

# Masculinidades emergentes a través de la trayectoria del padecimiento: implicaciones para el cuidado de la salud de varones que viven con VIH\*

## Emerging masculinities across the pathway of the disease: Implications for the health care of men living with HIV

Recepción: 19 Enero 2015 | Aprobación: 21 Enero 2017

ARIAGOR MANUEL ALMANZA AVENDAÑO<sup>a</sup>

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7240-6163>

ANEL HORTENSIA GÓMEZ SAN LUIS  
CONACYT-UAT, México

### RESUMEN

Se realizaron entrevistas a profundidad a doce varones para comprender el sentido que atribuyen a su vivencia con el VIH y la forma en que construyen su masculinidad, en relación con los ideales hegemónicos presentes en su contexto sociocultural. Los resultados indican que durante el transcurso del padecimiento existe una transformación de su masculinidad, pues, al reconocer la vulnerabilidad física, social y emocional que conlleva el diagnóstico de VIH, construyen una masculinidad emergente que permite mantener el autocuidado y normalizar la vida con el padecimiento. Los elementos de esta masculinidad emergente deben ser comprendidos por los servicios de salud y considerados durante el tratamiento para facilitar su atención integral.

### Palabras clave

masculinidad hegemónica; masculinidades emergentes; trayectoria del padecimiento; varones que viven con VIH; cuidado de la salud

<sup>a</sup> Autor de correspondencia. Correo electrónico: [manuelalmanzaavendano@gmail.com](mailto:manuelalmanzaavendano@gmail.com)

*Para citar este artículo:* Almanza, A. M., & Gómez, A. H. (2017). Masculinidades emergentes a través de la trayectoria del padecimiento: implicaciones para el cuidado de la salud de varones que viven con VIH. *Universitas Psychologica*, 16(2), 1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.metp>

### ABSTRACT

Twelve in-depth interviews with men were conducted in order to understand the meaning they attribute to their experience with HIV and how they construct their masculinity in relation to the hegemonic ideals present in their sociocultural context. The results indicate that during the course of illness there is a transformation of their masculinity, thus recognizing the physical, social and emotional vulnerability that involves the diagnosis of HIV, allows them to build an emergent masculinity that keeps the self-care and the normalization of life with illness. The elements of this emergent masculinity must be understood by health services and considered during treatment to facilitate comprehensive care.

### Keywords

hegemonic masculinity; emerging masculinities; illness trajectory; men living with HIV; health care

## Introducción

Las masculinidades son configuraciones de la práctica estructuradas por las relaciones de género (Connell, 2003) que representan la expresión social y cultural de lo que significa ser varón (Kimmel, 1987). El significado de la masculinidad está en continua negociación y disputa, pues establece distinciones sociales entre los varones (Núñez, 2007). Por ello, pueden existir múltiples masculinidades y estas pueden cambiar a lo largo del tiempo.

A pesar del potencial para el cambio y la diversidad en las masculinidades, Connell (2003) ha señalado que en cada cultura existe una forma idealizada de masculinidad considerada como hegemónica. Esta mantiene una relación de dominación respecto de las demás masculinidades, con quienes mantiene relaciones de oposición o complicidad.

La masculinidad hegemónica es problemática para la salud de los varones debido a que promueve valores como la negación de la debilidad, las necesidades o la presencia del dolor y el malestar, la búsqueda del control físico o emocional, el mantenimiento de una apariencia de fortaleza e independencia, la realización de conductas agresivas, de dominancia física o exponerse al riesgo. Asimismo, prescribe en los varones la heterosexualidad compulsiva, el cumplimiento el rol de proveedor, el control y la dominación de las mujeres, así como el interés continuo en el sexo (Lindegger & Quayle, 2009).

En México, la presencia de diversos procesos sociales y económicos han favorecido la transformación de las masculinidades en los últimos años. Han surgido masculinidades flexibles en cuestiones como la reorganización del trabajo doméstico, el cuidado de los hijos o el trabajo de la mujer fuera del hogar (Ramírez, 2011), pero coexisten con masculinidades ambivalentes o resistentes al cambio, que aún ligan la masculinidad a la fuerza física, la agresividad, la sexualidad, la falta de autocuidado y la homofobia.

