



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Monografía licenciatura en Trabajo Social

“¿Y para qué soy macho entonces?”

**Análisis de la masculinidad hegemónica y sus posibles efectos en el
cuidado de la salud**

Evelyn Fuentes Pereyra

Tutora: Celmira Bentura

2026

Montevideo-Uruguay

Índice

Resumen	2
Fundamentación	3
Presentación del objeto de estudio	4
Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Introducción	6
Capítulo 1: El cuerpo como construcción social: disciplina y poder	8
Capítulo 2: Masculinidad hegemónica, cuerpo y mandatos productivistas	15
Capítulo 3 Masculinidad y cuidado de la salud. Desafíos para la intervención del Trabajo Social en el campo sanitario	27
Conclusión	34
Referencias bibliográficas	36

Resumen

La presente monografía analiza la construcción sociohistórica de la masculinidad hegemónica y sus implicancias sobre el autocuidado y la salud, abordando las tensiones entre los privilegios masculinos y los costos subjetivos asociados a su rol. Partiendo de la premisa de que los cuerpos y las identidades no son naturales ni estables, sino producidos en procesos de disciplinamiento y control, que atraviesan la vida cotidiana y la estructura social. Desde esta perspectiva, las relaciones de género y las desigualdades no solo se manifiestan en lo económico y lo simbólico, sino también en la forma en que las personas se constituyen como sujetos, interiorizando normas, expectativas y roles que reproducen la dominación y limitan el cuidado y la salud de todos.

Se indaga como la masculinidad hegemónica impone modelos de fuerza, autosuficiencia y eficacia laboral, invisibilizando malestares, vínculos afectivos y prácticas de cuidado, en el marco de un orden de género que sostiene y reproduce desigualdades históricas. Asimismo, se considera la intersección entre patriarcado y capitalismo como marco estructural que configura las identidades masculinas y femeninas, donde los roles asignados determinan experiencias de trabajo, disponibilidad corporal, afectividad y prácticas de cuidado de la salud. Este enfoque permite visibilizar, lo que algunos autores conceptualizan como la problemática silenciada del hombre: las dificultades para expresar malestares y ejercer prácticas de cuidado, así como los efectos que estas limitaciones tienen en su salud y en el bienestar de las personas con quienes se vincula.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, reconocer estas tensiones y procesos posibilita desarrollar estrategias de intervención orientadas a promover formas más equitativas y saludables de vivir la masculinidad, incorporando prácticas de cuidado y autocuidado que cuestionen los mandatos tradicionales de género y las estructuras de desigualdad.

Palabras claves: Cuerpo-Masculinidad-Salud

Fundamentación

El presente trabajo se desarrolla en el marco de la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social Plan 2009, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (UDELAR). Tiene como propósito analizar los posibles vínculos entre los mandatos históricamente asociados a determinadas configuraciones de la masculinidad y las prácticas de postergación del cuidado de la salud en los varones.

El interés por indagar la relación entre masculinidades y cuidado de la salud surgió en noviembre de 2024, durante el encuentro de Trabajo Social desarrollado en el Hospital de Clínicas. En esa instancia, los datos presentados en relación a cantidad de personas atendidas, permitieron advertir que los hombres suelen ingresar al sistema sanitario, en etapas más avanzadas de enfermedad o deterioro de su salud. Lo que deja entrever una postergación persistente del cuidado: ingresan tardíamente a emergencia y sostienen patrones de consulta marcados por poca continuidad y seguimiento de tratamientos en relación a las mujeres. Aquella primera impresión quedó resonando como una pregunta abierta, vinculada a: ¿cómo se configuran las disposiciones de género en torno al cuidado y por qué ciertos hábitos se vuelven tan persistentes?

Al año siguiente, ya en el marco de la práctica pre profesional en dicho Hospital, esa inquietud se volvió más concreta. El contacto cotidiano con las dinámicas institucionales permitió observar la presencia de estas prácticas en situaciones reales, con hombres que conviven con enfermedades crónicas sin controles sostenidos, o que llegaban tras largos períodos de malestar, sin haber buscado asistencia previamente. Esa experiencia directa, reforzó la necesidad de comprender mejor ¿cómo influyen los mandatos de masculinidad, en las trayectorias de cuidado y en las decisiones vinculadas a la propia salud?

Finalmente, este interés inicial se fortaleció durante el Taller de Investigación desarrollado en el marco del Proyecto Integral de nivel II, 2025 “*Varones y el cuidado postergado: repensando las masculinidades*”. Allí el grupo de estudiantes llevó adelante un trabajo exploratorio centrado en los vínculos entre masculinidad y prácticas de cuidado, combinando encuestas y entrevistas en profundidad a varones internados en el Hospital de Clínicas. Ese proceso permitió volver sobre las observaciones de la práctica, desde una mirada más amplia, poniendo en diálogo los relatos recogidos, los marcos conceptuales disponibles y las preguntas que el propio campo iba habilitando. El tema ya no era solamente una impresión

inicial, sino un campo legítimo de estudio que emergía de la práctica en territorio, de las condiciones concretas del Hospital de Clínicas y de la necesidad de comprender cómo ciertos modelos de masculinidad podrían incidir en la configuración de barreras para el autocuidado.

Estas experiencias permitieron identificar que las dificultades de los varones para vincularse con el cuidado de su salud, no pueden comprenderse únicamente desde una perspectiva individual, sino en relación con construcciones sociales que han moldeado históricamente modos de ser, pensar y estar en el mundo, configurando un modelo que tiende a reproducirse y a naturalizarse como práctica e identidad de género.

Presentación del objeto de estudio

El presente trabajo tiene como objeto de estudio la configuración sociohistórica de la masculinidad hegemónica y su posible incidencia en las formas en que los varones se vinculan con el cuidado de su salud y con el sistema sanitario. En este sentido se propone explorar cómo los mandatos tradicionales de la masculinidad, asociados a la autosuficiencia, la fortaleza, la productividad y la negación de la vulnerabilidad, podrían operar como condicionantes en las prácticas de autocuidado, en la demanda de atención y en el vínculo con los servicios de salud. Asimismo, el análisis se sitúa en el campo del Trabajo Social en salud, recuperando aportes teóricos e institucionales que permitan problematizar estas construcciones y habilitar reflexiones en torno a posibles líneas de intervención que contemplen una perspectiva de género y de derechos.

En este sentido, la pregunta que orienta esta monografía es:

- **¿En qué medida la masculinidad hegemónica, al asignar al cuerpo masculino un lugar central asociado a la fuerza, la productividad y la disponibilidad permanente para el trabajo, puede ser interpretada como una de las condiciones a partir de las cuales el autocuidado en los varones tiende a ocupar un lugar secundario, pudiendo incluso volverse irrelevante en determinados contextos?**

Se considera apropiado poner en cuestión cómo operan los discursos y mandatos productivistas y disciplinarios, para poder comprender por qué muchos varones sostienen prácticas que los alejan del autocuidado, incluso cuando el deterioro corporal o el malestar se hacen evidentes.

Objetivos

Para orientar el análisis sobre la temática seleccionada, se definieron los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Describir y explorar los principales aportes teóricos en torno a las distintas conceptualizaciones del cuerpo, siendo entendido tanto como medio de producción, así como territorio disciplinado y vigilado, analizando las implicancias de estas construcciones, en relación con el poder, en tanto mecanismo que atraviesa y moldea los cuerpos.

De este modo se pretende problematizar e iluminar un terreno en el que la naturalización de ciertas características asociadas a lo masculino, como la fortaleza, la autosuficiencia y la disponibilidad corporal podrían, como efecto de construcciones sociales, ocultar tensiones, renunciadas y costos para el cuerpo del varón. Por ello desde distintas perspectivas conceptuales, se buscará identificar estos posibles vínculos, entre los mandatos históricamente asociados a determinadas configuraciones de la masculinidad, con la postergación en las prácticas de cuidado de la salud.

No se busca, con este trabajo, explicar la totalidad de las masculinidades ni abarcar todas sus expresiones históricas, sino centrarse en un aspecto específico en el que el modelo hegemónico permite interpretar efectos particularmente persistentes: la postergación del autocuidado y las dificultades de los varones para inscribirse en prácticas de salud que reconozcan la situación de vulnerabilidad. Este recorte apunta a problematizar aquello que durante largo tiempo se presentó como natural y evidente y que precisamente por esa familiaridad resultó difícil de interrogar.

Objetivos específicos

- Problematizar los principales aportes teóricos en torno a las distintas conceptualizaciones del cuerpo, entendido como territorio disciplinado, vigilado y regulado, examinando cómo el poder atraviesa y moldea las corporalidades.
- Analizar cómo estas construcciones del cuerpo pueden articularse con mandatos históricamente asociados a la masculinidad hegemónica y los mandatos productivistas.

- Reflexionar sobre los posibles efectos de estos mandatos en las prácticas de postergación del autocuidado de la salud, interpelando este campo y las intervenciones del Trabajo Social, a partir del diálogo entre distintos autores y de reflexiones teóricas propias.

Introducción

A partir de estos objetivos, la presente monografía se inscribe en una perspectiva teórica que entiende a la masculinidad hegemónica como una construcción histórica y social, cuyos mandatos han tendido a organizar no solo las relaciones de género, sino también los modos en que los varones se vinculan con su cuerpo, la salud y el cuidado. En este sentido, recuperar estos debates resulta central para habilitar lecturas críticas sobre prácticas que durante largo tiempo se presentaron como naturales, evidentes o incuestionables.

Para lograr una aproximación al objeto de estudio se utilizarán como principales herramientas metodológicas la revisión bibliográfica y documental, recopilando y analizando trabajos e investigaciones de diversos autores, que permitan una reflexión teórica respecto a la temática planteada.

