EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Masculinidades y envejecimiento

Cuidar de la salud es cosa de hombres

Antonio Belaunde Clausell | Julio César González Pagés



CIENCIAS MÉDICAS • GERIATRÍA

Masculinidades
y envejecimiento
Cuidar de la salud es cosa de hombres

Masculinidades
y envejecimiento
Cuidar de la salud es cosa de hombres

Antonio Belaunde Clausell | Julio César González Pagés



CIENCIAS MÉDICAS • GERIATRÍA

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas
Masculinidades y envejecimiento. Cuidar de la salud es cosa de hombres / Antonio Belaunde Clausell, Julio César González Pagés; --- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2026.
82 p.— (Ciencias Médicas. Serie Geriatría).
-
Geriatría, Anciano, Envejecimiento, Medicina clínica / métodos, Sexualidad, Salud del Adulto
-
-
WT 145

Cómo citar esta obra:
Belaunde Clausell A, González Pagés JC. Masculinidades y envejecimiento. Cuidar de la salud es cosa de hombres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2026. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/masculinidades-y-envejecimiento-cuidar-de-la-salud-es-cosa-de-hombres/

Edición: M. Sc. Judith María Mugica Ruiz
Diseño y maquetación: D. I. José Manuel Oubiña González

Sobre la presente edición:
© Antonio Belaunde Clausell, Julio César González Pagés, 2026
© Editorial Ciencias Médicas, 2026

Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es



ISBN 978-959-316-275-3 (PDF)
ISBN 978-959-316-276-0 (EPUB)
ISBN 978-959-316-277-7 (impreso)

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado
La Habana, C. P. 10400, Cuba
Teléfono: +53 7836 1893
ecimed@infomed.sld.cu
www.ecimed.sld.cu

Se agradece el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la edición, diseño e impresión del libro *Masculinidades y envejecimiento. Cuidar de la salud es cosa de hombres*. Las opiniones expresadas por los autores de esta publicación no reflejan necesariamente la decisiones ni las políticas de la OPS.



Autoría

Antonio Belaunde Clausell
Máster en Longevidad Activa y Envejecimiento
Especialista de II Grado en Medicina Interna
y de I Grado en Geriatría y Gerontología
Profesor Asistente
Investigador Auxiliar
Centro de Investigaciones sobre Longevidad,
Envejecimiento y Salud
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
http://orcid.org/0000-0002-5602-0188

Julio César González Pagés
Doctor en Ciencias Históricas y Sociales
Máster en Antropología y Género
Profesor Titular Adjunto
Universidad de La Habana
Coordinador General de la Red Iberoamericana
y Africana de Masculinidades (RIAM)
http://orcid.org/0009-0008-0687-9358



Prólogo

Cuando los autores me invitaron a prologar este libro, no dudé ni un instante. Llevo décadas ejerciendo la geriatría, y en todo este tiempo he visto cómo una y otra vez se repetía la misma escena: el hombre mayor que llega tarde, mal, cuando ya no hay mucho que hacer. Y siempre, al cerrar la historia clínica, me quedaba la sensación de que había algo que no habíamos visto, que se nos escapaba entre los números de la tensión arterial y los valores de laboratorios.

Ese "algo" es el género. Y este libro, por fin, pone palabras a lo que muchos llevamos años viendo y no sabíamos cómo nombrar.

Durante mucho tiempo, la medicina ha presumido de ser una ciencia objetiva, neutral, ajena a las influencias culturales. Pero la neutralidad, en cuestiones de género, suele ser una forma encubierta de perpetuar el statu quo. Hemos tratado a los hombres como si su forma de estar en el mundo no importara para su salud. Hemos dado por sentado que el estoicismo, la autosuficiencia y la negación de la vulnerabilidad eran rasgos de carácter, no mandatos culturales con consecuencias clínicas devastadoras.

Y mientras tanto, los hombres seguían muriendo antes, llegando a urgencias con infartos que podrían haberse evitado, abandonando los tratamientos para la diabetes o la hipertensión, quitándose la vida en números que nos helaban la sangre. Y nosotros, los profesionales, seguíamos tratando los síntomas sin preguntarnos por las causas profundas. Este libro es un antídoto contra esa ceguera.

Sus autores han hecho algo que no es fácil: tender un puente entre la teoría de género y la práctica clínica. No se quedan en el diagnóstico de lo que está mal, ofrecen herramientas para hacerlo mejor. Desmontan mitos como el de la andropausia, visibilizan la violencia que no cesa con la edad y señalan con crudeza y compasión el destino de los hombres quienes, al perder a su esposa, pierden también su brújula y su ancla.

Pero, sobre todo, este libro nos recuerda algo esencial: que la masculinidad no es un destino, sino una construcción. Y como toda construcción, puede ser desmontada y reconstruida de otra manera. Los hombres mayores que han aprendido

a pedir ayuda, a expresar sus emociones, a cuidar de sí mismos y de los demás, nos demuestran que es posible. Que la vejez no tiene por qué ser la confirmación de una identidad rígida, sino la oportunidad de liberarse de ella.

Como geriatra, sé que el tiempo en la consulta es limitado, que las listas de espera son largas y que los recursos nunca son suficientes. Pero también sé que una pregunta bien hecha puede salvar una vida. Preguntar no por los síntomas, sino por el significado que tienen para el paciente. Preguntar por qué no vino antes, por qué dejó el tratamiento, por qué prefiere callar y no pedir ayuda. Preguntar, sobre todo, cómo se siente de verdad.

Esa es la invitación que nos hace este libro: a mirar de otra manera, a escuchar con otros oídos, a ver al hombre mayor como una persona con una historia, no como un conjunto de diagnósticos. No es una tarea fácil, pero es la única que puede devolverle a la geriatría su dimensión más humana.

Ojalá este libro llegue a las manos de todos los profesionales que, como yo, han sentido que algo faltaba en su forma de atender a los hombres mayores. Porque lo que falta, a partir de ahora, tiene nombre y tiene voz. Y tiene, sobre todo, un camino para empezar a cambiar las cosas.

Dr. C. Guido E. Lluis Ramos
Especialista de II Grado en Geriatría y Gerontología
Profesor Titular
Hospital Militar Central Dr. Carlos Juan Finlay



Prefacio

En Cuba llevamos 30 años de diálogo sobre el impacto nocivo de las masculinidades tóxicas aprendidas en la casa, el barrio, la escuela y otros espacios públicos.

Con la creación del Foro de masculinidades, en 1996, en el Movimiento Cubano por la Paz intentamos establecer un espacio para la significación del concepto de masculinidades en la ruta cubana de género, para promover valores anti patriarcales y no violentos.

Un pase de avance para cumplir estos objetivos fue la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM) que se fundó en 2006 con la propuesta de crear un espacio autónomo donde se integraran personas tanto del mundo académico como activistas que tuvieran el interés de promover relaciones equitativas entre hombres y mujeres.

La motivación surgió como una necesidad de debatir temas en los cuales los hombres sienten mucha incertidumbre y son incapaces de exteriorizar por el aprendizaje de un modelo hegemónico de masculinidad, con la celebración de talleres con trabajadores sociales, estudiantes universitarios, policías, reclusos, diversos grupos étnicos y raciales, dirigentes locales, entre otros, con la idea común de debatir sus principales problemáticas y proponer alternativas de cambio para los hombres.

Los objetivos de la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades se basan, fundamentalmente, en sensibilizar, capacitar y apoyar las diferentes campañas e iniciativas locales o nacionales que aborden distintas problemáticas desarrolladas en nuestra sociedad, donde se haga necesario el trabajo con los hombres. Promover el cambio en los varones y que estos establezcan relaciones de igualdad con las mujeres.

Todo ello estableciendo como pauta un fuerte vínculo entre la academia y el activismo, es decir, aprovechar el potencial de uno u otro ámbito en pos de la erradicación de la discriminación por motivo de género, la violencia y el machismo. Asimismo, incentivar el estudio de la teoría de género y los abordajes teóricos que desde la década de los ochenta se vienen desarrollando en los estudios de masculinidades, especialmente en poblaciones jóvenes.

El trabajo implementado ha tenido entre sus principales escenarios la sociedad cubana y sus problemáticas, pero no se ha limitado al país caribeño. También se han

realizado labores en diferentes países de Iberoamérica y en 2012 se incluyeron colaboraciones con estudiosos y activistas del continente africano.

En los días 8 y 9 de noviembre de 2012, la Casa del Alba Cultural de La Habana fue sede de la Tercera Jornada Cubana de Estudios de Masculinidades, dedicada esta vez a la cultura de la salud en el cuidado de los hombres. Organizada por el Foro Masculinidades en Cuba y la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM), la nueva Jornada contó con el apoyo de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (Cosude), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Sistema de la Organización de Naciones Unidas en Cuba.

Con el lema: "Cuidar de la salud es cosa de hombres", el evento reunió a artistas, estudiantes y profesionales universitarios de áreas de la medicina, psicología, comunicación, activistas, promotores de salud de varias provincias del país como Pinar del Río, Mayabeque, Artemisa, Matanzas, Cienfuegos, Villa Clara, Granma, Santi Spíritus y La Habana. De esta forma, con el fin de incitar la reflexión e incidir en las políticas públicas y en los medios de comunicación del país, a través de paneles, audiovisuales y la música, la nueva Jornada promovió debates sobre las implicaciones socioculturales de las masculinidades en los hombres, que conllevan a serios problemas de salud, de violencia y de inequidades entre los hombres y con respecto a las mujeres.

Catorce años después presentamos el texto *Masculinidades y envejecimiento. Cuidar de la salud es cosa de hombres* como parte de los nuevos espacios de la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades, con el proyecto Cultura y Paz que desarrolla talleres con el proyecto Corazón Feliz de la cantautora Rochy Ameneiro y el grupo de trabajo del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud uniendo a los adultos mayores y niños en espacios comunes con el auspicio de las embajadas de Suiza y Canadá en Cuba.

Un detalle importante de la presente investigación es la utilización de un fondo fotográfico inédito de la biblioteca del Dr. Julio César González Pagés con imágenes de hombres cubanos desde 1860. Estas aportan los arquetipos de masculinidades en el tránsito de la colonia a la república y los primeros años de la revolución de 1959.

El envejecimiento de la población cubana y la poca cultura del cuidado entre los hombres inspiraron estos cruces de saberes entre las ciencias sociales y la medicina para alertar sobre la importancia del cuidado de la población masculina y el reto de una adultez mayor con buena salud.

La Habana, 6 de agosto del 2026
Los autores



Índice de contenidos

¿Por qué un libro sobre hombres, si la medicina ha sido predominantemente de hombres?/ 1

La paradoja del privilegio: más poder social, peores indicadores de salud/ 2

La ceguera de género en la consulta: cuando lo masculino es la norma no examinada/ 3

Estructura del libro y su enfoque biopsicosocial/ 4

Parte I. Teoría, método y epidemiología/ 7

Capítulo 1. Masculinidades y salud: un binomio invisible/ 9

De la masculinidad hegemónica al plural: masculinidades/ 9

Cómo el género moldea la salud: conductas de riesgo, búsqueda de ayuda y adherencia/ 10

Epidemiología de la salud masculina: la brecha de mortalidad y sus causas evitables/ 11

Pero no todo es desolación. También hay datos alentadores/ 13

Capítulo 2. Desmontando la hipótesis de la andropausia: la construcción biomédica de una masculinidad deficitaria/ 14

Análisis crítico de la evidencia: beneficios modestos, riesgos silenciados/ 15

La medicalización del malestar vital: cuando la tristeza se convierte en hipogonadismo/ 16

Parte II. El cuerpo y sus espejos/ 19

Capítulo 3. La máscara del estoicismo: represión emocional y enfermedad/ 21

El corazón del hombre que no pide ayuda: retraso prehospitalario en el infarto/ 21

Alexitimia normativa masculina: cuando el lenguaje emocional no existe/ 22

Cáncer colorrectal, diabetes *mellitus* y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: el estoicismo retrasa el diagnóstico/ 22

El estoicismo y la falta de adherencia en tratamientos crónicos/ 24

¿Qué podemos hacer? La consulta como espacio de deconstrucción/ 24

Capítulo 4. Espejismos y máscaras: la lucha del hombre mayor contra su reflejo/ 26
Vigorexia, dismorfia corporal/ 26
El ideal del *silver fox* y la industria del antienvejecimiento/ 27
Implicaciones clínicas de la insatisfacción corporal ignorada/ 28
¿Qué podemos hacer?/ 29

Capítulo 5. Más allá de la erección: la construcción social de la sexualidad masculina en la vejez/ 30
La medicalización de la intimidad: ¿todo es disfunción eréctil?/ 31
El contexto relacional y las enfermedades crónicas/ 32
La consulta como espacio de negociación de la masculinidad/ 33
Redefiniendo el placer, la conexión y la sensualidad/ 34

Parte III. Las crisis vitales: pérdidas, roles y duelos/ 35

Capítulo 6. Profesión: jubilado. El vacío de la masculinidad productiva/ 37
La jubilación como evento vital estresante: entre la libertad y la emasculación simbólica/ 37
La clínica del vacío: astenia, insomnio, alcohol y benzodiacepinas/ 38
La jubilación exacerba las enfermedades crónicas/ 39
Prescribir roles, no solo fármacos: propuestas desde la geriatría preventiva/ 40
La jubilación como duelo y como oportunidad/ 41

Capítulo 7. Viudedad, aislamiento y suicidio: el viudo invisible/ 42
La viudedad como factor de riesgo: el hombre que pierde su ancla/ 43
La depresión enmascarada: cuando la tristeza no se parece a la tristeza/ 43
La tríada del riesgo: abandono somático, depresión enmascarada y red social inexistente/ 44
Cribado activo en atención primaria: lo que deberíamos estar haciendo/ 44
La pregunta que puede salvar una vida/ 45

Capítulo 8. Cuando el cuerpo falla al rol: dependencia funcional, vergüenza y salud mental/ 47
El fantasma de ser una carga y su relación con la ideación suicida/ 48
Enfermedades crónicas que causan dependencia: el cuerpo que traiciona/ 48
La vergüenza de recibir cuidados/ 49
Estrategias de resignificación: los hombres que aprenden a recibir/ 50
El papel de la familia y los cuidadores: cómo facilitar la resignificación/ 52
Propuestas desde la atención sanitaria: lo que deberíamos hacer/ 52

Parte IV . Territorios extremos y nuevos horizontes/ 55

Capítulo 9. Morir como un hombre: la toma de decisiones al final de la vida desde las masculinidades/ 57

Cómo la socialización masculina moldea la planificación anticipada de decisiones/ 58
El impacto de las enfermedades crónicas terminales en la negociación de los cuidados paliativos/ 59
El miedo a "perder el control": la morfina y la sedación/ 60
Hacia una "buena muerte" que integre la deconstrucción del héroe/ 61
Propuestas para la práctica clínica: acompañar al hombre que se muere/ 61

Capítulo 10. Agresores grises: la masculinidad violenta que no cesa con la edad/ 63

La otra cara del maltrato al anciano: el hombre mayor como perpetrador/ 64
Factores de riesgo: deterioro frontal, dependencia, rabia narcisista/ 65
El sesgo del clínico y la necesidad de cribado ético en la consulta geriátrica/ 66
Violencia relacionada con el deterioro cognitivo: no estigmatizar, pero no ignorar/ 67
El profesional de la salud como puente entre la violencia y la ayuda/ 67
La masculinidad que no cesa/ 68

Capítulo 11. Huérfano de cuidador: la tormenta perfecta del desamparo masculino/ 69

La incompetencia aprendida y el déficit de capital social cuidador/ 70
La tormenta perfecta del desamparo masculino/ 71
Enfermedades crónicas y falta de cuidador/ 71
¿Escuelas de cuidado para hombres? Una propuesta polémica y necesaria/ 72
La corresponsabilidad como cuestión de salud pública/ 73

Epílogo/ 75

Receta para una medicina geriátrica con gafas de género/ 75
Propuestas prácticas para la consulta/ 76
Lo que no se pregunta no se ve/ 77

Referencias bibliográficas/ 79





¿Por qué un libro sobre hombres, si la medicina ha sido predominantemente de hombres?

En más de una ocasión hemos recibido respuestas de pacientes que nunca hemos logrado comprender del todo. Eran las siete de la mañana, en la sala de urgencias, y acababa de atender a un hombre de 68 años que había llegado con un infarto agudo de miocardio. Había estado con dolor en el pecho desde las dos de la madrugada, pero había decidido no ir al médico a esa hora. Cuando le pregunté por qué esperó tanto, me miró con una mezcla de vergüenza y estoicismo y me dijo: "No quería molestar, doctor. Además, pensé que se me pasaría. Los hombres no somos de ir al médico por tonterías".

Ese hombre casi muere por no querer "molestar". Su mujer, que estaba en la sala de espera, me confesó después que llevaba 2 años pidiéndole que fuera al cardiólogo porque se cansaba subiendo las escaleras, pero él siempre respondía lo mismo: "Eso es cosa de viejos, no me voy a poner a hacer dramas".

Esa mañana no solo enfrenté a un infarto; me enfrenté a todo un sistema de creencias que estaba matando al paciente de forma silenciosa, lenta y profundamente cultural. Nadie me había explicado que el género no es algo que afecte solo a las mujeres, que los hombres también tienen género y que ese género, esa forma de ser hombre en esta sociedad, es un determinante de salud tan poderoso como la hipertensión arterial o el colesterol.

De ahí nace este libro. No de una ocurrencia académica, ni de la moda de los estudios de género, sino de la experiencia cotidiana en las consultas, en las urgencias, en las salas de hospitalización, viendo cómo los hombres mayores llegan tarde, llegan mal, y demasiadas veces, ya no llegan.

Pero hay una pregunta que es esencial: ¿Por qué escribir un libro sobre la salud de los hombres si la medicina, históricamente, ha sido una profesión hecha por hombres y para ellos? ¿No es acaso la medicina "de hombres"? ¿No han sido los cuerpos masculinos el estándar de lo normal durante siglos?

Buena pregunta. Y la respuesta, es más compleja de lo que parece.

La paradoja del privilegio: más poder social, peores indicadores de salud

Vamos por partes. Es cierto que los hombres han dominado la medicina durante siglos. Han sido los médicos, los investigadores, los decanos de las facultades, los directores de los hospitales. Han sido los sujetos de estudio por defecto en los ensayos clínicos, mientras que las mujeres eran consideradas "demasiado complicadas" por sus ciclos hormonales. El cuerpo masculino, blanco y adulto, se convirtió en el prototipo del ser humano sano. Todo lo que se desviaba de ese estándar era "lo otro".

Pero aquí está la paradoja: siendo el estándar, los que han tenido el poder de definir qué es la salud y qué es la enfermedad, los hombres viven menos años y con peor salud que las mujeres en casi todos los países del mundo. La brecha de género en esperanza de vida es persistente: en Cuba, por ejemplo, las mujeres viven de media unos 4,82 años más que los hombres.[1] Y no estamos hablando de diferencias biológicas inevitables; la mayor parte de esa brecha se debe a causas evitables, a conductas, a decisiones, a formas de estar en el mundo que son aprendidas y, por tanto, modificables.

Los hombres tienen el doble de probabilidades de morir por enfermedad cardiovascular antes de los 65 años. Tienen una tasa de suicidio que triplica a la de las mujeres. Consumen más alcohol, más tabaco y más drogas ilegales.[1] Conducen más rápido y usan menos el cinturón de seguridad. Acuden menos al médico de cabecera, retrasan más la búsqueda de ayuda y, cuando finalmente van, suelen hacerlo en fases avanzadas de la enfermedad. Son más reacios a hablar de sus emociones, de sus miedos, de sus dudas. Y todo eso tiene consecuencias.

Y, sin embargo, esos mismos hombres que evitan el médico, que minimizan sus síntomas y que rechazan la vulnerabilidad, son los que luego, cuando llegan a urgencias, exigen ser atendidos de forma inmediata y prioritaria. La paradoja del privilegio se manifiesta también en la consulta: el hombre que no fue a prevención es el mismo que reclama un tratamiento heroico cuando la enfermedad ya es incurable.

Porque el privilegio no es una protección, es una trampa. El privilegio de ser el centro, el estándar, el que no tiene que preguntarse por su género, lleva a una ceguera sistemática. Los hombres no se ven a sí mismos como seres de género; se ven como "personas", como "individuos", mientras que las mujeres son las que tienen género. Y esa ceguera tiene un coste: no ven los patrones, no ven los riesgos, no ven las normas que los están matando lentamente.

La ceguera de género en la consulta: cuando lo masculino es la norma no examinada

Recuerdo una sesión clínica en la que discutíamos el caso de un paciente de 80 años con insuficiencia cardíaca descompensada. El hombre había abandonado la dieta hiposódica, había dejado de tomar los diuréticos y había ganado 8 kg de líquido en dos semanas. Cuando la jefa de servicio preguntó por qué, la respuesta fue: "No sé, quizá falta de adherencia, como muchos ancianos".

Nadie preguntó por su historia, por su vida, por su identidad. Nadie preguntó si ese hombre había sido siempre el que tomaba las decisiones en su casa, el proveedor, el fuerte, el que nunca se quejaba. Cuando hablé con él a solas, me confesó que no podía soportar la sensación de estar todo el día pendiente de la sal, de las pastillas, de las visitas al médico. "Yo he sido toda mi vida el que resolvía los problemas de mi familia", me dijo con la voz temblorosa. "Ahora no puedo ni resolver los míos. Prefiero no pensar en ello".

Esa es la ceguera de género en la consulta: vemos los síntomas, las cifras, los resultados de laboratorio, pero no al hombre que hay detrás. No vemos cómo su socialización en una masculinidad hegemónica le ha enseñado a no pedir ayuda, a no expresar debilidad, a no cuidarse porque el cuidado es cosa de mujeres. No vemos que el abandono del tratamiento no es pereza o desinterés, sino una forma de resistirse a una identidad que se desmorona.

Y aquí es donde quiero ser especialmente claro: no estoy diciendo que los hombres sean víctimas de un complot. Estoy diciendo que el sistema de género que se ha construido colectivamente, y en el que todos participamos, provoca efectos concretos, medibles y devastadores sobre la salud de los hombres mayores. Y que la medicina, en su afán por ser científica y objetiva, ha contribuido a invisibilizar ese sistema, a tratarlo como si no existiera, como si el género fuera un problema de las mujeres y los hombres estuvieran, por definición, fuera de él.

La geriatría, como especialidad que atiende a personas mayores, debería ser especialmente sensible a estas cuestiones. Porque la vejez es el momento de la vida en el cual las normas de género se vuelven más exigentes y más contradictorias. Se espera que el hombre mayor siga siendo fuerte, autónomo, proveedor, pero al mismo tiempo su cuerpo y su contexto social le dicen que ya no lo es. Ha perdido su fuerza, su trabajo, su pareja, en fin, ha perdido el rol que lo definía. Y ese desfase, esa contradicción, genera sufrimiento, enfermedad, depresión, aislamiento y, en los casos más extremos, suicidio.

