativa se documenta la experiencia de hombres y médicos usuarios de dicho servicio, elementos claves para la discusión.

Masculinidad/es contradictorias

Se observa que los pacientes entrevistados viven la masculinidad hegemónica de una manera *discordante.* Por una parte, encontramos discursos normativos que reconocen la dimensión del trabajo como uno de los ejes de la identidad masculina, en donde los mismos hombres refieren su *responsabilidad* como sostén familiar y social. En contraparte, los testimonios también nos hablan de *diversos riesgos* que por mandato social deben de asumir los varones, como el ejercicio de conductas violentas hacia los demás e incluso dirigidas a ellos mismos (por ejemplo, el alcoholismo y el suicidio). En este sentido, el modelo de masculinidad hegemónica documentado converge entre la *responsabilidad* y el *riesgo.* Profundizando, desde los patrones de masculinidad dominantes, el cuerpo de los varones se conceptualiza separado de la mente (metáfora del cuerpo-máquina), por lo que debe ser *controlado* y *silenciado*. Los hombres expresaron la dificultad que enfrentan al afrontar la enfermedad y al buscar atención médica, donde las muestras de dolor o malestar son rechazadas por el ordenamiento social, ya que se asocian a *debilidad* o *feminidad.*

Poder biomédico

Las experiencias de los médicos exponen el poder institucional que rige el control sobre los cuerpos de los varones —*anatomopolítica y biopolítica*—; pero también exponen los discursos de poder ligados a validar la supremacía masculina. Para la institución biomédica con regímenes de género definidos es normal que los hombres no se acerquen a los servicios de

salud. Éstos *invisibilizan* al hombre y, sobre todo, legitiman, naturalizan y promueven prácticas de masculinidad hegemónica; algunos ejemplos son: la exclusión de los hombres en los servicios de salud —un claro ejemplo es la paternidad— y los escasos programas y campañas de salud focalizados a la población masculina. La producción de masculinidad en salud se caracteriza por una estructura institucional autoritaria y jerárquica, sustentada en los preceptos del modelo biomédico; reducir el cuerpo masculino a un *objeto productivo* es el patrón de masculinidad imperante.

A través de las entrevistas a médicos y pacientes se constata que el modelo de masculinidad hegemónico implica *desigualdades* para la salud de los hombres. En caso de padecer una enfermedad, los varones optan por soportar el dolor y no recibir atención médica, lo que explica su ausencia en los espacios de salud, ya que para los entrevistados la imagen de los servicios de salud está relacionada con la atención a ancianos, mujeres o niños. Además, los testimonios evidencian que los hombres no externalizan sus problemas de salud y optan por suprimir sus emociones y sentimientos, así como negar cualquier tipo de necesidad ligada con el cuerpo-enfermo. Y aunque no fue el objetivo central de este estudio, se evidencia la existencia de dos problemáticas recurrentes en los entrevistados: *alcoholismo y suicidio.*

Un referente teórico primordial para este escrito fue el planteamiento crítico del concepto de masculinidad hegemónica de R.W. Connell, ya que sirve como un instrumento analítico para identificar los patrones de masculinidad imperantes que perpetúan la *desigualdad de género.* Entendiendo que "la forma en que los hombres se posicionan en relación con los diferentes discursos sobre la masculinidad tiene importantes implicaciones para los procesos sociales de salud y enfermedad" (Connell, 1997: 39).

Conclusiones

Los estudios contemporáneos acerca de las masculinidades se ubican en un contexto de profundas transformaciones sociales. Como punto de partida nos parece relevante reconocer el papel que diversos movimientos feministas han realizado en la construcción del debate en torno al tema,

así como la aportación de importantes investigadoras, como Norma Fuller, Mara Viveros y Ondina Fachel, entre muchas otras. Los hombres han permanecido relegados de diferentes espacios, uno de ellos es la investigación sobre su salud, tema que ha sido omitido por las instituciones correspondientes y por la sociedad. En este sentido, un parteaguas es develar los discursos que reproducen y validan el modelo de la masculinidad hegemónica, con el objetivo de cuestionar y cambiar dichos discursos.

Las masculinidades no hacen referencia a tipos de carácter fijo, sino a configuraciones de prácticas de género surgidas en contextos socioeconómicos y culturales muy particulares (Viveros, 2002), por lo que, desde el sector académico, es fundamental exponer, discutir y documentar estudios que aborden las múltiples masculinidades, ya que las posiciones hegemónicas no son las únicas masculinidades disponibles en una sociedad determinada. Pensar en la articulación masculinidades/salud, por una parte, permitiría mejorar la atención a las enfermedades que aquejan a los hombres, pero también profundizar la reflexión sobre problemáticas invisibilizadas en la vida de los hombres, como *el alcoholismo y el suicidio*.

La salud de los hombres debe ser pensada como un asunto político, esto significa, por un lado, conocer cuáles son las desigualdades en salud y atenderlas pero, además, construir acciones de aprendizaje en salud que refuercen la posibilidad de construir nuevas masculinidades.

Referencias bibliográficas

Baninter, E. (1995). *XY. La identidad masculina*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Bourdieu, P. (2007). *La dominación masculina*. Madrid, España: Anagrama.

Bonino, L. (2001). Salud, varones y masculinidad. En: Instituto de la mujer (eds.), *Seminario sobre Mainstreaming de género en políticas de Salud en Europa* (pp. 182-187). España: MAS. Instituto de la mujer.