Diversos desarrollos teóricos han señalado que la masculinidad hegemónica, ha tendido a asignar al cuerpo masculino un lugar central asociado a la fuerza, la productividad y la disponibilidad permanente para el trabajo. Esta configuración puede interpretarse como una de las condiciones que construyen la idea de fortaleza y resistencia, a partir de la cual el autocuidado suele desplazarse a un plano secundario o incluso irrelevante. Lejos de tratarse de elecciones individuales aisladas, estas prácticas se inscriben en procesos históricos y sociales que han definido qué se espera del cuerpo masculino y qué formas de relación con la vulnerabilidad resultan socialmente aceptables.

En este marco, la articulación entre los aportes teóricos en torno al cuerpo, el poder y la masculinidad hegemónica, permite aproximarse a la comprensión de por qué, en numerosos contextos, los varones tienden a postergar la consulta, minimizar síntomas o sostener prácticas que afectan su bienestar, incluso cuando el deterioro corporal o el malestar se hacen evidentes. Estas dinámicas no pueden ser leídas de manera descontextualizada, sino que requieren ser situadas en tramas más amplias de mandatos de género, condiciones de vida y modelos de subjetividad.

En este sentido, abordar la masculinidad en relación con el cuidado de la salud permite problematizar las expectativas socialmente construidas sobre cómo deben comportarse los varones, expectativas que, al naturalizarse, pueden convertirse en barreras simbólicas y materiales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social, como disciplina, aporta herramientas conceptuales para situar estas dificultades en procesos sociales más amplios, a través de incorporar una mirada que articule cuerpo, género y poder. Esta perspectiva permite ampliar los marcos interpretativos desde los cuales se analizan las trayectorias de atención, para interrogar críticamente las construcciones sociales que atraviesan las prácticas de cuidado de la salud, evitando lecturas que responsabilicen exclusivamente a los varones por las dificultades en el ejercicio del autocuidado.

La monografía se estructura en tres capítulos. A continuación, se presenta una breve reseña de cada uno de ellos:

- El primer capítulo, explora los principales aportes teóricos en torno al cuerpo como construcción social, atendiendo a su vinculación con el poder y el disciplinamiento
- El segundo capítulo aborda las conceptualizaciones sobre la masculinidad hegemónica y los mandatos productivistas que la configuran, centrándose en cómo se inscriben en el cuerpo.
- Finalmente, el tercer capítulo propone una lectura desde el Trabajo Social que permita problematizar los efectos de estos mandatos hegemónicos en las prácticas de cuidado de la salud y reflexionar sobre los desafíos que estas dinámicas plantean para las intervenciones profesionales en el campo sanitario.

Capítulo 1: El cuerpo como construcción social: disciplina y poder

Le Breton (2002b) sostiene que el cuerpo funciona como marca de singularidad, aquello que permite distinguir a cada persona. Plantea que las concepciones contemporáneas sobre él están vinculadas a procesos históricos y sociales más amplios: el desarrollo del individualismo como forma de organización social, la consolidación de un pensamiento racional, positivo y laico sobre la naturaleza, el debilitamiento de tradiciones populares locales y el papel de la medicina como saber que adquiere legitimidad sobre el cuerpo en nuestras sociedades (p. 9).

Este enfoque es fundamental para comprender que el cuerpo no puede pensarse como una realidad meramente biológica, sino como una construcción histórica atravesada por transformaciones culturales y políticas. Al vincular las concepciones corporales con el individualismo, el desarrollo del pensamiento racional y la consolidación del saber médico, Le Breton (2002b) señala que las formas en que una persona percibe, experimenta y nombra su propio cuerpo dependen de contextos sociales específicos.

Bourdieu (2000) plantea que el cuerpo se configura dentro de relaciones históricas de poder, las cuales le otorgan significado social. Según el autor, las diferencias entre lo masculino y lo femenino no pueden entenderse de manera aislada, sino como parte de un sistema más amplio de oposiciones simbólicas que organizan la vida social. En sociedades donde el orden de la sexualidad no se reconoce como esfera autónoma, es decir, no se considera separada de las normas y estructuras sociales existentes, “las diferencias sexuales permanecen inmersas en el conjunto de las oposiciones que organizan todo el cosmos”, lo que implica que los comportamientos y actos corporales están marcados por reglas y expectativas sociales (p. 9).

Profundizando en el desarrollo, el autor expresa,

El mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuales. El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo y en primer lugar al cuerpo en sí, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, inscrita a su vez, junto con la división del trabajo, en la realidad del orden social (Bourdieu, 2000, p. 11).

Así el cuerpo se revela como un lugar donde se refleja el orden social y que este autor describe como una “topología sexual del cuerpo socializado”, en la que los movimientos, las posiciones y los desplazamientos corporales adquieren significado social (p. 9).

La división entre los sexos parece estar “en el orden de las cosas”, como se dice a veces para referirse a lo que es normal y natural, hasta el punto de ser inevitable: se presenta a un tiempo, en su estado objetivo, tanto en las cosas (...), como en el mundo social y en estado incorporado, en los cuerpos y en los hábitos de sus agentes, que funcionan como sistemas de esquemas de percepciones, tanto de pensamiento como de acción (Bourdieu, 2000, p. 10).

Según Bourdieu (2000) estas oposiciones no operan de manera aislada, sino que se refuerzan mutuamente dentro de un sistema que les da sentido. Así las diferencias inscritas en los cuerpos y en los hábitos influyen en como las personas perciben y actúan en su vida cotidiana. Esta relación entre la organización de la sociedad y la forma en que las personas la perciben hace que la realidad social se sienta natural y legítima. Y la fuerza del orden masculino radica en que puede imponerse sin necesidad de justificación: “la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla” (p. 11).

Complementando esta perspectiva, Le Breton (2002b) subraya que,

Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo, son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma (Le Breton, 2002b, p. 13).

Por lo tanto, pensar el cuerpo como construcción social implica reconocer que sobre él se inscriben dispositivos de regulación que delimitan lo aceptable, lo legítimo y lo funcional en cada contexto histórico. Estas regulaciones no operan únicamente a través de imposiciones externas, sino que se incorporan progresivamente en las prácticas cotidianas, configurando disposiciones corporales y modos de comportamiento.

Este proceso puede entenderse a través del concepto de “habitus”, que plantea Bourdieu (1999) que describe cómo las personas incorporan experiencias y prácticas sociales en sus cuerpos, generando esquemas de percepción y acción que guían su comportamiento de

manera casi automática. Estos esquemas permiten responder a situaciones y estímulos sociales siguiendo estrategias adaptadas a su entorno, sin necesidad de planear cada acción de manera consciente, siempre dentro de los límites impuestos por la estructura social que los produce (p. 5).

En este sentido, el cuerpo constituye un espacio privilegiado de intervención del poder, no solo como objeto de prohibición, sino como objeto de inscripción de técnicas orientadas a producir determinadas capacidades, hábitos y disposiciones. Esta inscripción social del cuerpo no solo opera a nivel simbólico, sino también mediante prácticas concretas orientadas a su regulación y control.

Foucault (2002) en *Vigilar y Castigar*, analiza este proceso a partir del surgimiento de lo que denomina una “anatomía política” del cuerpo, entendida como un conjunto de técnicas orientadas al control minucioso de las operaciones corporales, desarrollada especialmente durante la edad clásica. (Foucault, 2002, p. 126).

Según el autor, en este período se produce un descubrimiento del cuerpo como “objeto y blanco de poder”, dando lugar a una atención minuciosa sobre él, a través de corregirlo y entrenarlo; “el cuerpo que se manipula, al que se da forma, al que se educa”, con el objetivo de volverlo útil y obediente al mismo tiempo (p. 125). Esta nueva forma de intervención no se orienta únicamente a someter el cuerpo, sino a optimizar sus fuerzas, organizarlas y ponerlas al servicio de determinados fines sociales.

Para ilustrar el funcionamiento de estas técnicas disciplinarias, Foucault (2002) recurre al ejemplo del soldado, cuyo cuerpo es objeto de un trabajo sistemático de adiestramiento. A través de ejercicios repetidos, correcciones constantes y una vigilancia minuciosa, el cuerpo del soldado es modelado hasta alcanzar una postura, una gestualidad y una forma de moverse consideradas adecuadas. Este proceso no solo busca la obediencia, sino la producción de un cuerpo útil, preciso y eficaz.

Mientras que a comienzos del siglo XVII el soldado era reconocido por signos corporales asociados al honor, la valentía y la fortaleza natural, hacia la segunda mitad del siglo XVIII, según este autor, el cuerpo del soldado pasa a ser concebido como algo “que se fabrica, de una pasta informe, de un cuerpo inepto, se ha hecho la máquina que se necesitaba” (p. 124). Se produce, según Foucault (2002) un cuerpo entrenado mediante una “coacción calculada que recorre cada parte del cuerpo, lo domina” corrigiendo posturas, regulando gestos y

fijando hábitos, hasta volverlo “perpetuamente disponible y se prolonga, en silencio, en el automatismo de los hábitos” (p. 124).

En este marco, el autor introduce la noción de “docilidad” para dar cuenta de un tipo particular de relación entre poder y cuerpo, un cuerpo dócil es aquel que “puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado” (p. 125). La docilidad no implica únicamente obediencia pasiva, sino una forma de sujeción que articula, en un mismo movimiento, la utilidad del cuerpo y su sometimiento. En tanto la disciplina, no aparece como un tema aislado, sino como el modo específico mediante el cual el poder moderno se ejerce sobre los cuerpos y que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas, imponiéndose una relación de docilidad-utilidad (p. 126).