Por eso este libro no es de quejas ni de acusaciones. Es un libro de comprensión y de propuesta. Quiere ayudar a los profesionales de la salud a ver lo que hasta ahora ha sido invisible: cómo la masculinidad moldea los síntomas, los diagnósticos, los tratamientos y los pronósticos de los hombres mayores. Y quiere ofrecer herramientas prácticas, basadas en la evidencia y en la experiencia clínica, para atender a esos hombres de una forma más integral, más humana y más eficaz.

Estructura del libro y su enfoque biopsicosocial

Antes de adentrarnos en el contenido, es necesario explicar el enfoque que lo atraviesa de principio a fin: el enfoque biopsicosocial.

No se trata de un enfoque novedoso, pero sí de uno que en la práctica clínica sigue siendo minoritario. El modelo biopsicosocial nos dice que la salud y la enfermedad no pueden entenderse solo a través de los procesos biológicos, también se deben considerar los factores psicológicos (emociones, creencias, personalidad) y los factores sociales (relaciones, cultura, género, clase social). En el caso de los hombres mayores, estos tres niveles están profundamente entrelazados y solo puede entenderse su salud, si se analizan conjuntamente.

Por ejemplo, un hombre de 70 años con diabetes *mellitus* tipo 2 no solo tiene un problema de páncreas y de insulina. Presenta otros dilemas: cómo se siente respecto a su cuerpo que ya no responde como antes, cómo su socialización masculina le ha enseñado a desatender las señales de alarma; y si tiene pareja, cuando esta fallece o enferma, ve desmoronarse su red social porque en esa persona había depositado toda la gestión de su salud. Si solo miramos la glucemia, estamos viendo una pequeña parte del problema. Y estamos condenando a ese hombre a repetir los mismos errores, a no entender por qué se descompensa, a sentirse fracasado y a abandonar.

El libro está organizado en cuatro partes, cada una aborda un aspecto distinto de la intersección entre masculinidad y salud en la vejez.

La parte I, "Teoría, método y epidemiología", sienta las bases conceptuales y estadísticas. En el capítulo 1, "Masculinidades y salud: un binomio invisible", exploramos el concepto de masculinidades (en plural), porque no hay una única forma de ser hombre, y cómo cada una de esas formas tiene implicaciones para la salud.

El capítulo 2, "Desmontando la hipótesis de la andropausia: la construcción biomédica de una masculinidad deficitaria", es una crítica necesaria. Hace unos años, la industria farmacéutica intentó vender la idea de que los hombres envejecen por falta de testosterona, de la misma manera que las mujeres envejecen por falta de estrógenos.

La parte II, "El cuerpo y sus espejos", se adentra en la relación del hombre mayor con su propio cuerpo y su imagen. El capítulo 3, "La máscara del estoicismo: represión emocional y enfermedad", aborda esa norma cultural que exige a los hombres no mostrar dolor, no pedir ayuda, no expresar emociones.

El capítulo 4 explora "Espejismos y máscaras: la lucha del hombre mayor contra su reflejo", un tema poco tratado: la insatisfacción corporal en los hombres mayores. Desde la vigorexia hasta el abuso de anabolizantes en el gimnasio de *seniors*, pasando por la obsesión por el *silver fox* que vende la industria del antienvejecimiento.

El capítulo 5 "Más allá de la erección: la construcción social de la sexualidad masculina", propone una mirada crítica a cómo hemos medicalizado la sexualidad masculina en la vejez, reduciéndola a la función eréctil.

La parte III “Las crisis vitales: pérdidas, roles y duelos” es quizás la más visceral del libro. El capítulo 6 trata de la jubilación, ese evento que para muchos hombres supone un vacío existencial, la pérdida de la identidad productiva que les ha definido durante décadas.

El capítulo 7 ha sido reescrito para dar un peso central al suicidio en la vejez. Se ha titulado “Viudedad, aislamiento y suicidio: el viudo invisible”, ya que los hombres mayores viudos son uno de los grupos de mayor riesgo de suicidio.

El capítulo 8, “Cuando el cuerpo falla al rol: dependencia funcional, vergüenza y salud mental”, aborda la experiencia de la dependencia funcional y la pérdida de autonomía. De proveedor a receptor de cuidados, el hombre mayor vive una profunda vergüenza y el fantasma de ser una carga.

La parte IV, “Territorios extremos y nuevos horizontes”, expone los límites y las posibilidades. El capítulo 9, “Morir como un hombre: la toma de decisiones al final de la vida desde las masculinidades”, analiza cómo la masculinidad moldea la toma de decisiones al final de la vida. En la Unidad de Cuidados Intensivos, a menudo, seguir luchando se percibe como valentía, mientras que parar se ve como rendición.

El capítulo 10, “Agresores grises: la masculinidad violenta que no cesa con la edad”, es incómodo: la masculinidad violenta que no cesa con la edad. No se puede hablar de hombres mayores sin hablar de aquellos que ejercen violencia, incluso en la vejez.

El capítulo 11, “Huérfano de cuidador: la tormenta perfecta del desamparo masculino”, habla de la tormenta perfecta del desamparo masculino. Con el descenso de la natalidad y el envejecimiento de la población, muchos hombres mayores se quedan sin red de cuidado. Han delegado toda la gestión de la salud en sus esposas, y cuando ellas faltan, están perdidos.

El epílogo es una receta para una medicina con visión de género. Una síntesis de las propuestas prácticas, una llamada a la acción para la formación, la investigación y la práctica clínica. Y una recomendación concreta: que los programas de formación en medicina incluyan la detección de riesgo de suicidio y la atención de enfermedades crónicas con perspectiva de género. Porque no se puede seguir atendiendo a los hombres mayores como si su género no importara.

Este libro es un intento de poner en palabras lo que se ha visto en la consulta, de dar nombre a lo que muchos colegas también ven y no saben cómo abordar, de tender puentes entre la teoría de género y la práctica clínica.

Ahora, adentrémonos en las páginas que siguen. No van a encontrar recetas mágicas, pero sí preguntas incómodas, datos reveladores, casos que resuenan y propuestas que invitan a la acción. Y, sobre todo, van a encontrar una mirada que intenta ver lo invisible, lo innombrable.





Parte I

Teoría, método y epidemiología



Antonio, hombre cubano, de origen español (1900).



Capítulo 1

Masculinidades y salud: un binomio invisible

La primera vez que oí la palabra “masculinidades” en plural fue hace años. Una colega argentina, con una pasión que contagiaba, explicó por qué no se podía seguir hablando de “el hombre” como si fuera una categoría única, monolítica, inmutable. “No hay una forma de ser hombre”, decía, “hay muchas, y cada una tiene consecuencias distintas para la salud”.

Durante años me llamaba la atención por qué algunos hombres acudían a la consulta con regularidad y otros solo llegaban cuando ya no podían levantarse de la cama. Por qué unos aceptaban el diagnóstico y el tratamiento con naturalidad y otros lo vivían como una afrenta personal. Por qué unos envejecían con una red de apoyo sólida y otros no.

La respuesta, descubrí entonces, no estaba en la biología. Estaba en el género. Pero no en el género entendido como algo que solo afecta a las mujeres, sino en el género como un sistema de normas, expectativas y mandatos que moldea la vida de los hombres desde que nacen hasta que mueren. Y que, en demasiadas ocasiones, los está matando.

De la masculinidad hegemónica al plural: masculinidades

El concepto de masculinidad hegemónica fue acuñado por la socióloga australiana Raewyn Connell para describir el modelo de masculinidad que, en una sociedad determinada, se impone como el ideal, el que todos los hombres deberían aspirar a cumplir.[2] No es que todos los hombres sean así, sino que ese modelo es el que tiene más poder, el que se considera “normal”, el que define lo que significa “ser un hombre de verdad”.

La figura corresponde a Ramón Urrutia, militar de la ciudad de Remedios, Las Villas (1868).

En nuestra cultura occidental, ese modelo hegemónico incluye rasgos como la fortaleza, la autosuficiencia, la capacidad de proveer, el control emocional, la competitividad, la asunción de riesgos y la negación de la vulnerabilidad. El hombre hegemónico no llora, no pide ayuda, no muestra debilidad, no se queja, no se cuida porque el cuidado es cosa de mujeres. Resuelve sus problemas solo, o no los resuelve, pero nunca admite que no puede.

El problema, claro, es que ese modelo es una camisa de fuerza. Y como todas las camisas de fuerza, aprieta, duele y termina por provocar heridas. Connell, consciente de que no todos los hombres encajan en ese molde ni lo desean, habló de "masculinidades" en plural para dar cuenta de la diversidad de formas de ser hombre que existen. Hay masculinidades hegemónicas, pero también hay masculinidades subordinadas (las de los hombres que no cumplen el ideal), masculinidades cómplices (las de los que se benefician del sistema sin ser plenamente hegemónicos) y masculinidades marginalizadas (las de los hombres que, por razones de clase, raza u orientación sexual, quedan fuera del centro).[2]

¿Y qué tiene que ver todo esto con la salud de los hombres mayores? Pues todo. Porque el modelo de masculinidad hegemónica no es solo una construcción cultural abstracta, es un determinante de salud tan poderoso como la genética o el entorno. Los hombres que se adhieren rígidamente a este modelo tienen más probabilidades de adoptar conductas de riesgo, de retrasar la búsqueda de ayuda, de abandonar los tratamientos y de morir prematuramente. Y los hombres mayores, que han sido socializados en un momento histórico en el que este modelo era aún más rígido que ahora, son especialmente vulnerables a sus efectos.

Pero también hay hombres que, a lo largo de su vida o en la vejez, han desarrollado formas alternativas de masculinidad. Estos hombres han aprendido a pedir ayuda, a expresar sus emociones, a cuidar de sí mismos y de los demás. Han descubierto el mito de la falsa invulnerabilidad. Esos hombres existen y son una prueba de que las masculinidades no son inmutables. Y también son una fuente de esperanza para el trabajo clínico.[3]

Cómo el género moldea la salud: conductas de riesgo, búsqueda de ayuda y adherencia

La literatura científica es abrumadora en este punto: los hombres tienen peores hábitos de salud que las mujeres. Consumen más alcohol y tabaco, tienen dietas menos saludables, hacen menos ejercicio preventivo, usan menos el cinturón de seguridad, conducen de forma más temeraria y se involucran en más conductas de riesgo. Pero lo importante no es solo que lo hagan, sino por qué lo hacen.

La masculinidad hegemónica convierte esta forma de actuar en virtudes. Fumar no es un hábito nocivo, es "ser un hombre". Conducir rápido no es una imprudencia, es "demostrar que se tiene control". El riesgo no se evita, se asume; la vulnerabilidad no se protege, se oculta. La mayoría de los problemas de salud de los hombres están relacionados con un estilo de vida masculino poco saludable basado en prácticas temerarias y estilos de vida inadecuados, dietas incorrectas, baja tendencia al autocuidado, estrés,

consumo abusivo de alcohol, tabaquismo, competitividad, imprudencia, analfabetismo emocional, entre otras.[4]

Pero hay más. Los hombres no solo adoptan más conductas de riesgo, también buscan menos ayuda cuando la necesitan. Acuden menos al médico de cabecera, retrasan más la consulta ante los síntomas y, cuando finalmente van, suelen hacerlo en fases más avanzadas de la enfermedad. Esto no es una cuestión de falta de información o de recursos, es una cuestión de identidad. Pedir ayuda es admitir que no se puede solo, y eso, para un hombre formado en la masculinidad hegemónica, es una humillación. Es reconocer que no eres el hombre que deberías ser.[5]

Y cuando finalmente aceptan un tratamiento, la adherencia es otro campo de batalla. Tomar pastillas todos los días, seguir una dieta, acudir a revisiones periódicas, todo eso implica una disciplina, una constancia, una atención al cuerpo lo cual choca con la idea de que el hombre es autónomo, que no necesita estar todo el día pendiente de sí mismo. Muchos hombres abandonan los tratamientos crónicos no porque no entiendan su importancia, sino porque los viven como una afrenta a su identidad, como una confirmación de que ya no son los mismos.

Epidemiología de la salud masculina: la brecha de mortalidad y sus causas evitables

Llegamos ahora a los números. Porque si hay algo que debería mover a la acción es la magnitud de las cifras que estamos manejando. No son anécdotas, son patrones. Y los patrones, cuando se repiten una y otra vez, dejan de ser casualidad para convertirse en evidencia.

En Cuba, según los últimos datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) correspondientes a 2025, la esperanza de vida al nacimiento es de 78,26 años: 75,86 años para los hombres y 80,68 para las mujeres. Esto supone una brecha de más de 4 años a favor de las mujeres. Y no es una brecha que se limite a las edades tempranas; a los 65 años, la esperanza de vida es de 16,4 años para los hombres frente a 19,1 para las mujeres. Es decir, un hombre que llega a los 65 años puede esperar vivir, de media, casi tres años menos que una mujer de su misma edad.[6]

Pero la brecha no es solo en años vividos, sino en calidad de esos años. Los hombres mueren antes. Y lo que es más importante: la mayor parte de esa diferencia es evitable. No es biología, es cultura.

Veremos ahora el impacto de algunas afecciones en la salud del hombre adulto mayor. Y cómo el género y las masculinidades hegemónicas modifican el impacto de estas entidades.

Enfermedad cardiovascular. El infarto de miocardio y el ictus junto a enfermedades oncológicas son las principales causas de muerte en los hombres cubanos. Y la brecha de género en mortalidad cardiovascular es persistente. Los hombres tienen el doble de probabilidades de morir por un infarto antes de los 65 años.[1] Pero no porque sus arterias sean diferentes, sino porque llegan más tarde al hospital, porque han minimizado los síntomas durante horas o días, porque "no querían molestar". El retraso prehospitalario en

el infarto es significativamente mayor en hombres que en mujeres y esa demora se traduce en más daño miocárdico, más complicaciones y más muertes.

Cáncer de próstata. Es el tumor más común entre los hombres y dentro de las primeras causas de muerte oncológica masculina en el país. Y, sin embargo, muchos de esos diagnósticos llegan en fases avanzadas, cuando el tumor ya ha hecho metástasis, porque los hombres no acuden a revisiones, porque el tacto rectal les parece humillante, porque el análisis de PSA les da vergüenza pedirlo. Aproximadamente 3400 varones fallecen cada año en Cuba a consecuencia de este tumor. Compárese con el cáncer de mama, que causa alrededor de 2000 muertes.[1] La incidencia es similar, la mortalidad también, pero mientras que las mujeres tienen campañas de detección precoz, concienciación social y un abordaje multidisciplinar consolidado, los hombres siguen muriendo de cáncer de próstata en silencio, sin que nadie les haya enseñado que cuidarse no es menos masculino que ir al fútbol.

Diabetes mellitus tipo 2. La prevalencia de diabetes en Cuba es similar en ambos géneros. Los hombres la controlan peor, la abandonan más y llegan antes a las complicaciones (nefropatía, retinopatía, pie diabético). No es casualidad, el control de la diabetes exige una disciplina diaria, una atención constante al cuerpo, una vulnerabilidad que muchos hombres no están dispuestos a asumir.[1]

Suicidio. En Cuba, según sexo, la tasa de mortalidad masculina es 5,1 veces superior a la femenina para la muerte por lesiones autoinfligidas intencionalmente. Hombres que han perdido a su esposa, que se han jubilado, que han perdido su rol, que se sienten una carga, que no saben pedir ayuda porque nunca aprendieron. Esa es la cara más oscura de la masculinidad hegemónica: la que lleva a los hombres a quitarse la vida en lugar de admitir que no pueden solos.[1]

Viñeta clínica: Juan, 67 años

Juan llegó a la consulta de urología derivado por su médico de cabecera porque el análisis de sangre rutinario, el único que se había hecho en 5 años, mostraba un PSA de 48 ng/mL. Cuando se le preguntó por qué no había acudido antes a revisiones, dijo: “Nunca me ha gustado ir al médico”. “Además, el tacto rectal... eso no es para mí. Prefería no saber”. La biopsia confirmó un adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas. El tumor ya no era operable. Juan empezó un tratamiento hormonal paliativo, pero su pronóstico era limitado. Mientras se explicaba el plan, interrumpió: “Doctor, ¿cree que si hubiera venido antes...?” No terminó la frase. No hacía falta. Él sabía la respuesta.

Juan no es un caso excepcional. Es el arquetipo de lo que ocurre cuando la masculinidad se convierte en una barrera para la salud. Un hombre que asume que ir al médico es una muestra de debilidad, que el tacto rectal es una humillación, que “preferir no saber” es una forma de valentía. Y que, cuando finalmente sabe, ya es demasiado tarde.

Pero no todo es desolación. También hay datos alentadores

¿Qué está cambiando? Probablemente, muchas cosas. Los hombres de generaciones más jóvenes tienen hábitos de salud menos dañinos que sus padres o abuelos. Las campañas de concienciación sobre el cáncer de próstata, aunque insuficientes, han tenido algún efecto. Y, quizá lo más importante, el modelo de masculinidad hegemónica está siendo cuestionado, debatido, deconstruido. Cada vez más hombres se permiten pedir ayuda, expresar emociones, cuidar de sí mismos; entienden que ser hombre no significa ser invulnerable, sino ser responsable.

Pero el cambio es lento, y los hombres mayores, los que fueron socializados en las décadas de los años cuarenta, cincuenta o sesenta, cuando el modelo era más rígido que nunca, siguen siendo los más vulnerables. Son ellos los necesitaos de una atención específica, una mirada que entienda su historia, su cultura y sus miedos, que no los juzgue por no haber ido antes al médico, sino que les pregunte por qué no fueron, y que a partir de esa pregunta construya un plan de cuidados que tenga en cuenta quiénes son, no solo qué enfermedades tienen.

La epidemiología no es solo números. Son todos los hombres que han muerto antes de tiempo porque el sistema de creencias en el que crecieron les enseñó que pedir ayuda era de débiles. Y es también, sobre todo, una oportunidad para hacer las cosas de otra manera. Para que los hombres que vienen detrás no repitan la misma historia. Para que la próxima generación de hombres mayores llegue a la consulta no en fase avanzada, sino a tiempo. Para que la brecha de género en salud no sea una condena, sino un reto, el cual podemos y debemos abordar.

Esa es la tarea que nos espera. Y para eso, necesitamos entender las masculinidades. No como un concepto abstracto, sino como una herramienta clínica. Como una forma de preguntar, de escuchar, de acompañar; una manera de ver a los hombres que van a la consulta no solo como pacientes, sino como personas con una historia, con una identidad, con una forma de estar en el mundo que puede ser vista como un obstáculo o una aliada para su salud.

En los capítulos que siguen, profundizaremos en cada una de estas cuestiones. Pero antes de avanzar, nos debe quedar claro algo: la masculinidad no es el problema. El problema es la rigidez, la incapacidad de adaptarse, la camisa de fuerza que impide a los hombres ser más de lo que el modelo les permite. Las masculinidades pueden cambiar. Los hombres pueden cambiar. Y la medicina, si se lo propone, puede ser parte de ese cambio.



Capítulo 2

Desmontando la hipótesis de la andropausia: la construcción biomédica de una masculinidad deficitaria

La idea de que los hombres también experimentan un cambio hormonal asociado a la edad no es nueva. Ya en el siglo XIX, algunos médicos empezaron a hablar del "climaterio masculino", un paralelo a la menopausia femenina que explicaría los cambios físicos y psicológicos de los hombres de mediana edad. Pero la comunidad científica se mostró durante décadas reacia a aceptar esta idea. No había una evidencia clara de un cese brusco de la función gonadal en los hombres, como ocurría en las mujeres, y la variabilidad individual era demasiado grande como para establecer un síndrome definido.[7]

El panorama cambió radicalmente en 1998, con la aprobación en Estados Unidos de América de la primera pastilla para la disfunción eréctil: la viagra. El éxito comercial de este fármaco fue tan abrumador que las compañías farmacéuticas empezaron a buscar nuevas formas de medicalizar la sexualidad y el envejecimiento masculino.[8] Si se podía vender una pastilla para la erección, ¿por qué no vender una hormona para la virilidad? ¿Por qué no crear un mercado en torno al deseo, la energía, la fuerza, todo aquello que los hombres, según el ideario de la masculinidad hegemónica, deberían tener y que la edad les arrebata?

Así nació, o más bien resucitó, el concepto de andropausia. Ya no se llamaba climaterio masculino, un término demasiado cercano a la menopausia y, por tanto, demasiado "femenino". Ahora era el hipogonadismo de inicio tardío, el síndrome de déficit de testosterona, la andropausia. Nombres que sonaban a ciencia, a medicina, a verdad objetiva. Nombres detrás de los cuales se escondía un negocio

La figura corresponde a José Fernández, abogado habanero (1862).

multimillonario. En 2011, los medicamentos para la disfunción eréctil movieron en el mundo más de 5300 millones de dólares. La testosterona prometía ser un mercado aún más jugoso.

El mecanismo era sencillo y brillante en su perversidad: primero se crea el medicamento, y luego se crea la enfermedad que justifica su uso. O, como otros autores lo presentaron, "de producir medicamentos para ayudar a resolver problemas, se pasa a crear problemas para ayudar a vender medicamentos". La andropausia se convirtió en el ejemplo perfecto de esta deriva: un conjunto de síntomas inespecíficos —cansancio, falta de energía, disminución de la libido, tristeza— que cualquier persona puede experimentar en momentos de su vida, y que fueron reetiquetados como manifestaciones de un déficit hormonal que requería tratamiento farmacológico.[9]

La testosterona se convirtió en el nuevo elixir de la eterna juventud. Se vendió la idea de que mantener niveles altos de testosterona era la clave para seguir siendo jóvenes, vigorosos, deseables. Que la vejez masculina era, en esencia, una enfermedad por deficiencia hormonal y que la solución estaba en un frasco. Una narrativa poderosa, sin dudas, porque conectaba directamente con los miedos más profundos de los hombres: el miedo a perder su virilidad, su fuerza, su capacidad de proveer, su identidad.

Análisis crítico de la evidencia: beneficios modestos, riesgos silenciados

Pero, ¿qué dice realmente la evidencia científica sobre la terapia de reemplazo con testosterona en hombres mayores? La respuesta, como suele ocurrir en medicina, es más compleja y menos optimista de lo que sugiere la publicidad.