La pérdida de la salud es una de las experiencias que genera mayor malestar en los varones, pues limita el mantenimiento

de las prácticas cotidianas que expresan su masculinidad (Courtenay, 2000; Fleiz, Ito Sugiyama, Medina-Mora, & Ramos, 2008). Sin embargo, la transformación del cuerpo debido a los cambios físicos relacionados con la enfermedad y la adopción de tecnologías de salud (Inhorn & Wentzell, 2011), como el caso del tratamiento antirretroviral, también puede permitir el desarrollo de “masculinidades emergentes”.

Durante el proceso de tratamiento, los varones que viven con VIH pueden considerar que adquieren una “masculinidad deteriorada” debido a la pérdida de poder físico, de autoridad en la familia o de estatus social, la dependencia del cuidado del otro, el no poder ejercer el rol de proveedor, la disminución de la actividad sexual (ya sea por el estigma o cambios físicos) o el aislamiento de espacios sociales masculinos donde se realizan prácticas de riesgo (Lynch, Brouard, & Visser, 2010; Mfecane, 2008; Siu, Wight & Seeley, 2014). Asimismo, la presencia de masculinidades “machistas” que promueven el mantenimiento del control y la negación de la vulnerabilidad asociada al VIH se ha asociado con una menor adherencia (Galvan, Bogart, Wagner, Klein, & Chen, 2014).

No obstante, los varones que viven con VIH también hacen alusión a un proceso de construcción de “masculinidades resucitadas”, asociado con las posibilidades brindadas por el acceso y la adherencia al tratamiento, tales como la aceptación del diagnóstico y de su vulnerabilidad (Lynch et al., 2010), la adopción de un estilo de vida saludable, la recuperación de la salud, continuar trabajando, formar una familia o seguir cuidando de sus hijos y establecer relaciones más igualitarias con sus parejas (Siu, Seeley, & Wight, 2013; Siu et al., 2014), el control de la sexualidad y el cambio de su valoración, así como el cuidado en sus relaciones sexuales (Mfecane, 2008).

En el presente estudio, se busca comprender la forma en que la presencia de un padecimiento crónico ha afectado la construcción de la masculinidad en varones que viven con VIH, debido tanto a las limitaciones que la enfermedad puede imponer para el cumplimiento de los

ideales de la masculinidad hegemónica como a las posibilidades de transformación y emergencia de masculinidades alternativas.

### Método y materiales empíricos

Se realizó un estudio interpretativo para comprender el proceso de reconstrucción de la masculinidad de varones que viven con VIH. Para ello, se utilizó un diseño narrativo, el cual permite conocer cómo las personas organizan por medio de relatos la experiencia de situaciones vitales críticas, como la presencia de un padecimiento crónico. Por otro lado, este diseño permite identificar la secuencia o sucesión de etapas a lo largo de la trayectoria del padecimiento y conocer la forma en que se han desarrollado procesos como el cuidado de la salud y el manejo del malestar.

Se considera que el estudio de las narrativas del padecimiento es un diseño pertinente para estudios de masculinidades, debido a que, al retomar la dimensión temporal, permite dar cuenta del proceso de transformación de los significados y las prácticas relacionados con la salud y su articulación con la construcción de la masculinidad.

En el estudio participaron, doce varones que acudían al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) del estado de Morelos y del Distrito Federal. Se encontraron en un rango de edad de 23 a 53 años, y tenían entre 1 y 12 años viviendo con VIH. Siete varones se identificaron como heterosexuales, tres asumían una identidad gay y dos varones habían mantenido prácticas sexuales con mujeres y varones sin asumir una identidad bisexual.

Para el desarrollo del estudio, se presentó el proyecto a las autoridades de los Capasits correspondientes, y tras su aprobación, el personal de salud facilitó el contacto con los participantes. Dentro del área de psicología de los centros de salud, se solicitó su participación mediante un consentimiento informado, donde se garantizaba el anonimato y la confidencialidad, se establecía la intención del estudio y la forma

en que se manejarían los datos, las características de la participación, así como la posibilidad de retirarse del estudio cuando lo consideraran conveniente.

