

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 22 - abr. / abr. / apr. 2016 - pp.278-300 / Keijzer, B. / www.sexualidadsaludysociedad.org

“Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio

Benno de Keijzer

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Centro de Estudios de Género
Cómplices por la Equidad / MenEngage México
Xalapa-Enríquez, México

> bennodek@hotmail.com

Copyright © 2016 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.12.a>

Resumen: Este artículo propone revisar el proceso salud/enfermedad/atención de los hombres, desde los aportes de distintas miradas teóricas que buscan comprender la dialéctica del cambio y la resistencia/permanencia. El objetivo es dar un paso atrás en relación a la abundante información que la epidemiología arroja, que evidencia el cúmulo de problemas de salud que los hombres padecen y generan, para reflexionar, desde otras miradas teóricas, las formas en que los hombres cuidan o no su salud y sus posibles explicaciones para ello. Se procura aportar elementos tanto para la investigación como para pensar programas y políticas públicas al respecto del tema.

Palabras clave: hombres; masculinidades; género; salud; enfermedad

"Sei que devo parar, mas não sei como": Abordagens teóricas sobre os homens, a saúde e a mudança

Resumo: Este artigo propõe revisar o processo saúde/doença/atenção masculina, a partir dos aportes de distintas perspectivas teóricas que buscam compreender a dialéctica da mudança e a resistência/permanência. O objetivo é distanciar-se da abundante informação providenciada pela epidemiologia, que evidencia o acúmulo de problemas salutareos sofridos e gerados por homens, para refletir, a partir de outras perspectivas teóricas, as formas pelas quais os homens cuidam ou não de sua saúde e as explicações que dão para tal. Procura-se trazer elementos tanto para a investigação como para pensar programas e políticas públicas a respeito do tema.

Palavras-chave: homens, masculinidades, gênero, saúde, doença

"I know I should stop, but I don't know how": Theoretical approaches on men, health and change

Abstract: This article reviews the health/disease/care process of men in the contributions of different theoretical perspectives that seek to understand the dialectics of change, resistance and permanence. It steps back from the wealth of epidemiological information evidencing the cluster of health problems that men suffer and generate, in order to reflect, from other theoretical perspectives, on the ways in which men take or do not take care of their health, and their reasons why. The final aim is to provide elements for research and public policy on the topic.

Keywords: Men, masculinities, gender, health, disease, care, change.

“Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio

Introducción¹

Son evidentes las formas en que la masculinidad hegemónica² influye en la salud/enfermedad, no sólo de los hombres sino también de las mujeres, niñas y niños, con una mención especial a las distintas formas de violencia. Aún no se completa el inventario de problemas de salud masculina, donde la condición de género determina, influye o interviene. A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas han presentado una sobremortalidad masculina alarmante y creciente, esto ha sido apenas problematizado por la epidemiología (Mathers et al, 1999). Es muy reciente el análisis de género de la mayor mortalidad masculina, asociada a problemas de corazón, a ciertos tipos de cáncer (pulmón y próstata) y, sobre todo, la creciente proporción de muertes violentas: homicidios, accidentes y suicidios (De Keijzer & Carrasco, 2014a; De Keijzer & Rocha, 2015). Mención aparte merecen las adicciones, en especial, el alcoholismo (Menéndez, 1990) como una causa central (directa e indirecta) de muertes en edad productiva. Es cada vez más evidente que esta situación requiere de importantes cambios.³

En todos los países, el sector salud tiene como una de sus metas principales el que la población cambie, para avanzar hacia la salud. ¿Pero cambiar qué?, ¿sus conductas, sus estilos de vida o sus determinantes sociales... o una combinación de éstas? Es importante ubicar las posibilidades del cambio en el campo de la sa-

¹ Una versión inicial de este trabajo se presentó en el V Coloquio de Estudios de Varones y Masculinidades en Santiago de Chile en enero de 2015. Agradezco la atenta lectura y correcciones de parte de María Teresa Torres Chaires.

² Para este concepto, siguiendo a García Canclini (1984), retomo la perspectiva gramsciana de la hegemonía en la que coexisten claros rasgos de dominio con un histórico consenso social y cultural en distintas esferas de la realidad, desde lo personal hasta lo macro (política, economía, cultura) permeando tanto la vida de hombres como de mujeres. “La noción de masculinidad hegemónica es útil, pues no se fija en un rol tradicional masculino, lo que lo hace un concepto dinámico. Al mismo tiempo, evita caer en esencialismos biológicos, transhistóricos o transculturales” (Demetriou, 2001 apud Schongut, 2012).

³ Para una mirada a la forma en que las políticas de salud han mirado y abordado la salud de los varones, véase De Keijzer, 2014b.

lud/enfermedad/atención, en una perspectiva más amplia, es decir, en torno a las potencialidades y las limitaciones del cambio humano. ¿Qué significa realmente cambiar? ¿Hay distintos tipos y niveles de cambio? ¿Y cómo sobreviene este proceso en la vida de las personas?

No tengo tiempo. Necesito tiempo para volverme a encontrar con los amigos y en los mismos escenarios. Me he prometido parar la máquina, pero no sé cómo hacerlo.

Este texto pertenece a una misiva, la última que recibí de un colega, compadre y maestro, como respuesta a mi deseo de que visitara México, dado que yo ya había viajado un par de veces a su país natal. Lo tomo como punto de partida doloroso, como pequeño homenaje a sus aportes a la salud pública y como elemento reflexivo para seguir la hebra de los procesos en los que los hombres nos damos cuenta de nuestras necesidades de cambio, pero *no podemos parar la máquina... porque no sabemos cómo*.

En este trabajo se mira la dialéctica permanencia/cambio/resistencia desde diversos campos y abordajes teóricos, que no han estado muy presentes en la reflexión en torno a las masculinidades, con el fin de aportar nuevas miradas a la salud de los hombres. Empecemos discutiendo el tema del cambio. Afirmamos que el cambio no puede entenderse sin la permanencia y la resistencia al mismo: son partes de un proceso dialéctico. Como parte de esta ecuación, en este trabajo retomamos centralmente los planteamientos de Watzlawick (1995) para pensar el cambio y la teoría del *hábitus* de Bourdieu, que plantea lo contrario: la reproducción o la permanencia. Ambos autores nos plantean interesantes retos para pensar los procesos de transformación. También retomamos a Goffman con su “carrera moral”, a Wentzel con su abordaje del cambio “conglomerado o compuesto” y a Antonovsky con su mirada salutogénica, es decir, dirigida al polo de la salud más que el de la enfermedad y su reparación o prevención.