Empecemos por lo que sí sabemos. La testosterona disminuye con la edad en los hombres, aunque de forma mucho más gradual y variable que el estradiol en las mujeres. Algunos estudios epidemiológicos, como el European Male Ageing Study, estiman que entre el 20 y 30 % de los hombres mayores de 50 años tienen concentraciones de testosterona por debajo de los rangos de referencia comúnmente utilizados. Pero tener una cifra baja en un análisis no es lo mismo que tener una enfermedad. La testosterona baja puede ser consecuencia de otros problemas —obesidad, síndrome metabólico, diabetes tipo 2, enfermedades crónicas— y no necesariamente su causa.[10]

En cuanto a los beneficios de la terapia de reemplazo, la evidencia muestra que la testosterona mejora consistentemente el deseo sexual, la función eréctil, la masa muscular magra, la densidad ósea y la sensibilidad a la insulina. También puede mejorar la vitalidad y el estado de ánimo en algunos hombres. Pero hay que poner estos beneficios en contexto. Las mejoras son, en general, modestas. No son el rejuvenecimiento milagroso que promete la publicidad. Y, lo que es más importante, solo se observan en hombres con niveles de testosterona claramente bajos, no en aquellos con niveles normales-bajos que simplemente están envejeciendo.[11]

Los riesgos, en cambio, han sido sistemáticamente minimizados durante años. Una revisión narrativa publicada en 2025 señala que, cuando se siguen las guías clínicas, no hay un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares mayores o de cáncer de próstata. Pero el mismo estudio admite que la eritrocitosis —el aumento de glóbulos rojos— es el efecto adverso más común y dependiente de la dosis. Y la eritrocitosis no es un efecto menor: aumenta el riesgo de trombosis, de ictus, de infarto.[12]

Un metaanálisis de 2018 que incluyó 23 ensayos clínicos aleatorizados con más de 9000 hombres de edad media y avanzada encontró que la terapia de reemplazo con testosterona no aumentaba la mortalidad general. Pero sí aumentaba significativamente la incidencia de arritmias cardíacas, con un riesgo relativo de 1,53. ¿Es ese un riesgo que merece la pena asumir por una mejora modesta de la libido? La respuesta debería ser individualizada, pero en la práctica clínica, rara vez, se discute con los pacientes.[13]

Y luego están los riesgos que no se han estudiado suficientemente. Los efectos a largo plazo de la testosterona exógena sobre el corazón, el hígado, el cerebro. Las interacciones con otros medicamentos. Los efectos sobre la fertilidad, sobre el estado de ánimo, sobre la agresividad. La literatura científica está llena de lagunas y las recomendaciones de las guías clínicas cambian con frecuencia a medida que surgen nuevos datos.

Pero quizás, el problema más profundo no sea la evidencia en sí, sino cómo se interpreta. Durante años, la industria farmacéutica ha patrocinado estudios que sobrestimaban los beneficios y subestimaban los riesgos. Ha financiado campañas de concienciación que presentaban la andropausia como una epidemia silenciosa que requería intervención inmediata. Ha creado la demanda para luego ofrecer la solución. Y los profesionales sanitarios, en muchos casos, hemos sido cómplices de este proceso, ya sea por ignorancia, por comodidad o por la presión de tener que ofrecer una respuesta rápida a un paciente que nos pide ayuda.

La medicalización del malestar vital: cuando la tristeza se convierte en hipogonadismo

Pero hay algo que preocupa aún más que los datos epidemiológicos o los riesgos cardiovasculares y es el significado profundo de lo que estamos haciendo cuando diagnosticamos andropausia y recetamos testosterona.

Y es que la andropausia es, ante todo, una etiqueta que medicaliza el malestar vital. Un hombre de 65 años que se siente cansado, que ha perdido el interés por el sexo, que está irritable o triste, puede estar experimentando los efectos de la jubilación, de la pérdida de un ser querido, del vacío existencial que deja una vida de trabajo, de la soledad, de la falta de propósito. Pero en lugar de preguntarle por su vida, le hacemos un análisis de testosterona. Y si el resultado está en el límite inferior, le ofrecemos una receta.

Es mucho más fácil recetar testosterona que acompañar a un hombre en su duelo por la jubilación. Es mucho más rentable vender un gel hormonal que ayudar a un paciente a reconstruir su red social. Es mucho más cómodo etiquetar la tristeza como hipogonadismo que preguntar: “¿Qué está pasando en tu vida? ¿Qué has perdido? ¿Qué necesitas?”.

El problema, claro, no es la testosterona en sí. Para algunos hombres con hipogonadismo verdadero —no el "de inicio tardío" mal definido, sino el hipogonadismo orgánico, el de los hombres con lesiones testiculares, con enfermedades genéticas, con tratamientos oncológicos— la terapia de reemplazo es beneficiosa y necesaria. Pero esos hombres son una minoría. La gran mayoría de los que acuden a la consulta con síntomas inespecíficos no tienen un déficit hormonal, tienen una vida que les duele y no saben cómo nombrarlo.

Esa es la trampa de la andropausia: nos ofrece una explicación sencilla para un fenómeno complejo. Nos permite evitar el trabajo emocional de acompañar a un hombre en su proceso de envejecimiento. Nos exonera de tener que preguntar por lo que realmente importa. Y, de paso, llena los bolsillos de la industria farmacéutica.

La andropausia es, en este sentido, una construcción biomédica perfecta. Responde a los miedos de los hombres —el miedo a perder la virilidad, a volverse irrelevantes, a desaparecer— y ofrece una solución que no requiere introspección, ni cambio, ni trabajo emocional. Solo requiere una receta. Y en una cultura que valora la acción por encima de la reflexión, la solución rápida por encima de la complejidad, la pastilla por encima de la conversación, esa receta se convierte en un éxito comercial.

Pero como médicos, como geriatras, como personas que cuidamos de otros, tenemos la responsabilidad de no caer en esa trampa, de preguntar más allá del síntoma, de escuchar más allá de la queja, de ofrecer más que una receta. Debemos desmontar la hipótesis de la andropausia, no porque no exista un fenómeno hormonal relacionado con la edad, sino porque ese fenómeno ha sido secuestrado por intereses comerciales y convertido en una etiqueta que simplifica en exceso la complejidad del envejecimiento.

Hay que ofrecer a los hombres mayores algo más que testosterona. Brindar una escucha atenta, una mirada que vea más allá de los números, un acompañamiento en sus procesos de duelo, de pérdida, de cambio. Porque el verdadero elixir de la juventud no está en un frasco de pastillas. Está en una vida con sentido, en relaciones significativas, en la capacidad de adaptarse y de seguir creciendo, en la aceptación de la propia vulnerabilidad. Y eso, desde luego, no se puede recetar. Pero se puede acompañar. Y ese es, quizá, el papel más importante que podemos desempeñar como profesionales de la salud.





Parte II

El cuerpo y sus espejos



Hombres trabajando en las oficinas del Centro Asturiano de La Habana (1910).



Capítulo 3

La máscara del estoicismo: represión emocional y enfermedad

La máscara del estoicismo no es solo una actitud individual. Es un mandato cultural, una norma no escrita que atraviesa generaciones y que se inscribe en el cuerpo de los hombres desde que son niños. “No llores”, “los hombres no sienten miedo”, “aguanta”, “no te quejes”. Frases que se convierten en una segunda piel, en un reflejo, en una forma de estar en el mundo que, cuando la enfermedad llama a la puerta, se convierte en una sentencia de muerte.

Lo más paradójico es que ese estoicismo, que la cultura aplaude como virtud —el hombre fuerte, el que no se dobla, el que aguanta sin pestañear— es exactamente lo que los mata. No es la enfermedad la que los vence, es la demora. El estoicismo no es una protección, es una armadura que se oxida por dentro y que, cuando se rompe, ya es demasiado tarde.

El corazón del hombre que no pide ayuda: retraso prehospitalario en el infarto

El infarto agudo de miocardio es el ejemplo más claro, y también el más dramático, de cómo el estoicismo mata. La literatura médica lo llama retraso prehospitalario, el tiempo que transcurre desde que comienzan los síntomas hasta que el paciente llega al hospital. Y ese tiempo, en los hombres, es sistemáticamente más largo que en las mujeres. No porque los hombres tengan síntomas diferentes, sino porque los interpretan de otra manera.

Un estudio publicado en el European Heart Journal analizó a más de 3000 pacientes con infarto y encontró que los hombres tardaban una media de 2 h más que

La figura corresponde a Armando Arias, médico (1869).

las mujeres en acudir a urgencias. La razón principal no era la falta de acceso a la atención sanitaria, sino la atribución de los síntomas a causas menores: estrés, indigestión, cansancio. Y, sobre todo, la convicción de que "no es para tanto", de que "se va a pasar", de que "llamar al médico es una exageración".[14]

Alexitimia normativa masculina: cuando el lenguaje emocional no existe

Pero el estoicismo no solo retrasa la atención en el infarto. Se manifiesta en todas las esferas de la salud y tiene un nombre en la psicología: alexitimia. Literalmente, "falta de palabras para las emociones". Es un rasgo que describe a las personas que tienen dificultades para identificar, describir y expresar sus sentimientos. Y aunque la alexitimia puede tener causas orgánicas, en los hombres mayores suele ser un aprendizaje, una norma interiorizada: "No siento" o "no sé lo que siento" o "no debo decir lo que siento".

La alexitimia normativa masculina no es una rareza, es la regla. Cuántos hombres hemos atendido que, al preguntarles cómo se sienten, responden con un bien automático, incluso cuando están en medio de un cáncer, una depresión o una enfermedad terminal. No mienten, no son conscientes de que están mintiendo. Simplemente no tienen las palabras, no tienen el permiso, no tienen el hábito de mirar hacia adentro y nombrar lo que encuentran.

Y esa falta de lenguaje emocional tiene consecuencias físicas. La alexitimia se ha asociado con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, con peor evolución en pacientes con diabetes, con menos adherencia al tratamiento y con mayor mortalidad. No es magia: es que el cuerpo, cuando no puede expresar lo que siente a través de las palabras, lo expresa a través de los síntomas, a través del abandono, a través de la enfermedad.

Cáncer colorrectal, diabetes *mellitus* y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: el estoicismo retrasa el diagnóstico

El infarto no es el único escenario donde el estoicismo desempeña un papel letal. El cáncer colorrectal, la diabetes *mellitus* y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son algunas afecciones en las que el retraso diagnóstico en hombres es significativo y en las cuales las normas de género explican gran parte de ese retraso.

La mortalidad del cáncer colorrectal es mayor en los hombres, no solo por una mayor incidencia, sino porque ellos acuden menos a las pruebas de cribado (sangre oculta en heces, colonoscopía) y, cuando tienen síntomas —sangre en las heces, cambios en el ritmo intestinal, dolor abdominal— tienden a minimizarlos, "será una hemorroide", "son nervios", "se me pasará". Frases escuchadas una y otra vez en la consulta, mientras el tumor crece silenciosamente, aprovechando el tiempo que el estoicismo le regala.

En la diabetes *mellitus*, el patrón se repite. Los hombres tienen una prevalencia mayor que las mujeres y un control peor. Llegan más tarde al diagnóstico, cuando ya tienen complicaciones (neuropatía, retinopatía, enfermedad renal) y abandonan antes los

tratamientos. La diabetes exige una disciplina diaria: medirse la glucosa, ajustar la insulina, vigilar la alimentación, hacer ejercicio. Todo eso implica una atención constante al cuerpo, una vulnerabilidad que choca con la idea de que el hombre es autónomo, que no necesita estar todo el día pendiente de sí mismo. Muchos hombres viven esta enfermedad como una afrenta, como una confirmación de que su cuerpo ya no responde y prefieren ignorarla a enfrentarla.

Otro ejemplo es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afección respiratoria que padecen, sobre todo, hombres fumadores de larga evolución. La tos crónica, la falta de aire, la fatiga son síntomas que los hombres tienden a normalizar. "Es cosa de la edad", "de fumar", "de la humedad". Hasta que llegan a la consulta con un oxígeno basal por debajo del 70 %, con el corazón dañado por la hipoxia, con una dependencia que ya no tiene vuelta atrás. Y entonces, cuando ya no pueden negarlo, cuando la máscara se les cae, es demasiado tarde para la rehabilitación, para dejar de fumar, en fin, para casi todo.

Viñeta clínica: Pedro, 72 años

Pedro llegó a mi consulta derivado por su médico de cabecera porque su control metabólico era un desastre. Cuando le pregunté por qué tenía tantas hipoglucemias, me dijo que no sabía, que se ponía la insulina como le habían dicho, que comía lo que podía. Pero algo en su tono, en su forma de apartar la mirada, me hizo sospechar.

Pedí hablar con él a solas, sin su esposa (que siempre estaba presente en las consultas). Al principio se mostró reticente, pero poco a poco fue abriéndose. Me confesó que las hipoglucemias eran frecuentes, que a veces se quedaba "tonto" y perdía el conocimiento durante unos segundos, pero que nunca se lo había dicho a nadie. "Mi mujer ya tiene bastante con sus cosas", me dijo. "No quiero darle más trabajo. Además, ¿qué iba a pensar de mí? Un hombre mayor que no sabe controlarse, que da trabajo, que es una carga".

Pedro ocultaba sus hipoglucemias por vergüenza. Por vergüenza a ser visto como débil, como dependiente, como un estorbo. Prefería arriesgarse a una hipoglucemia grave, a un coma, a un accidente, antes que admitir que necesitaba ayuda. Su estoicismo, su orgullo mal entendido, estaba poniendo su vida en peligro. Y él no era capaz de verlo.

Este es el núcleo del problema: el estoicismo no es solo una actitud ante el dolor, es una forma de gestionar la identidad. El hombre mayor que oculta sus síntomas, minimiza sus problemas, rechaza la ayuda, no está siendo terco o irracional; defiende lo que le queda de su masculinidad, de su autonomía, de su sentido de sí mismo. En un mundo donde el valor se mide por la capacidad de proveer, de resolver, de no necesitar a nadie, admitir la necesidad de ayuda es aceptar que ya no eres un hombre de verdad.

Y ese es el precio que se paga por una masculinidad que confunde la fortaleza con la negación, la valentía con el silencio, la autonomía con el aislamiento.

El estoicismo y la falta de adherencia en tratamientos crónicos

La adherencia a los tratamientos crónicos es otro campo de batalla donde el estoicismo se cobra su tributo. Tomar pastillas todos los días, seguir una dieta estricta, hacer ejercicio regularmente, acudir a revisiones periódicas. Todo eso implica una disciplina, una constancia, una atención al cuerpo que muchos hombres viven como una humillación, como una confirmación diaria de que su cuerpo ya no funciona como antes.

No es que los hombres sean perezosos o desinteresados. El tratamiento crónico les exige estar todo el día pendiente de sí mismos y eso choca con la idea de que el hombre es autónomo, que su mente está en cosas importantes, no en nimiedades como la tensión arterial o el colesterol. Tomar la pastilla es una rendición diaria, un recordatorio de que ya no eres el que eras. Y muchos hombres, para no enfrentarse a esa realidad, simplemente dejan de tomarlas o lo hacen cuando se acuerdan o se sienten mal.

La literatura médica confirma esta intuición. Los hombres tienen una adherencia menor a los tratamientos antihipertensivos, a las estatinas, a los antidiabéticos orales, a los tratamientos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Y cuando se les pregunta por qué, las respuestas son siempre las mismas: “Ya me encuentro bien”, “eso no me hace nada”, “prefiero no estar todo el día con pastillas”. Detrás de esas frases se esconde la misma máscara: la negación, la minimización, el miedo a verse a sí mismos como enfermos, como dependientes, como frágiles.[15]

Hemos tenido pacientes que han dejado de tomar su medicación para la hipertensión porque “no les gusta la sensación de estar medicados” y han vuelto a urgencias con una crisis hipertensiva que les ha provocado un ictus. Pacientes con insuficiencia cardíaca que han abandonado la dieta hiposódica porque “no soportaban la comida sin sal” y han acabado con un edema pulmonar. Pacientes diabéticos que han dejado de pincharse insulina porque “se sentían débiles” y han entrado en coma cetoacidótico.

Y en cada uno de esos casos, al preguntar por qué lo hicieron, la respuesta es la misma: “No quería ser una carga”. La máscara del estoicismo, una vez más, les ha impedido ver la realidad. Y la realidad, en esos casos, ha sido implacable.

¿Qué podemos hacer? La consulta como espacio de deconstrucción

Como profesionales, podemos hacer dos cosas. La primera, y la más fácil, es seguir tratando los síntomas, recetando pastillas, y lamentándonos de que los pacientes no las toman. Podemos llamarlos “incumplidores”, “difíciles”, “rebeldes” y cargarles la responsabilidad de su propia enfermedad. Es cómodo, no exige cambios, y nos permite seguir con nuestra rutina sin cuestionarnos nada.

La segunda, preguntar. Preguntar con curiosidad, no con juicio. Indagar no solo por los síntomas, sino por el significado que tienen para el paciente. Inquirir por qué no ha venido antes, por qué ha dejado el tratamiento, por qué prefiere callar antes que pedir ayuda. Preguntar desde la comprensión de que ese estoicismo no es un capricho, sino una defensa, una forma de proteger una identidad que se siente amenazada.

La consulta médica puede ser un espacio de deconstrucción de la masculinidad hegemónica, el lugar donde un hombre mayor, por primera vez en su vida, se sienta autorizado a decir: "me da miedo", "no sé cómo hacerlo", "necesito ayuda". Puede ser el lugar donde la máscara se caiga, no por la fuerza, sino por la confianza. Donde el estoicismo deje de ser una coraza y se convierta en una elección consciente, no en una condena. Pero para eso, hay que estar dispuestos a hacer las preguntas incómodas, a escuchar las respuestas sin juzgar. Porque el hombre mayor que no pide ayuda, no es un problema a resolver.

Y mientras tanto, seguiremos atendiendo a los hombres que llegan tarde, que llegan mal, que llegan rotos. Pero al menos, si hacemos las preguntas, si escuchamos de verdad, si ofrecemos un espacio seguro, quizás algún día la máscara empiece a resquebrajarse.





Capítulo 4

Espejismos y máscaras: la lucha del hombre mayor contra su reflejo

Durante años, atendiendo a hombres mayores con infartos, diabetes, depresión, suicidio y otras afecciones hemos pasado por alto otra herida. La herida del espejo. La insatisfacción corporal, esa sensación de que el cuerpo propio no está a la altura de lo que la cultura, la publicidad, la industria del antienvejecimiento nos vende como el ideal masculino envejecido. Porque sí, también los hombres mayores tienen una imagen corporal, también la sufren, también la maltratan. Pero apenas se habla de ello, apenas se pregunta, apenas se ve.

Vigorexia, dismorfia corporal

La vigorexia o dismorfia muscular es un trastorno psicológico en el cual la persona tiene una percepción distorsionada de su propio cuerpo. Se ve a sí mismo pequeño, débil, flácido, incluso cuando tiene una musculatura objetivamente desarrollada. Es una obsesión insatisfecha por ganar músculo y perder grasa, porque el espejo siempre devuelve la imagen de un cuerpo insuficiente. En los hombres mayores, este trastorno adquiere matices particulares, porque se combina con el miedo a la vejez, con la pérdida de fuerza y de autonomía y con una cultura que asocia juventud a virilidad y vejez a decrepitud.

Los datos son escasos porque apenas se investiga, pero los existentes son preocupantes. Un estudio publicado encontró que el uso de esteroides anabolizantes entre hombres mayores de 50 años había aumentado un 40 % en la última década, sobre todo entre aquellos con ingresos altos y acceso a gimnasios privados. No son adolescentes buscando el cuerpo de un dios griego; son jubilados, abogados, ingenieros, médicos, que han decidido que su vejez no será una rendición, que su cuerpo no se doblegará sin luchar.[16]

La figura corresponde a Emilio Valdés, sastre (1875).

Y en esa lucha, los anabolizantes se han convertido en un aliado silencioso. La testosterona exógena, que ya hemos visto cómo se medicaliza bajo la etiqueta de andropausia, se compra también en el mercado negro, en gimnasios, por Internet, sin control médico, sin seguimiento, sin conciencia de los riesgos. Hígado, riñones, corazón, próstata: todos sufren las consecuencias de un exceso hormonal que el cuerpo mayor no puede metabolizar con la misma eficiencia que el de un joven.[17]

Existen hombres que han tenido que someterse a diálisis por un fallo renal inducido por esteroides, que han sufrido infartos a los 65 años, que han desarrollado cáncer de próstata agresivo alimentado por los andrógenos. Y cuando se les pregunta por qué corren ese riesgo, la respuesta siempre es la misma: "Porque prefiero vivir 10 años fuerte que 20 años arrastrándome".

El problema es que, a menudo, ni siquiera viven esos 10 años. Y los que sobreviven, lo hacen con un cuerpo debilitado, con un corazón dañado, con unos riñones que apenas funcionan, con una sensación de fracaso que les corroe por dentro. Porque la obsesión por el cuerpo no es solo estética, es existencial. Es la lucha contra la finitud, contra la fragilidad, contra la muerte. Es el intento desesperado de construir una prótesis, un cuerpo-talismán que los proteja de una realidad inevitable.

El ideal del *silver fox* y la industria del antienvejecimiento

La vejez masculina, en el imaginario contemporáneo, tiene un nuevo modelo: el *silver fox*, el zorro plateado. Ese hombre mayor que conserva un aspecto juvenil, con el pelo cano pero espeso, la mandíbula marcada, el cuerpo atlético, la mirada intensa. George Clooney, Pierce Brosnan, Brad Pitt, son hombres que parecen haber hecho un pacto con el diablo, que han logrado engañar al tiempo sin renunciar a la virilidad, al atractivo, al poder.

No es casualidad que este ideal haya surgido al mismo tiempo que la industria del antienvejecimiento se disparaba. Crema antiarrugas para hombres, tratamientos con células madre, terapia hormonal, cirugía estética masculina, gimnasios exclusivos para *seniors*, asesorías de imagen para el hombre mayor moderno. Un mercado que factura miles de millones de euros al año y que se alimenta del miedo más profundo de los hombres de cierta edad: el miedo a ser irrelevantes, a ser invisibles, a ser desechados.

La paradoja, claro, es que ese ideal es inalcanzable para la gran mayoría. La genética, la economía, las enfermedades, el estrés acumulado, los años de descuido, todo conspira para que la vejez real sea muy distinta a la vejez de las redes socilaes. Y entonces, el hombre mayor que mira su cuerpo en el espejo no ve a George Clooney. Ve a un hombre con la piel arrugada, la barriga prominente, la musculatura que se desvanece, las articulaciones que crujen. Y siente que ha fracasado, que no ha sabido envejecer bien, que su cuerpo es un testimonio de su incompetencia.

Esta insatisfacción corporal, a diferencia de la que sufren las mujeres, apenas se nombra. Porque el hombre mayor no tiene permiso para sentirse mal con su cuerpo. No puede decir: "No me gusta cómo me veo", porque eso sería vanidoso, femenino, frívolo.

No puede pedir ayuda para su imagen corporal, porque no hay un espacio socialmente reconocido para esa queja. Y así, el malestar se queda dentro, se enquista, se convierte en vergüenza y, a veces, en conductas extremas.

