

# Fronteras corporales e identidad masculina. Experiencias de investigación y reflexiones conceptuales en el estudio de la salud

## *Body borders and male identity. Experiences of research and conceptual reflections in the study of health*

José Manuel Méndez Tapia

 <https://orcid.org/0000-0002-5623-2762>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.  
[manuel.mendeztap@correo.buap.mx](mailto:manuel.mendeztap@correo.buap.mx)

Recibido: 02-03-2019  
Aceptado: 15-04-2019



---

### Resumen

El objetivo de este trabajo consiste en compartir experiencias de una investigación de corte antropológico que tenía por objetivo analizar la relación el cáncer de próstata desde un enfoque sociocultural en salud, y el cual pretendió realizarse en el Hospital Universitario de Puebla (HUP), adscrito a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), en México. El artículo presenta una exposición general relacionado con distintos obstáculos que surgieron para el desarrollo del proyecto en el espacio de la institución hospitalaria mencionada, con la finalidad de exponer una revisión conceptual sobre la relación entre la identidad masculina y lo que se constituyen como "fronteras corporales" de los varones en el marco de la medicina científica. El trabajo concluye con una reflexión sobre la necesidad de abordar a la salud como un objeto de estudio transdisciplinario que posibilite otras formas de abordaje en el estudio del cáncer de próstata, así como de ciertas problemáticas asociadas a éste, tales como el retraso en el diagnóstico, el acceso y la atención médica.

**Palabras clave:** identidad, salud, sexualidad, género, cáncer, próstata.

---

### Abstract

The objective of this work is to share experiences of an anthropological research that aimed to analyze the relationship prostate cancer from a sociocultural approach in health, and which sought to be carried out in the University Hospital of Puebla (HUP), attached to the Benemérita Autonomous University of Puebla (BUAP), in Mexico. The paper presents a general report related to different obstacles that arose for the development of the project in the space of the aforementioned hospital institution, in order to present a conceptual review on the relationship between male identity and what are constituted as "corporal borders" of males in the framework of scientific medicine. The research concludes with a reflection on the need to approach health as an object of transdisciplinary study that allows other forms of approach in the study of prostate cancer, as well as certain problems associated with it, such as delay in diagnosis, access and medical attention.

**Key words:** identity, health, sexuality, gender, cancer, prostate.

---

### Summary

1. Introducción: antecedentes del problema | 2. Experiencias de investigación | 3. Repensar el cuerpo y la identidad masculina | 4. Reflexiones finales | Referencias bibliográficas

---

### Cómo citar este artículo

Méndez Tapia, J. M. (2019): "Fronteras corporales e identidad masculina. Experiencias de investigación y reflexiones conceptuales en el estudio de la salud", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 7 (1): 142-150. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.297>

## 1. Introducción: antecedentes del problema

El presente artículo de reflexión presenta algunas revisiones conceptuales acerca del estudio sociocultural del cáncer, derivadas de una experiencia de un trabajo de investigación que se llevó a cabo en el Hospital Universitario de la ciudad de Puebla (HUP), institución adscrita a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en México (BUAP), y que tuvo por objetivo general analizar la relación de la sexualidad y el género con la vivencia del cáncer de próstata. El objetivo central del texto recupera algunas de esas experiencias con la finalidad de indagar en los procesos socioculturales que materializan nuestros cuerpos cuando éstos se encuentran insertos en dinámicas de la medicina científica, así como por evidenciar ciertas implicaciones metodológicas que en el estudio del género, la salud y la enfermedad. La sistematización de estas experiencias de trabajo y la revisión sobre algunos conceptos clave del proyecto -tales como cuerpo, identidad y masculinidad-, pretende generar un eje de análisis sobre las lógicas sociales vinculadas a las experiencias cotidianas en las que se reproducen las prácticas en salud de los sujetos.

En septiembre de 2016 se registró en la universidad el proyecto de investigación "Sexualidad, género y procesos de salud enfermedad. Análisis antropológico sobre la experiencia de vivir con cáncer prostático". La temática parecía de un interés fundamental debido a que, previa revisión bibliográfica, había identificado algunos cruces analíticos entre la sexualidad, el género, y la experiencia de los varones que son diagnosticados con cáncer. El enfoque teórico abordaba a la sexualidad y al género desde la categoría de determinantes sociales en salud (DSS)<sup>1</sup>. Discusión que ha ganado terreno dentro de los análisis sociosanitarios con el fin de entender cómo operan causas sociales que subyacen a los problemas de salud y enfermedad de las poblaciones. Para conceptualizar este proceso, autores de la medicina social latinoamericana (Laurell, 1981; Rosen, 1985) proponen que dentro de las DSS se pueden encontrar patrones de exposición y vulnerabilidad diferenciados en tres distinciones a considerar: a) expresiones psicobiológicas materiales (como la vida y el sexo); b) interpretaciones culturales c) prácticas sociales que se ponen en marcha para explicarlas y resolverlas (López-Arellano et al., 2014).