Watzlawick: Hay de cambios... a cambios⁴

El cambio, como proceso, no está aún totalmente explicado (¿lo será algún día?), dada la compleja naturaleza tanto de lo humano como de las condiciones

⁴ Parte de este marco de análisis se desarrolló en mi tesis doctoral (de Keijzer, 2010).

socioculturales, siempre en transformación.⁵ Es improbable que una sola teoría unificada dé cuenta de tal diversidad de procesos.

Han existido teorías sobre el cambio y teorías para entender la persistencia, pero es raro que se entienda al cambio y la persistencia de forma dialéctica. Watzlawick (1995) afirma que, en general, se ha entendido a la persistencia como el estado “natural” de las cosas, por lo que es el cambio el que requiere ser explicado. Cuando hay situaciones personales, familiares o sociales en las que existen dificultades persistentes a pesar de los intentos para modificarlas, es evidente que ese estado “natural” requiere un cambio. Así, el autor pretende construir una teoría que analice, a la vez, el cambio y la permanencia.

De entrada, es claro que, aún en ausencia de terapias o programas, puede existir “el cambio espontáneo, es decir, el modo de resolver problemas en los asuntos corrientes de la vida, sin ayuda de los conocimientos de expertos, de teorías sofisticadas y de un esfuerzo concentrado” (Watzlawick, 1995:102). El cambio, no tan espontáneo y sin ayuda externa, puede ocurrir también por influencias diversas como una enfermedad, un accidente, o cuando la pareja pone límites claros a un hombre en su ejercicio de la violencia, apoyada o no por una denuncia o la presencia policial. Esto se vincula con el tema de “tocar fondo”, muy presente, casi como necesidad, para el cambio en la vida de muchos hombres.

En un intento de observar pautas generales del cambio y partiendo de una mirada sistémica, el mismo autor plantea que existen dos tipos de cambio: el “cambio 1”, que ocurre dentro de un sistema que no se modifica sustancialmente, y el “cambio 2”, donde sí se transforma el sistema:

Un ejemplo de esta distinción, en términos más conductistas: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. Pero en ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. En lo sucesivo designaremos a esta clase de cambio como cambio 1. El único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. Esta clase de cambio la denominaremos en lo sucesivo cambio 2 (Watzlawick, 1995:30-1).

El *cambio 1* significa más de lo mismo, la adaptación y hasta la simulación,

⁵ La sociedad está en continuo cambio, lo cual puede implicar que no existan leyes fijas para el cambio mismo.

cambios que Naipaul (1964) define como acción simbólica.⁶ Un buen ejemplo de *cambio 1* (sin una transformación real) ha sido la proscripción del consumo de alcohol, donde la penalización, según Watzlawick, terminó incrementando el problema durante la “prohibición” en los años 1920 en los Estados Unidos:

El alcoholismo aumenta, surge toda una industria clandestina de fabricación de bebidas alcohólicas, la baja calidad de sus productos acentúa el problema de salud pública del alcoholismo, se hace precisa una policía especial para combatir a los contrabandistas del alcohol, la cual por lo general resulta a la larga corrompida, etc. Cuando el problema llega a agravarse de este modo, la prohibición se va haciendo cada vez más rígida, pero aquí, el principio de más de lo mismo no produce <<sorprendentemente>> el cambio deseado, sino que por el contrario, la <<solución>> contribuye en gran medida a aumentar el problema, y de hecho, se convierte eventualmente en el mayor de ambos males (es decir: por una parte el mal de un cierto porcentaje de alcohólicos dentro de la población general y, por otra, un extenso contrabando, una gran corrupción y un aumento de negocios ilícitos delictivos, además de una elevada cuota de alcoholismo) (Watzlawick, 1995:52).

Así, pensando en el cambio a nivel social, es patente el paralelismo con la estrategia de lucha contra el narcotráfico en México en el presente siglo. Los miles de muertos y desaparecidos superan con creces el costo y las potenciales víctimas del problema que se quiere prevenir: las propias adicciones (Pacheco, De Keijzer & Rocha, 2016). El debate más reciente sobre los potenciales beneficios de la legalización de una de las drogas prohibidas –la marihuana– ya queda rebasado con la creciente diversificación de la propia delincuencia.

Algo semejante ocurre si sólo aumentamos años de cárcel al penalizar a hombres agresores, o ante la problemática de salud pública asociada a la penalización del aborto. Reeducar en el primer caso, y legalizar en forma distinta en el segundo, puede significar un cambio tipo 2, es decir, una transformación cualitativa desde esta perspectiva. En un trabajo empírico (De Keijzer, 2010) ubico los tipos de cambio en hombres que buscan modular/restringir (cambio 1) o entender y suspender (cambio 2) su violencia, como parte de una revisión profunda de su historia, sus representaciones y sus prácticas. Es la diferencia entre atenuar o controlar una conducta, y lograr que esta conducta se modifique como parte de una transformación más profunda.

El cambio y la persistencia presentan a veces una dialéctica que parece contradictoria:

⁶ En política esto se conoce como gatopardismo: modificar algo para que nada cambie realmente.

El proverbio francés, según el cual cuanto más cambia algo, más permanece lo mismo, es algo más que un ingenioso juego de palabras. Es una expresión maravillosamente concisa de la extraña y paradójica relación que existe entre persistencia y cambio. Han de ser considerados conjuntamente, a pesar de su naturaleza aparentemente opuesta. Ello no se trata de una abstrusa idea, sino de un ejemplo específico del principio general que afirma que toda percepción y todo pensamiento son relativos y que operan por comparación y contraste. (Watzlawick, 1995:21).

El autor nos invita a no pensar el cambio y la permanencia como opuestos excluyentes. Lo mismo sucede con la violencia/no violencia, no vistas como una dualidad, sino como un *continuum* entre opuestos. Esto abre la veta de pensar la conversión en el contrario, algo que también observa Bourdieu en su temprana obra *La Reproducción* (1970). La conversión como un cambio que puede parecer radical y, aún así, mantener los elementos centrales del habitus, como estructura, que veremos después con Bourdieu.

Siguiendo el hilo de Watzlawick:

Considerado de un modo superficial resultará difícil imaginar un cambio más drástico y radical que la sustitución de algo por su opuesto. Pero bajo una perspectiva algo menos superficial resulta fácil apreciar que el mundo de nuestra experiencia (que es todo sobre lo que podemos hablar) está formado por parejas de contrarios y, estrictamente hablando, cualquier aspecto de la realidad deriva su sustancia o concreción de la existencia de su opuesto (Watzlawick, 1995: 38).