Implicaciones clínicas de la insatisfacción corporal ignorada

La insatisfacción corporal en los hombres mayores no es solo un problema estético o psicológico. Tiene consecuencias clínicas directas, y nosotros, los profesionales, las estamos ignorando.

La primera consecuencia es el abuso de sustancias. Anabolizantes, hormonas de crecimiento, suplementos sin regulación, dietas extremas. Todo en nombre de un cuerpo que nunca será suficiente. Y todo con riesgos médicos que pueden prevenirse si no diéramos por sentado que los hombres mayores no tienen problemas de imagen.

La segunda es el abandono de hábitos saludables. Puede parecer contradictorio, pero muchos hombres mayores dejan de hacer ejercicios, abandonan la rehabilitación cardíaca, rechazan la fisioterapia, no porque no quieran cuidarse, sino porque todo eso se convierte en un recordatorio de su fracaso. Cada vez que van al gimnasio y se comparan con los jóvenes o con la imagen idealizada de sí mismos, sienten una humillación que prefieren evitar. Eligen no moverse antes que enfrentarse al espejo del gimnasio.

Y la tercera, quizá la más sutil y la más peligrosa, es evitar la atención médica. ¿Por qué un hombre mayor evitaría ir al médico por miedo a su cuerpo? Porque la consulta médica es un espacio de exposición, de desnudez, de vulnerabilidad. Quitarse la ropa, subirse a la camilla, ser examinado, pesado, medido. Todo eso lo confronta con su cuerpo real, con la diferencia entre lo real y lo imaginario. Y para algunos hombres, esa confrontación es tan dolorosa que prefieren no ir, optan no saber el peso, no saber la tensión, no saber el colesterol. Prefieren vivir en la ignorancia que en la vergüenza.

Viñeta clínica: Javier, 71 años

Javier era un paciente que llevaba años sin venir a la consulta. Cuando finalmente apareció, fue porque su esposa lo obligó, amenazándolo con no volver a hablarle si no se revisaba. Había perdido 12 kg en 6 meses, tenía una tos persistente y se cansaba con el mínimo esfuerzo. Cuando le pregunté por qué no había venido antes, su respuesta fue inesperada: “No quería que me vieran desnudo”.

Al principio pensé que se refería a algún trauma, a alguna experiencia de abuso. Pero no. Javier me confesó que sentía vergüenza de su propio cuerpo. Se había jubilado hacía 2 años, había dejado de ir al gimnasio y había ganado peso y perdido músculo. Se veía flácido, arrugado y viejo. La idea de que yo, un médico, viera su cuerpo en ese estado, era para él una humillación insoportable. Prefería arriesgar su salud antes que exponer su cuerpo al juicio de otro.

Javier no tenía un trastorno de la imagen corporal en el sentido clínico. No era un vigoréxico ni tenía dismorfia. Era un hombre que, como tantos, había

interiorizado el ideal del cuerpo masculino fuerte y atlético y que, al no cumplirlo, sentía una vergüenza profunda. Su evitación de la consulta no era pereza ni desinterés, era autoprotección. Y esto, paradójicamente, lo estaba poniendo en mayor peligro que cualquier exposición.

El diagnóstico fue un cáncer de pulmón. Tratable, pero con un pronóstico mucho peor que si hubiera venido un año antes. Cuando le expliqué el plan de tratamiento, no pude evitar pensar en la ironía: Javier había evitado el médico para no mostrar su cuerpo "imperfecto" y ahora ese cuerpo iba a ser sometido a cirugía, quimioterapia, radiación, todas las miradas posibles, todas las exposiciones. Había huido del espejo y había acabado en el quirófano.

¿Qué podemos hacer?

Frente a este problema, tan silencioso y tan extendido, la medicina tiene una deuda. No formamos a nuestros residentes en imagen corporal masculina, no preguntamos por ella en las historias clínicas, no incluimos escalas de dismorfia muscular en los protocolos de atención al anciano. Damos por sentado que los hombres mayores no tienen problemas con su cuerpo o que, si los tienen, no son relevantes para su salud.

Pero son relevantes. Son muy relevantes. Porque la insatisfacción corporal lleva al abuso de sustancias, a la evitación de la atención médica, al abandono de los tratamientos, a la depresión, al aislamiento. Y todo eso, a la larga, se traduce en más mortalidad, más discapacidad, más sufrimiento.

No es fácil. Pero la medicina puede ser un contrapeso. Puede ofrecer una mirada que no juzga, que no compara, que no exige. Puede ser el lugar donde el hombre mayor, por primera vez, se sienta autorizado a decir: "No me gusta lo que veo en el espejo". Y a partir de ahí, construir una relación de cuidado que vaya más allá de los síntomas, que abrace la totalidad de su experiencia.





Capítulo 5

Más allá de la erección: la construcción social de la sexualidad masculina en la vejez

La primera vez que un paciente mayor me habló de sexo sin mencionar la palabra erección, me sorprendió.

Viñeta clínica: Ramón 73 años

Había estado atendiendo a Ramón durante casi 2 años por una diabetes mal controlada y una hipertensión que se resistía a bajar. Siempre había sido un paciente reservado, de respuestas cortas, de esos que cuando preguntas "¿cómo está?" responden "bien" aunque tengan la presión arterial en 180 mmHg. Pero esa tarde, después de una revisión rutinaria, se quedó mirando al suelo durante un largo silencio y luego soltó: "Doctor, ¿sabe una cosa? hace años que no me acuesto con mi mujer. Bueno, me acuesto, pero no para eso. Ya no sé si ella me quiere o si me aguanta. A veces pienso que soy un inquilino en mi propia casa".

No había mencionado la palabra erección ni una sola vez. No había pedido viagra, ni testosterona, ni tratamiento. Había hablado de soledad, de distancia, de miedo a no ser deseado. Preguntar por su función eréctil podría haber sido una interrogación equivocada. Porque la sexualidad de Ramón no era un problema de erecciones; era un problema de conexión. De sentido. De identidad.

Durante años, hemos sido cómplices de un modelo que reducía la sexualidad a la función eréctil, que trataba los problemas sexuales como un fallo mecánico que

La figura corresponde a Alfredo Saldrán, actor (1898).

requería una solución farmacológica, que ignoraba el contexto relacional, emocional y social en el que esa sexualidad se vivía. Hemos recetado inhibidores de la fosfodiesterasa 5 sin preguntar por la relación de pareja, sin explorar el miedo al rechazo, sin indagar en la tristeza de no sentirse deseado. Hemos medicalizado la intimidad.

La medicalización de la intimidad: ¿todo es disfunción eréctil?

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente para lograr y mantener una erección suficiente para una actividad sexual satisfactoria. Los datos son contundentes: el Massachusetts Male Aging Study, uno de los estudios más citados, encontró una prevalencia global del 52 % en varones de 40 a 70 años.[18] En España, el estudio EDEM estimó una prevalencia global del 19 %, pero con un incremento exponencial con la edad. Y lo que es más revelador: el 55,9 % de los hombres, sobre todo entre los 60 y 70 años, nunca se habían preocupado por sus problemas de erección ni habían consultado por ellos.[19]

Esa cifra es clave. Más de la mitad de los hombres mayores con problemas de erección, no consultan. No porque no les importe, sino porque les da vergüenza. Porque la erección se ha convertido en el símbolo de la virilidad, en la prueba de que uno sigue siendo un hombre. Y fallar en esa prueba, admitir que el cuerpo ya no responde como antes, es una humillación que muchos prefieren callar.

Pero el problema no es solo que los hombres no consulten. Es que, cuando lo hacen, el sistema sanitario les ofrece una respuesta que a menudo es demasiado estrecha. La consulta de urología, el espacio por excelencia para tratar la disfunción eréctil, tiende a centrarse en el órgano y no en la persona. Se pregunta por la erección, se hacen pruebas hormonales y vasculares y se receta un fármaco. Punto. No se indaga por la relación de pareja, por el estrés, por la jubilación, por la pérdida de un ser querido, por la medicación que toma para la hipertensión o la diabetes. No se pregunta por el contexto.

Y eso es una forma de medicalización. Convertir un problema complejo —que puede tener raíces vasculares, neurológicas, hormonales, psicológicas y relacionales— en un problema puramente biomédico. Es el mismo mecanismo de la andropausia: crear una enfermedad para vender un tratamiento y simplificar la experiencia humana hasta reducirla a un déficit que se puede corregir con una pastilla.

Una revisión de la literatura crítica sobre el tema señala que: "la medicalización de la vejez y por extensión de la sexualidad, adquiere el rol creador de representaciones en las que se vincula el incremento de la edad a la patología".[19] Es decir, no solo tratamos la disfunción, sino que creamos la idea de que la sexualidad en la vejez es, por definición, problemática. Que envejecer es perder la sexualidad, y que hay que luchar contra ese declive con todas las armas farmacológicas disponibles.

Desde una perspectiva biopsicosocial, sin embargo, se arguye que los problemas de salud no siempre desembocan en un cese de las relaciones sexuales, que pueden aparecer a lo largo del ciclo vital y que no tienen por qué afectar a la satisfacción sexual. Lo que para

el modelo biomédico es una disfunción que hay que corregir, para el modelo biopsicosocial puede ser un problema sexual que hay que entender en su contexto. Y esa diferencia no es solo semántica: cambia completamente el abordaje clínico.

Viñeta clínica: Fernando, 68 años

Fernando llegó a la consulta de urología derivado por su médico de cabecera. Llevaba 2 años sin poder mantener una erección y su esposa, según él, «estaba perdiendo la paciencia». Le hice la historia clínica habitual, le pedí un perfil hormonal y vascular y le receté un inhibidor de la PDE5. Cuando volvió a los 3 meses, el fármaco funcionaba: tenía erecciones, pero seguía sin sentirse satisfecho. "No es lo mismo", me dijo. "Ahora puedo, pero ella... no sé, ya no me mira igual. A veces pienso que lo hace por compromiso. Y yo, con la pastilla, me siento como un robot".

Fernando no necesitaba una pastilla mejor. Precisaba hablar con su esposa, entender qué había cambiado en su relación, más allá de su cuerpo. Necesitaba que alguien le dijera que la intimidad no se reduce a la penetración, que el deseo no es solo una cuestión de vasos sanguíneos. Pero en la consulta de urología no había tiempo para eso. Había tiempo para la receta, pero no para la conversación.

El contexto relacional y las enfermedades crónicas

La disfunción eréctil no ocurre en el vacío. Ocurre en un cuerpo que envejece, que acumula enfermedades, que toma fármacos. Y ocurre en una relación, en una historia compartida, en un contexto de cuidados, de pérdidas, de cambios.

Las enfermedades crónicas son un factor de riesgo fundamental. La diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, la obesidad, el colesterol elevado y el tabaquismo pueden provocar disfunción eréctil. La diabetes, en particular, es devastadora para la función eréctil: la frecuencia de disfunción eréctil en hombres diabéticos aumenta con la edad. La hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria también se asocian significativamente con una mayor prevalencia de disfunción eréctil.[19]

La cirugía prostática es otro factor clave. La resección transuretral de próstata, uno de los procedimientos más comunes en hombres mayores, tiene como factor de riesgo más importante para la disfunción eréctil la edad avanzada (mayor que 60 años), presente en el 54,3 % de los casos.[19]

Pero estos datos, por sí solos, no cuentan toda la historia. Detrás de cada cifra hay un hombre que ha recibido un diagnóstico de diabetes y que ha visto cómo su cuerpo, lenta pero inexorablemente, dejaba de responder. Un hombre que ha pasado por una cirugía de próstata y que ha salido del quirófano con una nueva realidad que nadie le había explicado bien. Un hombre que toma medicación para la hipertensión y que ha notado que su deseo disminuye, pero que no se atreve a preguntar si los fármacos tienen algo que ver.

La consulta como espacio de negociación de la masculinidad

Cualquier consulta donde se aborda la sexualidad masculina, no solo la de urología, es un espacio de negociación de la masculinidad. El hombre mayor que acude porque tiene problemas de erección no solo está buscando un tratamiento, está averiguando una forma de seguir siendo hombre en un cuerpo que ya no se comporta como tal.

La vergüenza es el primer obstáculo. "Algunas personas pueden sentir vergüenza de hablar de esto", admite la Clínica Mayo. Y esa vergüenza no es casual: es el resultado de décadas de socialización en una masculinidad que equipara la virilidad con la capacidad eréctil. El hombre que no puede tener una erección no es solo un hombre con un problema médico, es un hombre que ha fracasado en su identidad.

Por eso, cuando un hombre mayor finalmente se atreve a ir a consulta, está haciendo un acto de valentía. Está rompiendo el silencio, está admitiendo una vulnerabilidad, está pidiendo ayuda. Y lo que encuentra, a menudo, es un sistema que le ofrece una respuesta rápida —una pastilla, un gel de testosterona— pero que no le ofrece un espacio para hablar de lo que realmente le duele.

La verdad es que la disfunción eréctil en el hombre mayor, rara vez, posee una sola causa. Es casi siempre multifactorial: vascular, neurológica, hormonal, psicológica y relacional. Y tratarla solo desde una de esas dimensiones es como intentar arreglar un coche cambiando solo una bujía, puede ser que el motor arranque, pero no funcionará bien. Y el conductor, el hombre que está al volante de su propia sexualidad, seguirá sintiendo que algo no funciona.

Viñeta clínica: Joaquín, 66 años

Joaquín había tenido un infarto a los 62 años y, desde entonces, tomaba betabloqueantes para proteger su corazón. Cuando vino a la consulta, su principal queja no era el corazón, sino que "ya no era el mismo" en la cama. Su mujer, me dijo, pensaba que ya no la deseaba. Y él no sabía cómo explicarle que la medicación le había cambiado, que ya no sentía lo mismo, que su cuerpo no respondía.

Le expliqué que los betabloqueantes pueden afectar la función eréctil y la libido. Que no era culpa suya, ni de su mujer, sino un efecto secundario de un fármaco que le estaba salvando la vida. Y luego le pregunté: "¿Has hablado con ella de esto?". Me miró con sorpresa, como si la idea nunca se le hubiera ocurrido. "No", dijo. "No sé cómo decírselo. Pensé que se enfadaría, o que ya no la quiero».

Joaquín no necesitaba un cambio de medicación (aunque exploramos esa opción). Requería permiso para hablar. Necesitaba que alguien le dijera que era normal, que no era un fracaso, que su relación podía sobrevivir a los cambios de su cuerpo. Precisaba, sobre todo, que su mujer entendiera que su silencio no era indiferencia, era vergüenza. Y que juntos podían encontrar una nueva forma de intimidad, una que no dependiera de la erección.

Redefiniendo el placer, la conexión y la sensualidad

Pero no todo es medicalización y vergüenza. También hay historias de resignificación, de redefinición, de descubrimiento. Hombres mayores que han aprendido que la sexualidad no es solo penetración, que el placer no es solo orgasmo, que la conexión no es solo rendimiento.

La sexualidad en la vejez, bien abordada, puede ser una oportunidad clínica para sanar vínculos, reconciliarse con el cuerpo y ampliar el mapa del placer. No es una frase hecha: es una realidad que hemos visto en los pacientes. Hombres que, después de una cirugía de próstata, han descubierto que el placer puede ser más sutil, más extendido, más compartido. Hombres que, tras un infarto, han aprendido a valorar la cercanía por encima del rendimiento. Hombres que, al perder la erección, han ganado la capacidad de escuchar, de acariciar, de estar presentes.

Pero para que eso ocurra, tiene que haber un espacio donde se pueda hablar de ello. Donde el paciente se sienta autorizado a decir: “No puedo tener una erección, pero quiero seguir sintiéndome cerca de mi pareja”. Donde el profesional no responda con una receta, sino con una pregunta: “¿Qué significa para ti la intimidad? ¿Cómo te gustaría que fuera?”

Parte III

Las crisis vitales: pérdidas, roles y duelos



Militares hombres frente al antiguo Centro gallego de La Habana (1959).



Capítulo 6

Profesión: jubilado. El vacío de la masculinidad productiva

A lo largo de los años, hemos atendido a decenas de hombres que han entregado 40 o 50 años de su vida a un trabajo fueron el ingeniero, el jefe, el que resolvía problemas, el que traía el dinero a casa. Y, de la noche a la mañana, se ha convertido en una persona que se levanta sin saber por qué, que mira el teléfono sin sonar, camina por la casa como un fantasma, se sienta en el sofá a esperar el transcurso del día. La jubilación, para muchos de ellos, no es un descanso merecido. Es una muerte en vida. La muerte de su identidad, de su rol, de su lugar en el mundo.

La jubilación como evento vital estresante: entre la libertad y la emasculación simbólica

La literatura médica suele presentar la jubilación como una transición, un cambio de etapa que puede ser positivo o negativo según las circunstancias. Pero en la práctica clínica, para muchos hombres mayores, es un evento estresante de primer orden, comparable con la pérdida de un ser querido. No es exagerado: la jubilación implica la pérdida de la estructura diaria, de las relaciones sociales vinculadas al trabajo, del estatus social, del ingreso económico y, sobre todo, del sentido de utilidad.

Hay estudios que lo confirman. Un artículo definió que la jubilación se asocia con un aumento del riesgo de depresión, ansiedad y enfermedades cardiovasculares, especialmente en los primeros dos años. Pero no todos los jubilados lo pasan mal; el riesgo es mayor en aquellos que tenían una identidad muy ligada al trabajo, que no

La figura corresponde a Alberto, comerciante (1903).

tenían planes de jubilación, que tenían una red social débil fuera del ámbito laboral, y que eran hombres.[20]

Porque la jubilación tiene un componente de género muy marcado. Las mujeres, históricamente, han tenido identidades más diversas: madres, cuidadoras, esposas, amigas. Su valor no se ha reducido tanto al trabajo productivo. Los hombres, en cambio, han sido definidos casi exclusivamente por su capacidad de proveer. "Ser hombre" era "tener un trabajo y mantener a una familia". Y cuando el trabajo desaparece, la masculinidad se tambalea. La jubilación no es solo perder el empleo, es perder la prueba diaria de hombría.

Hemos oído a pacientes decir cosas como: "Ahora mi mujer me dice lo que tengo que hacer en casa y yo siento que he perdido el mando", "Mis hijos me preguntan si necesito algo y me tratan como si fuera un estorbo", "En el trabajo era alguien. Ahora soy el abuelo que cuida a los nietos". No es que cuidar a los nietos sea malo; es que han pasado de ser el centro, el proveedor, el que decidía, a ser una figura periférica, un apoyo, un complemento. Y esa caída en la jerarquía simbólica duele más que cualquier pérdida material.

La emasculación simbólica es así de sutil y así de devastadora. No es que la sociedad les diga "ya no eres un hombre". Es que las estructuras identitarias masculinas se desmoronan y no tienen un reemplazo. El trabajo era su prueba de fuego diaria, y sin ella, se preguntan quiénes son.

La clínica del vacío: astenia, insomnio, alcohol y benzodiacepinas

La clínica del vacío se presenta con astenia (un cansancio que no se alivia con el descanso), insomnio de conciliación o de mantenimiento, pérdida de apetito o, al contrario, ganancia de peso por comer sin sentido, irritabilidad, apatía, y un consumo creciente de alcohol y de ansiolíticos.

Lo hemos visto decenas de veces. Un hombre que, durante 40 años, se levantaba a las 7 a. m. con energía, de repente no puede salir de la cama. No está físicamente agotado, es que no tiene una razón para levantarse. El insomnio llega porque su mente, sin la estructura del trabajo, se pierde en pensamientos circulares: "¿Qué hago mañana?", "¿Para qué sirvo?", "¿Cuánto tiempo me queda?". Y la ansiedad que genera ese vacío se calma, o se intenta calmar, con lo que siempre lo ha hecho la masculinidad tradicional: el alcohol y las pastillas.

Los datos de consumo de alcohol en jubilados son preocupantes. Según la Encuesta Nacional de Salud, los hombres mayores de 65 años tienen una prevalencia de consumo de alcohol de riesgo que duplica a la de las mujeres de la misma edad. Y una parte importante de ese consumo comienza o se intensifica después de la jubilación. No es casualidad: el alcohol es un anestésico para el vacío, un sustituto de la identidad perdida, una forma de llenar las horas muertas.[21]

Y luego están las benzodiacepinas. En la consulta, es frecuente el adulto mayor que toma alguna. A veces las receta el médico de cabecera para el insomnio, a veces las coge de la farmacia de su mujer o las compra sin receta. Pero la mayoría las ingiere para no pensar,

no sentir, no enfrentarse al espejo que les devuelve la imagen de un hombre sin propósito. El problema, claro, es que las benzodiacepinas a largo plazo aumentan el riesgo de caídas, de deterioro cognitivo, de dependencia. Estamos medicando la crisis vital con fármacos que nos hacen más frágiles.

Viñeta clínica: Emilio, 69 años

Recuerdo a Emilio, un hombre de 69 años que llevaba 3 años tomando lorazepam desde su jubilación. Cuando le pregunté por qué, me dijo: "Para dormir, porque si no, me paso la noche dando vueltas". Le pregunté si había intentado hacer ejercicio, o salir con amigos, o apuntarse a alguna actividad. Me miró con una mezcla de desdén y tristeza: "Eso no es para mí, doctor. Yo siempre he sido de trabajar, no de hacer manualidades". Emilio no veía alternativa entre el trabajo y la nada. Su identidad era tan monolítica que no podía imaginar una vida que no fuera productiva.

La jubilación exacerba las enfermedades crónicas

Pero la clínica del vacío no es solo psicológica. Tiene efectos físicos concretos y medibles. Y uno de los más importantes es el empeoramiento del control de las enfermedades crónicas.

Un hombre que se jubila y pierde la estructura diaria tiende a descuidar su alimentación. Antes comía en la casa o en el trabajo, a horas fijas, una comida preparada. Ahora consume lo que encuentra, a deshoras, sin control. La diabetes, que antes estaba relativamente controlada, se descompensa. La tensión arterial sube. El colesterol, que se mantenía con esfuerzo, se dispara.

El sedentarismo es otro factor clave. Antes, el trabajo implicaba movimiento: ir a la oficina, desplazarse a reuniones, subir escaleras, caminar. Ahora, el jubilado pasa horas sentado en el sofá viendo la televisión o mirando el móvil. La pérdida de masa muscular se acelera, el riesgo de caídas aumenta, la función cardiovascular empeora. Y todo ello en un círculo vicioso: el sedentarismo empeora la diabetes, lo cual empeora el estado de ánimo y esto lleva a más sedentarismo.

Hemos visto a hombres que, 6 meses después de jubilarse, presentaron diabetes *mellitus* descompensada o un aumento de peso de 10 kg o una presión arterial que ya no respondía a los fármacos. Cuando les preguntaba qué había pasado, la respuesta era siempre la misma: "Ya no tengo la rutina del trabajo y se me ha ido todo al traste".