A diferencia de otras formas de dominación como la esclavitud, la domesticidad o el vasallaje, la disciplina no se funda en una apropiación directa del cuerpo, ni en una obediencia global, que no reduce las capacidades corporales, sino que las incrementa en términos de eficacia, al mismo tiempo que las inscribe en una relación estricta de dominación. El cuerpo se vuelve más apto, más eficiente y más productivo, en la medida en que es simultáneamente más controlado (Foucault, 2002).

Como plantea Foucault (2002) :

La disciplina fabrica así, cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos "dóciles". La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una "aptitud", una "capacidad" que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar y la convierte en una relación de sujeción estricta. Si la explotación económica separa la fuerza y el producto del trabajo, digamos que la coerción disciplinaria establece en el cuerpo el vínculo de coacción entre una aptitud aumentada y una dominación acrecentada (Foucault, 2002, p. 126-127).

Este autor señala, además, que las disciplinas se expanden en espacios diversos como los colegios, los ejércitos, los hospitales y las fábricas, respondiendo a necesidades históricas concretas (innovaciones técnicas, transformaciones productivas, crisis sanitarias) pero inscribiéndose, al mismo tiempo, en transformaciones sociales más amplias (p. 127). En este sentido, el autor plantea que no se la puede entender como una práctica exclusivamente

institucional, sino como una tecnología de poder que tiende a extenderse al conjunto del cuerpo social.

En este marco, la regulación del cuerpo implica, al mismo tiempo, la producción de criterios de normalidad, mediante los cuales ciertos modos de habitar el cuerpo son valorizados, mientras otros son corregidos, patologizados o excluidos. La disciplina no solo organiza los cuerpos en términos de utilidad y docilidad, sino que establece parámetros desde los cuales se definen conductas, gestos y prácticas corporales legítimas, produciendo fronteras entre lo normal y lo desviado.

Si bien los análisis de Foucault (2002) se producen en un contexto histórico y social específico, sus aportes ofrecen herramientas conceptuales para pensar, en un sentido más amplio, las dinámicas históricas a través de las cuales los cuerpos son objeto de regulación y control. En esta línea, los trabajos de Barrán (1990) permiten profundizar estas reflexiones en relación con la conformación de sensibilidades, normas y prácticas corporales en el Uruguay de fines del siglo XIX y comienzos del XX. El autor identifica un pasaje de una sensibilidad que denomina “bárbara” a otra “civilizada”, proceso que implicó modificaciones profundas en las formas de regulación y control del cuerpo.

Barrán (1990) señala que la sensibilidad “bárbara” admitía el castigo físico directo sobre distintos cuerpos (niños, personas delincuentes, sectores marginados y animales) como forma legítima de dominación. En cambio, la sensibilidad “civilizada” comienza a rechazar las penas físicas explícitas y desplaza los mecanismos de control hacia formas más sutiles, orientadas a la represión de lo corporal y al disciplinamiento de la conducta. En este marco, el autor interpreta que mientras la sociedad “bárbara” prefería vencer mediante la fuerza, la “civilizada” buscó convencer, apelando a nuevas figuras de autoridad como el padre, el maestro, el cura y una nueva autoridad: el médico, cuyo poder se sustentaba en el prestigio del saber (p. 277).

El cuerpo entonces, aparece como una dimensión modelada y estructurada según las exigencias de cada sociedad, a través de la intervención de diversas instituciones y actores que ejercen poder mediante distintos mecanismos: la coacción, el saber experto, la moral, el temor y las promesas de salvación.

El cura por medio de la amenaza del castigo divino, los padres por medio de su amor y autoridad, el maestro por la razón, el médico por el terror ante las enfermedades

venéreas, el policía por la vigilancia y la prisión (Barrán, 1990, p. 321).

Así como sugiere Barrán (1990) al considerar el proceso de medicalización como un ordenamiento de creencias, hábitos y prácticas sociales en función de los avances de la investigación científica, Porzecanski et al (2008) reconocen que estas transformaciones implican “un disciplinamiento inscripto en procesos más amplio de enculturación¹ que se expande a otras áreas sociales como afán civilizatorio” (p. 268). En este sentido los autores destacan que “más allá del cuerpo físico, la medicalización alcanzó al cuerpo social” (p. 269).

En línea con estos aportes, la crítica de Illich (1978) en su libro *Némesis médica*, a la expansión del saber médico, permite pensar la medicalización como un proceso histórico y social, mediante el cual experiencias humanas como: el dolor, el sufrimiento, el nacimiento o la muerte, comienzan a ser redefinidas como problemas médicos. Este proceso no se impone principalmente a través de la coerción directa, sino mediante la progresiva legitimación del saber experto, que establece criterios de normalidad, riesgo y enfermedad, orientando prácticas y conductas en nombre de la salud.

De este modo, la medicina amplía su campo de intervención y se proyecta sobre la vida cotidiana, configurando modos específicos de relación con el cuerpo y con el padecimiento, desplaza saberes y prácticas históricamente situadas en la vida cotidiana, e instala progresivamente un “código médico” que subordina a los individuos a las indicaciones de “custodios higiénicos” (Illich, 1978, p. 179).

Los planteos de este autor permiten profundizar la comprensión del cuerpo, como territorio de intervención y regulación, particularmente en el campo de la salud,

La medicalización constituye un prolífico programa burocrático basado en la negación del derecho de cada hombre a enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte. La empresa médica moderna representa un intento de hacer por la gente lo que anteriormente su herencia genética y cultural le permitía hacer por sí misma. La civilización médica está planeada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y abolir la necesidad de un arte de sufrir y morir. Este allanamiento progresivo del desempeño personal y virtuoso constituye una nueva meta que nunca

¹ El proceso de disciplinamiento —o enculturación— habilita la construcción de códigos compartidos y prácticas orientadas a la cooperación, al tiempo que consolida formas de pertenencia e identidades fuertemente integradas al grupo social (Porzecanski et al, 2008, p. 268).

antes había sido guía de la vida social. Sufrir, sanar y morir, actividades esencialmente intransitivas que la cultura enseñaba a cada hombre, son ahora reclamadas por la tecnocracia como nuevas zonas de creación de reglamentaciones y tratados como malfunciones de las que habría que librar institucionalmente a las poblaciones (Illich, 1978, p. 179).

A lo largo de este capítulo se ha analizado como el cuerpo funciona como un espacio donde se inscriben normas, saberes y formas de regulación que se transforman históricamente. La medicalización participa de ese proceso al fijar criterios de normalidad y orientar prácticas y expectativas sobre el padecimiento y el cuidado. Pensar el cuerpo en esta trama social, permite entenderlo como un lugar atravesado por relaciones de poder, que definen como es legítimo sentir, actuar y habitarlo. Sobre estas bases conceptuales se desarrollará el análisis del capítulo siguiente.

Capítulo 2: Masculinidad hegemónica, cuerpo y mandatos productivistas

Partiendo de lo desarrollado en el capítulo anterior, donde el cuerpo fue abordado como una construcción social, históricamente producida mediante prácticas de disciplinamiento, normalización y control, resulta pertinente interrogar como estos procesos se articulan con la configuración de determinadas formas de masculinidad.

Minello Martini (2002) señala que para Connell (1998), la masculinidad es una construcción social e histórica, variable entre culturas, en distintos momentos de una misma sociedad, a lo largo del curso de vida y entre grupos de hombres, diferenciados por clase social, raza o etnia, que dan lugar a diversas formas de masculinidades (Connell, 1998, citado en Minello Martini, 2002, p. 19). Estas múltiples formas han sido interpretadas por distintos autores desde perspectivas diversas², lo que evidencia que el campo de las masculinidades, no se rige por un único marco teórico, sino por un conjunto heterogéneo de miradas. Aun así, Connell (1998), según recupera Minello Martini (2002), sostiene que pese a esta diversidad, existe un patrón dominante que organiza las jerarquías de género, en referencia a la masculinidad hegemónica³; entendida como el modelo que orienta la socialización de los varones y que legitima relaciones de poder desiguales (p. 22).

En este marco, explorar la construcción de la masculinidad hegemónica se vuelve una condición necesaria para su problematización. Como plantea Armengol (2022), “explorar la construcción de la masculinidad hegemónica es fundamental para su deconstrucción”, en tanto sólo aquello que se vuelve visible puede ser interrogado (p. 17). Este autor subraya la naturaleza histórica y relacional de las masculinidades y cuestiona cualquier interpretación que las presente como atributos naturales o fijos.

2La bibliografía sobre masculinidades es extensa y diversa, con distintos enfoques que van desde lo sociopolítico hasta lo académico y varios autores señalan la baja calidad de algunas aproximaciones. Clatterbaugh (1990) citado en Minello Martini (2002) propone seis perspectivas para analizar la masculinidad: conservadoras, profeministas, movimiento de derechos de los varones, desarrollo espiritual o mitopoéticas, enfoques socialistas y de grupos específicos, incluyendo varones homosexuales y de color. (p. 15-16).

Desde la antropología y otras ciencias sociales, Gutmann (1998) citado en Minello Martini (2002) propone cuatro formas de entender la masculinidad: lo que hacen o piensan los hombres; lo que hacen o piensan para ser hombres; lo que hacen o piensan algunos hombres considerados paradigmáticos; y la masculinidad como parte de las relaciones de género. Este último enfoque, relacional, permite una comprensión más amplia de la masculinidad y la femineidad en la totalidad social (p. 16).

3Según Badinter (1994) la masculinidad de un hombre se construiría sobre tres negaciones, No ser bebé, no ser mujer, no ser homosexual. El hombre que se piensa a sí mismo desde las prerrogativas de la masculinidad hegemónica, debe establecer un sistema de vigilancia subjetivo que evite que los fantasmas de la dependencia, la femineidad y el deseo por otros hombres sean identificados y anulen el podio identitario obtenido (FLACSO, 2016, p. 11).