Ejemplos de esto pueden encontrarse en las trayectorias de algunos hombres en Alcohólicos Anónimos o en el Movimiento de Cumplidores de Promesas - de corte evangélico - en Estados Unidos. En ambos hay cambios radicales como dejar el alcohol, en el primer caso, y el distanciamiento del abuso de sustancias, el ocio y el abandono familiar, pasando por intensos y muy emotivos procesos de conversión. “No existe costumbre inveterada que no pueda en alguna ocasión transformarse en lo contrario, y cuanto más extrema es una posición, tanto más fácilmente es de esperar una enantiomorfía, una conversión de algo en su contrario” (Watzlawick, 1995:40).⁷

⁷ Watzlawick usa el término “enantiomorfía”, basándose en la definición de Jung: “Todo extremo psicológico contiene secretamente su propio contrario o se halla a su respecto en una íntima y esencial relación...” Esto es algo que suele apreciarse en la política “donde los extremos se tocan” y en el cambio de la religión, donde es curioso que a los contestatarios que, en vez de salirse del eje religioso se colocan en el polo contrario en la adoración de Satán, quedan presos en la misma dialéctica.

Sin embargo, esos cambios no necesariamente tocan ni garantizan un cuestionamiento profundo al núcleo de la masculinidad, en cuanto a las expectativas de autoridad y de servicios que tienen los hombres respecto a sus parejas, quienes, con frecuencia, se encuentran satisfechas por los cambios antes señalados. Y referirnos al “núcleo” remite al núcleo duro en la teoría de representaciones sociales (Moscovici, 1984) o al *habitus* de Bourdieu (1970).

Así, dicha dialéctica es importante para pensar la violencia y otras problemáticas en los hombres y alude a las posibilidades de resiliencia. Permite también entender aparentes contradicciones, que aparecen en campos por demás diversos: el cura pederasta, el tirano asesino vegetariano, la cuidadora que maltrata, el antropólogo racista... Mayores referencias de dichas contradicciones se encuentran en el texto de Loureau (1989), donde los diarios de campo de investigadores relevantes develan facetas de su personalidad o de su posicionamiento ante los sujetos estudiados, que tienden a contradecir lo publicado en sus textos formales. Esto lo anotamos como relevante, dado que permite mantener siempre cierto grado de duda –una duda sistemática que suelen manejar las feministas– ante las trayectorias de cambio y los discursos de los hombres acerca de, por ejemplo, los procesos de atención y el manejo de su violencia. Esto lo profundizaremos más con el análisis de Bourdieu.

La carrera moral de Goffman

Uno de los principales temas que emergen de estas reflexiones es que todo cambio, sobre todo mayor, supone una trayectoria. La categoría “trayectoria” contribuye a analizar teóricamente los procesos de cambio de los hombres en sus ciclos de vida, partiendo de su socialización, su vínculo de pareja, su relación con la salud y la violencia, y otros aspectos. Para pensar estas trayectorias es útil el concepto de “carrera moral”, acuñado por Goffman, tanto en su texto *Internados* (1984) como en *Estigma* (1963). También ubicamos el concepto de carrera del enfermo en Strauss (1997), en el proceso de salud/enfermedad/atención, en el ámbito más bien físico y en su relación con los servicios de salud.

Goffman (1984) retoma el concepto de carrera moral como una *trayectoria social* en el tiempo, con cambios básicos y comunes que aparecen en los miembros de una categoría como, por ejemplo, las personas que han sido declaradas como alcohólicas o enfermas mentales. Una ventaja de este concepto, según el autor, es su ambivalencia:

Se relaciona con asuntos subjetivos tan íntimos y preciosos como la imagen del yo y el sentimiento de identidad; por el otro lado, se refiere a una posición formal, a relaciones jurídicas y a un estilo de vida y forma parte del complejo institucional accesible al público. Gracias al concepto de carrera podemos, pues, oscilar a voluntad entre lo personal y lo público, entre el

yo y su sociedad significativa, sin necesidad de ceñirnos, como única fuente posible de datos, a lo que la persona dice pensar que imagina ser (Goffman, 1984:133).

En contraposición a una carrera física/deportiva –connotación clásica del término– el autor plantea que la carrera moral se refiere a lo no material. La carrera física es medible en metros, mientras que la carrera moral se refiere a las invisibles –pero no menos reales– transformaciones del *self* (Goffman, 1963). Es como “la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a las demás” (1963).

Profundizando en lo que significa poseer un estigma –y la violencia o la adicción lo son en forma clara y creciente– Goffman agrega la asunción del mismo como parte de esta carrera:

Las personas que tienen un estigma particular tienden a pasar por las mismas experiencias de aprendizaje relativas a su condición y por las mismas modificaciones en la concepción del yo -una carrera moral similar que es, a la vez, causa y efecto del compromiso con una secuencia semejante de ajustes personales... Una fase de este proceso de socialización es aquella en la cual la persona estigmatizada aprende a incorporar el punto de vista de los normales, adquiriendo así las creencias relativas a la identidad propias del resto de la sociedad mayor, y una idea general de lo que significa poseer un estigma particular. Otra fase es aquella en la cual aprende que posee un estigma particular y –esta vez en detalle– las consecuencias de poseerlo (1963:45-6).

El autor da múltiples ejemplos de formas de estigmatización y de carrera moral, como el ser violento, y de problemas fronterizos, como el abuso de sustancias. De acuerdo con la perspectiva de este trabajo, Goffman plantea ciertas regularidades en las trayectorias de los sujetos. Parte de estas trayectorias pasa por un elemento que es crítico para el trabajo con hombres, que es el reconocimiento de la violencia propia adquiriendo *el punto de vista de los “normales”*, es decir, aceptando algo que es socialmente cada vez más un estigma.⁸ Sin ese reconocimiento no hay paso serio que se pueda dar en programas de atención a la violencia o la adicción, donde la asistencia y participación es voluntaria. Así, el cambio es un proceso muy complejo que implica una trayectoria. Esto se plantea tanto desde las teorías del cambio como desde la teoría del *habitus*.

⁸ Es obvio que esto implica una discusión en cuanto a lo normal y lo patológico en el contexto de sociedades (como la mexicana) donde la violencia, histórica y culturalmente normalizada, empieza a ser, recientemente, señalada, estigmatizada y castigada.