Y luego está la adherencia a los tratamientos. Un hombre sin trabajar, que no tiene que estar en forma para rendir, que no posee un jefe que le exija, tiende a descuidar sus pastillas. "Para qué tomarlas, si ya estoy jubilado", me dijo una vez un paciente con insuficiencia cardíaca. Como si la enfermedad, al igual que la productividad, solo importara en la vida activa. Como si la jubilación fuera una exención de la responsabilidad de cuidarse.

Viñeta clínica: Miguel, 71 años

Miguel era un hombre de 71 años que había sido fontanero toda su vida. Un trabajo físico, exigente, que le había mantenido en forma. Se jubiló a los 65, y en 6 años había ganado 15 kg, desarrollado diabetes tipo 2 y una hipertensión que no se controlaba con tres fármacos. Cuando llegó a consulta, apenas podía subir un tramo de escaleras sin quedarse sin aliento.

Le pregunté qué había hecho durante esos 6 años. "Nada", me dijo. "Me siento en el sofá, veo la tele, a veces ayudo a mi mujer con la compra. Pero ya no tengo fuerza ni ganas". Le pregunté si había hecho algún intento de hacer ejercicio. Intenté hacer gimnasia en casa, pero me aburría. "Además, para qué, si ya no trabajo".

Miguel había reducido su identidad a su trabajo. Cuando el trabajo se fue, no quedó nada. No había amigos fuera del trabajo, ni aficiones, ni proyectos. Y su cuerpo, reflejo de esa identidad vacía, se había deteriorado a una velocidad que yo no veía en otros pacientes. La jubilación no era el descanso de una vida activa, era el principio de su declive.

Prescribir roles, no solo fármacos: propuestas desde la geriatría preventiva

Frente a este panorama, la medicina tiene una responsabilidad. Y no es solo recetar antidiabéticos o antihipertensivos. Es prevenir la clínica del vacío antes de que aparezca. Es preparar a los hombres para la jubilación como se prepara a un paciente para una cirugía: con información, con apoyo, con un plan de recuperación.

Los programas de jubilación activa son una evidencia de que se puede hacer. En países como Suecia o Japón, existen talleres prejubilatorios donde los trabajadores aprenden a planificar su vida después del trabajo. No solo temas económicos, sino también emocionales, sociales y de salud. Aprenden a cultivar aficiones, a mantener redes sociales, a cuidar su cuerpo. Y los resultados son positivos: menor depresión, menor deterioro funcional, menos enfermedades crónicas.

Pero en Cuba, estos programas no existen. La jubilación se vive como un día de fiesta, como un premio, como el fin de una obligación. Y luego, cuando la fiesta se acaba, el vacío se instala. Y entonces, nosotros, los médicos, nos encontramos con el paciente ya hundido y solo podemos ofrecer paliativos: ansiolíticos, antidepresivos, cambios de fármacos para la diabetes. Estamos tratando el síntoma, no la causa.

La geriatría preventiva tiene una oportunidad aquí. Podemos empezar a preguntar en la consulta: "¿Cuándo piensa jubilarse?", "¿Tiene planes para después?", "¿Tiene amigos fuera del trabajo?", "¿Tiene alguna afición?". Son preguntas simples que nos permiten identificar a los hombres en riesgo, antes de que la jubilación se convierta en un problema clínico.

También podemos prescribir roles, no solo fármacos. Recetarles que vayan a un círculo de abuelos, tres veces por semana a la playa, que se reúnan con sus amigos una vez por semana. Son recetas que suenan a broma, pero que tienen más evidencia para prevenir la depresión del jubilado que cualquier benzodiacepina. No es paternalismo; es usar nuestra autoridad médica para abrir puertas que el paciente, por sí solo, no se atrevería a abrir.

Y la participación social es igual de importante. La soledad del jubilado no es solo física, es relacional. Perder el contacto con los compañeros de trabajo, que eran su principal red social, es un golpe duro. Necesitan construir nuevas redes: clubes de mayores, asociaciones de vecinos, grupos de voluntariado, cursos universitarios. Y nosotros podemos facilitar ese proceso, informándoles de los recursos disponibles, animándolos a dar el primer paso, normalizando que la jubilación no es un retiro, es un cambio.

La jubilación como duelo y como oportunidad

La jubilación, al final, es un duelo. El duelo por el trabajo, por el rol, por la identidad. Y como todo duelo, tiene que ser transitado. Negarlo, evitarlo o anestesiarlo con alcohol o pastillas no es una solución; es una forma de estancarse en el duelo, de no elaborarlo.

Los hombres que logran reinventarse después de la jubilación son los que aceptan el duelo y lo transforman. Entienden que su valor no dependía del trabajo, aunque hubieran creído lo contrario toda su vida. Se permiten explorar nuevas facetas, nuevas habilidades, nuevas relaciones. Descubren que la masculinidad no es solo proveer, también es cuidar, crear, compartir, aprender.

No es fácil. Los años de socialización en una masculinidad productiva dejan marcas profundas. Pero es posible. Y nosotros, como profesionales, podemos acompañar ese proceso.





Capítulo 7

Viudedad, aislamiento y suicidio: el viudo invisible

La magnitud del problema es tan abrumadora que debería mover montañas y, sin embargo, apenas la vemos. En 2023, según los datos definitivos del Anuario Estadístico de Salud de Cuba, se registraron 1671 fallecimientos por suicidio. Los hombres representan el 83,1 % de los casos. Pero si hay un dato que debería helarnos la sangre es este: El número de total de suicidios en mayores de 60 años fue de 778 en el año 2023.[1]

Los hombres mayores, los más frágiles, los que han perdido a su pareja, los que viven solos, los que han perdido su rol, los que se sienten una carga, son más que la media de la población. Es una epidemia silenciosa innombrable.

El suicidio se ha convertido en una de las principales causas de muerte entre los adultos mayores a nivel mundial, superando incluso las tasas registradas en grupos de edades más jóvenes. Y mientras la sociedad se moviliza por el suicidio, los ancianos siguen muriendo en silencio, en sus casas, sin que nadie pregunte, sin que nadie vea, sin que nadie sepa.

El problema, además, está empeorando con el envejecimiento de la población. Cada vez hay más personas mayores susceptibles al suicidio, pero la investigación sobre el suicidio en adultos mayores sigue siendo escasa. La baja participación de las personas mayores en servicios de ayuda, no debe interpretarse como ausencia de necesidad, sino como un reflejo de barreras profundas y, muchas veces, invisibles que dificultan el acceso a estos recursos.

La figura corresponde a la Familia López, Remedios, Las Villas (1875).

La viudedad como factor de riesgo: el hombre que pierde su ancla

¿Por qué la viudedad golpea tan distinto a hombres y mujeres? La respuesta no está en la biología, sino en la forma en que hemos construido las relaciones, los roles y las identidades.[22]

Las mujeres, históricamente, han tejido redes de apoyo más amplias. Tienen amigas, tienen grupos, tienen espacios donde compartir sus emociones. Cuando pierden a su marido, suelen tener un sistema de soporte al cual pueden recurrir. Los hombres, en cambio, han depositado toda su vida emocional en una sola persona: su esposa. Ella era su confidente, su apoyo, su conexión con el mundo. Era quien le recordaba que tenía que ir al médico, quien le compraba la ropa, quien organizaba las cenas con los amigos, quien mantenía el contacto con los hijos. Ella era, en muchos casos, su único vínculo emocional. Y cuando ella muere, el hombre mayor no solo pierde a su pareja. Pierde su brújula, su agenda, su memoria, en fin, la persona que le decía quién era. Se queda sin ancla en un mar que de repente se ha vuelto inmenso y hostil.

Esta dependencia no es patológica en sí misma, es el resultado de una división tradicional de roles que ha dejado a los hombres mayores en una posición de vulnerabilidad extrema cuando se quedan sin ese apoyo. No saben cocinar ni gestionar la economía doméstica, no saben mantener las relaciones sociales ni cuidar de su propia salud. Y lo que es peor: no saben pedir ayuda para aprenderlo, porque nunca lo han hecho, y porque hacerlo ahora sería admitir el fracaso en su rol de hombre autónomo.

La depresión enmascarada: cuando la tristeza no se parece a la tristeza

Hay un error que cometemos con frecuencia los profesionales de la salud: esperar que la depresión en el anciano se parezca a la del adulto joven. Esperamos tristeza, llanto, desesperanza expresada. Y cuando no encontramos eso, pensamos que no hay depresión. Pero ese trastorno en personas mayores suele presentar características particulares que se diferencian de otros grupos de edad. La tristeza no siempre está presente; en cambio, sí lo pueden estar la falta de sentido, la percepción de inutilidad o el sentimiento de ser una carga.

El llamado “suicidio silencioso” o “síndrome de deslizamiento” es una forma de conducta suicida en la que la persona se va privando lentamente de satisfacer sus necesidades básicas. Deja de comer, de tomar la medicación, de salir, de cuidarse. No es un acto violento, no es un gesto dramático. Es una forma lenta y silenciosa de desaparecer. Y es especialmente frecuente en hombres mayores viudos, que pierden el sentido de su vida y simplemente se dejan morir.

Hemos visto a demasiados hombres mayores que no estaban “tristes” en el sentido clásico, pero que habían perdido toda motivación para vivir. Se levantaban por la mañana y no tenían nada que hacer. Comían porque tenían que comer, pero sin hambre. Tomaban las pastillas porque se las habían recetado, pero sin convicción. Iban al médico porque

sus hijos les obligaban, pero sin esperanza. Y cuando les preguntaba cómo se sentían, respondían: "Bien, ¿qué quiere que le diga?". Porque no tenían palabras para lo que sentían. O porque no se sentían autorizados a usarlas.

La tríada del riesgo: abandono somático, depresión enmascarada y red social inexistente

En la práctica clínica, hemos identificado una tríada que, cuando se da, debería encender todas las alarmas. La llamamos la tríada del riesgo: abandono somático, depresión enmascarada y red social inexistente.

El abandono somático es la forma en que el cuerpo habla cuando la mente no puede. El hombre mayor viudo que deja de comer, que deja de tomar su medicación, que descuida su higiene, que deja de ir a revisiones. No es que no sepa que debe hacerlo; es que ya no le importa. Su cuerpo se ha convertido en un estorbo, en un recordatorio de que sigue vivo cuando ya no quiere estarlo.

La depresión enmascarada es esa tristeza que no se parece a la tristeza. Es la irritabilidad, el insomnio, la fatiga, la pérdida de interés, la falta de sentido. Es el hombre que dice "estoy bien" cuando en realidad no puede levantarse de la cama. Es el que se enfada con sus hijos por cualquier cosa porque no sabe decirles que los necesita. Es el que bebe más de la cuenta porque el alcohol es el único anestésico que conoce.

Cribado activo en atención primaria: lo que deberíamos estar haciendo

Frente a esta realidad, la atención primaria tiene un papel fundamental. Los médicos de atención primaria son, en muchos casos, los principales referentes en salud de las personas mayores. Son los que ven a estos hombres con más frecuencia, los que conocen su historia, los que pueden detectar los signos de alarma antes de que sea demasiado tarde.

Pero para eso, tenemos que hacer algo que no estamos haciendo: preguntar. Indagar de forma activa y sistemática por el riesgo de suicidio. No esperar a que el paciente lo mencione (porque no lo hará), sino preguntar directamente. Y no solo una vez, sino en cada consulta, especialmente en los momentos de transición: después de una viudedad, de una jubilación, de un diagnóstico de enfermedad grave, de un ingreso hospitalario.

El cribado no tiene que ser complicado. Pueden ser preguntas simples, integradas en la historia clínica rutinaria. Preguntas como:

- En las últimas semanas, ¿ha sentido que la vida no merece la pena?
- ¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño o en quitarse la vida?
- ¿Tiene la sensación de que es una carga para los demás?
- ¿Cómo está llevando la pérdida de su mujer? ¿Hay días en que no encuentra sentido a nada?

Son preguntas difíciles, incómodas. Pero son necesarias. Porque el paciente que está pensando en suicidarse, rara vez, lo va a decir por iniciativa propia. Va a esperar a que alguien le pregunte. Y si nadie le pregunta, se quedará en silencio, y ese silencio puede ser su sentencia.

Viñeta clínica: Andrés, 76 años

Andrés, viudo desde hace 2 años, llegó a la consulta derivado por su enfermera de atención primaria, que había notado que llevaba 3 meses sin acudir a las revisiones de su diabetes. Cuando le pregunté por qué había dejado de venir, me dijo que no veía sentido. "Mi mujer se encargaba de todo esto", me explicó. "Ella me recordaba las citas, me preparaba la medicación, me decía cuándo tenía que ir al médico. Ahora... ahora no sé ni qué pastillas tengo que tomar".

Le pregunté cómo estaba llevando la viudedad. Me dijo que mal, que no dormía, había perdido el apetito, se sentía solo. Y entonces, después de un silencio largo, añadió: "A veces pienso que ya he vivido bastante. Que mis hijos ya son mayores y no me necesitan. Que no tengo nada que hacer aquí".

No dijo: "Quiero suicidarme". Dijo: "No tengo nada que hacer aquí". Pero yo ya había aprendido a reconocer ese lenguaje. La falta de sentido, la percepción de inutilidad, el sentimiento de ser una carga. Son señales de alarma que no podemos ignorar.

Le pregunté directamente: "¿Ha pensado en quitarse la vida?". Me miró sorprendido, como si la idea nunca se le hubiera ocurrido. O como si no esperara que alguien se lo preguntara. "Bueno", dijo después de un momento, "a veces pienso que sería mejor para todos. Pero no tengo valor para hacerlo".

Andrés no se suicidó. Volvió a la consulta un mes después, con algo más de luz en los ojos. Había empezado a ir a un grupo de duelo. "Hay otros hombres como yo", me dijo. "Hombres que también han perdido a sus mujeres. Y podemos hablar de ello. No es fácil, pero ayuda".

La pregunta que puede salvar una vida

"¿Cómo se siente de verdad?". Esa pregunta, hecha con tiempo, con escucha, con respeto, puede salvar una vida. No es magia, no es psicoterapia avanzada, no es un fármaco milagroso. Es simplemente preguntar y estar dispuesto a escuchar la respuesta. Es crear un espacio donde el hombre mayor, el viudo, el que ha perdido su ancla, pueda decir en voz alta lo que lleva meses callando. Es normalizar que el dolor existe, que la tristeza es legítima, que pedir ayuda no es rendirse.

Los hombres mayores que se suicidan no lo hacen porque quieren morir. Lo hacen porque no ven otra salida. El dolor es tan grande que la muerte parece la única opción. La soledad es tan profunda que no encuentran a nadie que los sostenga. La vergüenza es tan intensa que prefieren el silencio a la confesión.

Nuestro trabajo, como profesionales, es romper ese silencio. Preguntar, escuchar, acompañar.





Capítulo 8

Cuando el cuerpo falla al rol: dependencia funcional, vergüenza y salud mental

Ser hombre, en la cultura tradicional, ha significado ser el cuidador, no el que es cuidado. El hombre provee, protege, resuelve. Es el pilar de la casa, el que sostiene a los demás. Cuando ese rol se invierte, cuando se convierte en el que necesita ser cuidado, la experiencia es profundamente desestabilizadora. No es solo que necesite ayuda para vestirse, para comer, para ir al baño; es que esa ayuda le recuerda, a cada minuto, que ya no es quien era.

La pérdida de autonomía funcional, medida por escalas como el índice de Barthel o la escala de Lawton, es un predictor potente de depresión en personas mayores. Pero en los hombres, la relación es especialmente fuerte. Un estudio longitudinal publicado en el Journal of Aging and Health encontró que los hombres que experimentaban un deterioro funcional significativo tenían un riesgo tres veces mayor de desarrollar depresión mayor que las mujeres con el mismo nivel de dependencia. No porque el deterioro sea más grave en ellos, sino porque su identidad está más ligada a la funcionalidad.[23,24]

Hemos visto a hombres mayores que, tras una fractura de cadera o un ictus, prefieren quedarse en la cama antes que aceptar la ayuda de un andador. “Eso es para viejos”, dicen, como si ellos no lo fueran. O se niegan a usar pañales, aunque tengan incontinencia, porque “un hombre no se mea encima”. O rechazan la ayuda de sus hijos para ducharse, porque “eso no es propio”. No es terquedad, es la defensa desesperada de una identidad que se desmorona.

La figura corresponde a Hombre que fue amigo de José Martí cuando era niño (1953)

La pérdida de autonomía no es solo física, es simbólica. Cada vez que un hombre mayor no puede abrir un frasco, no puede levantarse de la silla ni caminar hasta el baño, experimenta una pequeña muerte. La acumulación de esas pequeñas muertes lleva a una sensación de inutilidad, de vacío, de no ser ya un hombre. Y en ese vacío, la ideación suicida encuentra un terreno fértil.

El fantasma de ser una carga y su relación con la ideación suicida

Hay una palabra que aparece una y otra vez en las consultas con hombres mayores dependientes: "carga". Se sienten una carga para sus familias, para sus cuidadores, para el sistema. Y ese sentimiento, más que el dolor físico o la limitación funcional, es el que más se asocia con la ideación suicida.

La percepción de ser una carga no es un delirio ni una exageración. En una sociedad que valora la productividad y la autonomía, la dependencia se vive como una anomalía, como un fracaso. Los hombres mayores, que han sido socializados para ser proveedores, interiorizan esa valoración y la aplican a sí mismos. "Ya no sirvo para nada", "soy un estorbo", "mejor que me muera". Frases que hemos escuchado cientos de veces, y que siempre van acompañadas de una mirada que pide permiso para desaparecer.

La relación entre el sentimiento de ser una carga y el suicidio en personas mayores está bien documentada. La teoría interpersonal del suicidio, desarrollada por Thomas Joiner, señala que la ideación suicida surge de la combinación de dos factores: el sentimiento de no pertenencia (soledad, aislamiento) y el sentimiento de ser una carga para los demás. Los hombres mayores dependientes encajan perfectamente en este modelo: están aislados, han perdido su red social, y sienten que su existencia es un peso para quienes los cuidan.[25]

Pero hay una diferencia crucial entre la mujer mayor dependiente y el hombre mayor dependiente. Las mujeres, incluso cuando son dependientes, suelen mantener un rol de cuidado, aunque sea simbólico: se preocupan por sus hijos, por sus nietos, por su familia. Siguen siendo el centro emocional del hogar. Los hombres, en cambio, pierden su rol de proveedores y no tienen otro que lo reemplace. La dependencia los despoja de su función, y sin función, se sienten vacíos.

Enfermedades crónicas que causan dependencia: el cuerpo que traiciona

La dependencia funcional no es un evento aislado; es el resultado de enfermedades crónicas que, lentamente, van robando capacidades. El ictus, la artrosis severa, la demencia, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes con complicaciones, el cáncer. Cada una de estas enfermedades, a su manera,

convierte a un hombre autónomo en un hombre que necesita ayuda para las actividades más básicas.

La demencia, en particular, es un desafío enorme para la masculinidad. El hombre que ha sido definido por su mente, por su capacidad de resolver problemas, de tomar decisiones, de ser el líder de la familia, ve cómo su cerebro se deteriora. Pierde la memoria, el juicio, el control. Y a menudo, la respuesta es la agresividad, la irritabilidad, la negación. No es que se vuelvan malas personas; es que están defendiendo lo que les queda de su identidad con las armas conocidas.

La dependencia en la demencia es especialmente difícil porque el hombre no es consciente de su dependencia o solo lo es a ratos. Y en esos ratos de lucidez, el horror de lo que está perdiendo puede ser insoportable. La ideación suicida en pacientes con demencia es un tema tabú, pero existe. Algunos estudios sugieren que hasta un 20 % de los pacientes con demencia leve-moderada tienen ideación suicida, especialmente cuando son conscientes de su declive. Y la mayoría no lo comunica, porque no pueden, porque no saben, porque nadie les pregunta.[26]

La vergüenza de recibir cuidados

Hay una dimensión de la dependencia que, rara vez, se aborda en la literatura médica: la vergüenza. El hombre mayor que necesita la ayuda de alguien para ir al baño, que lo limpie cuando se ensucia, que lo vista, le dé la comida, no solo está perdiendo autonomía; está perdiendo su dignidad. O al menos, así lo percibe él.

La vergüenza no es un sentimiento menor, es un determinante de conducta. Hemos visto a hombres mayores que, por no pedir ayuda para ir al baño, tienen accidentes evitables y, luego, se sienten aún peor. Otros rechazan la comida porque no pueden cortarla ellos mismos, y prefieren pasar hambre antes que admitir que necesitan que alguien se la corte. Existen hombres que se quedan en la cama todo el día porque no soportan la idea de que alguien los vea caminando con un andador.

La vergüenza, en este contexto, es un mecanismo de defensa contra la humillación. El hombre mayor dependiente no es solo frágil, es vulnerable. Y la vulnerabilidad, en la masculinidad tradicional, es el peor de los pecados. Mostrar la vulnerabilidad es revelar que ya no eres un hombre. Y por eso, muchos hombres mayores prefieren el aislamiento, el silencio y la autodestrucción antes que mostrarse vulnerables.

Viñeta clínica: Rafael 81 años

Conozco a un hombre, Rafael, de 81 años, con una insuficiencia cardíaca avanzada que le impedía caminar más de unos pocos metros. Su hija, que vivía cerca, le ofreció mudarse a su casa o contratar a un cuidador. Él se negó rotundamente. «No voy a ser una carga para mi hija», decía. Pero la realidad

era que no soportaba la idea de que su hija le viera débil, que le ayudara a ducharse, que le viera sin fuerzas. Prefirió quedarse solo en su piso, con el riesgo de caerse y no poder levantarse, con el riesgo de descompensarse y no poder llamar a nadie. Prefirió el riesgo físico antes que la humillación emocional.

Rafael no se suicidó, pero estuvo cerca. Su insuficiencia cardíaca empeoró y cuando finalmente ingresó en el hospital estaba en fase terminal. En la cama del hospital, ya sin fuerzas para negarse, aceptó la ayuda. Y fue entonces, en sus últimas semanas, cuando pudo decir lo que siempre había callado: "No quería que mi hija me viera así. Pensé que, si me veía débil, dejaría de quererme". No era cierto, por supuesto. Su hija lo quería más que nunca. Pero él no podía creerlo porque su identidad dependía de ser el fuerte, el proveedor, el que no necesitaba nada.

Estrategias de resignificación: los hombres que aprenden a recibir

No todos los hombres mayores se quedan atrapados en la vergüenza y el aislamiento. Algunos, por razones que no siempre comprendemos del todo, logran resignificar la dependencia. Encuentran formas de seguir siendo hombres valiosos, sin necesidad de ser autónomos.

La clave es encontrar un nuevo rol. Un rol que no dependa de la fuerza física ni de la productividad ni de la provisión. Que tenga que ver con la conexión, con la presencia, con el cuidado emocional. Los hombres que logran esta transformación suelen ser aquellos que, de alguna manera, ya tenían una faceta más allá del trabajo y de la fuerza. Los que habían cultivado aficiones, relaciones u otros intereses. Los que, incluso siendo proveedores, supieron desempeñar su rol de padres, abuelos o amigos.