Se realizaron entrevistas a profundidad de aproximadamente 2 a 3 horas de duración, las cuales fueron audiograbadas y posteriormente transcritas literalmente para su análisis. Al principio de la entrevista, se empleó una pregunta generadora de narrativas (ej. ¿podría contarme tu experiencia con el VIH desde que lo adquiriste hasta el momento actual?) y posteriormente se utilizó una guía de entrevista para facilitar la estructuración del relato, cuyos ejes temáticos fueron los siguientes: I) Etapa previa al diagnóstico, donde se exploró la forma en que se adquirió el VIH y las prácticas de riesgo vinculadas a ello; II) Etapa del diagnóstico, en la cual se abordó el proceso de identificar la presencia del VIH en sus vidas, las consecuencias psicosociales de este evento y la forma de afrontarlo; y III) Etapa crónica, durante la cual se exploró la presencia de síntomas e infecciones oportunistas, las consecuencias psicosociales de la vida con el padecimiento, así como las prácticas de cuidado y estrategias de afrontamiento. La intención de la entrevista fue identificar las prácticas relacionadas con la salud en cada una de las etapas y los significados generados por la presencia del VIH en distintos momentos.

El análisis de las entrevistas se realizó en diversas etapas. En una primera fase, se llevó a cabo un análisis secuencial de forma manual para identificar las etapas principales en los relatos a través de las entrevistas y la forma en que recorrían las etapas en términos de aceptación del diagnóstico y el tratamiento o la presencia de malestar emocional que afectaba el cuidado de la salud. Las etapas permitían identificar diferencias respecto de significados, afectos y prácticas, y de esta manera dar cuenta de la transformación de la experiencia con el padecimiento a lo largo del tiempo. Por otro lado, la diferencia en los recorridos se consideró como un posible indicador de la presencia de múltiples formas de construir la masculinidad.

En una segunda fase, se realizó un análisis categórico de las entrevistas mediante el programa MAXQDA versión 11, que consistió en la elaboración de categorías para cada una de las fases identificadas en el análisis previo. Estas categorías se generaron respecto de temas como la relación con los síntomas y las enfermedades, el malestar emocional, las prácticas de cuidado y afrontamiento y la relación de cuidado con los otros, al considerar que estas áreas eran susceptibles de ser afectadas por los valores promovidos por la masculinidad hegemónica (Courtenay, 2000; Lindegger & Quayle, 2009). Posteriormente, se identificaron las categorías principales que aparecían en forma consistente a través de los diversos grupos identificados en función de su orientación sexual. Dichas categorías fueron organizadas de acuerdo con las etapas identificadas en la primera fase.

Finalmente, en la tercera fase, se realizó una interpretación de los hallazgos, a fin de dar cuenta del proceso de negociación de la masculinidad a través de la trayectoria del padecimiento, en función de dos polos: 1) la afectación de la masculinidad debido al malestar generado por la dificultad para cumplir con los valores hegemónicos (Connell, 2003) y 2) la emergencia de nuevas masculinidades al considerar que el ser varón se valora en función de nuevos criterios (Inhorn & Wentzell, 2011). Se asumió que las masculinidades no son ideales ni fijas, sino que pueden incluso coexistir elementos de cada polo.