La reproducción y la permanencia en Bourdieu

Dado que el cambio y la estabilidad son considerados las dos caras de una misma moneda, la elección es puramente pragmática. Todo cambio puede entenderse como el esfuerzo para mantener cierta constancia, y toda constancia es mantenida a través del cambio.
(G. Bateson)

No podemos pensar el cambio sin entender los procesos de permanencia/resistencia al mismo, y esta resistencia no tiene mejor vocero y analista que Bourdieu (1991), con su teoría del *habitus*. Este autor, sin necesariamente referirse al cambio en el terreno del género, plantea que:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas, predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente <<reguladas>> y <<regulares>> sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta (1991: 92).⁹

Esta categoría permite entender las formas en que se introyecta y se reproduce la cultura hegemónica en cada sujeto. La pregunta que se hace Bourdieu en una cultura bastante más unificada como la francesa es ¿cómo se introyecta la cultura hegemónica en las culturas subalternas?¹⁰ En otras palabras: ¿cómo se reproduce la cultura en los individuos? Esto genera la categoría de *habitus*.

Desgranemos un poco el concepto. El *habitus* (Bourdieu, 1980; García Canclini, 1984) está constituido por: sistemas de percepción (cómo percibe uno al mundo); de pensamiento (cómo uno lo piensa); y de acción (cómo actúa en él); que son durables (en el tiempo) y transponibles (a situaciones nuevas), y que funcionan como estructuras estructurantes (tienden a reproducirse hacia seres humanos nuevos).

⁹ La definición es especialmente crítica, fiel al propio *habitus* del sociólogo francés, algo que también critica Tenti Fanfani (1994).

¹⁰ Autores latinoamericanos como García Canclini han propuesto repensar o matizar esta categoría para la realidad regional, culturalmente más fragmentada.

El *habitus* se introyecta por las influencias de ‘autoridades pedagógicas’ (la familia, la escuela, la institución médica), a través de un ‘trabajo pedagógico’. El *habitus* dispone la percepción de lo necesario y lo posible, lo pensable y lo discutible. El *habitus* programa también las prácticas de consumo y lo que se percibe como necesidades. En nuestras sociedades se da no sólo una apropiación diferenciada del capital político y económico sino también del capital cultural, que es algo que Bourdieu analiza a través de la escuela. Lo más relevante de la conformación del *habitus* es la interiorización de la hegemonía y la desigualdad, y esto lo vemos en distintas inequidades ya sean de género, clase, etnia, edad o raza.

El resultado final de este proceso de interiorización se evidencia cuando la apropiación diferencial del capital cultural se vive como virtud o esencia. En la dimensión del género observamos esto escenificado en las expectativas de autoridad y de servicio (Ramírez, 1999), que los hombres tienen con respecto a las mujeres, a partir de su autopercepción (aprendida) de superioridad, por el sólo hecho de ser varones. Se refleja en ellos en los preceptos de fuerza, dureza y control emocional. Se manifiestan también en no poder *parar la máquina* a pesar de que la mente o la consciencia indiquen que es necesario.

Así, el *habitus* permite explicar la fuerte correspondencia entre la estructura social y la conducta individual. Es el proceso por el cual lo social se interioriza en los individuos logrando que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas (García Canclini, 1994). A través del *habitus*, las diferencias sociales se van naturalizando y la desigualdad (de género, de clase, de etnia, de generación) se va introyectando como auto-inferiorización. Los *habitus* no son estáticos sino dinámicos. Lo que se introyectó es difícil de modificar, pero es transformable, a través de un trabajo pedagógico nuevo e igualmente intenso.

Según Bourdieu, el proceso de constitución del *habitus* se vale de dos mecanismos:

- la arbitrariedad cultural: la cultura hegemónica determina lo que es legítimo y lo que no, como cuando se coloca a la ciencia (verdad) como opuesta a las “creencias” populares, o cuando una sociedad o cultura toma lo masculino como medida de todo lo humano;
- la violencia simbólica: sirve para vencer las resistencias a la imposición de la hegemonía a través de premios y castigos. Esto sería convergente con el concepto de micropenalidad propuesto por Foucault (1989). Tanto hombres como mujeres aprenden la legitimidad de esta violencia (no siempre simbólica) en su construcción de género, conformando luego identidades que se viven como esenciales, opuestas y desiguales.

La arbitrariedad cultural y la violencia simbólica ocurren en el sector de salud, por ejemplo, donde es el médico quien determina qué es y qué no es una enfermedad (dejando fuera, entre otros problemas, el “malestar de las mujeres” acuñado por Burin (1990)). Es violencia simbólica cuando a las parturientas se las amenaza con que, si no “cooperan”, su bebé va a morir; o cuando se les cuestiona que, para hacerlo, “bien que lo disfrutaron”. Estas formas de violencia han sido documentadas ampliamente por Castro (2004).

Esto no significa que todo lo que hacemos desde nuestro trabajo de educación y promoción a la salud sea arbitrariedad o violencia simbólica. Por parte de las instituciones, hay un servicio real, por ejemplo, los servicios de salud y la prevención de enfermedades, aunque pueda significar una suerte de intercambio desigual con los sectores hegemónicos. También es claro que, cuando existen la violencia simbólica y la arbitrariedad cultural, se generan formas de resistencia en el otro polo (García Canclini, 1984).

El *habitus* ajusta el deseo, las necesidades y las formas en que se interpreta y piensa el mundo:

Es decir, de manera duradera, sistemática y no mecánica; sistema adquirido de principios <schèmes> (esquemas) generadores, el *habitus* hace posible la producción libre de todos los pensamientos, todas las percepciones y acciones inscritos dentro de los límites que marcan las condiciones particulares de su producción, y sólo éstas (1991:96).

Al igual que en Joan Scott (apud Lamas, 1996) cuando define al género, aparecen las *disposiciones* (que por serlo, son inconscientes o semiconscientes) y, como en Goffman (1963), emergen las regularidades en las prácticas de los hombres. Bourdieu plantea que, bajo la forma de principios (esquemas) de percepción, pensamiento y acción, el *habitus* produce prácticas individuales y colectivas que garantizan la conformidad de las prácticas, y su constancia en el tiempo (1991:95).

El autor señala que el *habitus* resulta difícil de modificar, en gran parte porque nace y se inscribe en complejas relaciones familiares, a su vez enmarcadas en relaciones sociales más amplias. Esto ocurre en especial en las relaciones de parentesco, sometidas al sentimiento del amor (o del deber) de tipo filial, fraternal y otros semejantes, los cuales se confunden con el respeto y la entrega afectiva que sobreviven, mucho tiempo después de sus condiciones de producción (Bourdieu, 2000).

Las pasiones del *habitus* dominante (desde la perspectiva del sexo, de la etnia, de la cultura o de la lengua), relación social somatizada, ley social convertida en ley incorporada, no son de las que cabe anular con un mero es-

fuerzo de la voluntad, basado en una toma de conciencia liberadora. Si bien es completamente ilusorio creer que la violencia simbólica puede vencerse exclusivamente con las armas de la conciencia y de la voluntad, la verdad es que los efectos y las condiciones de su eficacia están duraderamente inscritos en lo más íntimo de los cuerpos bajo forma de disposiciones (2000).