(...) los estudios de la masculinidad buscan ofrecer nuevas perspectivas sobre las vidas de los varones y sus dilemas personales como seres dotados de un género concreto, que es construido socialmente y varía, por ende, según contextos y culturas. Como ocurre en el campo de los estudios de la mujer, compartimos la idea de que masculinidad y feminidad son constructos sociales e históricos, no biológicos. Así, la masculinidad, como todo constructo humano, puede cambiar (Armengol, 2022, p. 15).

En este sentido Piñeyro (2023) plantea que,

La masculinidad hegemónica es esa serie de ideas, normas y aspiraciones que promueven al hombre “de verdad” como heterosexual, autosuficiente individualmente, valiente, fuerte, hipersexual, racional y por ende, superior a todas aquellas personas que no encajan o no se guían por estos principios (las mujeres y aquellos varones «emocionales», «subordinados» o «débiles»). Y estas ideas se transmiten y se fomentan por estructuras y mecanismos visibles e invisibles (las instituciones gubernamentales, los medios de comunicación, las religiones, el sostenimiento de la división sexual del trabajo, etc.) (Piñeyro, 2023, p. 90).

De manera complementaria Bonino (2002) sostiene que, aunque las formas de la masculinidad cambien y algunas pierdan legitimidad pública, su capacidad para organizar comportamientos y sentidos continúa siendo muy fuerte. Se trata de una construcción histórica y cultural que sostiene relaciones de dominio y control y que emerge de procesos donde la jerarquización masculina ha estructurado los vínculos entre mujeres y varones. Esta matriz se expresa en los mandatos⁴ que el autor identifica como “autosuficiencia prestigiosa, heroicidad belicosa, respeto a la jerarquía y superioridad hacia las mujeres y la oposición a ellas” (p. 15).

Según Bourdieu (2000), la superación de esta dominación masculina sólo puede pensarse a través de una acción política, que considere la relación entre las disposiciones socialmente

⁴Bonino (2002) desarrolla cuatro creencias matrices que estructuran el modelo de masculinidad hegemónica: (1) la omnipotencia masculina, vinculada a la necesidad de mostrarse autosuficiente, invulnerable y competente; (2) la autosuficiencia emocional, que promueve el control afectivo y la negación de la vulnerabilidad; (3) el respeto al valor de la jerarquía, que organiza la identidad masculina en torno a la obediencia, la disciplina y el deseo de ascender en estructuras de poder; y (4) la superioridad sobre las mujeres y sobre los varones considerados “menos masculinos” que sostiene la diferenciación y jerarquización genérica propia del orden patriarcal. Estas creencias funcionan como mandatos culturales que operan de manera simultánea y con diferentes intensidades en la socialización masculina (p. 17-25)

interiorizadas por hombres y mujeres y las estructuras institucionales que las reproducen. Instituciones como el Estado o la escuela contribuyen a mantener este orden simbólico y social, por lo que únicamente una intervención que actúe sobre estos mecanismos y sobre las tensiones existentes entre ellos, podría conducir gradualmente a su debilitamiento (p. 83-84).

Diversos aportes teóricos coinciden en que el modelo dominante de masculinidad coloca a los varones en posiciones de mayor poder social, pero esa ubicación, como se verá más adelante en el texto, no está exenta de costos, implica exigencias y efectos que atraviesan su vida cotidiana y también impactan en las personas con quienes se vinculan.

Bonino (2002) entiende la masculinidad hegemónica como,

La configuración normativizante de prácticas sociales para los varones predominante en nuestra cultura patriarcal, con variaciones, pero persistente (...) relacionada con la voluntad de dominio y control, un corpus construido socio históricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer/hombre a partir de la cultura de dominación y jerarquización masculina (Bonino, 2002, p. 9).

En este sentido De León (2022) advierte que,

Además del componente relacional intrínseco, las masculinidades poseen un componente procesual en el que resulta insoslayable la dimensión del poder en su devenir. Es decir, las formas socialmente sancionadas de ser varón no son homogéneas ni estáticas, sino que tienen un carácter procesual donde reproducen una serie de condiciones materiales y simbólicas de poder que favorecen su readaptación y restauración a los efectos de sostener las relaciones de dominio a nivel intra e intergenéricas (De León, 2022, p. 12).

Mientras que Alonso y Mora (2024) retomando los aportes de Connell (2009), señalan que al observar de manera situada los comportamientos y discursos de las personas, es posible identificar los modos en que estas aprenden a negociar y posicionarse dentro del orden de género (p. 7). La masculinidad, lejos de constituirse como una esencia o atributo estable, se configura a partir de un conjunto de esfuerzos, estrategias y aprendizajes orientados a producir prácticas e identidades que resulten coherentes con la masculinidad hegemónica. Se trata de procesos mediante los cuales “se está aprendiendo cómo hacer el género”, en un

marco de relaciones de poder que jerarquiza determinadas formas de ser varón por sobre otras (West y Zimmerman, 1987 citado en Alonso y Mora; 2024, p. 7).

Los aportes de Waisblat y Sáenz (2013) son consecuentes al manifestar que,

La forma en la que se construye la subjetividad de una mujer o de un hombre, su manera de ser, de qué disfruta, de qué padece, de qué habla y de qué no habla, es una construcción sociohistórica que se escribe como guion con discursos y con prácticas sobre la realidad material de los cuerpos (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 175).

En esta línea, De Keijzer (2003) entiende al género como,

(...) una serie de atributos y funciones, que van más allá de lo biológico/ reproductivo, contruidos social y culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los mismos (...) se interioriza a través de la socialización entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo (De Keijzer, 2003, p. 2).

Desde esta lectura, se puede observar que la socialización de género moldea la percepción de las personas y orienta sus acciones, evidenciando que la masculinidad no constituye un rasgo natural, sino un constructo aprendido que incide en distintos aspectos de la vida cotidiana. Serra (2020) plantea que la adscripción social al género, implica para los varones una socialización temprana, así como modos de construcción de la subjetividad que los distancia de la intimidad consigo mismo y con sus propios cuerpos (p. 3).

La represión de las propias emociones es parte de la pedagogía viril aprendida en la trayectoria socializante del hombre, implica entumecer sus sentimientos para forjar los valores, intereses y atributos que la normativa genérica adjudica a la masculinidad; poder, agresividad, logicidad, autoconfianza, sexualismo, repudio de lo femenino y superioridad sobre la mujer (Serra, 2002, p. 3).

En esta línea, Bonino (1998) recupera aportes que permiten profundizar en la comprensión de estos procesos de constitución subjetiva. En ese sentido, señala que:

Hablar de la normativa hegemónica de género (...) supone pensar en un corpus construido socio históricamente, de producción ideológica pero naturalizado y

formado básicamente por ideales o ideas-base que se expresan a través de creencias matrices sobre el ser/deber ser mujer o varón, creencias a su vez generadoras de mandatos imperativos prescriptivos (deber ser) y proscriptivos (no deber ser) que requieren ser cumplidos para reconocerse con una identidad (femenina o masculina) valiosa para sí (Bonino, 1998, p. 1).

Es por ello que, es pertinente advertir, tal como lo plantean Waisblat y Sáenz, (2013) “que mucho se ha pensado, escrito y actuado sobre la construcción del rol de la mujer y cómo las categorías que la han atado y violentado comenzaron a hacerse visibles, permitiendo operar en la transformación de ese lugar” (p. 176). Sin embargo, plantean estos autores, que cuando se analiza el género como construcción sociohistórica, la construcción del rol masculino ha permanecido mayormente invisibilizada, como si el hombre fuera así por naturaleza. Obviando las condiciones históricas y sociales que dieron forma a su subjetividad (p. 176). Y que Segato (2018) identifica, como la primera víctima de los mandatos de la masculinidad.

Creo que eso se confirma con el hecho de que los hombres viven menos en todos los países del mundo. Sufren y no pueden percibir su propio sufrimiento, por lo que tampoco pueden tratarlo (...). El hombre, en su narcisismo, no puede ver de frente su propia falta, no puede enfrentarse con su fragilidad, su insuficiencia. (p. 64-65).

El silencio respecto al rol masculino ha sido denominado por Waisblat y Sáenz (2013) como “La Problemática Silenciada del Hombre” (...) ese impensado desempeña un papel importantísimo en el sometimiento de las condiciones hegemónicas del sistema capitalista” (p. 176).

El advenimiento del capitalismo, según estos autores, brindó un contexto ideológico que no sólo moldeó la organización económica, sino que también permitió consolidar ciertos cuerpos sexuados y ordenar funcionalmente las relaciones entre los géneros, transformándolas en relaciones de desigualdad, “el nuevo orden social repartía papeles muy determinados para cada rol” (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 181). En este sentido, los autores destacan los aportes de Cucco (2010), quien desarrolla un cuerpo conceptual denominado “Supuestos Falsos” (p. 181). Este marco conceptual constituye una herramienta fundamental para comprender cómo se articulan la lógica del patriarcado⁵ y la lógica hegemónica del capitalismo.

⁵Se denomina patriarcado al sistema cultural donde lo masculino se coloca como figura referente de autoridad y poder para la organización social, en la cual la figura masculina toma una posición hegemónica para tutelar y dominar a quienes son definidos como subalternos, en base a atributos materiales y simbólicos que garantizan

Los supuestos falsos, permiten visibilizar cómo ciertas normas, expectativas y roles sociales se presentan como naturales o inevitables, cuando en realidad se trata de construcciones históricas que moldean prácticas, relaciones y subjetividades de manera funcional al sistema social.

