

Masculinidad hegemónica en pacientes con enfermedades crónicas frecuentes en Cuba

Hegemonic masculinity in patients with chronic diseases frequent in Cuba

Ramón Rivero Pino¹* <https://orcid.org/0000-0002-3035-2993>

Beatriz Suárez Besil¹ <https://orcid.org/0000-0002-6305-9179>

Yudelkis Benítez Cordero¹ <https://orcid.org/0000-0002-9688-7501>

¹ Centro Nacional de Genética Médica. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Existe sobremortalidad masculina en nueve de las diez principales causas de muerte en Cuba. El modelo hegemónico de masculinidad, sus atributos esenciales y las características genéticas que dependen de este género pueden constituir factores de riesgo para la salud.

Objetivo: Caracterizar la presencia de indicadores de masculinidad hegemónica en hombres portadores de enfermedades crónicas, a partir del análisis de la prevalencia de sobremortalidad masculina, tanto en ellos como en sus familiares de 1.^{er} y 2.^o grado.

Métodos: Se realizó un estudio de casos. Se llevó a cabo un análisis integrado del concepto masculinidad hegemónica, expresado en un conjunto de indicadores relacionados con él. Se utilizaron como métodos teóricos de investigación el analítico-sintético, el tránsito de lo abstracto a lo concreto, el inductivo-deductivo y el histórico-lógico. A nivel empírico se emplearon el cuestionario autoadministrado, el árbol genealógico y la entrevista individual en casos donde fue necesario profundizar en la obtención de datos. Formaron parte de la muestra 31 hombres residentes en zonas urbanas de cuatro provincias de Cuba.

Resultados: El análisis de casos permitió caracterizar la presencia de aspectos nucleares de la forma tradicional de ser hombres, que constituyen factores de riesgo para la salud masculina afectados con enfermedades que están dentro de las diez primeras causas de muerte en Cuba y de sus familiares de 1.^{er} y 2.^o grado.



Conclusiones: Necesidad de incorporar el enfoque de masculinidades en el proceso de atención a la salud de los hombres en todos los niveles, con énfasis en la atención primaria. Resultó más frecuente encontrar hombres afectados de las diez enfermedades estudiadas en familias de los casos índices, siendo la diabetes mellitus, cardiopatías y enfermedades respiratorias crónicas las de mayor presencia de familiares hombres afectados.

Palabras clave: masculinidad; masculinidad hegemónica; indicadores sociales; salud masculina.

ABSTRACT

Introduction: There is male over-mortality in nine of the ten leading causes of death in Cuba. The hegemonic model of masculinity, its essential attributes and the genetic characteristics that depend on this genre can constitute risk factors for health.

Objectives: To characterize the presence of indicators of hegemonic masculinity in men carriers of chronic diseases where it prevails over male mortality in Cuba, and to describe how the diseases that constitute the ten leading causes of death in Cuba can also be present in male relatives of 1st and 2nd degree of these cases.

Methods: A case study was conducted. An integrated analysis of the concept was carried out: hegemonic masculinity, expressed in a set of indicators related to this concept. Theoretical methods of investigation were used: the synthetic analytic, the transition from the abstract to the concrete, the inductive-deductive and the historical-logical. At the empirical level, the self administered questionnaire, the family tree and the individual interview in cases where it was necessary to deepen in the obtaining of data. 31 men from four provinces of Cuba, living in urban areas, were part of the sample.

Results: The analysis of cases, allowed to characterize the presence of nuclear aspects of the traditional way of being men that constitute risk factors for male health, and of relatives of 1st and 2nd degree of these men affected with diseases that are within the ten leading causes of death in Cuba.

Conclusions: refer to the need to incorporate the masculinities approach in the health care process of men at all levels, with emphasis on primary care. It was more frequent to find affected men of the ten diseases studied in families of the index cases, with diabetes mellitus, heart disease and chronic respiratory diseases being those with the greatest presence of affected male relatives.

Keywords: masculinity, hegemonic masculinity; social indicators; health.

INTRODUCCIÓN

El modelo hegemónico de masculinidad continúa reproduciéndose acríticamente y con él sus impactos nocivos en la salud. La salud de los hombres ha sido menos estudiada y atendida por ellos mismos y por la sociedad en su conjunto y esto ha tenido implicaciones negativas para ambas partes, lo que es necesario cuestionarse para encontrar soluciones por el bien de la humanidad.



A efectos de esta investigación, se definió la masculinidad hegemónica como una forma particular de "ser hombre". Conjunto de estereotipos, mitos y tabúes que vinculan la hombría a atributos que imprimen una huella negativa en el desarrollo personal-social de las personas y, en particular, de los hombres.