Inscrito en los cuerpos... in-corporado... en cuerpos que se viven como máquinas que no pueden parar, a pesar de la consciencia de los riesgos, del deseo o la promesa de cambiar.

Así, las posibilidades de cambio están determinadas por los límites del *habitus*. Esto se aplica de diversas formas a la salud de los hombres, cuando en nuestra socialización incorporamos diversos conceptos y prácticas que pasan por correr riesgos como una forma de mostrar la “hombría”; riesgos que se muestran claramente en la presencia de muertes violentas en el cuadro epidemiológico nacional e internacional. El polo opuesto de esta situación es la íntima asociación del concepto de cuidado con el mundo de lo femenino. En ese sentido, es llamativa la necesidad cultural que hubo de acuñar un nuevo nombre a la estirpe de hombres que se cuidan (en lo físico, estético y/o su salud) como “metrosexuales”.

Es el *habitus* el que genera la disposición profunda de usar o no ciertas medidas de protección, de apegarse o no a los servicios de salud y las medidas que ahí se indican o lo que se va modificando ante la cotidiana, persistente e insistente forma de trabajo de organizaciones, como Alcohólicos Anónimos. En la vida de muchos hombres se requiere de una situación muy drástica para “parar la máquina” y empezar a considerar la posibilidad del cambio: un arresto, un infarto, un accidente, la ruptura de pareja.

¿Y dónde está el espacio o el margen para el cambio? Un cambio significativo está más allá de la mera fuerza de voluntad, aunque ésta es necesaria, requiere de un trabajo pedagógico y una autoridad pedagógica de intensidad semejante a las que instituyeron el *habitus* original (Bourdieu, 1970). Requiere también de diferentes elementos, tanto internos como externos, como lo demuestran los resultados de muchas investigaciones.

Así, es Bourdieu quien permite entender por qué las cosas no cambian a fondo... o el profundo y sostenido trabajo educativo que se requiere para hacerlo. ¿Qué consecuencias tiene su planteamiento? Las que observamos en la cotidianidad: la dificultad de asumir el rol de enfermo (diabético, por ejemplo) o el frecuente abandono en los programas de atención a la violencia. En el campo de la investigación suele haber manifestaciones de ese retorno a lo previo, cuando después de un estudio “pre”, damos cuenta de ciertos cambios haciendo un estudio “post”, para luego ver que esos cambios tienden no ser tan sostenibles: algo develado en un “post post” a los seis meses o al año de la intervención.

Finalmente, Bourdieu, en el terreno del género, no avizoró el cambio en los hombres. Su texto *La dominación masculina* presenta muchas pruebas del prácticamente inamovible patriarcado. Los espacios de cambio ocurren a partir del movimiento de mujeres exclusivamente. Ningún elemento permite observar el cambio generado desde los propios hombres. A contracorriente, habría que anotar los procesos sociales, grupales y personales que han venido impulsando la Coalición del Listón Blanco, activa ya en más de 50 países, en contra de la violencia hacia las mujeres (www.whiteribbon.org) y los esfuerzos de la red mundial MenEngage (www.menengage.org).

Wentzel: ¿Un cambio 1.5?

Emily Wentzel (2013), desde un abordaje antropológico, retoma a Annemarie Mol (2002) en su visión de que las enfermedades son “composite objects”, es decir, objetos conglomerados o compuestos de múltiples partes. Wentzel traslada esta concepción a lo que denomina como “composite masculinities” o masculinidades compuestas/conglomeradas, dando cuenta de cambios donde teóricamente no los esperaríamos: en hombres mayores de clase media y popular, sin contacto con muchos mensajes de género, en un servicio de urología y en un país conocido como “machista”.

Esta perspectiva hace posible el mapeo y análisis de las formas en que los hombres articulan actos específicos, experiencias y formas de incorporación (embodiment) en formas de ser hombres específicas, en ciertas situaciones (Wentzell, 2013:27. La traducción me pertenece).

Dichas situaciones, estudiadas empíricamente en el contexto de una clínica de urología del Instituto Mexicano de Seguridad Social, en el Estado de Morelos, tiene que ver con problemas de salud que cuestionan aspectos centrales de la masculinidad: el cáncer o el crecimiento de próstata, y la frecuente disfunción eréctil que se genera, ya sea por la enfermedad o por el tratamiento. Realiza entrevistas con 254 hombres y 48 de sus parejas, encontrando ciertos cambios en esta masculinidad compuesta. Su aporte cuestiona parcialmente la permanencia que resalta Bourdieu, y no encuentra necesariamente el cambio tipo 2 de Watzlawick, sino que parte más de varios cambios tipo 1, adaptativos, progresivos, acumulables, en una situación de tránsito vital (de edad, de retiro del trabajo y entrada a la abuelidad) y que van permitiendo una mejor calidad de vida a hombres formados en una visión de masculinidad hegemónica, pero que ya no pueden/quieren ejercerla en plenitud:

Cuando los cuerpos o las circunstancias cambiantes hacen difícil el actuar (performar) el estilo previo de masculinidad, los hombres deben de trabajar para reconciliar sus nuevas circunstancias con sus ideas generales acerca de la hombría (Wentzell, 2013:29).

Casi diríamos, en términos watzlawickianos, que es un *cambio 1.5* (una serie de cambios 1 que se acercan a un cambio 2), en la medida en que no es necesariamente “más de lo mismo”, sino una lenta progresión hacia otra situación, de acomodamientos a nuevas circunstancias, que tampoco implica una conversión total.

El planteo de Wentzel se acerca mucho a lo que Milton Erickson plantea en la introducción al texto de Watzlawick en el contexto de la terapia psicológica:

Pero se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido el cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menores y un efecto de bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros cambios importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. Que los cambios sean transitorios, permanentes y evolucionen hacia otros cambios es de vital importancia con respecto a toda comprensión del comportamiento humano, tanto con respecto a uno mismo, como con respecto a los demás. He considerado mucho de lo que he realizado como una forma de acelerar las corrientes que impulsan el cambio y que maduran ya en la intimidad de la persona y de la familia, pero se trata de corrientes que precisan de lo <<inesperado>>, lo <<ilógico>> y lo <<súbito>> para desembocar en un resultado tangible. (Wentzell, 2013:9-10).

En el caso de Wentzel, lo inesperado y súbito viene dado por la pérdida de un componente de la salud en el terreno colindante con la sexualidad y la reproducción, y las ulteriores consecuencias en la autopercepción del ser hombre.