Según recuperan Waisblat y Sáenz (2013), el posicionamiento de algunos autores, sobre la construcción del hombre, se orienta hacia la eficacia laboral:

Trabajador eficaz, expropiado de la capacidad de aprender con el reconocimiento del riesgo y del peligro, inútil en el sostén de los movimientos de su vida cotidiana, con dificultad de conexión con sus sentimientos, expropiado de su paternidad, inutilizado para el contacto enriquecedor con su pareja y construido como dependiente funcional (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 181).

Esta configuración refuerza la división del espacio social, donde el hombre se ubica en el afuera, siendo vendido al mercado como fuerza de trabajo, mientras la mujer permanece en el adentro, sosteniendo la vida cotidiana, la casa y la familia, lo que garantiza que él pueda cumplir con su rol sin interrupciones.

La subjetividad del hombre queda encerrada en su cárcel de trabajador eficaz, de proveedor de la familia; y desde allí, será mejor padre y hombre cuanto más y mejor sea lo que lleve a casa. Esa será su tarea fundamental y uno de los signos más preponderantes de su identidad. El trabajo asalariado de hoy es heredero de toda esta violencia, implica las expropiaciones del hombre antes mencionadas y la invisibilización de las condiciones de construcción de este «trabajador». Pero, de todos modos, como esto es invisible no puede oponerse a los supuestos privilegios que el hombre tiene por derecho, no se puede quejar, no puede expresar su malestar ni sus emociones —es requisito indispensable desafectivizarlo para que pueda soportar todo este horror civilizado—, ya que cualquier queja atentaría contra su posición privilegiada, tal como se plantea en los Supuestos Falsos (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 182).

De esta manera, se articula una violencia estructural⁶ que sostiene desigualdades tanto en el una distribución desigual de poder entre hombres y mujeres. (FLACSO, 2016: 11)

⁶La violencia estructural puede entenderse como el conjunto de desigualdades y asimetrías de poder que se encuentran inscriptas en la organización misma del sistema social y que operan de manera persistente, más allá de las acciones individuales. Se trata de una forma de violencia que no siempre es visible ni directa, pero que se

ámbito doméstico como en el público, manteniendo al hombre en una posición de privilegio que, a su vez, se convierte en una trampa identitaria, el deber ser masculino implica privilegios, pero también imposibilidades y restricciones para expresar malestar o vulnerabilidad.

El hombre es un ser que implica un deber ser que se impone sin discusión: ser hombre es equivalente a estar instalado de golpe en una posición que implica poderes y privilegios, pero también deberes: el privilegio masculino es también una trampa (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 182).

En efecto, la subjetividad del hombre queda encerrada en un guion que prioriza la eficacia laboral y la provisión económica como signos centrales de su identidad. Este encierro simbólico, podría interpretarse como un impedimento para que el hombre cuestione los supuestos de su rol, naturalizando tanto su propio desgaste, como la invisibilización de los efectos de estas expectativas sobre la vida de las mujeres y la dinámica familiar.

En esta línea, los aportes de Le Breton (2002a) permiten profundizar la comprensión del cuerpo como espacio de inscripción de las diferencias sociales. Retomando los desarrollos de Bourdieu (1979) y los estudios de Luc Boltanski (1987) sobre los usos sociales del cuerpo, Le Breton (2002a) muestra cómo las relaciones con la corporalidad se configuran de manera diferencial según, la posición social y las condiciones materiales de existencia (p. 86-87).

Desde esta perspectiva, es posible interpretar como en los sectores populares, la relación con el cuerpo suele adquirir un carácter instrumental, en estrecha vinculación con el trabajo físico y la necesidad de preservar la fuerza como recurso central de subsistencia. La enfermedad, en este marco, es vivida principalmente como un obstáculo para la actividad laboral, más que como un objeto de atención preventiva.

Estas disposiciones, según este autor, no remiten a elecciones individuales aisladas, sino a esquemas incorporados que orientan percepciones, prácticas y tolerancias, entre ellas, una mayor aceptación del dolor y del desgaste corporal. En sintonía con lo planteado por Bourdieu (1979), Le Breton (2002a) plantea que el cuerpo se constituye, así como una de las expresiones más visibles del "habitus de clase", en tanto genera formas de vivir, sentir y expresa en la distribución diferencial de recursos, oportunidades, reconocimiento y autoridad entre personas y grupos, reproduciendo jerarquías históricas —como las de género— que favorecen a quienes ocupan posiciones dominantes. En este sentido, su carácter estructural radica en que está sostenida por normas, instituciones y prácticas sociales que naturalizan dichas desigualdades y dificultan su cuestionamiento y transformación (Waisblat y Saénz, 2013, p. 182)

valorar la corporalidad en función de las condiciones sociales de existencia (Le Breton, 2002a, p. 86).

Bonino (2002), por su parte, propone una lectura especialmente sugerente sobre la construcción de la masculinidad porque desarma esa ilusión muy arraigada: de que ciertos rasgos como la autoconfianza, la iniciativa, la capacidad para resolver problemas o la asertividad en momentos críticos serían cualidades innatas de los varones. El autor muestra como estas no son "virtudes masculinas", sino virtudes humanas que la socialización de género se apropia y clasifica como si fueran patrimonio exclusivo de los hombres. Este proceso tiene un doble efecto y es que por un lado, consolida la ficción de que esas capacidades forman parte natural de "ser hombre", reforzando su carácter identitario. Y por otro, genera inquietudes cuando esas mismas capacidades se amplían y se reconocen también en las mujeres. Ante ese desplazamiento, dirá el autor, que emergen preguntas como "¿qué nos diferencia de las mujeres? (...) sin estas capacidades como distintivo ¿qué significa comportarse como un hombre?" (Bonino, 2002: 28).

De este modo,

Una de las principales estrategias que utilizan las personas socializadas como hombres para encajar en el dispositivo de la masculinidad hegemónica occidental es la exageración de actitudes construidas como masculinas, así como el compromiso con el orden de género-sexualidad, traducida en una heterosexualidad obligatoria y naturalizada (Butler 2007 citado en Alonso y Mora, 2024, p. 7).

Otro aporte importante de Bonino (2002), se encuentra en su análisis de cómo las mismas capacidades consideradas socialmente valiosas, pueden convertirse en su contrario cuando son llevadas al extremo. Una virtud, cuando se absolutiza, deja de funcionar como recurso y empieza a operar como trampa⁷ (p. 28).

En este sentido, la masculinidad hegemónica "es un factor de riesgo para la salud y la vida propia y ajena" porque promueve formas autosuficientes de percibir, procesar y tratar el

⁷Así, por ejemplo: "la autoconfianza se pasa a la dominación, de la fuerza a la violencia, de la actividad al intervencionismo, del anhelo de superación a la ambición desmedida, etc. Indudablemente esto se comprueba en el quehacer cotidiano de la clínica psicológica, e incluso esta patología puede clasificarse en cuatro categorías: malestares masculinos, trastornos por indiferencia hacia otros o hacia sí mismo, abusos de poder y violencias (malestares y maltratos masculinos) y trastornos por temeridad excesiva" (Bonino, 2002, p. 28).

malestar (Bonino, 2002, p. 31). Los mandatos que exaltan la fortaleza, la negación del dolor o la evitación del riesgo funcionan como dispositivos que restringen activamente el autocuidado. La relación de muchos varones con el cuerpo, la dificultad para registrar señales, la postergación de consultas, el rechazo de la vulnerabilidad aparece entonces como efecto de un aprendizaje social y no como algo propio o natural.

Bonino (2002) profundiza esta mirada, al señalar que el problema no se agota en ciertos comportamientos puntuales, sino que se encuentra inscrito en la arquitectura misma de la masculinidad hegemónica, la cual produce "déficits y mutilaciones deshumanizadoras" (p. 29). Entre estas menciona; la inhibición emocional, la dificultad para reconocer dependencia, la desvalorización de la ternura, el rechazo de la sensibilidad y la imposibilidad de autoprotección derivada de la inhibición de la percepción del riesgo (p. 31).

De esta forma muestra el autor, que la masculinidad hegemónica se apoya en temores que no pueden ser nombrados: miedo a perder poder, a "feminizarse", al juicio de otros varones, al fracaso, al dolor o a pedir ayuda (p. 31). Estos miedos actúan como disciplinadores internos que refuerzan conductas que muchas veces dañan el propio bienestar. En este marco, la masculinidad aparece como un sistema que exige demostrar omnipotencia mientras encierra a los varones en dinámicas de vergüenza, silencio y autoexigencia. Empobrece los vínculos y obstaculiza la capacidad de amar, al definir la intimidad, la empatía y la ternura como rasgos no masculinos. De este modo las relaciones se orientan hacia modalidades defensivas, distantes y vigiladas (Bonino, 2002).

Se puede interpretar según este autor, que las dificultades en el cuidado de sí están profundamente conectadas con las dificultades en el cuidado del otro. Cuando un varón aprende a desconectarse de su propio malestar, también aprende a desconectarse del ajeno. La cultura que lo impulsa a reprimir su fragilidad, termina erosionando tanto su salud como su capacidad vincular, generando un círculo que reproduce sufrimiento bajo la apariencia de fortaleza.

Así mismo, Waisblat y Sáenz (2013) plantean que,

Se trata de un hombre que fue construido (...) como un ser omnipotente, activo, fuerte y capacitado para enfrentarse con lo público de un modo privilegiado, con los códigos adecuados para el aprendizaje, competitivo, jerárquico y con lazos sociales precarios. Un hombre que, desde la ecuación de hombre = Hombre, es igualado con lo sano, lo

bueno, lo normal y desde allí, carece de posibilidades de pensarse, de cuestionarse, de conectarse con malestares (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 183).