## Resultados

### *Antes del diagnóstico*

Antes de vivir con VIH, los varones mantenían una relación de complicidad con las nociones hegemónicas de exposición al riesgo y centralidad de la sexualidad (Sikweyiya, Jewkes, & Dunkle, 2014), pues expresaban que su vida antes del diagnóstico estaba caracterizada por *Vivir expuesto al riesgo*. Esto se manifestaba al tener múltiples parejas sexuales, no utilizar condón

en forma consistente o tener relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol o drogas:

Tuve muchas compañeras sexuales, era de los que se iban por allá, a tomar el trago, a bailar y encontraba una muchacha que me gustaba... me encontraba ahí con alguna que quisiera pasar la noche conmigo, pues ya era de los últimos que salían del baile y traía yo dinero, y pues iba y me acostaba con ella. (Omar, 2013 varón identificado como heterosexual, que ha tenido sexo con hombres y mujeres)

En el caso de los varones, las nociones hegemónicas resultan problemáticas debido a que la negación del malestar limita el cuidado oportuno y favorece el retraso del diagnóstico. La categoría *Aparición de signos y síntomas* da cuenta de la identificación de las primeras señales de la presencia del padecimiento, proceso que se extiende en el tiempo, porque los varones acuden en busca de atención hasta que la debilidad no puede negarse o controlarse, pierden su independencia al necesitar cuidados o se limita su capacidad para el trabajo:

Ya no me sentía muy bien, ya no podía yo caminar, caminaba y el corazón muy agitado, medio acelerado y yo decía, qué, qué hago, entonces me encontraron ese punto que tenía yo, cómo se llama, la anemia... se me terminaba la sangre. (Julián, 2013, varón que se identifica como heterosexual).

### *El diagnóstico*

En esta fase, la categoría principal a través de las narrativas fue el *Acompañamiento de la red social de apoyo*. A diferencia del malestar identificado en estudios previos por depender de otros (Lynch et al., 2010; Mfecane, 2008; Siu et al., 2014) o la dificultad para pedir ayuda (Campero, Caballero, Kendall, Herrera, & Zarco, 2010), basado en las premisas hegemónicas que promueven el control emocional y la independencia, los varones del estudio resaltaron la importancia del acompañamiento brindado por sus redes sociales, que se traduce en el cuidado ante la presencia de síntomas y enfermedades, el acudir junto con ellos en busca del diagnóstico, contar con

personas significativas para compartir esta noticia y ser sostenidos emocionalmente durante la crisis suscitada por este acontecimiento:

Bueno, en ese momento, cuando fue el primer *shock* de saber que tenía eso, pues tuve todo el apoyo del mundo, o sea, que te puedas imaginar, mucha gente que tenía el, el virus, mi propia pareja. (Jorge, 2013, varón que se identifica como gay)

De esta manera, la crisis emocional generada por el diagnóstico permite el cuestionamiento de las premisas hegemónicas, al facilitar el afrontamiento de la enfermedad a través de la búsqueda de apoyo. No obstante, la presencia de procesos de estigmatización social (Parker & Aggleton, 2002) establece un límite a la transformación de la masculinidad, pues los varones pueden ocultar el diagnóstico por el temor a la discriminación y por el temor a la pérdida del respeto en el espacio público, por medio del cuestionamiento de su fortaleza física, el control de la sexualidad o el cambio de las jerarquías en la relación de pareja (Lynch et al., 2010; Siu et al., 2013).

La categoría *Ocultar el diagnóstico* da cuenta del proceso de manejo de la información para evitar la discriminación en el espacio público o posibles conflictos en las relaciones cercanas, e incluso para evitar que los familiares sean discriminados. Por medio de esta estrategia, los varones pueden impedir que el diagnóstico genere una ruptura mayor en su vida cotidiana, pero a la vez puede resultar problemática en la medida que impida la revelación del diagnóstico a personas que pudieran brindarle soporte emocional:

Y como si te enteras, que fulano tiene, que sutano tiene (VIH), no lo abres así francamente, porque se presta a la perreada [en México significa que se corre un rumor acerca de cierta persona y la gente habla en forma despectiva de ella], ya sabes. (David, 2013, varón que se identifica como gay).