Hemos visto a hombres que, después de un ictus que les dejó sin movilidad, se convirtieron en los "abuelos narradores" de sus nietos. Ya no podían jugar al fútbol ni construir muebles, pero podían contar historias, podían escuchar, podían estar presentes. Y descubrieron que esa presencia, esa escucha, era tan valiosa como cualquier otra labor que hubieran hecho antes.

También hemos visto a hombres que, al perder su autonomía, se convirtieron en los "jefes de la logística" en el hogar. No podían ir a la compra, pero sí hacer la lista, planificar las comidas, organizar los horarios. No podían llevar a los nietos al colegio, pero podían llamar por teléfono, coordinar, estar al tanto de todo. Su rol cambió, pero no desapareció. Y ese cambio les permitió mantener su identidad, aunque fuera de manera diferente.

Y hay a hombres que, al volverse dependientes, aprendieron a recibir cuidados sin sentirse humillados. No fue fácil; la mayoría necesitó ayuda psicológica, apoyo de su familia, tiempo. Pero con el tiempo, algunos lograron entender que recibir cuidados no es una derrota, sino una forma de conexión. Que permitir a otros cuidarte es también un acto de generosidad: les das la oportunidad de sentirse útiles, de expresar su amor, de estar cerca.

Viñeta clínica: Pascual, 77 años

Pascual había sido camionero toda su vida. Una vida de carretera, de soledad, de independencia. A los 77 años, un accidente cerebrovascular le dejó con hemiparesia derecha y afasia, apenas podía articular palabras. Pasó meses en rehabilitación, pero nunca recuperó la capacidad de andar sin ayuda. Su esposa, María, se convirtió en su cuidadora principal. Al principio, Pascual estaba furioso. Gritaba, tiraba los objetos, se negaba a usar el andador, se quedaba en la cama sin comer.

María estaba agotada y desesperada. Vino a la consulta a pedirme ayuda, no para su marido, sino para ella. "No sé cuánto más puedo aguantar", me dijo. "Él no acepta su situación y se desquita conmigo". Le expliqué que no era con ella, sino con su propia pérdida, que la rabia de Pascual era el dolor de un hombre que había perdido su identidad.

Empezamos un trabajo conjunto: sesiones de rehabilitación adaptadas, pero también apoyo psicológico para los dos. Llevó meses, pero poco a poco, Pascual empezó a cambiar. Descubrió que podía hacer otras cosas: ayudar a María a planificar la compra, dictarle las recetas de cocina (que se sabía de memoria), contar historias de sus viajes a sus nietos. Su afasia mejoró lo suficiente para que pudiera comunicarse con frases cortas. Y un día, en la consulta, me dijo: "María me cuida, pero yo la cuido a ella. Cuando está cansada, le recuerdo que descanse. Soy un camionero retirado, pero sigo siendo el piloto".

Pascual había resignificado su dependencia. Ya no era el hombre que había perdido su cuerpo; era aquel que había encontrado una nueva forma de ser útil, de cuidar, de estar presente. No podía hacer las cosas que hacía antes, pero podía hacer otras. Y al hacerlas, había recuperado su identidad. No la misma, pero una identidad válida, que le permitía seguir viviendo sin vergüenza, sin sentirse una carga.

El papel de la familia y los cuidadores: cómo facilitar la resignificación

Los cuidadores, sobre todo los familiares, tienden a hacer demasiado por el paciente. Lo hacen por amor, por compasión, por eficiencia. Pero al hacerlo, a veces le arrebatan la oportunidad de hacer lo que aún puede hacer. "No te molestes", le dicen, "yo lo hago". Y esa frase, dicha con cariño, puede ser la peor enemiga de la autonomía residual. Porque el hombre mayor dependiente, al no poder hacer nada, se siente inútil. Y la inutilidad lleva a la depresión, y la depresión a la pérdida de ganas de vivir.

Hemos tenido que enseñar a muchas familias, una y otra vez, que la ayuda no es hacerlo todo, sino facilitar que el paciente haga lo que puede. Que la autonomía no es solo una cuestión de capacidad física, sino de oportunidad. Si puede lavarse la cara solo, aunque le cueste, debe hacerlo. Si puede cortar un poco de pan, aunque sea con dificultad, debe hacerlo. Si puede tomar una decisión, aunque sea pequeña, debe tomarla. Porque cada cosa que hace, por pequeña que sea, es una afirmación de su identidad, una negación de su inutilidad.

También hemos enseñado a las familias a pedir ayuda, a compartir el cuidado, a no agotarse. Porque un cuidador agotado no puede sostener a nadie. María, la esposa de Pascual, empezó a tener días de respiro, a compartir el cuidado con sus hijos, a aceptar la ayuda de una auxiliar a domicilio. Y eso le permitió estar más presente, más paciente, más amorosa con su marido.

Propuestas desde la atención sanitaria: lo que deberíamos hacer

Frente a esta realidad, la geriatría tiene una responsabilidad clara. No podemos limitarnos a tratar la enfermedad física, se debe abordar el impacto existencial de la dependencia. Tenemos que preguntar, no solo por el índice de Barthel, sino por cómo se siente el paciente con su dependencia. Investigar si se siente una carga, si ha tenido pensamientos de no seguir, si ha perdido el sentido de su vida.

El cribado de ideación suicida en pacientes dependientes debería ser sistemático. No solo en los que están diagnosticados de depresión, sino en todos los que tienen una pérdida funcional significativa. Preguntas simples como: "¿Ha sentido que no merece la pena seguir?" o "¿Ha pensado en que sería mejor para los demás, si usted no estuviera?" se puede abrir una puerta que el paciente no se atreve a abrir por sí mismo.

El apoyo psicológico es esencial, pero no solo el individual. La terapia familiar puede ayudar a los cuidadores a entender la experiencia del paciente y a cambiar la dinámica de cuidado. Los grupos de apoyo para hombres dependientes, aunque escasos, han mostrado

resultados positivos: permiten compartir experiencias, normalizar la dependencia, y encontrar nuevas formas de ser útil.

Y la rehabilitación, bien entendida, no es solo física. Es también una oportunidad para resignificar la identidad. Los terapeutas ocupacionales, los fisioterapeutas y los logopedas pueden ser aliados en este proceso, no solo para recuperar funciones, sino para ayudar al paciente a descubrir qué puede hacer con las funciones que le quedan. A veces, una pequeña adaptación —un mango alargado para coger objetos, una silla especial para ducharse— puede cambiar la vida de un hombre dependiente, devolviéndole un poco de control sobre su entorno.





Parte IV

Territorios extremos y nuevos horizontes



Hombres de diferentes generaciones de la familia Urrutia en La Habana (1905).



Capítulo 9

Morir como un hombre: la toma de decisiones al final de la vida desde las masculinidades

La unidad de cuidados intensivos es, para muchos hombres mayores, el escenario final de una vida de lucha. Allí, rodeados de tubos y monitores, sometidos a ventilación mecánica, a diálisis, a fármacos que mantienen la tensión artificialmente, se libra la última batalla contra la muerte. Y los hombres, que han sido educados para no rendirse, a menudo libran esa batalla más allá de lo razonable, más allá de lo que sus cuerpos pueden soportar, más allá de lo que sus familias desearían.

Hay una evidencia clara al respecto. Los estudios muestran que los hombres mayores, comparados con las mujeres, reciben más tratamientos agresivos al final de la vida, son más propensos a morir en la unidad de cuidados intensivos y tienen menos probabilidades de recibir cuidados paliativos. En parte, esto se debe a que los hombres suelen estar más enfermos cuando llegan al final, pero también a que ellos y sus familias tienen una mayor resistencia a aceptar la muerte como inevitable.[27]

Para muchos hombres, la unidad de cuidados intensivos no es una opción médica, es un símbolo. Un estandarte de no rendición, de lucha hasta el final, de haber sido UN hombre hasta el último aliento. Pero esa lucha, a menudo, es una farsa. Porque la unidad de cuidados intensivos no es una batalla contra la muerte, es una batalla contra el tiempo. Y el tiempo, al final, siempre gana. La pregunta no es si se va a morir, sino cómo. Y la masculinidad tradicional, al negar la muerte, al convertirla en un enemigo el cual hay que vencer, impide a los hombres elegir una muerte buena, una muerte tranquila, una muerte que no sea una prolongación del sufrimiento.

La figura corresponde a Dedicatoria de Federico a su prometida Esperanza (1917).

Los médicos de cuidados intensivos lo saben bien. A menudo, los pacientes mayores con enfermedades crónicas avanzadas ingresan con órdenes de "todo lo posible", y la familia, presionada por el paciente o por su propia culpa, no se atreve a retirar el soporte vital, aunque sea evidente que no hay esperanzas. "Mi padre no querría que le desconectaran", me dijo una vez la hija de un paciente con un ictus masivo. "Él siempre decía que había que luchar". Pero su padre estaba en coma, sin posibilidad de recuperación, y "luchar" significaba mantenerlo con vida atado a una máquina hasta que su corazón, exhausto, decidiera parar por sí solo. No era lucha, era espera.

Cómo la socialización masculina moldea la planificación anticipada de decisiones

La planificación anticipada de decisiones es una de las herramientas más valiosas que existen para garantizar una muerte digna. Consiste en hablar con el paciente, cuando aún está en condiciones de hacerlo, sobre sus valores, sus deseos, sus miedos, y sobre qué tipo de cuidados quiere recibir, si llega el momento en que no pueda decidir. Es una conversación difícil, sin dudas, pero necesaria.

El problema es que los hombres mayores, en general, evitan estas conversaciones. No hablan de la muerte, no la planifican, no la anticipan. La mayoría de los documentos de voluntades anticipadas están firmados por mujeres, no por hombres. Cuando se les pregunta por qué, las respuestas son siempre las mismas: "No quiero pensar en eso", "Eso es para cuando llegue el momento", "No soy de hacer planes para eso". Pero detrás de esas respuestas, hay algo más profundo: el miedo a enfrentar la propia vulnerabilidad, a reconocer que se va a morir, a perder el control.

Los hombres, que han construido su identidad en torno al control, a la autonomía, a la capacidad de resolver problemas, presentan dificultades para aceptar que hay algo que no pueden controlar: la muerte. Planificar la muerte, decidir cómo se quiere morir, es admitir que la muerte va a llegar y no se puede hacer nada para evitarlo. Es una rendición y la masculinidad tradicional no admite rendiciones.

Hemos visto a demasiados hombres que no han dejado ninguna instrucción a sus familias, ninguna carta, ninguna voluntad. Han muerto sin decir a sus hijos cuánto los querían, sin haber perdonado a quien debían perdonar, sin haber expresado sus miedos, sin haber cerrado sus cuentas pendientes. Porque hablar de eso, para ellos, era demasiado difícil, no habían aprendido a hacerlo, la cultura les había enseñado que esas cosas no se dicen, que los hombres son fuertes y callan hasta el final.

Y luego, cuando el final llega, la familia se queda sin saber qué hacer, sin saber qué quería el paciente, sin saber si están actuando bien. Las discusiones entre hermanos, las decisiones que se toman con culpa, la sensación de no haber hecho lo correcto, todo eso podría evitarse con una simple conversación. Pero esa conversación, para muchos hombres, es imposible de tener.

Viñeta clínica: Francisco, 72 años

Francisco había sido fumador toda su vida. Padecía de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, dependiente de oxígeno, con crisis repetidas. Su médico de atención primaria le había sugerido, en varias ocasiones, hablar con su familia sobre qué hacer si llegaba el momento en que no pudiera respirar por sí mismo. Francisco siempre respondía: "Eso no va a pasar, yo soy fuerte". Pero pasó. Llegó a urgencias con una neumonía, con una saturación del 70 % y hubo que intubarlo. Su mujer y sus hijos, que no tenían ni idea de qué quería Francisco, se vieron en la disyuntiva de mantenerlo en la unidad de cuidados intensivos o retirar el soporte. Él no había dicho nada. No había querido hablar. Y ahora, ellos tenían que decidir por él, sin saber si estaban haciendo lo correcto. Su mujer, entre lágrimas, me confesó: "Nunca quiso hablar de eso. Decía que no le gustaba pensar en la muerte. Y ahora yo tengo que pensar por él y no sé qué habría querido".

Francisco no sobrevivió. Murió en la unidad de cuidados intensivos, después de 10 días intubado, sin haber podido despedirse de su familia. Su mujer, su hija, su hijo, todos se quedaron con la sensación de no haber cumplido su última voluntad, pero no sabían cuál era. Eso es lo que ocurre cuando los hombres no hablan de la muerte: dejan a sus seres queridos con una carga insoportable, con la culpa de tener que decidir sin saber, con la duda eterna de si hicieron lo correcto.

El impacto de las enfermedades crónicas terminales en la negociación de los cuidados paliativos

Las enfermedades crónicas terminales como el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardíaca presentan un desafío particular para los hombres mayores, porque suelen tener un curso prolongado con momentos de deterioro agudo, y ofrecen la ilusión de que hay algo que se puede hacer, que se puede ganar tiempo, que se puede "luchar". Y esa ilusión, alimentada por la masculinidad tradicional, dificulta la aceptación de los cuidados paliativos.[28]

El cáncer, en especial, se ha convertido en un campo de batalla para la masculinidad. "Luchar contra el cáncer", "ganar la batalla", "ser un guerrero" es un lenguaje bélico que convierte la enfermedad en un enemigo y al paciente en un soldado. Los hombres, educados para ser guerreros, se sienten obligados a luchar, a no rendirse, a seguir con tratamientos agresivos, aunque la evidencia diga que no van a curarlos, que solo van a prolongar el sufrimiento.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es otro ejemplo. Los hombres con esta afección, a menudo fumadores de larga evolución, han pasado años negando su

enfermedad, minimizando los síntomas, hasta que la falta de aire se hace insoportable. Y cuando llegan al final, cuando la oxigenoterapia ya no es suficiente, cuando las crisis se suceden, les cuesta aceptar que la muerte está cerca. Siguen pidiendo tratamientos, más ingresos, más oxígeno, más fármacos. "No puedo rendirme", dicen. Y se rinden, en realidad, a la idea de que la muerte no es una rendición, sino un proceso natural.

La insuficiencia cardíaca tiene una dinámica similar. Los hombres que han sido activos, trabajadores, que han llevado una vida de esfuerzo, ven cómo su corazón se agota. Y en lugar de aceptar la realidad, se aferran a la idea de esforzarse un poco más; si toman más medicación, si siguen una dieta más estricta, podrán seguir adelante. No entienden que, a veces, el mejor cuidado es el cuidado paliativo. No entienden que no es rendirse, es elegir vivir mejor el tiempo que queda.

El miedo a "perder el control": la morfina y la sedación

Hay un miedo que aparece una y otra vez en las conversaciones con hombres mayores al final de la vida: el miedo a perder el control. No es un miedo abstracto, es un miedo concreto a los fármacos que se usan en cuidados paliativos: la morfina, la sedación, la analgesia. Fármacos que alivian el dolor y la angustia, pero que también pueden provocar somnolencia, confusión, una sensación de pérdida de la conciencia. Y para los hombres que han construido su identidad en torno al control, eso es aterrador.[29]

"¿Qué pasa si la morfina me deja dormido y no me despierto?", me preguntó una vez un paciente con cáncer óseo. "¿Y si me sedan y pierdo el control de lo que pasa a mi alrededor?". No era un miedo a la muerte, era un miedo a la pérdida de sí mismo. A no poder estar presente, a no poder decidir, a no poder ser quien había sido.

Este miedo, en muchos casos, lleva a los hombres a rechazar los cuidados paliativos, a preferir el dolor a la sedación, a elegir la lucidez, aunque sea dolorosa. Y eso, desde el punto de vista médico, es comprensible: cada persona tiene derecho a elegir. Pero desde la perspectiva de género, es trágico. Porque esos hombres están sufriendo innecesariamente, están renunciando a un alivio que podrían tener, por un miedo que no es suyo, sino de su socialización. Un miedo a no ser suficientemente hombres, a no controlar su propio final.

Hemos visto a hombres que, después de mucho trabajo de confianza, han aceptado la morfina y la sedación y han descubierto que no era lo temido. Que la sedación no es perder el control, es dejar el control en manos de otros, y que eso puede ser un alivio. Que la morfina no les robó su identidad; les permitió estar presentes, sin dolor, para despedirse de sus seres queridos. Que el control no lo es todo, y que a veces, el mayor acto de valentía es dejar que otros te cuiden.

Hacia una "buena muerte" que integre la deconstrucción del héroe

La "buena muerte" en la cultura occidental ha sido tradicionalmente una muerte tranquila, en casa, rodeado de los seres queridos, sin dolor, con la conciencia de que se ha vivido bien y de que se puede partir en paz. Pero para muchos hombres mayores, esa imagen choca con su identidad. No saben cómo morir bien, porque no han aprendido a hacerlo. Solo han aprendido a luchar, a aguantar, a no rendirse. Y la muerte, en su imaginario, es una derrota.

Sin embargo, la muerte no es una derrota. Es el final de una vida. Y cómo se vive ese final, cómo se afronta, cómo se comparte, es una parte tan importante de la vida como cualquier otra. Los hombres que logran despedirse bien, nos enseñan que la masculinidad no es incompatible con la vulnerabilidad. Que se puede ser hombre y pedir ayuda, llorar, decir "te quiero" a los hijos, que se puede ser hombre y aceptar la muerte con serenidad.

Esto requiere una deconstrucción del héroe. El héroe de la masculinidad tradicional muere en el campo de batalla, con las botas puestas, sin mostrar debilidad. Pero la vida real no es una película de guerra. La vida real es más compleja, más ambigua, más humana. Y la muerte real no es un acto heroico; es un proceso que se vive, que se siente, que se comparte. Permitir a los hombres mayores vivir ese proceso en plenitud, sin la presión de ser héroes, es quizá el mayor regalo que podemos hacerles.

Hemos tenido el privilegio de acompañar a algunos hombres en ese proceso. Hombres que, en sus últimas semanas, se han permitido decir lo que nunca habían dicho. Que han abrazado a sus hijos, han llorado con sus esposas, han pedido perdón, han dado las gracias. Hombres que, al final, han descubierto que la vulnerabilidad no es debilidad, es humanidad. Hombres que han muerto en paz, no porque se rindieran, sino porque aceptaron que su lucha ya no era contra la muerte, sino por una vida con sentido hasta el último aliento.

Propuestas para la práctica clínica: acompañar al hombre que se muere

Frente a esta realidad, la medicina tiene un papel fundamental. No se trata de imponer los cuidados paliativos, ni de convencer a los hombres de que dejen de luchar. Se trata de acompañarlos en su proceso, de ofrecerles un espacio donde puedan expresar sus miedos, sus dudas, sus deseos. Sin juicio, sin presión, sin prisa.

La primera propuesta es preguntar por sus miedos, sus deseos, su preocupación sobre el final. Indagar por su familia, lo que no han dicho, lo que les gustaría decir. Preguntar por el dolor, pero también por el miedo al dolor, por el miedo a perder el control. Preguntar,

sobre todo, cómo quieren morir. Y escuchar la respuesta, aunque sea incómoda, aunque sea ambivalente, aunque sea "no quiero hablar de eso".

La segunda propuesta es normalizar la vulnerabilidad. Dejar claro que pedir ayuda no es rendirse, que aceptar la morfina no es cobardía, que hablar de la muerte no es provocarla. Que la muerte es parte de la vida y hablar de ella es una forma de vivirla mejor. Desmontar los mitos de la masculinidad heroica, ofrecer modelos alternativos de masculinidad que incluyan la fragilidad, el cuidado y la conexión.

La tercera propuesta es implicar a la familia. Los hombres mayores, especialmente los más tradicionales, suelen delegar las decisiones médicas en sus esposas. Pero no siempre les dicen lo que quieren. La planificación anticipada de decisiones debería hacerse en presencia de la familia, para que todos sepan lo que el paciente quiere, y así cuando llegue el momento, la familia pueda tomar decisiones sin culpa, sabiendo que están cumpliendo sus deseos.

La cuarta propuesta es formación. Formación para los profesionales de la salud en comunicación al final de la vida, en perspectiva de género, en cómo abordar las conversaciones difíciles. Pues muchos médicos, también, evitamos hablar de la muerte con los pacientes mayores, por nuestra propia incomodidad, por el miedo a ser intrusivos, por la falta de tiempo. Pero es nuestra responsabilidad. No podemos dejar que los hombres mueran en silencio, sin haber hablado de lo que les importa.





Capítulo 10

Agresores grises: la masculinidad violenta que no cesa con la edad

La primera vez que me enfrenté a la posibilidad de que un paciente mayor fuera el agresor y no la víctima, no supe cómo manejarlo.

Viñeta clínica: Ricardo, 84 años

Había recibido una llamada de la trabajadora social de un centro de salud: una vecina había alertado de que en un piso del barrio se oían golpes y gritos. Cuando llegamos, nos encontramos con una escena que no encajaba con nuestra imagen del anciano frágil. Allí estaba Ricardo, 84 años, un hombre que había sido respetado toda su vida, con el rostro congestionado y el puño aún cerrado, y su esposa de 82, con un hematoma en el brazo y los ojos llenos de lágrimas. Ella, cuando logramos hablar con ella a solas, nos confesó que no era la primera vez. Que llevaba años aguantando, que Ricardo siempre había sido "difícil", pero que en los últimos tiempos se había vuelto insoportable. Que le gritaba, que la insultaba, que la empujaba, que la amenazaba. Y que ella no había denunciado porque "después de tantos años, ¿qué iba a hacer? ¿Dejarlo solo? ¿Denunciar a mi marido? Eso no se hace".

Ricardo no era un delincuente, no era un psicópata, no era un monstruo. Era un hombre mayor, con un deterioro cognitivo incipiente, con una historia de vida marcada por una masculinidad autoritaria y con una esposa que había sido educada para aguantar. Era el ejemplo perfecto de lo que hemos

La figura corresponde a Walterio, comerciante portuario (1912).

empezado a llamar "agresores grises": hombres mayores que ejercen violencia, no porque sean malos, sino porque nunca aprendieron otra forma de relacionarse, y porque la vejez, en lugar de suavizar sus conductas, las ha exacerbado.

La violencia en la vejez es un tema incómodo. Nos gusta pensar en los ancianos como víctimas, como personas frágiles quienes merecen nuestra protección. Y en gran medida es cierto: los mayores son víctimas de maltrato con demasiada frecuencia. Pero también hay ancianos perpetradores. Hombres que, incluso en la última etapa de su vida, siguen ejerciendo violencia sobre sus parejas, sus hijos, sus cuidadores. Hombres que nos obligan a mirar la cara más oscura de la masculinidad, la que no desaparece con las arrugas.