Los hombres desde la mirada salutogénica (Antonovsky)

En otros trabajos hemos abordado la multicitada sobremortalidad masculina por diversos problemas de salud, lo cual apunta a la necesidad de medidas preventivas con enfoque de género. Una crítica que se ha hecho a quien esto escribe ha sido la aparente generalización de la noción de “la masculinidad como factor de riesgo” (Rivas, 2005). En rigor, habría que considerar que son ciertos rasgos importantes de la masculinidad hegemónica que, en una proporción considerable de hombres, construyen esas situaciones de falta de cuidado y riesgo, y no la generalidad de los hombres o de las masculinidades.

Sin embargo, el recorrido de una ruta contraria a la de la patología es aún des-

conocido: ¿cómo es la socialización, la experiencia y la trayectoria de los hombres que sí tienden a cuidar su salud? ¿Quiénes son estos hombres? ¿Dónde están? ¿Qué podemos aprender de ellos? No aparecen en las tablas de mortalidad (de poco nos sirve saber que no han muerto aún), poco podrían aparecer en las de morbilidad (si consideramos que, estando sanos, no tienden a llegar a solicitar servicios de salud).

Donde sí aparecen, silenciosos e invisibles, es en las encuestas de salud y de otro tipo (Ensalud, Enadic, de Discriminación, etc.) que suelen presentarnos gráficas y cuadros de prácticas relacionadas con la obesidad, diabetes, hipertensión, uso de tabaco, alcohol, violencia, el no uso de condón o con actitudes de discriminación.

¿Qué podemos leer en el espacio en blanco, o en la barra de los que responden no tener alguno de estos problemas? A éstos, la salud pública, muy atenta a prevenir y detectar tempranamente la enfermedad, los deja fuera. Por tomar sólo un ejemplo, en la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011), realizada en México, en el apartado sobre el consumo de alcohol, nos relatan de los cambios en tres formas de prevalencia en los que, en nueve años (la previa fue en 2002) la prevalencia de haber consumido alguna vez en la vida, fue de 65 a 71 % (de 77 a 81% en hombres); en el último año de 46 a 51% (de 54 a 63% en varones); y en el último mes, de 19 a 31% (en hombres de 34 a 41%). Este reporte preocupante es seguido por información de atención a las personas con adicción. En ningún momento hay reflexión alguna acerca de las características, necesidades y aprendizajes que podríamos tener de los varones que, en 2001, no han consumido alcohol en su vida (19%) o en el último año (37%).

No se trata de cacarear vanamente el “vaso medio lleno”, sino entender lo que esas cifras significan, para reforzar nuestro accionar, sobre todo, preventivo. ¿Cómo se construye, por ejemplo, una juventud sana, plena y creativa, o una jubilación y una vejez, plena y exitosa? Esta reflexión sigue la perspectiva salutogénica de Antonovsky (1996), mirando la salud “río arriba”, para hacer nuevas preguntas y proponer programas y políticas, pensando desde la salud y no sólo desde la enfermedad y su prevención.¹¹

Seguramente tendremos que seguir atendiendo múltiples problemas que nos jalen río abajo, pero ¿cómo sería una campaña de prevención y promoción (en lo educativo y lo comunicacional) del VIH, las adicciones, el cáncer de próstata o el embarazo no deseado, que se construyera desde la experiencia y las prácticas de los hombres que no presenten estos problemas? Lógicamente, cualquier enfoque de prevención y promoción no puede prescindir del reconocimiento de la necesidad de

¹¹ Esta perspectiva ha estado atrás de iniciativas de la sociedad civil, como el Programa H (Salud y Género, Promundo, ECOS, PAPAÍ, 2005), MenEngage y MenCare.

modificar los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad.

Yendo a los extremos de la vida, la perspectiva salutogénica nos lanza también preguntas que también tienen que ver con los varones. Uno de los retos más grandes es el de un proceso que no es enfermedad, aunque sí tratado como tal: el embarazo y el parto. El incesante proceso de medicalización, el desplazamiento de las parteras tradicionales y el aumento del maltrato, y la violencia obstétrica, plantean la urgencia de revisar y volver sobre prácticas de acompañamiento que respetan el protagonismo de la mujer, y el cercano acompañamiento de su pareja y su familia en este hecho de vida. Este planteamiento retoma directamente la olvidada tradición crítica de Ivan Illich (1978) en *Némesis Médica*, donde cuestiona la creciente medicalización de distintos aspectos de la vida y la expropiación de capacidades de las personas para hacerse cargo de diversos aspectos de su salud y su enfermedad.

Y, en el otro extremo de la vida, el bien morir es cada vez menos frecuente, con vidas prolongadas artificialmente y muertes solitarias asistidas por avances tecnológicos, pero no por una mayor presencia humana. Los hombres desafiamos y aludimos a la muerte con frecuencia, pero nuestra socialización no nos prepara realmente para ese tránsito.

Los hombres entre la resistencia y el cambio

Cerramos este texto planteando la discusión en torno a la dialéctica entre el cambio y la permanencia con respecto a los hombres, no sólo en el campo de salud, sino en una perspectiva más general.

El problema de la salud de los hombres, y el trabajo reflexivo o preventivo que se puede hacer con ellos, se inscribe necesariamente en el terreno de los cambios que se dan en las relaciones de género, en la arena de transformaciones más amplias, de índole económica, educativa, social y cultural. Las relaciones de género son cambiantes en el tiempo y, recientemente, parecen estar transformándose con mayor velocidad. Si bien la visión de un mundo donde exista equidad de género no es una invención de finales del Siglo XX, sino que tiene antecedentes en el pensamiento y la acción de mujeres, y algunos hombres, es cada vez más patente la fuerza con la que se impulsan cambios desde el nivel de las parejas concretas, hasta las políticas de transversalización de la igualdad de género en los últimos años (De Keijzer, 2010).

Estas relaciones son alimentadas, a la vez, por cambios que se dan en una matriz más amplia. En otra parte (De Keijzer, 1998b), hemos señalado importantes transformaciones que se dan en Latinoamérica (antecedidas por décadas de cambio, sobre todo en Europa) que provocan (y a veces provienen de) cambios en las relaciones de género. Algunas de estas transformaciones son:

- el acelerado proceso de urbanización;
- la creciente migración, interna y hacia otros países;
- cambios en la organización económica de la sociedad con la incorporación masiva de las mujeres al trabajo asalariado;
- el deterioro del poder adquisitivo, impulsando a más miembros de la familia a trabajar por un salario, muchas de ellas mujeres;
- el proceso de deterioro sociopolítico asociado al crecimiento de la violencia social y el narco, asociados a la corrupción y la impunidad;
- el claro aumento en el nivel educativo en las mujeres y una tendencia al aumento de la reprobación, y abandono escolar, de los hombres;
- cambios en la organización familiar, con un aumento de familias reconstruidas y hogares encabezados por mujeres;
- las tendencias a relaciones de género de mayor equidad, en campos cada vez más diversificados como son la educación, la salud y la política.