Aunque la crisis generada por el diagnóstico abre la posibilidad de una transformación de la masculinidad, puede surgir una resistencia

al cambio que favorezca el mantenimiento de las premisas hegemónicas, tales como la continuación del trabajo y el rol de proveedor (Lynch et al., 2010; Mfecane, 2008; Siu et al., 2014) y el regreso a una posición de independencia, fortaleza y control emocional (Courtenay, 2000). Este proceso se identifica a través de la categoría *Hacer una vida normal*, la cual representa los esfuerzos de los varones por tratar de asimilar el diagnóstico y seguir con su vida cotidiana, ya sea continuando en el trabajo, realizando sus actividades en diversos ámbitos, no estar tratando de pensar todo el tiempo en el VIH, es decir, tratar de recuperarse emocionalmente y resignarse ante el diagnóstico, para tratar de vivir como en la vida previa, Al principio, me, pues así..., me vio, que me resigné yo, que eso es normal, que eso yo podía llevarlo. (Rodrigo, 2013, varón que se identifica como heterosexual).

#### *Vivir con VIH*

Durante la fase crónica, los varones que viven con VIH pueden presentar malestar emocional debido a la pérdida de poder físico, la dependencia del cuidado del otro y el abandono del rol del proveedor, así como la pérdida de fortaleza y control (Lynch et al., 2010; Mfecane, 2008; Siu et al., 2014). La aparición progresiva de la enfermedad y su impacto sobre el cuerpo puede considerarse como una segunda ruptura en la trayectoria del padecimiento: el varón se da cuenta de las limitaciones del cuerpo y de que no podrá continuar con las mismas prácticas sociales a través de las cuales se constituía como hombre, al menos no en forma continua debido a las recaídas asociadas al padecimiento.

Esta situación se manifiesta a través de la categoría principal denominada *Deprimirse*, la cual se asocia con el estado emocional expresado en diversos momentos de la fase crónica, debido a situaciones como permanecer en cama, el aumento de la carga viral o el descenso de las células CD4, la aparición de infecciones oportunistas, así como el dolor y el sufrimiento generado por la enfermedad:

Y ya cuando me empecé a sentir, me empecé a sentir así mal, muy mal, pensé en terminar con todo, así, porque te digo, yo no quiero tener este, vivir estos años, sufriendo, o sea, yo no le veo chiste, no le veo chiste a la vida. (Jorge, 2013, varón que se identifica como gay)

Este malestar también podía manifestarse por medio de actos que implicaban riesgos para la salud, tal como el abandono del tratamiento o el consumo de alcohol, los cuales son considerados como estrategias de afrontamiento negativas en varones que perciben que su masculinidad se ha “deteriorado” por no cumplir con el ideal hegemónico (Sikweyiya et al., 2014).

El malestar no solo está presente en las recaídas, sino en momentos donde se anticipa la aparición de un nuevo episodio de sufrimiento. De acuerdo con la categoría *Preocupación por el estado de salud*, los varones experimentan angustia por el miedo a recaer y volver a pasar por el dolor, el cansancio y el sufrimiento provocado por la presencia de infecciones oportunistas, e incluso caer en cama y sufrir una nueva hospitalización. También existe el temor a tener una incapacidad y no poder continuar trabajando, pero, sobre todo, al avance de la infección por VIH hasta que llegue un punto en que el tratamiento pierda efectividad y se acerque la etapa terminal. De esta manera, la recaída representa el regreso a la vulnerabilidad del cuerpo y el recuerdo de su fragilidad:

Cuando se te juntan todo ese tipo de cosas, o sea sí hay momentos en los que, en que sí es inevitable pensar en el futuro y dices, ojalá esto se quede en esto solamente y no vaya a trascender más, y no vaya a pasar lo mismo que ya viví. (Daniel, 2013, varón que se identifica como gay)

La precariedad del estado de salud impide que los varones puedan seguir manteniendo los ideales de la masculinidad hegemónica, debido a la presencia continua del dolor y el malestar, la debilidad de un cuerpo que ya no puede ser negada, la dependencia del cuidado de otros, la dificultad para mantener el control físico o emocional como antes lo hacía ni cumplir el rol de proveedor de la misma manera (Courtenay,

2000; Lindegger & Quayle, 2009). Aunque en estas circunstancias, como se ha mencionado, la depresión y la angustia se convierten en síntomas de una masculinidad afectada por no poder acercarse a los ideales hegemónicos como antes del diagnóstico, también es posible que emerjan nuevas formas de masculinidad al constituirse como hombres desde nuevos puntos de referencia.