En las últimas décadas, estos mandatos comenzaron a convivir con procesos de cambio que introducen tensiones en el modelo hegemónico. Transformaciones en las configuraciones familiares, nuevas sensibilidades, los aportes de los feminismos y la creciente circulación de discursos que habilitan otras formas de expresar la emocionalidad, abrieron un escenario donde los significados asociados a ser varón, ya no se presentan como tan homogéneos. Estas disputas simbólicas no implican una ruptura definitiva, pero sí ponen en cuestión ciertos ideales tradicionales.

Las reflexiones de Bonino (2002) sobre las configuraciones de la masculinidad dialogan de manera productiva con ciertos análisis del clima cultural contemporáneo. En este sentido, los aportes de Han (2017) permiten iluminar el contexto social en el que los mandatos tradicionales asociados a la masculinidad hegemónica no desaparecen, sino que se reconfiguran bajo nuevas lógicas.

Si bien Han (2017) no aborda de manera específica la cuestión de las masculinidades, su análisis sobre las transformaciones del poder, la subjetividad y el cuerpo en las sociedades contemporáneas resultan sugerentes para pensar como determinadas exigencias sociales refuerzan y actualizan expectativas históricamente asociadas a “ser varón”, particularmente aquellas vinculadas a la fortaleza, la autosuficiencia y la disponibilidad corporal.

En este punto, Han (2017) sostiene que la sociedad contemporánea ya no se organiza principalmente bajo el modelo de la sociedad disciplinaria analizada por Foucault (2002), caracterizada por instituciones como hospitales, cárceles, cuarteles y fábricas, sino que ha dado lugar a una sociedad de rendimiento. En palabras del autor:

La sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria, sino una sociedad de rendimiento. Tampoco sus habitantes se llaman ya sujetos de obediencia, sino sujetos de rendimiento. Estos sujetos son emprendedores de sí mismos (Han, 2017, p. 25).

Esta transformación resulta clave para comprender cómo los mandatos tradicionales de la masculinidad hegemónica se articulan con una lógica social que desplaza el control externo hacia formas de autoexigencia interiorizadas. La fortaleza, la resistencia al dolor y la autosuficiencia, como ya se planteó, dejan de imponerse únicamente como ideales

normativos y pasan a integrarse a un régimen de rendimiento que exige disponibilidad permanente del cuerpo y la subjetividad.

Han (2017) lo expresa de la siguiente forma:

La positividad del poder es mucho más eficiente que la negatividad del deber. De este modo, el inconsciente social pasa del deber al poder. El sujeto de rendimiento es más rápido y más productivo que el de obediencia. Sin embargo, el poder no anula el deber. El sujeto de rendimiento sigue disciplinado. Ya ha pasado por la fase disciplinaria. El poder eleva el nivel de productividad obtenida por la técnica disciplinaria, esto es, por el imperativo del deber. En relación con el incremento de productividad no se da ninguna ruptura entre el deber y el poder, sino una continuidad (Han, 2017, p. 27).

Desde esta perspectiva, el autor advierte que la sociedad contemporánea se orienta a evitar toda forma de negatividad, particularmente el dolor, al que define como “la negatividad por excelencia” (p. 16). Esta tendencia se expresa en lo que Han (2017) denomina una “sociedad paliativa”, en la que el malestar no es elaborado ni interrogado, sino rápidamente neutralizado. En este marco, la promoción de la resiliencia y de discursos centrados en la positividad opera como un dispositivo que impulsa a las personas a tolerar, adaptarse y seguir rindiendo, incluso a costa de su propio desgaste.

Como se ha mostrado a lo largo de este capítulo, la construcción histórica y socio-cultural del rol masculino ubica al hombre en una posición de privilegio que, sin embargo, no está exenta de restricciones y costos subjetivos. La masculinidad hegemónica se sostiene sobre la exigencia de eficacia laboral, fortaleza, autosuficiencia y desapego emocional, configurando una perspectiva identitaria que limita su posibilidad de pensarse, de cuestionarse y de conectarse con sus propios malestares. Tal como señalaron Waisblat y Sáenz (2013) esta problemática silenciada del hombre, opera como un componente clave en la reproducción de las condiciones hegemónicas del sistema capitalista, naturalizando tanto privilegios como obligaciones que restringen la subjetividad masculina.

En este marco, los autores advierten que

Si bajo condiciones capitalistas de producción un ser humano encuentra felicidad, o al menos bienestar, se trata de un resultado no buscado, pues ni el bienestar ni la

felicidad son el móvil de la actividad capitalista (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 184).

Para que esto ocurra, dirían estos autores, se requieren condiciones específicas: un tipo de sujeto, una concepción del trabajo y una organización del tiempo que permitan sostener la lógica productiva y mantener los roles sociales (p. 184). Bajo la promesa de bienestar continuo y autosuperación, admitir cansancio, dolor o fragilidad aparece como un fracaso individual. Esto desalienta la búsqueda de ayuda y profundiza la postergación del cuidado de la salud.

De este modo, la lógica del rendimiento como planteaba Han (2017), se podría interpretar, que no sustituye los mandatos tradicionales de la masculinidad hegemónica, sino que los recubre de nuevas formas, más sutiles, pero igualmente exigentes.

En términos estructurales, los hombres tienden a ocupar posiciones relativamente más ventajosas en la organización socioeconómica; mayor estabilidad laboral, salarios más altos y mejor acceso a recursos, aunque estas posiciones se encuentran atravesadas por desigualdades de clase, territorio y otras condiciones sociales que configuran experiencias diversas. Sin embargo, incluso en contextos de privilegio relativo, dichas ventajas no eliminan la presión de los mandatos de género. Por el contrario, la combinación de posiciones estructurales diferenciadas y exigencias culturales puede intensificar ciertos riesgos, como jornadas laborales prolongadas, limitaciones en la participación en tareas de cuidado o dificultades para asumir roles parentales. Estas dinámicas no solo repercuten en el bienestar físico y emocional, sino que contribuyen a reproducir la división sexual del trabajo y a consolidar jerarquías de género (Marcos-Marcos et al. (2020).

En esta línea Figueroa Perea (s/f) reafirma que el proceso de salud–enfermedad de los varones no puede comprenderse por fuera de los mandatos y aprendizajes sociales asociados a la construcción de la masculinidad y por ello señala, tomando los aportes de De Keijzer (1992), que la dinámica de la salud en la especificidad masculina refleja estos patrones de socialización, los papeles socialmente asignados y las formas estereotipadas del “ser hombre”.

De manera consistente con lo analizado a lo largo de este capítulo y con los enfoques desarrollados, este autor reafirma que los varones tienden a aprender una relación instrumental con el cuerpo, en la que el cuidado se minimiza y puede ser leído como signo de debilidad o fragilidad (p. 2-3).

Capítulo 3 Masculinidad y cuidado de la salud. Desafíos para la intervención del Trabajo Social en el campo sanitario

A lo largo del presente trabajo se ha tratado de abordar la importancia que tiene la construcción sociohistórica del cuerpo en su articulación con la configuración de la masculinidad hegemónica. Este capítulo se propone tomar aportes provenientes del campo de la intervención social, que permitan complejizar este análisis de las masculinidades, más allá del plano estrictamente teórico. En particular, se recuperarán algunos desarrollos del manual *Género y masculinidades: miradas y herramientas para la intervención*, elaborado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, 2016), concebido como un insumo conceptual y metodológico para equipos técnicos, de proyectos y programas sociales.

Autores como Marcos et al. (2020), plantean que el interés por la salud de los hombres comenzó a adquirir mayor visibilidad a comienzos del siglo XXI e identifican, para ello, dos hitos que resultan especialmente relevantes en este proceso. El primero remite al editorial publicado en noviembre de 2001 por el *British Medical Journal*, titulado “¿Están los hombres en peligro de extinción?”, en el que se problematizaba la persistencia de mayores tasas de mortalidad entre los hombres, aun cuando estos concentran, en términos generales, condiciones sociales más favorables. Dicho editorial expresaba la expectativa de que estas discusiones, contribuyeron a relanzar la investigación sobre el papel del género y sus implicancias en la salud de las poblaciones (p. 4).

El segundo hito señalado por los autores, se vincula con el llamado de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a “construir un movimiento global por la equidad en salud”⁸, en el marco del abordaje de los determinantes sociales. En este contexto, se comenzó a plantear de forma explícita la necesidad de involucrar a los hombres en la construcción de la igualdad de género, incorporando el género como una dimensión central para el análisis de las desigualdades en salud (p. 4). En este marco, un mayor riesgo de muerte prematura en los hombres podría

⁸La Organización Mundial de la Salud define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s.f; 10 párrafo. 1) Por otro lado, la Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma Ata, en el año 1978 reafirma el concepto de salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar completo, contemplando los aspectos físicos, mentales y sociales. Destacando que es un derecho humano fundamental que involucra una diversidad de sectores más allá del sanitario (Conferencia de Alma Ata, 1978)

vincularse con factores evitables, asociados a patrones de comportamiento socialmente aprendidos, que inciden en la relación con el cuerpo, el cuidado y la búsqueda de atención en salud.

Para estos autores estudiar el orden de género desde la teoría relacional, tomando en consideración la estrecha vinculación que existe “entre lo biológico y lo sociocultural, lo convierte en un elemento fundamental en el estudio de las causas y los factores a través de los cuales las desigualdades de género se perpetúan en un determinado contexto” (Marcos et al., 2020, p. 3).

Al decir de Otondo y Mazur (2019)

En todo el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, los valores asociados a la masculinidad hegemónica están presentes. Tanto en el sujeto masculino que en general minimiza su padecimiento y se resiste a la consulta médica, como en los agentes de la institución de salud que tratarán ese padecimiento de un modo diferencial de acuerdo a su percepción de género (Otondo y Mazur, 2019, p. 4).