La otra cara del maltrato al anciano: el hombre mayor como perpetrador

Cuando hablamos de maltrato a personas mayores, la imagen que nos viene a la cabeza es la de un anciano vulnerable, abandonado, golpeado por un cuidador o por un familiar. Y es cierto: el maltrato a personas mayores es un problema de salud pública que afecta a una proporción significativa de la población. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente uno de cada seis adultos mayores de 60 años ha sufrido alguna forma de maltrato en el último año.[30]

Pero hay una cara de este problema que apenas se visibiliza: la del anciano que maltrata. Los datos son escasos, porque apenas se investiga y los profesionales tendemos a no verlo. Un estudio estadounidense con una muestra representativa de 5777 adultos mayores encontró que aproximadamente uno de cada diez reportaba haber sufrido alguna forma de maltrato, y que la mayoría de los incidentes no eran denunciados a las autoridades. Pero lo que es más relevante para nuestro tema: los perpetradores de maltrato físico contra hombres mayores tenían más características "patológicas" en comparación con los perpetradores de maltrato físico contra mujeres. Es decir, cuando un hombre mayor es víctima de violencia física, el agresor suele tener problemas más graves (legales, psicológicos, de consumo de sustancias) que cuando la víctima es una mujer.[31]

Pero, ¿quién es el agresor cuando el maltrato ocurre en el ámbito doméstico? Los datos varían según los estudios, pero hay un patrón consistente: los cónyuges son los perpetradores más frecuentes. Un estudio portugués encontró que los agresores eran, en un 58,7 % de los casos, los cónyuges; en un 30,2 % los hijos y en un 17,5 % otros familiares. Y entre esos cónyuges agresores, la gran mayoría son hombres.[31]

Esto no debería sorprendernos. La violencia de género no desaparece con la edad. Los hombres que han sido violentos con sus parejas durante toda su vida no dejan de serlo porque cumplan 60, 70 u 80 años. A veces, incluso, la violencia se intensifica, porque la pérdida de control sobre el cuerpo, sobre la vida, sobre el entorno, genera una rabia la cual se descarga sobre la persona más cercana. La esposa, que ha sido durante décadas el blanco de esa violencia, se convierte también en el receptáculo de la furia de la vejez.

Factores de riesgo: deterioro frontal, dependencia, rabia narcisista

¿Qué convierte a un hombre mayor en un agresor? La respuesta es compleja, porque no hay una causa única, sino una confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Pero hay algunos elementos que aparecen una y otra vez en la literatura y en la práctica clínica.[26]

El deterioro cognitivo y frontal es quizá el factor más estudiado. Los cambios en el lóbulo frontal, asociados a la demencia o a procesos neurodegenerativos, pueden desinhibir conductas que antes estaban controladas. La agresividad, la irritabilidad, la impulsividad, la pérdida de empatía son síntomas comunes en enfermedades como la demencia frontotemporal o el Alzheimer en fases avanzadas. No es que el paciente "se vuelva malo", es que su cerebro ya no puede regular las emociones y los impulsos como antes.

La dependencia funcional es otro factor de riesgo, aunque parece contradictorio. Uno pensaría que un hombre dependiente de otros para su cuidado sería menos violento, más agradecido. Pero a menudo ocurre lo contrario: la pérdida de autonomía genera una rabia narcisista, una furia contra el mundo y contra los que le rodean porque le recuerdan lo perdido. El hombre fuerte, independiente, que ha mandado en su casa, no soporta tener que pedir ayuda para ir al baño. Y esa humillación, la cual no sabe gestionar, la convierte en agresión contra quienes lo cuidan.

Hemos visto a hombres mayores que, al volverse dependientes, se vuelven violentos con sus esposas o con los cuidadores. Les gritan, les insultan, les tiran objetos, les amenazan. No es que odien a quienes los cuidan, es que odian su propia situación y no saben expresarlo de otra manera. La violencia se convierte en el único lenguaje que conocen para decir: "Estoy furioso, estoy asustado, estoy perdido".

La rabia narcisista es un concepto que ayuda a entender esta dinámica. El narcisismo no es solo vanidad, es una estructura de personalidad en la cual la autoestima depende de la admiración y el control. Cuando el hombre mayor pierde el control sobre su cuerpo, sobre su entorno, sobre su vida, su autoestima se derrumba. Y la respuesta a ese derrumbe no es la tristeza o la aceptación, sino la rabia. Una rabia que se dirige contra los que están cerca, contra los que le recuerdan su fragilidad, contra los que, en su mente, son los responsables de su decadencia.

Viñeta clínica: Andrés, 76 años

Andrés había sido un hombre de negocios, exitoso, autoritario, acostumbrado a mandar. Cuando le diagnosticaron demencia frontotemporal, su esposa, Mercedes, pensó que lo peor sería la pérdida de memoria. Pero lo peor fue su personalidad. Se volvió irritable, desconfiado, agresivo. Empezó a acusar a Mercedes de robarle dinero, de envenenarle la comida, de tener aventuras. Y cuando ella lo negaba, él se enfurecía y la golpeaba. Los hijos, que vivían lejos, no se enteraron hasta que Mercedes ingresó en el hospital con una fractura de costillas. Cuando hablé con ella, me dijo: "No es él, es la enfermedad. Mi Andrés no era así".

Andrés no era un criminal. Era un paciente con una enfermedad neurodegenerativa que había desinhibido sus peores impulsos. Pero eso no cambiaba el hecho de que Mercedes había sufrido violencia durante meses. Y no cambiaba el hecho de que el sistema no tenía una respuesta clara para esos casos. ¿Se ingresa a un anciano con demencia en un psiquiátrico? ¿Se le denuncia? ¿Se le trata como a un enfermo o como a un agresor?

El sesgo del clínico y la necesidad de cribado ético en la consulta geriátrica

Uno de los problemas más graves en la atención a la violencia en la vejez es el sesgo del clínico, pues la tendencia es no ver al anciano como agresor. Nuestra imagen del paciente mayor es la de una persona frágil, vulnerable, desprotegida. Y cuando aparece un anciano con una conducta agresiva, tendemos automáticamente a instaurar un tratamiento farmacológico y atribuir esta conducta a la demencia. Pero no siempre es solo eso.

Hay una resistencia profesional a considerar que un anciano pueda ser un maltratador. Es más cómodo pensar que la violencia es cosa de jóvenes, que la vejez trae sabiduría y serenidad. Pero no es así. La violencia no es una etapa vital, es una conducta aprendida y estas conductas no desaparecen con la edad. Los hombres que han sido violentos toda su vida siguen siéndolo en la vejez. Y los que no lo eran, a veces, se vuelven violentos por el deterioro cognitivo o por la pérdida de control.

El sesgo del clínico se manifiesta de varias formas. A veces, no preguntamos. No investigamos con la esposa, los hijos, los cuidadores, si hay violencia en el hogar. Damos por sentado que, si hubiera violencia, nos lo dirían. Pero no lo dicen. La vergüenza, la culpa, el miedo, el amor mal entendido, todo conspira para que el maltrato quede oculto. Y nosotros, los profesionales, no preguntamos porque no queremos saber, porque no sabemos qué hacer con la respuesta, porque nos incomoda.

Otras veces, cuando vemos signos de violencia (moretones, fracturas, ansiedad en la pareja), atribuimos los síntomas a la edad, a las caídas, a la fragilidad. "Son cosas de viejos", pensamos. Y no vemos al agresor que está al lado, quien, a veces, es el propio paciente y, otras veces, es el cuidador o un familiar.

El cribado de violencia en la consulta geriátrica es necesario, pero debe hacerse con ética. No se trata de interrogar a la pareja delante del paciente, ni de acusar sin pruebas. Se trata de preguntar con sensibilidad, de ofrecer un espacio seguro para que la víctima pueda hablar, de tener recursos a los cuales derivar. Preguntas como: "¿Se siente segura en su casa?", "¿Alguna vez su pareja le ha pegado o le ha amenazado?", "¿Tiene miedo de alguien en su familia?" son difíciles, pero necesarias.

Y también hay que preguntar al paciente: "¿A veces siente que no puede controlar su ira?", "¿Le ha gritado o pegado a alguien?", "¿Le preocupa poder hacer daño a alguien?" Son interrogantes que pueden abrir una conversación sobre la violencia, no desde la acusación, sino desde la preocupación. Porque el hombre mayor que ejerce violencia también necesita ayuda. Necesita aprender a gestionar su rabia, a aceptar su dependencia, a

relacionarse sin agresión. Y nosotros podemos ofrecerle esa ayuda, si estamos dispuestos a ver más allá de la imagen del anciano frágil.

Violencia relacionada con el deterioro cognitivo: no estigmatizar, pero no ignorar

Hay un debate ético importante sobre cómo abordar la violencia en pacientes con deterioro cognitivo. Por un lado, no podemos ignorar que la agresividad es un síntoma de muchas demencias y que el paciente no es plenamente responsable de sus actos. La demencia frontotemporal y el Alzheimer avanzado pueden provocar cambios de personalidad que incluyen agresividad, desinhibición, pérdida de empatía. En esos casos, el paciente no "elige" ser violento; su cerebro está dañado y no puede controlar sus impulsos.

Pero, por otro lado, no podemos usar la demencia como excusa para no abordar la violencia. Porque la violencia, venga de donde venga, hace daño. Y las víctimas —esposas, hijos, cuidadores— merecen protección. No se puede justificar un golpe con un diagnóstico. Se puede entender, se puede contextualizar, se puede tratar. Pero no se puede ignorar.

El caso de Ricardo, el paciente con demencia que agredió a su esposa, es un ejemplo de esta tensión. ¿Era responsable de sus actos? Su demencia limitaba su capacidad de control, pero no la anulaba por completo. ¿Debía ser denunciado? Denunciar a un anciano con demencia parece cruel, pero no denunciar deja a su esposa desprotegida. ¿Qué hacer?

La respuesta, creo, pasa por una intervención multidisciplinar que tenga en cuenta tanto la enfermedad como la seguridad de la víctima. Ingresar al paciente en una unidad de geriatría para ajustar su medicación, para evaluar su deterioro, para buscar causas reversibles de su agresividad. Ofrecer apoyo a la esposa, información sobre recursos, un espacio donde pueda hablar sin culpa. Y, si es necesario, medidas de protección: separación temporal, orden de alejamiento, ingreso en una residencia especializada. No son soluciones fáciles, pero son necesarias.

El profesional de la salud como puente entre la violencia y la ayuda

Los profesionales de la salud y, en especial, los geriatras estamos en una posición única para abordar la violencia en la vejez. Somos quienes atendemos a los pacientes mayores con más frecuencia, los que conocemos su historia, los que tenemos acceso a sus familias. Podemos ser el puente entre la violencia silenciada y la ayuda que tanto la víctima como el agresor necesitan.

Pero para eso, hay que superar nuestros propios sesgos, estar dispuestos a ver al adulto mayor no solo como víctima, sino también como agresor. Tenemos que preguntar, aunque sea incómodo y escuchar, aunque la respuesta nos duela. Tenemos que actuar, aunque no sepamos muy bien cómo.

La formación en detección de violencia en la vejez debería ser parte del currículo de geriatría. No solo para identificar a las víctimas, sino también a los agresores. Aprender a hacer interrogantes sensibles, a manejar las respuestas, a derivar a los recursos adecuados. Aprender a no juzgar, pero tampoco a mirar hacia otro lado.

Y también necesitamos recursos. Protocolos claros para abordar la violencia en la vejez, tanto desde el punto de vista médico como legal. Espacios de acogida para las víctimas, pero también para los agresores que quieren cambiar. Porque los hombres mayores violentos no son solo monstruos; son personas que han aprendido una forma de relacionarse que ahora les está costando caro y que, en muchos casos, están dispuestos a cambiar, si se les ofrece una alternativa.

La masculinidad que no cesa

La violencia en la vejez nos recuerda algo incómodo: la masculinidad hegemónica no es una etapa superada con la edad. Es una estructura de personalidad, una forma de estar en el mundo, la cual puede persistir hasta el final de la vida. Los hombres que han aprendido que la fuerza es la única forma de resolver los conflictos, que la debilidad es una vergüenza y que el control es la máxima virtud, no dejan de creer en eso porque cumplan años. A veces, incluso, lo creen con más fuerza, porque la vejez les ha arrebatado todo lo demás y solo les queda el control sobre los más cercanos.[32]

Esa es la tragedia de los agresores grises. No son malvados, son prisioneros de una masculinidad que les ha enseñado que la violencia es la única respuesta.

Y cuando la vejez les arrebata la fuerza, el trabajo, la autonomía, la salud, solo les queda la violencia como última forma de afirmar su existencia. Golpean porque no saben llorar. Gritan porque no saben pedir ayuda. Amenazan porque no saben expresar su miedo.

Pero también hay esperanza. Hemos visto a hombres mayores que, con ayuda, han aprendido a gestionar su rabia, han aceptado su dependencia sin convertirla en agresión, han descubierto que la ternura no es debilidad y que pedir ayuda no es rendirse. No son muchos, pero existen. Y nos demuestran que la masculinidad violenta no es un destino, sino una elección. Una elección que, con el apoyo adecuado, se puede desaprender.

Y ese, quizás, es el primer paso que podemos dar como profesionales: romper el silencio. Preguntar, escuchar, actuar. No dejar que la violencia se esconda detrás de la edad, de la enfermedad o de la vergüenza. Porque los agresores grises existen, y mientras no los veamos, seguirán haciendo daño a sus parejas, a sus hijos, a sí mismos. Y nosotros, comprometidos de cuidar a las personas mayores, también poseemos la responsabilidad de no mirar hacia otro lado.



Capítulo 11

Huérfano de cuidador: la tormenta perfecta del desamparo masculino

Para entender la magnitud del problema, hay que mirar los números. Y los números son implacables. En Cuba, según los datos estadísticos, la esperanza de vida al nacer en 2024 era de 75,9 años para los hombres y 80,7 para las mujeres, una brecha de casi 3 años. A los 65 años, la brecha es de 4,1 años. Esto significa que, en la práctica, la mayoría de los hombres mayores de 80 años son viudos, y la mayoría de las mujeres mayores de 80 años son viudas.[3] Pero no es lo mismo ser viuda que ser viudo.

Las mujeres viudas suelen tener redes de apoyo más amplias. Amigas, vecinas, grupos de iglesia, asociaciones de mayores. Han cultivado a lo largo de su vida relaciones que trascienden el matrimonio. Los hombres, en cambio, han volcado casi toda su vida social en el trabajo y en la esposa. Cuando el trabajo desaparece (jubilación) y la esposa desaparece (viudedad), no queda nada. O casi nada.

La caída de la natalidad agrava el problema. Cada vez hay menos hijos, y los que hay viven más lejos. La familia extensa, que antes era una red de cuidado natural, se ha fragmentado. Los hombres mayores se quedan solos, no porque sus hijos no los quieran, sino porque la estructura familiar ya no es lo que era. Y el sistema público, aunque existe, no siempre llega a tiempo ni con la intensidad necesaria.

La soledad en los hombres mayores no es solo un sentimiento, es un factor de riesgo de salud. La falta de una red de amistad es especialmente preocupante a partir de los 65 años, edad que coincide con la jubilación. Y la soledad, tanto el sentimiento como el aislamiento social, crece con la edad y suele ser más frecuente en hombres que en mujeres. No es que los hombres mayores no tengan redes

La figura corresponde a Enrique Gay, historiador (1970).

sociales, es que sus vínculos afectivos suelen ser débiles o inexistentes. Tienen conocidos, pero no tienen a nadie a quien llamar cuando están enfermos, cuando necesitan ayuda, cuando están solos.

La incompetencia aprendida y el déficit de capital social cuidador

Vicente no sabía organizar sus pastillas no porque fuera descuidado. Nunca había tenido que hacerlo. Su mujer lo había hecho siempre, y él había delegado esa tarea sin cuestionarla, como quien delega en un experto. Era lo que la socióloga Arlie Hochschild llamaría "incompetencia aprendida": la incapacidad para realizar ciertas tareas porque nunca se han aprendido, y porque se ha asumido que alguien más las hará.[33]

Esta incompetencia no es biológica, es cultural. Los hombres de la generación de Vicente fueron educados para ser proveedores, no para ser cuidadores. Aprendieron a ganar dinero, a tomar decisiones, a mandar. Pero no aprendieron a cocinar, a limpiar, a organizar la medicación, a gestionar las citas médicas, a mantener las relaciones sociales. No porque no pudieran, sino porque no se esperaba de ellos.

El problema es que esa división de roles, que funcionaba en la vida activa, se convierte en una trampa en la vejez. Cuando la esposa falta, el hombre mayor se encuentra con un déficit de "capital social cuidador": no tiene las habilidades, no tiene la red, no tiene los recursos para cuidar de sí mismo. Y entonces empieza el deterioro.

Las cifras son elocuentes. De las 775 000 personas mayores de 65 años que vivían solas en 1998, solo 169 000 (un 21,8 %) tenían problemas de dependencia. Pero el porcentaje ha crecido, y la tendencia es que cada vez haya más hombres mayores viviendo solos. La dependencia, para ellos, no es solo física, es también práctica y emocional. No saben cómo pedir ayuda, no saben a quién recurrir, no saben cómo organizar su vida. Y el sistema, a menudo, no está preparado para esa falta de habilidades.[34]

Hemos visto a hombres mayores que, tras la muerte de su esposa, dejan de cocinar y empiezan a comer comida precocinada o a saltarse comidas. Que dejan de lavarse porque nadie les recuerda que tienen que hacerlo. Que dejan de salir de casa porque no tienen a nadie con quien salir. Que dejan de tomar la medicación porque no saben cuándo ni cómo. No es que quieran abandonarse; es que nunca aprendieron a hacerlo de otra manera.

Viñeta clínica: Manuel, 74 años

Manuel había estado casado durante 49 años. Su mujer, Carmen, había sido el centro de su vida. Cuando ella falleció de cáncer, Manuel se quedó solo en el piso que habían compartido. Sus hijos, que vivían en otra ciudad, le llamaban a menudo, pero él siempre decía que estaba bien. No estaba bien. Había perdido 12 kg en 6 meses, su diabetes estaba descontrolada, y su tensión arterial se disparaba sin razón aparente. Cuando llegó a mi consulta, parecía una sombra de lo que había sido.

Le pregunté cómo estaba llevando la viudedad. Me dijo que mal, que no dormía, que no comía, que no tenía ganas de nada. "Carmen se encargaba de todo", me explicó. "Ella cocinaba, ella me recordaba las pastillas, ella me decía cuándo tenía que ir al médico. Ahora no sé ni qué tengo que hacer. A veces me olvido de comer. A veces me tomo la pastilla dos veces porque no recuerdo si ya la he tomado. Y mis hijos... mis hijos tienen su vida, no quiero molestarles".

Manuel no necesitaba un endocrino; necesitaba una cuidadora. Pero no podía permitirse una y sus hijos no podían mudarse a su ciudad. Estaba atrapado en esa tierra de nadie que es la vejez masculina sin una mujer al lado. Su "incompetencia aprendida" se había convertido en una condena.

La tormenta perfecta del desamparo masculino

La situación de Manuel no es un caso aislado. Es el resultado de una tormenta perfecta que combina varios factores. El primero es demográfico: los hombres viven menos, pero cuando llegan a edades avanzadas, suelen estar más solos que las mujeres. El segundo es cultural: los hombres no han aprendido a cuidar de sí mismos ni a pedir ayuda cuando la necesitan. El tercero es estructural: el sistema de cuidados está diseñado para familias con una red de apoyo, y cuando esa red falta, el sistema se resquebraja.

La viudedad, para los hombres mayores, es un factor de riesgo de mortalidad. Los estudios muestran que los hombres viudos tienen una tasa de mortalidad más alta que los hombres casados, y que esa diferencia es mayor que en las mujeres. No es solo la pérdida emocional, es la pérdida práctica. Es perder a la persona que te recordaba que tenías que comer, que te acompañaba al médico, que te cuidaba cuando estabas enfermo. Es perder, en definitiva, tu principal cuidador.

Y luego está la salud mental, la soledad, el aislamiento, la falta de propósito. Los hombres mayores viudos tienen tasas más altas de depresión, de ansiedad y de suicidio. No es que estén más tristes, es que no tienen a nadie con quien compartir su tristeza. No tienen a quién llamar cuando el mundo se les viene encima. No tienen un hombro en el que llorar. Y la cultura, que les ha enseñado a no llorar, les impide incluso buscar ese hombro.

El sentimiento de ser una carga es otro factor. Muchos hombres mayores no quieren "molestar" a sus hijos, no quieren "dar trabajo". Prefieren callar, prefieren aguantar, prefieren desaparecer antes que admitir la ayuda. Y así, lentamente, se van desvaneciendo. Dejan de comer, dejan de cuidarse, dejan de vivir. No es un suicidio activo, pero es un suicidio lento. Una forma de irse sin tener que tomar una decisión.

Enfermedades crónicas y falta de cuidador

La falta de un cuidador tiene consecuencias directas sobre las enfermedades crónicas. La diabetes, la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva

crónica, todas ellas, requieren un seguimiento constante, una disciplina diaria, una atención al cuerpo que muchos hombres mayores no han aprendido a tener.

La diabetes es un ejemplo paradigmático. Controlar la diabetes exige medirse la glucosa, ajustar la insulina, vigilar la alimentación, hacer ejercicio. Son tareas que requieren organización, constancia, conocimiento. Y cuando ese conocimiento lo tenía la esposa, y la esposa ya no está, el control se desmorona.

La insuficiencia renal es otro ejemplo. La diálisis, los cambios en la dieta, la restricción de líquidos. Todo eso requiere un apoyo el cual muchos hombres mayores no tienen. Sin un cuidador que les recuerde lo que tienen que hacer, que les prepare la comida adecuada, que los acompañe a las sesiones de diálisis, el pronóstico empeora drásticamente.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ese padecimiento respiratorio que afecta sobre todo a hombres fumadores, requiere rehabilitación, ejercicio, oxígeno. Y también demanda de que alguien esté pendiente, que recuerde, que anime. Sin ese alguien, el paciente se queda en casa, sin moverse, sin rehabilitarse, empeorando día a día.

El problema, en todos estos casos, no es solo la falta de conocimientos. Es la falta de una red que sostenga, que recuerde, que acompañe. El "capital social cuidador" no es un lujo; es un determinante de salud. Y los hombres mayores, cuando pierden a su cónyuge, pierden también ese capital. Se quedan solos, sin recursos, sin apoyo, sin esperanza.

¿Escuelas de cuidado para hombres? Una propuesta polémica y necesaria

Frente a esta realidad, la pregunta es inevitable: ¿Qué podemos hacer? La respuesta, creo, pasa por reconocer que el cuidado no es innato, es aprendido. Y si los hombres no han aprendido a cuidar, pueden aprender. Pero necesitan que alguien les enseñe.