De esta manera, los varones pueden reconstruir su masculinidad a partir de la aceptación de su vulnerabilidad (Lynch et al., 2010), la adopción de un estilo de vida saludable (Siu et al., 2013; Siu et al., 2014) y la continuación del trabajo sin forzar demasiado al cuerpo (Mfecane, 2008).

La categoría *Seguir aceptando la vulnerabilidad* da cuenta de una estrategia desarrollada por los varones que implica el reconocimiento de que el cuerpo está expuesto a la aparición de síntomas y de infecciones oportunistas y que, a pesar de la adherencia al tratamiento y el cuidado de sí mismo, puede llegar el momento en que avance la infección por VIH. Los varones actúan en función de este reconocimiento y elaboran planes a un plazo menor, se van preparando para el momento de la incapacidad, ya sea procurando tener descanso para mantener la salud, ya sea para ir contemplando otras actividades laborales para cuando el padecimiento no les permita trabajar al mismo ritmo. Esta reconstrucción de la masculinidad permite que se reconozca la debilidad, acepte la necesidad de cuidado y dependencia del otro, e identifica los límites del control ante el padecimiento, Yo hago lo más que puedo, ya cuando ya no pueda, pues estiro la patrulla. (Julián, 2013, varón que se identifica como heterosexual)

Esta reconstrucción de la masculinidad a partir de las limitaciones impuestas por la enfermedad también sostiene el desarrollo de prácticas de cuidado de la salud como una forma de controlar la caída del cuerpo y extender el tiempo de sobrevida. Las categorías *Tomar el medicamento*, *Tratar de descansar* y *Hacer ejercicio* ejemplifican cómo para el varón cobra prioridad un nuevo rol, el de paciente:

Empiezan los síntomas, enfermedades, o sea, en una semana me puedo enfermar de la gripe, del estómago, y este, y por ejemplo de herpes, en una sola semana, las tres cosas, y es bien, bien difícil, porque te sientes bien débil... por eso decidí más que nada tomar el medicamento. (Jorge, 2013, varón que se identifica como gay)

Convertirse en paciente implica tanto el cuidar de sí mismo como mantener una relación de colaboración con los servicios de salud. Esta conversión no solo permite extender el tiempo de sobriedad o aplazar la aparición de enfermedades, sino disminuir el impacto psicosocial del padecimiento al permitir que el varón siga cumpliendo sus roles en diversos ámbitos, lo cual implica “tratar de hacer una vida normal”, pero aceptando la vulnerabilidad y asumiendo el rol de paciente como central.

Cabe mencionar que esta reconstrucción de la masculinidad permite que emerja una forma de masculinidad que no logra separarse completamente de la masculinidad hegemónica, especialmente en términos de poder cumplir con el rol de proveedor, ser independiente, así como mostrar fortaleza y control emocional. Esta conexión entre la masculinidad emergente y la hegemónica se manifiesta a través de categorías como *Seguir trabajando*, vinculada con los esfuerzos por normalizar la vida con el padecimiento, y al mismo tiempo tratar de asumir el papel que se espera de ellos como varones en su contexto sociocultural.

Asimismo, la categoría *Salir adelante* representa el esfuerzo del paciente por lidiar con el padecimiento, ya sea en términos activos manteniendo los cuidados requeridos, ya sea en términos afectivos al resistir el sufrimiento que puede generarse a través del curso del padecimiento y llevar a los pacientes a dejar de cuidarse. Aunque también puede considerarse como una forma de expresar que se sigue siendo un varón “fuerte” a pesar de la debilidad mostrando una fortaleza de tipo espiritual o anímica ante una situación de adversa como el vivir con VIH, Me ha vuelto positivo, porque no me rajo, yo sigo adelante, yo no soy de los que, ya me estoy muriendo y ya, no. (Felipe, 2013, varón

que ha tenido sexo con mujeres y varones, y se identifica como heterosexual).