En ese sentido, consideramos que los modos en que la gente enferma y muere son resultado de la distribución diferenciada de los DSS, lo que operó también como una justificación para indagar en los elementos de orden cultural que se relacionan con la vivencia de las "enfermedades no transmisibles" (ENT), -dentro de las cuales se incluye el cáncer, una enfermedad que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se constituye como la principal causa de mortalidad en el mundo. Tan sólo en México se ha reportado que más del 65% de todos los cánceres de próstata se diagnostican en hombres de más de 65 años y es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos (IMSS, 2016), de ahí el llamado a generar una disponibilidad de recursos e incrementar la capacidad de los sistemas de salud para ejecutar programas de prevención, control y atención paliativa de estas enfermedades.

En la revisión del estado de la cuestión sobre la temática del cáncer de próstata, se registraron estudios que demostraban la asociación entre la experiencia de cáncer de próstata con la conformación de la identidad masculina (Cecil et al., 2010; Mol, 2003; Chapple, y Ziebland, 2002; Wall, y Kristjanson, 2005; Gannon, 2010). Según esas investigaciones, una de las expresiones de esa relación se especificaría en el hecho de que muchos hombres son renuentes a realizarse la prueba de cáncer de próstata -una de las cuales se lleva a cabo por medio del tacto anal- debido a una visión machista sobre los procedimientos (Reinaldo, 2016). Tal rechazo por parte de los varones estaría sustentado en que el examen digital rectal se vincula al acto de la penetración, por lo que se significa como una especie de violación de la masculinidad (Dos Santos, 2012).

Así es que el retraso en el diagnóstico y la negación a ser examinados por un proctólogo sería consecuencia de un modelo cultural en el que los hombres simbolizan al ano como una zona corporal que se figura como punto de resistencia y dignidad masculina (Fonseca-Hernández, 2005). Pero, además, los problemas que vinculan al cáncer con los ideales de la masculinidad no solo se expresarían en un diagnóstico tardío, sino, por ejemplo, con un sentimiento de disminución de la masculinidad tras el tratamiento médico (Zaider et al., 2012). Por todo ello los varones se verían obligados a renegociar su masculinidad, si bien ésta ocurre dentro de los parámetros de desempeño que conciernen a la denominada masculinidad hegemónica (Gray et al., 2002).

---

<sup>1</sup> A partir de ahora Determinantes Sociales en Salud se mencionan en sus siglas DSS.

## 2. Experiencias de investigación

Este trabajo de investigación contextualizado en el Hospital Universitario de Puebla en la unidad de Urología se dividía en las siguientes fases. Análisis del archivo clínico de los expedientes de los pacientes; análisis del registro protocolario de la unidad de urología y proctología y trabajo de campo basado en entrevistas en profundidad con pacientes.

La primera y segunda de estas fases consistieron en la identificación de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, además de pacientes que tenían alguna afección vinculada con la próstata. Una vez revisados los datos clínicos de todos y cada uno de los expedientes se procedió a identificar los diagnósticos recibidos, los tratamientos administrados, así como otros problemas sanitarios asociados. Tras este trabajo de revisión e identificación se dispuso a la elaboración de una lista de referencia que contenía los pacientes más testimoniales –pacientes con problemas relacionados con la próstata–. El total de expedientes analizados fue de 149, cifra más que significativa. Tras los permisos pertinentes nos dispusimos a contactar vía telefónica con los pacientes para hacerles la invitación a participar. De esta primera rueda de llamadas se pudo concertar tres entrevistas en profundidad. Éstas constituirían la muestra exploratoria sobre la que nos basamos para el presente trabajo. La entrevista en profundidad era de tipo estructurada abierta, a todos los pacientes se les hizo el mismo tipo y número de preguntas, en el mismo orden dejando abiertas las respuestas.