¿Y los hombres mismos, cambian? ¿Cuáles son las repercusiones en ellos de varias décadas de feminismo, aparejadas de otros cambios y políticas que apuntan a la equidad? Siguiendo el ejemplo estudios de realizados en Noruega, están ya los resultados de un estudio multicéntrico que se lleva a cabo en varios países, entre ellos, México, para dar cuenta de estos cambios (ICRW & Instituto Promundo, 2011).

Uno de los primeros en indagar en esta dirección (salutogéncia) es Oswaldo Montoya (1998), entendiendo a los varones que “nadan contra la corriente” de las prácticas de machismo y violencia en el contexto nicaragüense. La experiencia de Salud y Género de México, y de otras organizaciones, coincide con la perspectiva del Instituto Promundo que, con su labor en Brasil, ha demostrado la importancia de trabajar sobre nociones de equidad de género preexistentes en algunos hombres.

En vez de enfocarse sólo en las formas en que generalmente se reproducen los patrones de hegemonía masculina, Barker (2005) prefiere indagar en por qué algunos hombres emergen con actitudes de género más equitativas y no violentas, incluso cuando ellos provienen de un ambiente violento. Con base en investigaciones de corte etnográfico en Brasil y los EE.UU., el autor destaca que estos hombres jóvenes se han dado cuenta de los costos de la socialización masculina tradicional; han sido víctimas o testigos de la violencia doméstica y han podido reflexionar sobre ella, así como sobre su propio comportamiento violento; han tenido contacto con modelos masculinos positivos; han convivido con grupos de pares alternativos (en torno a la cultura, la música o la religión) o se han convertido en padres de familia. Hablamos aquí de la resiliencia, un recurso presente en el proceso de varios

hombres entrevistados.¹²

Por otra parte, podemos preguntarnos: ¿existe algo que asemeje a lo que podría denominarse un movimiento de hombres? La respuesta es negativa, aunque es claramente detectable el aumento de grupos de hombres y grupos mixtos que generan proyectos remediales y/o preventivos enfocados en hombres; o también, a población mixta, principalmente en los ámbitos de la violencia, la salud sexual-reproductiva (incluyendo el VIH) y, secundariamente, la salud. En años recientes ha crecido la construcción de redes nacionales y regionales en el contexto del esfuerzo global denominado MenEngage.¹³ Uno de los esfuerzos más creativos y llamativos en esta dirección es el que conduce el Instituto Wem, en Costa Rica, con un fuerte componente de escucha y atención al malestar y situaciones de violencia de los hombres, articulado a un creciente trabajo comunitario y en medios de comunicación.¹⁴

Los hombres cambian, no sólo desde la agenda de la modernidad o los planteamientos feministas hacia la equidad, sino que también viven procesos de transformación desde otros marcos, varios de ellos conservadores o fundamentalistas (y, frecuentemente, con mayor convocatoria), o desde la oferta económica y cultural del narco, que atrae a muchos jóvenes. Esto constituye un escenario más amplio y complejo para pensar los procesos de cambio de los hombres.

De todos los cambios que se pueden señalar dentro del campo de la política y la cultura, es el movimiento feminista, con todas sus corrientes y ámbitos de influencia, el que apunta directamente al corazón de la inequidad de género. Este movimiento ha creado y dado legitimidad a la perspectiva de género, tanto desde la militancia como desde la academia y, en forma creciente, desde la política pública.

Esta perspectiva tiene tal avance que ya también investiga activamente el campo masculino. La socialización, la salud reproductiva, la sexualidad y la salud mental de los hombres emergen en tesis, libros y conferencias, producto del trabajo de varias connotadas especialistas de género. En la última década, es abrumador el avance en el estudio de las masculinidades en prácticamente todos los campos del conocimiento. En ellos se explicita, tanto de la permanencia y la resistencia, como de interesantes cambios en contextos diversos. De esto se da cuenta en los congresos de la Academia Mexicana de Estudios de Género de los Hombres (Amegh), en México, y en los Coloquios internacionales de estudios de varones y masculinidades.¹⁵

¹² Pueden cotejarse las historias de vida en MenCare (www.men-care.org)

¹³ Ver www.menengage y, para México, www.entrehombres.net. Ver también la vasta compilación de experiencias en los EEUU en la obra de Okun (2014).

¹⁴ Ver www.institutowemcr.org

¹⁵ Ver www.amegh.mx y www.coloquiomasculinidades.cl/

Muchos de estos cambios están siendo gradual y tardíamente incorporados en las políticas de salud de México. Si bien hubo políticas y programas en el contexto mexicano (Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) dirigidas a hombres en el siglo XX, veían a éstos como fuerza de trabajo y como proveedores. Desde la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, es mucho más clara la inclusión de los hombres desde la perspectiva de género, lo cual permite modificar tanto la visión curativa como la preventiva (para profundizar, ver De Keijzer, 2014). Y es en Brasil donde se desarrolla la más clara iniciativa de género y salud en la región, mirando a los hombres a partir de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre de Brasil (Schwarz, 2011).

Todo esto se inserta en una re-visión de cómo los varones vivimos la enfermedad, la salud y el propio cuerpo. *Necesito parar la máquina, pero no sé cómo*. Nos han enseñado a vivir y a usar el cuerpo como máquina: a encenderla, a presumirla, a correrla a toda velocidad, lo cual nos puede dar cierto prestigio. Pero no nos han enseñado a cuidarla¹⁶, a moderar su velocidad, a parar cuando es necesario y, de ahí, usarlo (el cuerpo) desde la consciencia.

Hemos intentado movernos entre distintos enfoques teóricos para poder lograr una mejor comprensión de la dialéctica de cambio y resistencia/permanencia en las personas, específicamente, en los hombres. Estas distintas miradas pueden darnos mayores elementos para entender los tipos de cambio y sus trayectorias para, de allí, repensar los retos y las estrategias para promover transformaciones, en el contexto de las políticas y los programas de promoción, educación y comunicación en salud.

Recibido: 05/10/2015

Aceptado para publicación: 13/02/2016

¹⁶ El autocuidado... es para el auto[móvil].