## Discusión

Por medio de las narrativas del padecimiento, se puede dar cuenta tanto de las condiciones que favorecen la reconstrucción de la masculinidad como de la persistencia de ideales y valores hegemónicos en varones que viven con VIH. Antes del diagnóstico, se identifica una exposición al riesgo asociada con tener múltiples parejas sexuales, prácticas sexuales bajo el influjo del alcohol o drogas, así como el uso inconsistente del condón (Sikweyiya et al., 2014), pues la sexualidad masculina se construye como un deseo irrefrenable que requiere satisfacerse (Courtenay, 2000). Asimismo, la masculinidad se construye alrededor de la noción de fortaleza, negación del dolor o del cuidado de sí mismo (Lindegger & Quayle, 2009), condición que coadyuva al retraso del diagnóstico en varones hasta que los síntomas son demasiado graves como para ser silenciados.

Durante la fase del diagnóstico, los varones señalaron la importancia de ser acompañados por los miembros de su red social de apoyo durante este momento crítico, a diferencia del estudio de Campero et al. (2010). Esto implica afrontar la posible pérdida de poder social por la posible devaluación vinculada al estigma asociado al VIH (Parker & Aggleton, 2002), reconocer su vulnerabilidad emocional en lugar de controlar en forma aislada el impacto afectivo del diagnóstico y permitirse depender del otro y solicitar apoyo. Sin embargo, tras la crisis inicial del diagnóstico, la posible masculinidad emergente puede oscilar hacia el polo de la masculinidad hegemónica, cuando los varones intentan “volver a la normalidad”, en términos de ejercer su rol de proveedores, evitar el tema del padecimiento y las emociones asociadas, así como preservar sus relaciones y actividades sociales. Más adelante, en la fase crónica, la aparición de infecciones oportunistas, el caer en cama o ser hospitalizado, el vivir con dolor y sufrimiento, conlleva el reconocimiento de que la

corporalidad se ha visto afectada y de que existen límites para sus prácticas sociales.

La depresión y la angustia son síntomas de una masculinidad afectada o deteriorada, que no logra aproximarse a la masculinidad hegemónica porque el cuerpo se ha vuelto débil, doliente y sufriente, sin poder negarlo ni controlarlo, y ahora tiene que depender de otros, y no puede realizar actividades que le otorgaban reconocimiento social, como el trabajo (Lynch et al., 2010; Mfecane, 2008; Siu et al., 2014). Esta masculinidad sobrellevada por el dolor físico también puede manifestarse a través del abandono del tratamiento, la negación o el consumo de alcohol o drogas, cuando es sobrellevada por el malestar emocional.

Cabe mencionar que, en la fase crónica, las manifestaciones físicas de la enfermedad no solo generan condiciones para la afectación de la masculinidad al alejarse de los ideales hegemónicos, sino que también permiten la emergencia de una masculinidad que reconozca la vulnerabilidad física y emocional, y promueva el autocuidado a través de un estilo de vida saludable que incluya la toma del medicamento, el ejercicio, el descanso o el no forzarse en el ámbito laboral (Lynch et al., 2010; Siu et al., 2013; Siu et al., 2014). Esta reconstrucción de la masculinidad implica la adopción de un rol de paciente que resulta fundamental no solo para la extensión del tiempo de sobriedad o el aplazamiento de infecciones oportunistas al adherirse al tratamiento y mantener la relación con los servicios de salud, sino que permite normalizar la vida con este padecimiento crónico.

No obstante, la emergencia de esta masculinidad centrada en el cuidado de la salud no deja de estar vinculada con la masculinidad hegemónica. En primer lugar, constituye una solución de compromiso ante la dificultad de cumplir con los valores hegemónicos en presencia de la enfermedad. En segundo lugar, la adopción de estas prácticas de cuidado favorecen la búsqueda de la independencia, el mantenimiento del rol de proveedor y la recuperación de la fortaleza, que constituyen premisas de la masculinidad hegemónica. Y finalmente, la masculinidad emergente permite

resignificar la fortaleza, el control emocional y la hombría a partir de la persistencia de los cuidados ante la adversidad. De esta manera, se puede señalar que la masculinidad podrá transformarse en diversos puntos de la trayectoria del padecimiento, en relación con la masculinidad hegemónica y compartiendo elementos con ella, razón por la cual la masculinidad que emerge es una masculinidad híbrida, sincretismo entre el cuidado de la salud para la prolongación de la vida y la búsqueda de recuperación de la vida antes del padecimiento.