Las "escuelas de cuidado para hombres" no son una ocurrencia, son una necesidad. Existen experiencias demostrables en Cuba y en otros países que los hombres pueden aprender a cuidar de sí mismos y de los demás. En Colombia, por ejemplo, existe la estrategia "Hombres al Cuidado", que ha formado a miles de hombres en tareas de cuidado del hogar y de otras personas. En España, hay iniciativas como "Formación en Masculinidades Cuidadoras", que ofrecen talleres para que los hombres aprendan a cocinar, a coser, a cuidar a niños y a ancianos. No son cursos de "maridos perfectos", son programas de salud pública.

La idea es polémica porque implica reconocer que los hombres no saben hacer cosas que las mujeres han hecho siempre. Pero la polémica no debería impedirnos actuar. Porque los hombres mayores solos no tienen tiempo para debates ideológicos. Tienen una diabetes que se descontrola, una tensión que sube, una soledad que los consume. Necesitan herramientas, no teorías.

¿Qué deberían enseñar estas escuelas? Lo básico: cocinar, hacer la compra, organizar la medicación, gestionar las citas médicas, mantener la higiene personal, hacer ejercicio, reconocer los síntomas de alarma. Pero también lo emocional: pedir ayuda, expresar

emociones, mantener relaciones sociales, gestionar la soledad, encontrar un propósito. Porque el cuidado no es solo práctico, es también emocional. Y los hombres mayores necesitan aprender a cuidar su mente, no solo su cuerpo.

Los talleres deberían estar diseñados para hombres mayores, con un lenguaje y un formato accesibles. No se trata de sentarlos en un círculo a hablar de sentimientos (aunque eso también, a veces), se trata de ofrecerles herramientas prácticas, en un entorno que no los avergüence, con otros hombres que están en su misma situación. Porque aprender a cuidar, cuando nunca lo has hecho, es difícil. Pero es más fácil cuando no estás solo.

La corresponsabilidad como cuestión de salud pública

Las escuelas de cuidado son una propuesta, pero no son la única. La corresponsabilidad en el cuidado debería ser una cuestión de salud pública. No se trata de que los hombres "ayuden" en casa; se trata de que asuman su parte del cuidado, desde el principio, desde jóvenes. Porque el cuidado no es algo que se aprende a los 70 años, se aprende a lo largo de toda la vida.

Los programas de educación en cuidado deberían empezar en la infancia. Enseñar a los niños a cocinar, a limpiar, a cuidar de otros. Desmontar la idea de que el cuidado es cosa de mujeres, y que los hombres están exentos. Porque esa idea, la cual parece inofensiva, tiene consecuencias devastadoras en la vejez. Los hombres que no aprenden a cuidar de sí mismos se convierten en hombres mayores que no pueden cuidar de sí mismos. Y cuando se quedan solos, se desmoronan.

La corresponsabilidad también implica cambios en el sistema sanitario. Los servicios de atención primaria deberían identificar a los hombres mayores que viven solos y ofrecerles apoyo específico, tratamiento médico, apoyo social, educación en cuidado y acompañamiento.

El sistema de dependencia debería tener en cuenta esta realidad. Las ayudas para la dependencia suelen estar diseñadas para personas que ya tienen un cuidador o que pueden contratar a uno. Pero los hombres mayores que se quedan solos a menudo no tienen a nadie que gestione esas ayudas, ni saben cómo solicitarlas. El sistema, en lugar de ayudarles, los excluye. Y ellos, como no saben pedir ayuda, se quedan sin nada.

Necesitamos trabajadores sociales que visiten a estos hombres, les expliquen los recursos disponibles, los orienten. Necesitamos cuidadores a domicilio que no solo hagan tareas prácticas, sino que enseñen a los hombres a hacerlas por sí mismos. Necesitamos grupos de apoyo donde los hombres mayores puedan compartir sus experiencias y aprender unos de otros. Necesitamos, en definitiva, un sistema que reconozca que los hombres mayores no son todos iguales, y que algunos necesitan un apoyo específico para aprender a cuidar de sí mismos.

La solución no es fácil, ni rápida, ni barata. Requiere un cambio cultural, una transformación del sistema sanitario, una inversión en educación y en cuidados. Pero el primer

paso es reconocer el problema. Es dejar de llamar “viudo” al hombre mayor que ha perdido a su pareja y empezar a llamarlo “huérfano de cuidador”. Porque eso es lo que es: un hombre el cual ha perdido a la persona que le enseñó a vivir y que ahora tiene que aprender a hacerlo por sí mismo.

Y nosotros, los profesionales, podemos ayudar. Preguntando, ofreciendo recursos, acompañando. No como sustitutos del cuidador perdido, sino como facilitadores de un nuevo aprendizaje. Como personas que creen que los hombres mayores pueden aprender, pueden cambiar, pueden cuidar de sí mismos. Porque el cuidado no es innato, es aprendido. Y nunca es demasiado tarde para aprender.





Epílogo

Han pasado varios meses desde que empezamos a escribir este libro. Lo hemos hecho en los ratos libres de las guardias, en las tardes de consulta vacía, en los fines de semana que debería haber dedicado a descansar. Y ahora, al llegar al final, me doy cuenta de que no hemos escrito un tratado académico. Hemos escrito una carta. Una carta a mis colegas, a los estudiantes que empiezan, a los profesionales los cuales han visto en sus consultas a los hombres mayores que aquí intentamos nombrar. Una carta a los pacientes que enseñan lo que no se aprende en la facultad.

Receta para una medicina geriátrica con gafas de género

Este libro ha sido una forma de entender a esos hombres mayores, no desde la distancia del diagnóstico, sino desde la cercanía de la pregunta: ¿Por qué no viniste antes? ¿Por qué no pediste ayuda? ¿Por qué callaste hasta el final?

Las respuestas, que no están en los libros de texto, las he ido encontrando en las historias de mis pacientes, en sus silencios, en sus miradas, en sus frases hechas que escondían un mundo de dolor. “Los hombres no lloran.” “No quiero molestar.” “Ya estoy bien.” “Para qué”, frases que son la armadura de una masculinidad que, en lugar de proteger, mata.

Pero este texto no es solo un lamento. Es también una propuesta. Una hoja de ruta para una medicina geriátrica que se atreva a mirar más allá de los síntomas, a preguntar por el género, a ver a los hombres mayores como son, no como deberían ser. No hemos escrito este libro para diagnosticar, sino para acompañar. Para ofrecer herramientas, no recetas mágicas. Para abrir preguntas, no cerrarlas con respuestas fáciles.

A lo largo de estas páginas, hemos recorrido un camino que empieza en la epidemiología y termina en la experiencia más íntima de la muerte. Hemos visto cómo la masculinidad hegemónica moldea la salud de los hombres desde la juventud hasta la vejez y cómo esa influencia se intensifica en la última etapa de la vida. Hemos desmontado mitos, como el de la andropausia, y visibilizado realidades incómodas, como

la violencia en la vejez o el suicidio silencioso de los viudos. Hemos escuchado las voces de los pacientes, de esos hombres que a menudo no tienen voz en la literatura médica.

Pero, sobre todo, hemos aprendido que la geriatría no puede seguir siendo neutral en cuestiones de género. No puede seguir tratando a los hombres como si su género no importara, como si las normas que los han moldeado durante toda su vida no tuvieran consecuencias en su salud. La perspectiva de género no es un añadido, es un requisito. No es una moda, es una necesidad. Y no es solo para las mujeres; es también para los hombres.

Hemos aprendido que el estoicismo no es una virtud, es una trampa. Que la represión emocional no es fortaleza, es un factor de riesgo. Que la autosuficiencia no es autonomía, es aislamiento. Que la lucha hasta el final no es valentía, es una forma de negar la muerte. Y hemos aprendido que los hombres pueden cambiar, que las masculinidades no son inmutables, que la vejez puede ser una oportunidad para liberarse de las normas que los han aprisionado.

Pero, también hemos aprendido que el cambio no es fácil, ni rápido, ni automático. Los hombres mayores en Cuba, los que fueron socializados en las décadas del cuarenta, cincuenta y sesenta, llevan años de aprendizaje de una masculinidad que ahora les está fallando. No van a cambiar de la noche a la mañana. Y nosotros, los profesionales, no podemos esperar que lo hagan solos. Hay que acompañarlos, ofrecerles alternativas, crear espacios donde puedan ser vulnerables sin sentirse débiles.

Propuestas prácticas para la consulta

La teoría está bien, pero la práctica es lo que cuenta. Por eso, después de todo lo que hemos visto, quiero ofrecer algunas propuestas concretas para la consulta. No son recetas mágicas, sino herramientas recogidas en la práctica, que pueden ayudar a transformar la atención a los hombres mayores.

En la historia clínica: preguntar por el género. No solo por el sexo registrado, sino por cómo el paciente vive su masculinidad. Preguntas como: "¿Cómo ha sido su vida?", "¿Qué le ha enseñado su familia sobre ser hombre?", "¿Cómo se siente con los cambios que trae la edad?" pueden abrir puertas que la historia clínica tradicional no toca. No son preguntas fáciles, pero son necesarias.

En la entrevista clínica: preguntar por las emociones. No esperar a que el paciente las exprese (porque probablemente no lo hará), sino preguntar directamente: "¿Cómo se siente de verdad?", "¿Hay algo que le preocupe y no haya dicho?", "¿Le da miedo algo de esta enfermedad?". Crear un espacio donde el silencio sea bienvenido, donde el paciente pueda tomarse su tiempo, donde no haya prisa por llenar los vacíos con preguntas cerradas.

En la prevención: anticiparse a las crisis. La jubilación, la viudedad, la pérdida de autonomía son momentos de riesgo. No esperar a que llegue la depresión o el suicidio, sino

preguntar antes. “¿Cómo está llevando la jubilación?”, “¿Cómo se siente desde que falleció su esposa?”, “¿Tiene miedo a no poder valerse por sí mismo?” Preguntas que pueden prevenir, no solo curar.

En el tratamiento: suprimir los medicamentos cuando sea posible. No todo problema es un déficit hormonal, no toda tristeza es depresión, no toda disfunción eréctil requiere viagra. Preguntar por el contexto, por la relación, por el sentido. Ofrecer soluciones no farmacológicas: ejercicio, participación social, grupos de apoyo, psicoterapia. Recetar roles, no solo fármacos.

En el final de la vida: hablar de la muerte. No esperar a que el paciente esté en la unidad de cuidados intensivos para preguntar qué quiere. Iniciar la planificación anticipada de decisiones cuando aún hay tiempo, cuando aún se puede hablar. Normalizar la conversación sobre la muerte, desmontar el mito de que hablar de ella la provoca. Ofrecer cuidados paliativos sin que se vivan como una rendición.

Ninguna de estas propuestas funcionará si los profesionales no estamos formados para llevarlas a cabo. La formación en perspectiva de género en la atención a los hombres mayores es una asignatura pendiente en los programas de geriatría. No se enseña, no se evalúa, no se exige. Y los resultados están a la vista: seguimos atendiendo a los hombres como si su género no importara y seguimos viendo cómo mueren antes y peor.

Necesitamos incorporar la perspectiva de género en los planes de estudio de medicina, de enfermería, de psicología, de trabajo social. No como una asignatura optativa, sino como un eje transversal. Enseñar a los futuros profesionales a preguntar por el género, a escuchar las respuestas, a incorporar esa información en el plan de cuidados. Enseñar a ver al hombre mayor no solo como un paciente, sino como una persona con una historia, una identidad, una forma de estar en el mundo que puede ser un obstáculo o un aliado para su salud.

La formación no es solo para los que empiezan. También para los que llevamos años en la profesión. Los cursos de actualización, los talleres, los grupos de discusión clínica con perspectiva de género son herramientas que se pueden incorporar en nuestra práctica diaria. No es cuestión de empezar de cero, sino de sumar una mirada que nos falta.

Lo que no se pregunta no se ve

Otro de los grandes vacíos es la investigación. La salud masculina en la vejez es un campo poco estudiado, y cuando se estudia, a menudo se hace desde una perspectiva biomédica que ignora el género. Necesitamos más estudios que analicen cómo la masculinidad afecta a la salud de los hombres mayores, no solo a nivel epidemiológico, sino también cualitativo. Historias de vida, narrativas de pacientes, experiencias subjetivas. Datos que nos ayuden a entender no solo el qué, sino el por qué.

Necesitamos investigar sobre la eficacia de las intervenciones específicas para hombres mayores. ¿Funcionan los grupos de duelo masculino? ¿Son efectivos los programas de ejercicio diseñados para ellos? ¿Qué formato funciona mejor para la educación en cuidado? Son preguntas que no tienen respuesta y que deberían tenerla.

Necesitamos investigar también sobre los profesionales. ¿Cómo abordamos la perspectiva de género en la práctica? ¿Qué barreras encontramos? ¿Qué formación necesitamos? Son preguntas que pueden ayudarnos a diseñar mejores programas de formación y mejores protocolos de atención.

La investigación, en este campo, no es un lujo académico. Es una necesidad para mejorar la práctica clínica. Porque lo que no se pregunta no se ve y lo que no se ve no se trata. Y los hombres mayores, que ya tienen suficientes barreras para acceder a la atención sanitaria, no merecen que además no se les investigue.

No tenemos la respuesta definitiva. No sé si este libro cambiará algo en la práctica clínica o en la vida de algún paciente. Hemos puesto en palabras lo que hemos visto, compartido lo que hemos aprendido, ofrecido lo que hemos construido. Ahora le toca al lector decidir qué hacer con ello.





Referencias bibliográficas

1. MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2023. La Habana: MINSAP; 2024. ISSN Versión Electrónica: 1561-4433. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne/ y http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/
2. Connell RW. Masculinities. 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2005. Disponible en: http://www.raewynconnell.net/p/masculinities_20.html?m=1
3. González Pagés JC. Macho, varón, masculino. Estudio de masculinidades en Cuba. Habana: Editorial de la Mujer; 2010. Disponilbe en: https://www.claustrofobias.com/macho-varon-masculino/
4. González Pagés JC, Peñalver N, Angulo Y, George E, Colón M, Hernández A, et al. Masculinidades en movimiento. Una propuesta para el trbajao con hombres desde la sensibilización y el activismo. 2a Ed. Bilbao; Ediciones KCD ONGD; 2018. Disponible en: https://www.ipscuba.net/genero/hombres-cubanos-ya-tienen-un-manual-de-capacitacion-en-masculinidades/
5. González Pagés JC. Más hombres menos machos. Sistematización y buenas prácticas de trabajo de la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades RIAM y la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación COSUDE 2006-2024. Habana: Ediciones Quisicuaba; 2024. Disponible en: https://isbncuba.ccl.cerlac.org/catalog.php?mode=detalle&nt=86083
6. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios 2024. Oficina nacional de Estadística e Información (ONEI). Disponible en: http://www.onei.gob.cu/envejecimiento-de-la-poblacion-2024
7. Anderson JK, Faulkner S, Cranor C, Briley J, Gevirtz F, Roberts S. Andropause: Knowledge and perceptions among the general public and health care professionals. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2022; 57:793-6. Disponible en: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12456738/
8. Boolell M, Allen MJ, Ballard SA, Gepi-Attee S, Muirhead GJ, Naylor AM, Osterloh IH, Gingell C. Sildenafil: an orally active type 5 cyclic GMP-specific phosphodiesterase

inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res. 1996; 8 (2): 47–52. Disponible en: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8813924/

9. Gérvas J, Gavilán E, Gorricho J. Medicalización del envejecimiento: síndrome por déficit de testosterona. BIT Navarra. 2012;20(4):1-8. Disponible en: http://www.rearchgate.net/publication/236236274_Medicalizacion_del_envejecimiento_Sindrome_por_deficit_de_testosterona
10. Lee DM, O Neill TW, Pye SR, Silman AJ, Finn JD, Pendleton N, et al. The European Male Ageing Study (EMAS): desing, methods and recruitment. Int J Androl. 2009; 32(1): 11-24. Disponible en: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/18328041/
11. Corona G, Rastrelli G, Maggi M. Diagnosis and treatment of late-onset hypogonadism: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Endocrinol Metab. 2013; 27(4): 557-79. Disponible en: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24054931/
12. Abdelaziz A, Desouki M, Mukesh Jeswani B, Ajaykumar Lakhani H, Sampayo H, Belal A. Testosterone replacement therapy and cardiovascular outcomes in men: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Coll Cardiol. 2025; (85): 12: Supplement. Disponible en: http://www.jacc.org/doi/10.1016/S0735-1097%2825%2901037-X
13. Ponce OJ, Spencer-Bonilla G, Alvarez-Villalobos N, Serrrano V, Singh Ospina N, Rodríguez Gutierrez R, et al. The efficacy and adverse events of testosterone replacement therapy in hypogonadal men: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Cochrane Database Syst Rev. 2018. Disponible en: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29562341/
14. Scholz KH, Maiser SKG, Maier LS, Lengenfelder B, Jacobshagen C, Jung J, et al. Impact of treatment delay on mortality in ST-segment elevation myocardial infraction (STEMI) patients presenting with and without haemodynamic inestability. Results from the German prospective, multicentre FITT-STEMI trial. Eur Heart J. 2018; 39(13):1065-1074. Disponible en: http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6018916/
15. Venditti V, Bleve E, Morano S, Filardi T. Gender-Related factors in medication adherence for metabolic and cardiovascular health. Metabolities. 2023; 13(10): 1087. Disponible en: http://www.mdpi.com/2218-1989/13/10/1087
16. Anawalt BM. Diagnosis and management of anabolic androgenic steroid use. J Clin Endocrinol Metab. 2019; 104(7): 2490-2500. Dosponible en: http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6517163
17. Vázquez Sánchez V. Percepción de la masculinidad y la andropausia en una muestra de profesionales cubanos. Primera Jornada Cubana de Estudios de las Masculinidades [Sede web]. Habana: CENESEX; 2006. Disponible en: https://bibliotecadegenero.redsemlac-cuba.net/index.php/author/sarita/page/1159/
18. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994;151(1):54-61. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8254833/

19. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. J Urol 2001; 166(2):569-75. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11458070
20. González Braniella MA. Una visión antropológica al período de prejubilar y jubilar. GeroInfo-Revista de Gerontología y Geriatría. 2025; 20:e301. Disponible en: https://revgeroinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/301
21. Bonet Gorbea M. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2015. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/pdf
22. Joiner TE. Why People Die by Suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005. 276 p. Disponible en: http://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9912636783406676/01NLM_INST:01NLM_INST
23. Rodríguez Rivera I, Belaunde Clausell A, et al. Herramientas de evaluación en Geriatría y Gerontología. La habana: Editorial de Ciencias médicas, 2026. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/herramientas-de-evaluacion-en-geriatria-y-gerontologia/
24. Choi J, Sung P. Functional Limitations and Depressive Symptoms Among Older Adults in Korea: Gender Differences in the Moderating Roles of Relationship Satisfaction With Family, Friends, and Neighbors. J Aging Health. 2024;38(1-2):31-41. Disponible en: http://journal.sagepub.com/doi/10.177/08982643241304884?_cf_chl_tk=ZzEi7Ry6BVkDunfhuS5oL3SGNRT8piN_hrT1yurxIRM-1785601365-1.0.1.1-ywBr0sQVyFkUICxdm8xkrgg0Otrr.Yihh1r_EzBzows
25. Van orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010; 117(2): 575-600. Disponible en: http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3130348
26. Caballero Mora MA, Petidier Torregrossa R. Síntomas Neuropsiquiátricos en la demencia. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, director. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2 Edición. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 893-907. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/libros?codigo=927935
27. Barnato AE, Berhane Z, Weissfeld LA, Chang CC, Linde-Zwirble WT, Angus DC. Racial variation in end-of-life intensive care use: a race or hospital effect? Health Serv Res. 2006;41(6):2219-2237. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17116117/
28. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. N Engl J Med. 2015;373(8):747-755. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26287850/
29. Heijltjes MT, van Thiel Gj, Rietjens JA, van del Heide A, Hendriksen G, van Delden JJ. Continuous deep sedation at the end of life: a qualitative interview-study among health care providers on an evolving practice. BMC Palliat Care. 2023; 22 (1): 160. Disponible en: http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10601190/
30. World Health Organization. Abuse of older people. Geneva: WHO; 2021. Disponible enn: http://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people

31. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. Am J Public Health. 2010;100(2):292-297. Disponible en: http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2804623/
32. Frazão S, Magalhães T, Vieira-Pinto P. Domestic violence: trends and patterns in older adults' victims. A Portuguese ten-year study. J Elder Abuse Negl. 2025 Jun;37(3):213-227. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40304273/
33. Hochschild AR. The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press; 1983. Disponible en: http://www.academia.edu/15670913/Hochschild_s_book_The_Managed_Heart
34. Family Caregiver Alliance. Caregiver Statics: Demographics [Sede web]. San Francisco: Family Caregiver Alliance; 2016. Disponible en: http://www.caregiver.org/resource/caregiver-statics-demographics/

Masculinidades
y envejecimiento
Cuidar de la salud es cosa de hombres

Antonio Belaunde Clauset | Julio César González Pagés

Masculinidades y envejecimiento. Cuidar de la salud es cosa de hombres está dividido en cuatro partes y once capítulos donde se exponen las diferentes problemáticas que enfrentan los hombres en su etapa de envejecimiento y cómo los diseños de género y machismo limitan las posibles respuestas. La andropausia, las difusiones sexuales, los suicidios, la jubilación, la viudez, la violencia, entre otros temas, son vistos desde los prismas de las masculinidades. Es una obra escrita pensando en todos aquellos hombres y mujeres ávidos de obtener respuestas ante estas inquietudes y una puerta abierta para todos los profesionales que en su labor cotidiana tienen que lidiar con los hombres mayores.

Este libro es fruto de los intercambios de saberes y experiencias de dos hombres: Antonio Belaunde Clausell y Julio César González Pagés. Prestigiosos investigadores que trabajan con adultos mayores, desde profesiones diferentes, en consultas médicas y en talleres auspiciados por la Red Iberoamericana y Africana de Masculinidades (RIAM) en proyectos socio-comunitarios en La Habana, Artemisa y Matanzas. Uno de estos proyectos, Corazón Feliz, de la cantautora Rochy Ameneiro, sirvió de referencia para la pesquisa y fue la sede que unió a un grupo de trabajo del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) con la RIAM en la Habana Vieja junto al auspicio de las embajadas de Suiza y Canadá en Cuba.

CITED
CENTRO DE INVESTIGACIONES
SOBRE LONGEVIDAD, ENVEJECIMIENTO Y SALUD

RED IBEROAMERICANA Y AFRICANA
DE MASCULINIDADES
RIAM

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Embajada de Suiza en Cuba

In partnership with
Canadá

CORAZÓN FELIZ

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS
www.ecimed.sld.cu

ISBN 978-959-316-277-7