Utilizar este tipo de técnica nos permitía aproximarnos a un objeto de estudio muy susceptible, el hecho de estar inmerso en un espacio clínico hostil. Su masculinidad y virilidad se veían atravesadas por las prácticas médicas que respondían a las pruebas a las que eran sometidos, pruebas que invadían su corporalidad atacando uno de los tabús más atávico en los esquemas de la masculinidad y hombría tradicional heterocéntrica, la invasión anal, considerada uno de los terrores por excelencia de la masculinidad heterosexual (Sáez del Álamo y Carrascosa, 2011).

Esto acompañado de las posibles consecuencias derivadas de los problemas prostáticos, siendo una de esas consecuencias la disfunción eréctil, la impotencia y la esterilidad, inflamación testicular o retracción, entre otras, ayudaban a configurar el terror que mermaba la construcción cultural de lo viril, masculino y hegemónico pues la erección y la impotencia a lo largo de la historia y en diferentes culturas siempre se ligó a la falta de hombría y virilidad. La inutilidad se relacionaba con la disfunción eréctil y con la pérdida del control del pene, siendo esta inutilidad una muestra de la pérdida del poder del hombre en las estructuras domésticas y sociales (McLaren, 2010). Las tres entrevistas en profundidad nos dieron las claves para poder analizar en contexto estas relaciones entre problemas oncológicos de próstata y la construcción y reconstrucción de las masculinidades.

A todo esto, no debemos olvidar que estamos trabajando en un contexto sociocultural, como es el mexicano, donde las masculinidades se enmarcan en los estereotipos del macho mexicano (Rodríguez Morales, 2014). Estereotipo que dimensiona los rasgos propios de los arquetipos tradicionales de la masculinidad (Gillet y Moore, 1993), entre los que debemos destacar la violencia, la bravura, la seducción, el poder, la hegemonía y la posesión de la palabra.

## 3. Repensar el cuerpo y la identidad masculina

Ante la existencia de una serie de temáticas que se hacen pertenecer a campos disciplinares que suponen prácticas y modelos de representación particulares; el estudio del cáncer parece que se constituye como asunto privativo de la práctica médica, de sus lógicas y sus intervenciones; siendo que otras disciplinas científicas aparecen como mero complemento o, por decir lo más, como una especie de iniciativa de contribución. El hecho de que en repetidas ocasiones se me haya dicho que no se entendía “qué hacía un antropólogo” proponiendo un proyecto de investigación en el hospital, está relacionado con el modo en cómo se valida la especificidad y la relevancia de una investigación científica. Con certeza, las intervenciones sanitarias suelen pensarse en el marco epistémico de la lógica de la medicina científica, que tiende a considerar a la enfermedad como “un proceso o alteración fisiopatológica, un cambio del estado normal del cuerpo, es decir una “anormalidad” (Treviño-Montemayor et al., 2015) que busca restablecerse en función de una estabilidad sanitaria perdida o puesta en suspenso como resultado de los peligros internos del cuerpo o por el acecho del medio natural.

La masculinidad como género se proyecta primeramente en la materialidad del cuerpo. Las marcas y las actividades sexuales que un cuerpo puede hacer y debe hacer dentro de la matriz patriarcal (Lerner, 2017). Un cuerpo significado por su genitalidad y su capacidad sexual para producir y reproducir, un cuerpo fragmentado y limitado a zonas erógenas y predispuestas para el placer que definen la virilidad desde tiempos antiguos. Muestra de esta relación se puede contemplar en las imágenes sobre divinidades masculinas portadoras de penes gigantemente amorfos (McLaren, 2010).

La masculinidad huye de sus posibles riesgos, se reelabora no sólo en el cuerpo sino en las prácticas sexuales demarcadoras de su hegemonía. Tanto es así que incluso en las prácticas homoeróticas consensuadas y en las relaciones homosexuales, el papel sexual de la sumisión, pasividad o "recepción sexual" es visto como un síntoma de feminización o "exceso de pluma", falta de virilidad o poca masculinidad (McLaren, 2010; Cabañas, 2012; Lerner, 2017; Gillet y Moore, 1993).