A partir del presente estudio, se recomienda el desarrollo de servicios de atención psicológica que retomen la perspectiva de masculinidades y apoyen el trabajo clínico con las estrategias generadas por varones en el contexto local para afrontar el padecimiento en forma simultánea a la reconstrucción de sus identidades. Para concluir, se recomienda la replicación del estudio en diversos escenarios a fin de conocer la capacidad de generalización analítica de las categorías identificadas, además de incluir la perspectiva de otros grupos de varones.

## Agradecimientos

Se extiende un sentido agradecimiento a todos los participantes que compartieron sus testimonios para esta investigación.

## Referencias

- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C., & Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417.
- Connell, R. W. (2003). *Masculinidades*. México: UNAM/PUEG.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- Fleiz, C., Ito Sugiyama, M. E., Medina-Mora, M. E., & Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos: narraciones de un grupo de

- varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(5), 381-390.
- Galvan, F., Bogart, L., Wagner, G., Klein, D., & Chen, Y. (2014). Conceptualisations of masculinity and self-reported medication adherence among HIV-positive latino men in Los Angeles, California, USA. *Culture, Health & Sexuality*, 16(6), 697-709. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.902102>
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., & Quiroz, A. (2009). Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México. *Estudios Sociológicos*, 27, 79, 147-170.
- Inhorn, M., & Wentzell, E. (2011). Embodying emergent masculinities: Men engaging with reproductive and sexual health technologies in the Middle East and Mexico. *American Ethnologist*, 38(4), 801-815. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1425.2011.01338.x>
- Kimmel, M. S. (1987). Rethinking "Masculinity": New directions in research. En M. S. Kimmel (Ed.), *Changing men: New directions in research on men and masculinity* (pp. 7-9). Thousand Oaks: Sage.
- Lindegger, G., & Quayle, M. (2009). Masculinity and HIV/AIDS. En P. Rohleder, L. Swartz, S. Kalichman, & L. Simbayi (Eds.): *HIV/AIDS in South Africa 25 years on* (pp. 41-53). Nueva York: Springer.
- Lynch, I., Brouard, P., & Visser, M. (2010). Constructions of masculinity among a group of South African men living with HIV/AIDS: reflections on resistance and change. *Culture, Health & Sexuality*, 12(1), 15-27. <https://doi.org/10.1080/13691050903082461>
- Mfecane, S. (2008). Living with HIV as a man: Implications for masculinity. *PINS*, 36, 45-59.
- Núñez Noriega, G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. México: Porrúa/El Colegio de Sonora/UNAM/PUEG.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción*. México: El Colegio de México.
- Ramírez, J. C. (2011). Young mexican men divided: A possibility for transforming masculinity. En E. Ruspini, J. Hearn, B. Pease, & K. Pringle (Eds.), *Men and masculinities around the world* (pp. 143-157). Nueva York: Springer.
- Sikweyiya, Y., Jewkes, R., & Dunkle, K. (2014). Impact of HIV on and the constructions of masculinities among HIV-positive men in South Africa: implications for secondary prevention programs. *Global HealthAction*, 7, 24631. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24631>
- Siu, G., Seeley, J., & Wight, D. (2013). Dividuality, masculine respectability and reputation: how masculinity affects men's uptake of HIV treatment in rural eastern Uganda. *Social Science & Medicine*, 89, 45-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04025>
- Siu, G., Wight, D., & Seeley, J. (2014). 'Dented' and 'Resuscitated' masculinities: the impact of HIV diagnosis and/or enrolment on antiretroviral treatment on masculine identities in rural eastern Uganda. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 11(1), 211-221. <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2014.986516>

## Notas

- \* Artículo de investigación.