Bonino, L. (2002, septiembre). Masculinidad, salud y sistema sanitario. Ponencia presentada en el II Seminario sobre Mainstreaming de género en políticas de Salud en Europa, Madrid, España.

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. En: *Revista Dossiers feministes*, 1 (6), pp. 7-36.

Carrigan, T., Connell, B. y Lee, J. (1985). Toward a New Sociology of Masculinity. En: *Theory and Society*, *14* (5), pp. 551-604.

Connell, R. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Palo Alto, California: Standford University Press.

Connell, R. (1997). La organización social de la masculinidad. En: T. Valdés, y J. Olavarria (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 31-48). Chile: Ediciones de las Mujeres.

Connell, R. (2003). *Masculinidades.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Connell, R., y Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. En: *Gender and Society*, *9* (6), pp. 829-859.

De Keijzer, B. (1998). La masculinidad como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: E. Tuñón (comp.), *Género y salud en el sureste de México* (pp. 195-201). México: ECOSUR/Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

De Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. Ponencia presentada en el Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Lima, Perú.

De Keijzer, B. (2004). Masculinidades, resistencia y cambio en el campo de salud. En: S. Ruxton (eds.), *Gender Equality and men: Learning from practice* (pp. 28-49). USA: Oxfam.

Fachel, O. (1997). Suicidio y honor en la cultura gaucha. En: T. Valdés, y J. Olavarria (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 113-124). Chile: Ediciones de las Mujeres.

Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2018). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (4ª ed.). México: Siglo XXI editores.

Fuller, N. (2001). No uno sino muchos rostros. Identidad masculina en el Perú urbano. En: M. Viveros, J. Olavarría, y N. Fuller (eds.), *Hombres e identidades de género. Investigaciones desde América Latina* (pp. 267-370). Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Garduño, A. (2001). Determinación genérica de la mortalidad masculina. En: *Salud Problema*, *2* (6), pp. 30-35.

Hardy, E., y Jiménez A. L. (2001). Masculinidad y Género. En: *Revista Cubana Salud Pública*, *27* (2), pp. 77-88.

Hernández, H., y Flores, R. (2011). El suicidio en México. En: *Papeles de población*, *17* (68), pp. 69-101.

Kaufman, M. (1989). *Hombres: placer, poder y cambio*. República Dominicana: Centro de Investigación para la Acción Femenina, CIPAF.

Kaufman, M. (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: L. Arango, M. León y M. Viveros (comp.), Gé-

nero *e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 123-146). Colombia: Tercer Mundo.

Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: T. Valdés, y J. Olavarria (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 63-81). Chile: Ediciones de las Mujeres.

Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: T. Valdés y J. Olavarria (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 49-62). Chile: Ediciones de las Mujeres.

Korin, D. (2000). Hacia el nuevo siglo: visibilidad y cambio. Perspectivas de género en salud. En: *Medicina Infantil, 7* (1), pp. 39-47.

Lamas, M. (2013). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, Distrito Federal, México: PUEG-UNAM y Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Laurell, A. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana. México: CONACULTA.

Scott, J. (2013). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: UNAM-PUEG y Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Taylor, S., y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* España: Ediciones Paidós.

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

Sitios web

Amezcua, M., y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. En: *Revista Especializada Salud Pública* [en línea], *5* (76), pp. 423-436. Consultado el 11 de diciembre de 2018. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005

De Keijzer, B. (1997). Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria. En: *Salud y Género A.C.* [en línea], pp. 1-17. Consultado el 6 de agosto de 2019. Disponible en http://www.pasa.cl/?page_id=1655

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Estadísticas de suicidios en los Estados Unidos Mexicanos 2006. En: *INEGI*. Consultado el 14 de enero de 2019. Disponible en https://www.inegi.org.mx/programas/suicidio/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Esperanza de vida al nacimiento/sexo y entidad federativa, 2010 a 2016. En: *INEGI*. Consultado el 18 de enero de 2019. Disponible en http://cuentame.inegi.org.mx/

Menéndez, E., y Pardo, R. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. En: *Desacatos, Revista de Ciencias Sociales* [en línea], (20), pp. 29-52. Consultado el 9 de septiembre de 2019. Disponible en http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1030

Sánchez, M. (2005). La metodología en la investigación cualitativa. En: *Revista Mundo Siglo XXI* [en línea], *1*, pp. 115-118. Consultado el 14 de julio de 2015. Disponible en http://132.248.9.34/hevila/MundosigloXXI/2005/no1/8.pdf

Secretaría de Salud (2004). Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. En: *Revista de Salud Pública* [en línea], *46* (2), pp. 169-185. Consultado el 18 de febrero de 2019. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300011&lng=es.

Ana Prado Murrieta

Mexicana. Doctora en ciencias en salud colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana. Profesora-investigadora en la licenciatura en promoción de la salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, UACM. Líneas de investigación: género y salud, salud comunitaria y promoción de la salud.
Correo electrónico: ana.prado@uacm.edu.mx

Dulce Rosario Diego Vasquez

Mexicana. Licenciada en promoción de la salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, UACM. Líneas de investigación: masculinidades, salud masculina.
Correo electrónico: dulce.diegovasquez@uacm.edu.mx

Recepción: 20/11/19
Aprobación: 28/05/20



Mi tía | de Ana Ma. Vargas Velasco