Otro de los riesgos de la masculinidad se materializa en la falta o ausencia. La mutilación genital, los daños morfológicos y las intervenciones a las que los hombres pueden ser sometidos durante el proceso del tratamiento oncológico, lleva a los hombres a sufrir el temor a perder el signo por excelencia de la masculinidad y la virilidad, el pene. Este miedo a la falta es un recurrente heredado y que debe ser reconstruido, sustituido o repuesto si se quiere ser "un hombre completo". Ejemplo de ello lo encontramos en cómo, tras la II Guerra Mundial en Estados Unidos de América, una de las cirugías estéticas más común entre los excombatientes fue la reconstrucción genital, pues era necesaria la vuelta del "hombre completo" con el fin de retomar el equilibrio y normalidad política, sociocultural y económica. Estos sujetos masculinos recompuestos tenían que retornar a sus hogares, puestos de trabajo y espacios de poder reemplazando a las mujeres, sus sustitutas, pero completamente reemplazables. Ellos no podían ser reemplazados (Preciado, 2010).

Volviendo al espacio clínico, el cual nos permite analizar estas construcciones y reemplazos, restituciones y significaciones de la masculinidad, observamos cómo la lógica disciplinaria ejecuta un conjunto de relaciones sociales que jerarquizan ciertos parámetros de validación respecto a cómo se organizan los conocimientos prácticos especializados en el estudio del cuerpo. Esto reafirma la idea de un modo de conceptualizar el ejercicio médico, entendiéndolo a éste como un "registro del saber" o modelos históricos de verdad (Foucault, 1996).

Valdría la pena evocar la forma en que la disciplina anatomista instauró un campo de saber sobre la estructura, la organización y el funcionamiento de un cuerpo en el que "esculpe sus verdades", lo que le permitió a ésta constituirse no solo como un dispositivo de conocimiento sobre el cuerpo, sino establecer horizontes epistemológicos desde donde se instrumentó una cierta invención del cuerpo, lo que develaría que el cuerpo es, ante todo, producto de una operación cultural (Mandressi, 2012).

En esta misma línea de análisis, una revisión conceptual en el estudio del cáncer apuntaría a una reformulación respecto a lo que se concibe como *el cuerpo*. Esto significaría no dar por sentado lo que *es* un cuerpo, sino interrogar cómo se produce lo que se asume como certeza en el registro de lo corporal o, en otras palabras, implica problematizar el proceso de materialización de lo que denominamos "fronteras corporales", que se pretenden ilustrar con la afección que ha operado como el eje de esta investigación: el cáncer de próstata. En este caso, el elemento corporal que parece jugar un papel preponderante es, precisamente, la próstata; pero ante la celeridad con la que podría otorgarse una respuesta evidente, es pertinente volver a una pregunta de arranque: ¿cuál es el papel que la próstata desempeña en la constitución de las fronteras corporales con relación a la masculinidad?

Una lectura habitual apelaría a la obiedad con que se juzga a la visibilidad natural como evidencia del sexo. Y sostendría que la próstata, tanto como otras regiones corporales consideradas "masculinas", serían zonas corporales que emergen como referentes constitucionales del cuerpo sexuado del varón y de la estabilidad de su identidad masculina. Se asumiría, en consecuencia, que esos elementos serían consustanciales a distintos problemas de orden biomédico que aquejan a los hombres (cáncer de próstata, prostatitis crónica, hiperplasia prostática, etcétera) y, desde esa lectura, la próstata sería un emergente concreto, así como evidencia concluyente de la diferencia sexual natural, lo que a lo sumo se constituiría como un poderoso argumento para privilegiar el estudio y la intervención de un "cuerpo de varón" desde una lógica naturalista.

En contraste, se pueden generar otras lecturas analíticas desde una mirada que desnaturalice los conceptos corporales más regularmente arraigados. Tomando como base el planteamiento de Judith Butler (2001, 2002) sobre la sustancialización de la identidad y su relación con los procesos de formación del sujeto, así como la forma en que los límites corporales se producen como efecto retrospectivo de la incorporación de la norma, preguntamos: ¿en qué medida las definiciones del cuerpo -a saber, la conformación de ciertas

fronteras corporales- se encuentran modeladas por imperativos de regulaciones sociosanitarias? Una de las precisiones conceptuales de este proyecto derivado de las reflexiones surgidas en el curso de casi dos años de intentar desarrollar la investigación en el hospital, ha consistido en recrear procesos de materialización del sujeto de género cuando éste se encuentra inserto en dinámicas particulares de la medicina y la tecnociencia, lo que a su vez ha posibilitado repensar la vinculación entre las fronteras del cuerpo y lo que emerge como un proceso de enfermedad. Desde este enfoque, la próstata ya no sería más evidencia natural del cuerpo sexuado ni fundamento anatómico de un cuerpo masculino sino, en todo caso, el efecto material de la conjunción reiterada de esas narrativas y de las prácticas sujetas a éstas.