En este escenario, la consolidación de los enfoques de género y su progresiva incorporación en las políticas de salud pública vuelve necesario analizar la salud de los hombres en interacción con la de las mujeres. Como advierten Marcos et al. (2020), resulta problemático tanto asumir una igualdad natural, como naturalizar diferencias allí donde no existen.

La salud de hombres y mujeres no solo es diferente, sino también desigual. Diferente porque existen factores biológicos que se manifiestan de manera distinta en la salud y en los riesgos de enfermar; desigual porque hay factores de orden social, en parte explicados por el género, que influyen de una manera injusta, por ser evitables, en la salud de las personas. Esto lleva a que el género no solo se entienda como un principio articulador de creencias, valores y costumbres, sino también de diferencias en la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo. Vemos así como las diferencias biofisiológicas que existen entre mujeres y hombres modifican y modelan las respuestas de los cuerpos de las personas a los impactos del entorno sobre la propia salud (Marcos et al., 2020, p. 5).

Es en este entramado de mandatos, expectativas y regulaciones sobre el cuerpo y el cuidado donde emergen interrogantes que expresan los conflictos que atraviesan muchos varones en

su relación con la salud. En este marco, la expresión “¿Y para qué soy macho entonces?” resulta significativa para pensar dichas tensiones, al confrontar mandatos tales como; la fortaleza, la autosuficiencia y la disponibilidad permanente.

Desde esta perspectiva, la asunción de riesgos aparece como un componente central de la construcción identitaria masculina, especialmente en contextos donde ciertos comportamientos son interpretados como demostraciones de virilidad. La adopción de estas conductas se entrelaza con la necesidad de afirmarse ante pares o de cumplir con estándares percibidos como legítimos, que pueden generar a su vez, barreras para el cuidado preventivo y la atención temprana (Marcos et al. 2020).

En tanto Bentura (2009) problematiza el riesgo como categoría que organiza la intervención sanitaria.

El riesgo puede ser analizado como un dispositivo que involucra al sistema de salud en su conjunto contribuyendo a la alta medicalización de la sociedad (el riesgo al promover el autocuidado constituye una de las formas de medicalización de la modernidad) (Bentura, 2009, p. 31).

Es por ello que el riesgo⁹ deja de aparecer únicamente como una característica individual para configurarse como una tecnología de intervención, que organiza prácticas institucionales y genera estrategias de gobierno sobre los cuerpos, “la ampliación de los discursos referidos al riesgo evidencia que de alguna manera los mismos están vinculados al funcionamiento de la sociedad” (Bentura, 2009, p. 25).

Advierte, además, la autora que este suele presentarse como un concepto neutro y técnico, cuando en realidad encierra supuestos normativos y decisiones políticas respecto a qué situaciones deben ser consideradas problemáticas, qué factores se priorizan y sobre qué poblaciones se interviene. En este sentido, interroga: ¿quién define los factores de riesgo?, ¿con qué criterios se establecen?, ¿qué implicancias ético-políticas conlleva intervenir bajo esta lógica? (p. 23).

En este marco, la identificación de "grupos de riesgo" o "conductas de riesgo" no solo orienta

⁹Este concepto es de uso cotidiano en los discursos de trabajadores de la salud, especialmente luego de la Declaración de Alma Ata en la que se prioriza el enfoque de riesgo como el método que permitirá el logro de la equidad en los sistemas de salud; es uno de los elementos que definen a la estrategia de Atención Primaria en Salud que pretende el logro de una “salud para todos” (Bentura, 2009).

acciones preventivas, sino que también puede producir efectos de etiquetamiento y estigmatización, reforzando relaciones de poder entre instituciones y población. El énfasis en los “estilos de vida riesgosos” puede derivar en un desplazamiento de la responsabilidad hacia los individuos, quienes pasan a ser considerados responsables tanto de los riesgos asumidos como de las consecuencias desfavorables que de ellos se desprenden (Bentura, 2009, p. 29). De este modo, determinadas problemáticas de salud tienden a leerse como fallas personales, antes que como efectos de condiciones sociales y mandatos de género que estructuran dichas prácticas.

Asimismo, retomando a Castel (1986), Bentura (2009) señala que las estrategias preventivas basadas en el riesgo implican un pasaje de una “clínica del sujeto” a una “clínica epidemiológica”, en la cual las personas son sustituidas por combinaciones de factores y probabilidades (Castel (1986) citado en Bentura, 2009, p. 29). En este escenario, problematizar el riesgo no implica desestimar su utilidad preventiva, sino interrogar las condiciones sociales y discursivas que lo producen y los efectos que genera.

Desde el campo del Trabajo Social, incorporar la perspectiva de género y masculinidades en las intervenciones en salud, implica asumir que no existe neutralidad en las prácticas profesionales y que las intervenciones siempre reproducen o cuestionan estereotipos de género, incluso cuando estos no son tematizados de manera explícita. Supone por lo tanto, un ejercicio de posicionamiento crítico por parte de quienes intervienen, ya que los modelos hegemónicos de masculinidad, no solo atraviesan a las personas con las que se trabaja, sino también a los equipos técnicos, en sus lenguajes, sus expectativas y sus formas de interpretar las situaciones que emergen en la práctica cotidiana (FLACSO, 2016).

El manual, *Género y masculinidades: miradas y herramientas para la intervención*, elaborado por FLACSO (2016) parte de una concepción del género como ordenador social que estructura jerarquías, lugares de poder y posiciones diferenciales para varones y mujeres, tanto en el plano normativo como en el simbólico y subjetivo. Por lo tanto, reconocer esta dimensión contribuye a evitar lecturas simplificadoras o moralizantes sobre las dificultades de los varones para vincularse con el cuidado de su salud.

En este marco, las políticas públicas y las intervenciones sociales no pueden pensarse como neutras, ya que, al no considerar los impactos diferenciales del género, tienden a reproducir desigualdades preexistentes. En el campo de la salud, esta “ceguera de género” puede

traducirse en prácticas que no interrogan los mandatos de autosuficiencia, fortaleza y productividad asignados al cuerpo masculino, reforzando indirectamente la postergación del autocuidado (FLACSO, 2016, p. 35).

Asimismo, el documento enfatiza la importancia de generar condiciones institucionales que permitan la sistematización de las prácticas de intervención. En este sentido, las intervenciones no son concebidas únicamente como acciones aisladas frente a situaciones concretas, sino como espacios privilegiados de producción de conocimiento situado (FLACSO, 2016, p. 39).

Tal como expresa Cazzaniga (2002) al mencionar el surgimiento de la profesión como una nueva práctica de intervención en “el espacio social asistencial, ese campo híbrido entre lo público y lo privado que la ubica en la incomodidad -para darle un nombre- de trabajar con un sector social”, sin olvidar que responde a un tercero, con un mandato de control social que lo enfrenta a “nudos de gran complejidad que tensionan su práctica cotidiana” (p. 2).

Por lo tanto, la autora propone:

Un examen constante de las categorías que usamos, reconocer la trama teórica que le da contenido a fin de ponerla en tensión con la realidad que abordamos y buscar la pertinencia de los instrumentos con que contamos, para no caer en la racionalidad instrumental, esa que pone énfasis en los medios sin tener en cuenta los fines últimos. La realidad no habla por sí misma, excepto que le preguntemos desde algún lugar teórico, pero tampoco se trata de hacer contestar a la realidad lo que queremos que ella diga. Es un ejercicio de tensión, de retraducción permanente entre categorías teóricas y empiria (Cazzaniga, 2002, p. 5).

El manual también subraya que trabajar desde una perspectiva de género y masculinidades implica necesariamente un abordaje colectivo y en equipo. Las situaciones que interpelan a los equipos técnicos, especialmente aquellas vinculadas al sufrimiento, la vulnerabilidad y la exposición al riesgo, no solo afectan a las personas con las que se interviene, sino también a quienes ejercen roles profesionales. En este punto, el trabajo conjunto y los espacios de reflexión compartida no solo contribuyen a mejorar las intervenciones, sino que también operan como instancias de cuidado para quienes intervienen, aspecto que suele quedar invisibilizado en los dispositivos institucionales (FLACSO, 2016, p. 39).

En relación a las intervenciones con familias y grupos, el manual plantea la necesidad de

promover vínculos de mayor equidad, así como de revisar críticamente los modelos hegemónicos de masculinidad que suelen reproducirse en las dinámicas cotidianas. En el campo de la salud, habilita a problematizar las expectativas depositadas sobre los cuerpos masculinos en relación con la productividad, la resistencia y la disponibilidad permanente. Al mismo tiempo, que posibilita cuestionar las formas en que estas expectativas son reforzadas, de manera explícita o implícita, por las instituciones y los dispositivos de atención.

Mientras que, con las intervenciones a nivel individual, el documento propone habilitar espacios de reflexión que permitan a los varones revisar críticamente los mandatos de la masculinidad hegemónica y los efectos subjetivos que estos generan. Entre dichos efectos, se destaca el sufrimiento asociado a la exigencia de fortaleza, autosuficiencia y negación de la vulnerabilidad, mandatos que, tal como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, pueden contribuir a la postergación del cuidado de la salud y a la minimización del malestar corporal.

Desde esta perspectiva, el cuidado no aparece como una práctica espontánea o natural, sino como una dimensión que requiere ser legitimada social y simbólicamente para volverse posible. Y que requiere, tal como afirman Waisblat y Sáenz (2013), que el hombre deba:

Comenzar a cuestionar una identidad que brinda tantos privilegios como dolores, debe ser consciente de que recuperar lo que se le ha expropiado, le permitirá tomar distancia del imaginario social hegemónico y transitar espacios que siempre le resultaron ajenos (Waisblat y Sáenz, 2013, p. 192).