Referencias bibliográficas

- ANTONOVSKY, A. (1996), "The salutogenic model as a theory to guide health promotion", en *Health promotion international*, 11 (1): 11-8.
- ARENAS, Luz, DE KEIJZER, Benno, BONILLA, Pastor, TREVIÑO, Sandra & HERNÁNDEZ, Isabel. 2012. "Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México". *Género y Salud en Cifras*, Mayo-Dic. Vol. 10, n° 2/3, México.
- BARKER, Gary. 2005. *Dying to be men: youth, masculinity and social exclusion*. London: Routledge.
- BOURDIEU, Pierre. 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- BOURDIEU, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BURIN, Mabel & colaboradoras. 1990. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- CARRASCO, M., DE KEIJZER, B. & ROCHA, H. 2015. *Informe sobre masculinidades, violencia y políticas públicas*, documento electrónico. Cómplices por la Equidad/MenEngage Latinoamérica.
- CASTRO PÉREZ, Roberto. 2004. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México. 2011. Encuesta Nacional de Adicciones. Disponible en www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- DE KEIJZER, Benno. 1998. "La masculinidad como factor de riesgo". En: TUÑÓN, E. (coord.) *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa, México: ECOSUR y U. A. de Tabasco.
- DE KEIJZER, B. 2010. *Masculinidades, violencia, resistencia y cambio*. Tesis Doctoral en Salud Mental Comunitaria (mimeo) Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad, Veracruzana, Xalapa, México.
- DE KEIJZER, Benno. 2014a. "La salud de los hombres: muchos problemas y pocas políticas". En: ROCHA, Tania & LOZANO, Ignacio. *Hombres en la transición de roles y la equidad de género: retos, desafíos y posibilidades*. México: Facultad de Psicología (UNAM).
- DE KEIJZER, Benno. 2014 b. "Hombres, género y políticas de salud en México". En: FIGUEROA, Juan Guillermo. *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre: paternidad, espacios laborales y educación*. p. 177-208. México DF: COLMEX.
- DEMETRIOU, D. Z. 2001. "Connell's concept of hegemonic masculinity: A critique". *Theory and Society*. Vol. 30, n° 3, p.337-361.
- FIGUEROA, Juan Guillermo. 2010. "El sentido del ser hombre como categoría política". En: TEPICHÍN, Ana María, TINAT, Karine & GUTIÉRREZ DE V., Luz Elena (coords.) *Los Grandes Problemas de México, volumen 8, Relaciones de Género*. 1ª

- edición. México DF: El Colegio de México.
- FOUCAULT, Michel. 1989 [1975]. *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GARCÍA CANCLINI, N. 1984. "Cultura y organización popular". *Cuadernos Políticos*. N° 39 (enero-marzo).
- GARDUÑO, Ma. de los Angeles. 2011. *Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada*. Tesis doctoral. México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- GOFFMAN, Erving. 1963. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, Erving. 1984 [1961]. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ICRW & Instituto Promundo. 2011. *Evolving men: initial results from the International Men and Gender Equity Survey*. Washington/Río de Janeiro.
- ILLICH, Ivan. 1978. *Medical Nemesis* [1976], Random House, Inc. Pantheon Books. / *Némesis Médica* [1978]. México DF: Editorial Joaquín Mortiz, S.A.
- KAUFMAN, Michael. 1989. *Hombres, placer, poder y cambio*. Santo Domingo, Rep. Dominicana: CIPAF.
- KAUFMAN, Michael. 1997. "Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres". En: VALDÉS, T. & OLAVARRÍA, J. (eds.) *Masculinidad/les*. Santiago de Chile: ISIS/FLACSO.
- KIMMEL, Michael. 1992. "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes". En: *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres n° 17 / Isis Internacional.
- LAMAS, Marta (comp.) 1996. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: PUEG/UNAM.
- LOUREAU, René. 1989. *El diario de investigación: materiales para una teoría de la investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- MATHERS, Colin, SADANA R., SALOMON J, MURRAY CJ & LOPEZ AD. 2001. "Healthy life expectancy in 191 countries". *Lancet*. Vol. 357, p.1685-1697.
- MENÉNDEZ, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol*. México DF: CNCA y Grijalbo.
- MINISTERIO DE SALUD. 2010. *Política Nacional De Atención Integral De Salud Del Hombre*. www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_homem_ingles.pdf
- MOL, Annemarie. 2002. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- MONTOYA, Oswaldo. 1998 *Nadando contra la corriente*. Managua: Puntos de Encuentro.
- MOSCOVICI, S. 1984. *Psicología social II*. Buenos Aires: Paidós.
- NAIPAUL, V.S. 1964. *An area of Darkness: an experience of India*. London: Andre Deutsch.
- NÚÑEZ NORIEGA, Guillermo. 2013. *Hombres sonorenses. Un estudio de género de tres generaciones*. México, DF: Universidad de Sonora y Pearson Editores

- OKUN, Robert. 2014. *Voice Male: the untold story of the profeminist men's movement*. Northampton, MA: Interlink Books.
- PACHECO M., DE KEIJZER, B. & ROCHA, H. 2016. *Informe sobre violencia, masculinidades y políticas públicas* (mimeo) MenEngage, Cómplices por la Equidad e Instituto de Salud Pública (Universidad Veracruzana), México,
- RAMÍREZ, Antonio. 1999. *Violencia masculina en el hogar.*, México DF: Editorial Pax.
- RIVAS, Héctor Eloy. 2005. "¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora". *Estudios Sociales*. Vol. 13, n° 26, julio-diciembre, p. 28-65.
- SALUD Y GÉNERO, INSTITUTO PROMUNDO, PAPAÍ & ECOS. 2005. *Serie: trabajando con hombres jóvenes*. México DF: Salud y Género.
- SCHONGUT, Nicolás. 2012. "La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia". *Psicología, conocimiento y sociedad*. Vol. 2, n° 2, p. 27-65.
- SCHWARZ, Eduardo. 2011. "Política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: transpondo barreiras institucionais e socioculturais". Ponencia presentada en el *IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades*, Montevideo, 19-21 de Mayo de 2011.
- SECRETARÍA DE SALUD. 2007. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México, portal.alud.gob.mx/descargas/pdf/pnscap.1pdf
- SECRETARÍA DE SALUD. 2008. *Los hombres estamos tomando medidas* (folleto educativo).
- SECRETARÍA DE SALUD. 2009. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca, Morelos.
- STRAUSS, A. & cols. 1997. *Social organization of medical work*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- TAJER, Débora. 2009. *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- TENTI FANFANI, Emilio. 1994. "La educación como violencia simbólica: P. Bourdieu y J.C. Passeron". En: TORRES & GONZÁLEZ RIVERA (coord.), *Sociología de la Educación*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- WENTZEL, Emily. 2013. *Maturing masculinities: aging, chronic illness, and viagra in Mexico*. Durham: Duke University Press.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. & FISCH, R. 1995. *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Editorial Herder.