La reformulación central radica en la siguiente premisa: más que plantear la pregunta de qué es lo natural de la diferencia sexual, se propone indagar en los procesos que hacen validar lo natural de los sexos. Así, con relación al engranaje ficcional de las fronteras corporales, habría que pensar la articulación de la asociación significativa de tipo orgánica-anatómica-funcional (pene-testículos-próstata-masculinidad, etcétera), y el papel que juega el saber médico científico en la articulación de estos elementos. Por tanto: más que asumir la trampa discursiva de que la próstata es un fragmento corporal con límites naturalmente precisos, este análisis se inspira en las reflexiones de Donna Haraway (1995; 2004) para considerar a la próstata como una figura semiótico-material, así como un nódulo cultural encarnado, forjado y habilitado por herramientas tecnocientíficas y ciertas maquinarias culturales de producción visual; lo que, por efecto de conjunto, habilita la encarnación de la identidad masculina.

Recurrimos de manera muy breve a un ejemplo en concreto para pensar que la confección de lo que culturalmente se fija como las fronteras corporales de la identidad masculina, en realidad va mucho más allá del plano de la anatomía funcional y la organicidad "natural". Para ello exponemos el caso de uno de los tres varones entrevistados en el Hospital Universitario de Puebla. El señor F. Con 63 años, oriundo de Puebla, y de oficio carpintero, ebanista y restaurador de muebles, a sus cuarenta y tantos años comenzó a tener molestias recurrentes porque "orinaba por gotas a cada ratito en la noche, no podía yo dormir porque estaba yendo y viniendo al baño y por chorritos", por lo que decidió ir a un hospital público donde "me iban a hacer tacto rectal para ver lo de la próstata, porque es lo que dicen, que la forma de tocar se sabe qué tan inflamado está la próstata o qué tan crecida está". Ya en el examen, dentro del consultorio médico:

El doctor que se pone sus guantes, que me echa lubricante y me empieza hacer el tacto. ¡Oiga doctor!... Despacio, porque duele horrible, pues duele feo ¿no? La verdad sí, yo no pensé que doliera, y me dice: "¡Ay, aguántate cabrón! ¡Te va a terminar gustando y hasta al rato vas a querer que te dé yo!". Entonces, ¡Imagínate, un doctor hablando de esa forma! Que le digo: "¿Sabe qué doctor? Respéteme porque merezco respeto como paciente porque me voy a olvidar que es usted doctor y a ver cómo se pone". ¿Qué me puedes hacer? -me dice- ¡Ah no, que me volteó! ¿Qué me dijiste? Hijo de tú tal por cuál... (Entrevista, Señor F, 2017).

Cuando el doctor estaba auscultando al señor F, éste le dio un golpe sin que el médico se lo devolviera, sus declaraciones muestran cómo la actitud masculina en este caso se configura a través de la violencia como eje de la identidad y la actitud de un "macho" tradicional y heterocéntrico:

... a ver, pues estoy chaparrito, pero yo me crié en un medio ambiente muy hostil, donde desde niño ya sabía yo pelear, era un niño de 15 años y ya le pegaba yo a un adulto (Entrevista, Señor F, 2017)

De las afirmaciones del Señor F se puede extraer cómo la violencia determina e identifica el resto de masculinidades que lo rodean. De sus pares, de los sujetos que han incidido en su proceso de socialización. Un testimonio que refrenda el peso cultural de la herencia patriarcal tradicional que, tal y como se ha indicado anteriormente, toma a la violencia como rasgo que atraviesa a la masculinidad por entero. El señor F cuenta que aprendió a pelear con sus amigos, quienes le enseñaron dónde pegar, cómo pegar, y cuáles eran los "puntos débiles" de otros hombres; y enfatiza: "Yo nada más peleo con las manos, y aviento patadas hasta en la cara". Para poder constatar cómo la auscultación o tacto rectal es sinónimo de "agresión a su masculinidad" (Saenz y Carrascosa, 2010), recurrimos a la descripción que el Señor F hace del momento en el que golpea al médico, pues golpeó al médico porque le dolieron dos cosas: el examen del tacto y la burla recibida. Pero ese dolor, menciona, también lo vivió como una molestia porque "es molesto; como varón pues es molesto... es que sí, es uno machista, bueno, yo no soy 100% machista, pero yo sí soy cabrón y no mido mis palabras".