Para ello, dirán estos autores, es necesario realizar junto a la mujer, un trabajo que dé visibilidad a un enemigo que aplasta las subjetividades humanas y que violenta las necesidades de las personas en función de su propio sostén y reproducción; el androcentrismo y la dominación del sistema patriarcal (p. 192).

En diálogo con estos aportes, puede afirmarse que abordar las masculinidades desde el Trabajo Social no implica únicamente incorporar una nueva categoría de análisis, sino revisar de manera profunda los supuestos que organizan las prácticas profesionales. En este sentido, el manual propone “dejarse incomodar” por nuevas miradas, interpelar las formas habituales de analizar la realidad y crear prácticas que promuevan relaciones más igualitarias (p. 6). Esta incomodidad resulta productiva en tanto permite abrir preguntas allí donde durante largo tiempo predominaron respuestas naturalizadas, especialmente en relación con el cuerpo masculino, el cuidado y la vulnerabilidad.

Tal y como sugieren Waisblat y Saénz (2013),

Intervenir en la problemática silenciada del hombre, nos permite incidir y trabajar estratégicamente procesos de transformación de la problemática de género. Podemos valorar los cambios logrados en la lucha por la liberación de la mujer; pero incorporar también una lectura que incluye la construcción social del rol del hombre, nos permite ver con más claridad dónde se mantienen las viejas desigualdades y se construyen nuevas alienaciones en la vida cotidiana, así como potenciar la capacidad instituyente para encontrar formas de construirnos más saludables (Waisblat y Saénz, 2013, p. 192-193).

Los siguientes fragmentos, de dicho manual, permiten sintetizar con claridad los aportes centrales para la práctica profesional,

- Algunos aspectos vinculados al acompañamiento son claves en este tipo de intervenciones: la capacidad de escucha y empatía, generar un posicionamiento que no juzga ni busca imponer valoraciones personales sobre las decisiones de las personas con las que se interviene, la promoción de la confianza, el sostén.
- Contribuir a desnaturalizar los aspectos culturales que pautan y determinan construcción subjetiva como hombres y mujeres, fortalecer la autoestima y la autonomía para la toma de decisiones, potenciar vínculos que no constriñan sino que promuevan que existen diversas formas de ser hombres o mujeres, son algunas de las herramientas que es posible desarrollar desde nuestro lugar.
- Importa acordar un marco conceptual común y poder contar con un espacio de análisis de las prácticas que permitan revisar las intervenciones, no desde lo que cada operador/a considera a nivel individual, sino desde un hacer común acordado y planificado. Seguir respondiendo colectivamente desde los programas que implica en la práctica cotidiana trabajar con hombres desde la perspectiva de género (FLACSO, 2016, p. 40).

Conclusión

A lo largo del trabajo se ha intentado mostrar que el cuerpo no constituye un dato biológico, sino una construcción sociohistórica atravesada por relaciones de poder que organizan jerarquías, expectativas y formas legítimas de habitar la experiencia corporal. En este marco, la masculinidad hegemónica emerge no sólo como un modelo cultural dominante, sino como un principio regulador que moldea prácticas, emociones y modos de vinculación con el propio cuerpo y con los demás.

Desde esta perspectiva, las dificultades de muchos varones para inscribirse en prácticas de cuidado no pueden ser interpretadas como decisiones individuales aisladas. Se trata, más bien, de efectos de una trama histórica que ha asociado la masculinidad con la autosuficiencia, la fortaleza, la resistencia al dolor y la negación de la vulnerabilidad. El cuerpo masculino, construido como soporte de rendimiento y control, encuentra allí límites para reconocerse como espacio de fragilidad y necesidad de cuidado.

La noción de riesgo, a su vez, lejos de ser una categoría puramente descriptiva, opera como una herramienta que clasifica poblaciones, anticipa intervenciones y orienta políticas públicas. En ese proceso, puede contribuir a individualizar responsabilidades y a invisibilizar las condiciones estructurales que sostienen determinadas prácticas.

En este escenario, incorporar la perspectiva de género en la intervención en salud implica asumir que no existe neutralidad en las prácticas profesionales. Las instituciones, los lenguajes técnicos y los marcos de interpretación participan activamente en la producción y reproducción de determinados modelos de masculinidad.

Ahora bien, asumir la no neutralidad no implica únicamente un posicionamiento teórico, sino una revisión constante de las formas en que se construyen las demandas, se definen los problemas y se delimitan las respuestas posibles. Las categorías técnicas, los protocolos y las estrategias de abordaje son instrumentos que seleccionan aspectos de la realidad, jerarquizan ciertas dimensiones y dejan otras en segundo plano. En este sentido, la intervención puede reforzar, incluso sin proponérselo, expectativas tradicionales sobre el rol masculino, especialmente cuando interpreta la resistencia al cuidado como mera desinformación o falta de conciencia, sin interrogar los mandatos que la sostienen.

El Trabajo Social, en tanto disciplina situada en la intersección entre sujetos e instituciones, se encuentra en una posición estratégica para interrogar estos supuestos y evitar lecturas simplificadoras o culpabilizantes.

En este sentido, el desafío no radica únicamente en promover prácticas de autocuidado, sino en sostener intervenciones capaces de reconocer la complejidad de las experiencias masculinas sin reducirlas a categorías técnicas o conductas aisladas. Esto supone desplazar la mirada desde la corrección de comportamientos, hacia la problematización de los mandatos que los producen, entendiendo que el cuidado no se incorpora simplemente a través de información o recomendaciones, sino a partir de transformaciones en los sentidos socialmente atribuidos al cuerpo, la fortaleza y la vulnerabilidad.

Desde esta perspectiva, intervenir en masculinidades implica habilitar espacios donde el cuidado no sea leído como excepción ni como transgresión, sino como dimensión posible y legítima de la experiencia humana. Supone también interrogar las prácticas institucionales que, aun de manera no intencional, continúan asociando la masculinidad con la autosuficiencia y la negación del límite.

Desde allí, el presente trabajo no busca ofrecer respuestas cerradas, sino dejar planteada una reflexión abierta: ¿de qué manera pueden las prácticas del Trabajo Social acompañar procesos de transformación sin reemplazar un modelo normativo por otro? ¿Cómo construir intervenciones que cuestionen los mandatos de género sin producir nuevas formas de regulación? Estas preguntas habilitan un mayor análisis, reconociendo que la problematización de las masculinidades en el campo de la salud constituye un proceso en permanente construcción.

Referencias bibliográficas

- Alonso, A. y Mora, E. (2024). Aprendiendo a pagar por sexo: La producción de la masculinidad hegemónica en las prácticas sexuales mercantilizadas. *Revista Internacional de Sociología*, 82(3), e253. <https://doi.org/10.3989/ris.2024.82.3.23.1168>
- Armengol Carrera, J. M. (2022). *Reescrituras de la masculinidad: Hombres y feminismo*. Alianza Editorial.
- Barrán, J. P. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay* tomos I y 2. Ediciones de la Banda Oriental.
- Bentura, C. (2009). La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud. *Fronteras*, (5), 21–34. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7256>
- Bonino, L.(1998). Deconstruyendo la “normalidad” masculina: Apuntes para una “psicopatología” de género masculino. *Actualidad Psicológica*. [Desconstruyendo la normalidad masculina](#)
- Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, (6), 7–36. [Masculinidad-Hegemonica-e-identidad-masculina.pdf](#)
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas* (Apartado “El conocimiento por cuerpos”, pp. 169-214). Barcelona: Editorial Anagrama.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina* (J. Jordá, Trad.). Anagrama. (Obra original publicada en 1998)

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Margen*. Edición N°27

De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos & S. Vallens (Comps.), *La salud como derecho ciudadano: Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://iessdeh.org/usuario/ftp/La_Salud_como_Derecho_Ciudadano.pdf

De León, R. (2022). *Aproximación interseccional al suicidio juvenil masculino: Componentes generacionales y de género asociados a los equivalentes suicidas* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/35778/1/RF_DeLeon_2022n19.pdf

Figueroa Perea, J. G. (s/f). *El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?* El Colegio de México.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trad.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1975)

Han, B. Ch. (2017). *La sociedad del cansancio* (2.ª ed. ampliada; A. Saratxaga Arregi, Trad.). Herder.

Illich I. (1976) *Némesis médica* (J. Tovar, Trad.). Joaquín Mortiz. (Obra original publicada en 1976)

Le Breton, D. (2002a) *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión.

Le Breton, D. (2002b) *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Nueva Visión.

Marcos-Marcos, J., Mateos, J. T., Gasch-Gallén, À., y Álvarez-Dardet, C. (2020). El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: De dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud Colectiva*, 16, e2246.

Minello Martini, N. (2002). Masculinidades: un concepto en construcción. *Nueva Antropología*, XVIII (61)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s. f.). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Otondo, E., y Mazur, E. (2019). Masculinidades y salud: Aportes sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en un hospital público en La Plata. En N. Artiñano y G. Rómoli (Coords), *Pensar las masculinidades en tiempos de disputas* Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata

Piñeyro, C. (2023). *Desmontando la masculinidad hegemónica: Una (auto)etnografía del grupo Varones por el Cambio* [Tesis de grado, Universidad Iberoamericana]

Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.

Serra, L. P. (2020). Mal secreto: el malestar masculino y sus efectos. *Margen*, (98).
<https://www.margen.org/suscri/margen98/Serra-98.pdf>

Waisblat Wainberg, A., y Sáenz Berbejillo, A. (2013). La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino: Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. *Revista Sexología y Sociedad*, 19(2), 172–194

Otras fuentes consultadas

FLACSO. (2016). *Género y masculinidades: Mirada y herramientas para la intervención*. MIDES Uruguay, Programa Género y Cultura, Centro de Estudios de Género y Diversidad Sexual.