Sin embargo, a raíz de lo que considera que fue una "mala experiencia", el señor F dejó de ir al hospital "casi diez años", lo cual también estuvo relacionado con el hecho de que se enteró que podía tomar un tratamiento farmacológico para que no se le inflamara la próstata, "porque me enteré de que sí hay un tratamiento para que no crezca". No obstante, la próstata se inflamó, y al cabo de más diez años de esa primera experiencia del examen del tacto rectal, el señor F tuvo que volver a someterse a otros diversos exámenes y procedimientos médicos y, finalmente, a una cirugía de resección transuretral prostática debido a una hiperplasia prostática grado II que, le informaron en el HUP -hospital en el que ahora se atendía- debía operarse con urgencia.

En este breve ejemplo se advierte que la próstata no puede pensarse de modo reduccionista solo como una glándula que se inflama y que puede ocasionarle a los varones distintas afecciones sanitarias; en cambio, parece más productivo pensar que, si la próstata opera como un elemento corporal que interfiere con las condiciones de salud de los varones, es porque esta emerge como resultado de una articulación compleja de acontecimientos diversos, dentro de los cuales se destacan la lógica y las prácticas de la institución médica, así como la historicidad del sujeto con relación a lo que en algún momento asume como el "ser varón". En este caso, las fronteras corporales surgen como efecto del cruce de una serie de normativas con relación a una cierta identidad masculina: es el asumirse no 100% machista, así como los referentes relacionales en un medio hostil - los amigos de la infancia- que instruyen acerca de zonas corporales en las que se puede pegar, y además lo que se apreciará como puntos débiles en otros hombres.

Así, el dolor puede ser causado por el golpe que sabe dónde lastimar, pero un dolor puede ser ocasionado por un examen del tacto, y también por una burla que molesta. La experiencia, en conjunto, es calificada de "mala" por parte del señor F, y en conjunción por el convencimiento de que existe un tratamiento farmacológico que controla la inflamación de la próstata, no vuelve a realizarse exámenes de detección hasta más de diez años después, cuando el problema en la próstata se ha agudizado. Por tanto, las fronteras corporales son configuradas, por reiteración práctica, tanto por lo que significa un examen de detección, tanto por lo que brinda la promesa de contención de la farmacología. Pero la confección de tales fronteras también puede rastrearse en función de lo que se figura como los puntos débiles que -por asociación significativa-, se establecen como sitios que hieren la caracterización de la hombría ("yo sí soy cabrón") *versus* la demanda del médico para que el señor F soportara el dolor del examen ("aguántate cabrón") y, sobre todo, lo que parece una amenaza de rendición, o bien, una posibilidad erótica negada en su origen y temida en su fundamento: "te va a terminar gustando" y "al rato hasta vas a querer que te de yo".

Esa broma por parte del médico, con certeza, una broma machista, invoca también una dimensión homofóbica sostenida en el fantasma del homoerotismo. Es decir, como han sostenido diversas perspectivas feministas, el otro por excelencia, el otro del repudio, es lo otro femenino (lo que a su vez permite a la masculinidad reconstituirse por reflejo afirmativo). Considero que en ese proceso emerge una alineación de ejes que permiten dar un ordenamiento a esta apelación dominante: la masculinidad en el orden de la negación de la fragilidad. De esta forma, la burla sostenida en la traición a la masculinidad -la penetrabilidad imaginada como homosexualidad-, implica la imposibilidad de reconocer el placer en un cuerpo del mismo sexo -o la posibilidad solo en un imaginario que actúe a modo de broma. Esto es a lo que me refiero con el fantasma del homoerotismo. La fantasía de dominación es dominar a los otros (desde la normatividad heterosexual es la dominación del cuerpo de las mujeres, o bien, el cuerpo alineado con lo femenino desde una consideración jerárquica).

Pero la dominación implica también dominar el propio cuerpo, o sea, soportar, aguantar el dolor, aguantar la transgresión, aguantar la penetración, aguantar la identificación con lo femenino. En este eje de análisis: ¿Qué es lo que parece que se intenta mantener a raya? Es decir, ¿Cuál es en realidad la causa de dolor y molestia en el señor F, así como el motivo de risa y de burla por parte del médico? La posibilidad de sentir deseo, la posibilidad por experimentar placer. Lo que resulta impensable es abrir la posibilidad al goce en el propio cuerpo cuando éste es materializado en función de normas culturales que lo producen como un cuerpo sexuado impermeable, digamos, cuando éste es confeccionado como un cuerpo masculino heterosexualizado.

#### 4. Reflexiones finales

Tal como se estableció en el estado de la cuestión, podemos aceptar que ciertamente hay retrasos en las pruebas de detección de cáncer –específicamente la prueba del tacto rectal– debido a que esa práctica está relacionada con las concepciones machistas de los varones, y dicho retraso es debido a que se asocia la prueba del tacto rectal con el acto de la penetración, una práctica que se constituye como la mayor afrenta a la virilidad porque se simboliza como la pérdida de su hombría, lo cual refuerza una de las premisas claves de Javier Saenz y Sejo Carrascosa (2010) acerca de su análisis sobre “el culo” como un eje corporal que permite visibilizar la articulación entre el odio, el machismo y la homofobia.

Pero si bien resulta de un interés fundamental entender de qué modo los varones se conceptualizan como seres sexuados, y de qué manera opera la prueba del tacto rectal como determinante en el marco de la experiencia de reconocerse como un sujeto masculino, en realidad esa es solo una parte de la historia, o mejor aún, un modo particular de narrar la historia. La problemática del cáncer no trata solo sobre los significados que los varones les atribuyen a sus problemas de salud, sino también la manera en que operan condicionantes institucionales con relación al acceso, la atención y el tratamiento de la enfermedad. Para finalizar, subrayo dos de éstas condicionantes: Las concepciones machistas –y por ende, el retraso en las pruebas de detección– no solo son privativas de los varones “pacientes”, sino pueden formar parte de los mismos médicos que procuran la atención.

Ello exige reflexionar sobre el papel que desempeñan las instituciones y las tecnologías biomédicas en la configuración de las fronteras corporales, lo que nos conduce a la segunda condicionante: al establecerse el estudio del cáncer en función de los parámetros de la medicina científica, se legitiman prácticas habilitadoras que encauzan cómo y desde dónde ver e intervenir el cuerpo, pero al mismo tiempo se deslegitiman otros abordajes teórico-metodológicos que, en conjunto, pueden incidir en la contención de problemáticas sanitarias específicas. Asimismo, la pregunta de a quiénes le competen los cuidados y la atención de nuestros cuerpos no puede depender de la elaboración de una noción de salud que se sustente en una lógica instrumentalista; de tal modo que,

(...) la incorporación del humanismo y las ciencias sociales en el estudio de la enfermedad y la comprensión de la salud se ha retardado debido a que la tendencia actual mundial es reducir la realidad a un discurso fundamentalmente utilitario, que sólo acepta lo que es lógicamente demostrable y puede ser calculado, medido y expresado en términos matemáticos. La idea del mundo se reduce a sus expresiones más evidentes y pragmáticas, y los problemas de la sociedad se enfrentan aplicando los medios más eficientes de la manera más rápida. Esta racionalidad, que descansa fundamentalmente en el saber empírico, no busca comprender el mundo sino dominarlo (López Moreno et al., 2011: 52).

El hecho de que la atención médica sobre el cáncer sea abordada exclusivamente desde una racionalidad médica de carácter utilitario, y que además se demeriten las contribuciones que pueden llegar a ofertarse desde un enfoque transdisciplinario de la salud, reafirma las fronteras naturales del cuerpo al solidificar explicaciones naturalistas sobre los distintos problemas que aquejan al sujeto de la enfermedad. Como hipótesis de trabajo que requiere seguir siendo examinada, considero que la consecuencia por el hecho de tomar posesión exclusiva de un cuerpo naturalizado, y de legitimarlo como exclusivo de un campo disciplinario, deja a los sujetos en estados de desprotección, o cuando menos, se acentúan sus condiciones de vulnerabilidad.

Esta relación, enfermedad, cuerpo y masculinidad heterocéntrica evocan a la reflexión sobre cómo la configuración de las fronteras del cuerpo, permiten visibilizar los procesos de salud enfermedad asociados a la naturalización de regiones corporales particulares. Sopesando el nivel del rechazo por el que muchos hombres deciden no realizarse una prueba de tacto rectal, tanto por su sensación de agresión a la virilidad, su situación como cuerpo no hegemónico y manipulable, la pérdida del control en las partes del cuerpo sexualizadas fuera del marco normativo, el sentimiento homófobo y la creencia de que esa práctica que puede salvarle la vida es un insulto, una broma pesada o una prueba que no tiene porque ser hecha, pues ataca el tabú masculino por excelencia.

## Referencias bibliográficas

- Butler, J. (2001): *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- (2002): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabañas Agreda, M. (2012): *Reyes sodomitas. Monarcas y favoritos en las cortes del Renacimiento Barroco*. Madrid: Egales.
- Cecil, R., Mc Caughan, E. y Parahoo, K. (2010): "It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity", *European Journal of Cancer Care*, 19: 501-509 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01085.x>
- Chapple, A. y Ziebland, S. (2002): "Prostate cancer: embodied experience and perceptions of masculinity", *Sociology of Health & Illness*, 24: 820-841. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00320>
- Dos Santos Maia, L. (2012): "Câncer de próstata: preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida", *Revista Recien*, 2(6): 16-20. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.03>
- Fonseca-Hernández, C. (2005): "Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica", *Bajo el Volcán*, 5 (9):135-155.
- Foucault, M. (1996): *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Gannon, K. Guerrero-Blanco, M. Patel, A. y Abel, P. (2010): "Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer", *The Aging Male*, 13 (4): 258-64. <https://doi.org/10.3109/13685538.2010.487554>
- Gillet, D. y Moore, R. (1993): *La nueva masculinidad: rey, Guerrero, mago y amante*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Gray, R. Ficht, M., Fergus, K. Mykhalovskiv, E. y Church, K. (2002): "Hegemonic Masculinity and the Experience of Prostate Cancer: A Narrative Approach", *Journal of Aging and Identity*, 7: 43-61.
- Haraway, D. (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- (2004): *The Haraway Reader*. New York: Routledge.
- Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. *Cáncer de Próstata*. [6-07-2016]. Disponible en: <[www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata](http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata)>.
- Laurell, C. (1981): "La salud enfermedad como proceso social", *Revista Latinoamericana de Salud*, 2 (1): 7-25.
- Lerner, G. (2017): *La creación del patriarcado*. Pamplona: Katakack.
- López Moreno, S. Chapela, M., Hernández Zinzun G., Cerda, A. y Outón, M. (2011): "Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX", en Chapela y Contreras. coords: *La salud en México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*. México D.F: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lopez-Arellano O., Escudero J.C. y Carmona L.D. (2008): "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud", *ALAMES. Medicina Social*. 3 (4): 323-335. <https://doi.org/10.17162/rccs.v7i1.992>
- Mandressi, R. (2012): *La mirada del anatomista. Disección e invención del cuerpo en occidente*. México D.F: Universidad Iberoamericana.
- McLaren, A. (2010): *Impotencia: una historia cultural*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.
- Mol, A. (2003): *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. London: Duke University Press.
- Preciado, P.B. (2010): *Pornotopía. Arquitectura y sexualidad en Playboy durante la guerra fría*. Barcelona: Anagrama.
- Reinaldo, B. y Rivero, A. (2016): "El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico", *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6 (1): 164-190.
- Rodríguez Morales, Z. (2014): "Machos y machistas. Historia de los estereotipos mexicanos", *Ventana*, 39: 252-260.
- Rosen, G. (1985): *De la policía médica a la medicina social*, México D.F: Siglo XXI Editores.
- Sáez del Álamo, J. y Carrascosa, S. (2011): *Por el culo, políticas anales*. Madrid: Egales.
- Treviño-Montemayor, R. Barragán, L. y Ríos, J. (2015): "El concepto de enfermedad y sus repercusiones en la investigación epidemiológica", *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 4 (2).
- Wall, D. y Kristjanson, L. (2005): "Men, culture and hegemonic masculinity: understanding the experience of prostate cancer", *Nursing Inquiry*, 12: 87-97. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00258.x>
- Zaider, T., Manne, S., Nelson, C., Mulhall, J. y Kissane, D. (2012): "Loss of Masculine Identity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men with Localized Prostate Cancer", *The Journal of Sexual Medicine*, 9: 2724-2732. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x>

**Breve CV del autor:**

José Manuel Méndez Tapia es Profesor Investigador de Tiempo Completo del Colegio de Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Doctor en Ciencias en la Especialidad de Investigaciones Educativas (DIE-CINVESTAV), Maestro en Medicina Social (UAM Xochimilco), Licenciado en Psicología (UAM Xochimilco), Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT y Miembro Investigador de la Red Temática de Estudios Transdisciplinarios del Cuerpo y las Corporalidades. CONACYT.