Está ampliamente recogido en la literatura que la forma de vivir que caracteriza a los hombres es expresión, en buena medida, de modos y estilos de vida que constituyen factores de riesgo para su salud.^(1,2,3,4) Ello permite comprender la necesidad de identificar las condiciones y estilos de vida de los hombres y perfeccionar el trabajo de promoción-prevención comunitaria asociado a los atributos de masculinidad hegemónica.

Unido al objetivo de caracterizar la presencia de indicadores de masculinidad hegemónica en la experiencia de 31 hombres que padecen enfermedades crónicas de las más frecuentes en Cuba, a partir del análisis de la prevalencia de sobremortalidad masculina, fue de suma importancia examinar sus árboles genealógicos, tanto en ellos como en sus familiares de 1.º y 2.º grado, con el propósito de detectar la presencia de esos padecimientos.

MÉTODO

Se desarrolló una investigación descriptiva cuyos instrumentos esenciales fueron: el estudio de documentos, el cuestionario autoadministrado (ambos, validados como parte de la investigación *Hernández de Armas*⁽⁵⁾) y la construcción del árbol genealógico.

El cuestionario fue aplicado por estudiantes de las carreras de Sociología e Historia, en calidad de colaboradores de la investigación. Una vez entregado, los sujetos de la investigación tuvieron 3 días para devolverlos al equipo de investigación.

Las entrevistas individuales fueron utilizadas en 6 casos, como complemento metodológico en el proceso de obtención de datos empíricos, lo que fue motivado en aquellos casos donde fue insuficiente la información ofrecida en las respuestas a las preguntas abiertas 31 (¿Cuáles son las causas por las que cree que desarrolló la enfermedad que padece?) y 32 (¿Qué podría hacer la sociedad, la familia y usted para que los hombres se enfermaran menos?) del cuestionario.

La muestra fue de tipo intencional y el criterio que prevaleció fue el grado de cercanía geográfica de los hombres a las localidades de residencia de los estudiantes que colaboraron con la investigación. Finalmente, la muestra quedó conformada por 31 hombres residentes en zonas urbanas, de cuatro provincias cubanas: La Habana (27), Villa Clara (1), Ciego de Ávila (1) y Pinar del Río (2).

El estudio tuvo carácter exploratorio, por lo que no buscaba como finalidad dar conclusiones absolutas sobre el objeto de investigación. En esencia, su pretensión metodológica era abrir un camino para el desarrollo de futuros estudios sobre el tema.

La concepción metodológica que se utilizó se fundamenta en el análisis integrado que se ha realizado de la variable "masculinidad hegemónica". Los indicadores se transformaron operacionalmente en unidades de análisis teórico para el proceso de indagación.



En relación con los procedimientos de análisis de la información se realizó cualitativa y cuantitativamente. Se analizó el sentido latente y manifiesto del material informativo utilizado y se consideró el cumplimiento de cada atributo en cada ítem de los instrumentos.

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta el principio del consentimiento informado y los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del 2008.

El uso de la información resultante de la investigación no contempla datos que puedan implicar socialmente a las personas participantes. En todos los casos los sujetos de la muestra expresaron su consentimiento de participación libre y voluntaria y para que la información brindada pudiera ser utilizada y socializada, lo que quedó explicitado en el momento en que se aplicaron los instrumentos, pues en esta investigación solo se aplicaron técnicas de recolección de información verbal.

RESULTADOS

67,7 % de los hombres que participaron tenía al momento del estudio menos de 60 años y 90 % de ellos oscilaban entre los 31 y 60 años. Esto informa acerca de que el mayor porcentaje de estos hombres ya es portador de los padecimientos desde la adultez media. 67,7 % de los sujetos eran blancos y 32,3 % mestizos y negros.

Del total de hombres que participaron en el estudio, 50 % están ocupados en puestos técnicos y administrativos y 53 % en el sector estatal de la producción; 20 % son trabajadores por cuenta propia; 10 % trabajadores independientes ilegales e igual cantidad son jubilados. Dos no trabajan, 1 es obrero y otro campesino.

Tienen significativa incidencia en los hombres estudiados, los ingresos que reciben del exterior, los que resultan del trabajo por cuenta propia o de las actividades ilícitas. 16 % consideró sus ingresos de regular (medios) y 6 % de mal (bajos). En estos últimos predominan los que provienen del sector estatal.

Las enfermedades referidas por los sujetos de investigación fueron: cardiovasculares (6), cáncer (5), crónicas respiratorias (6), diabetes (5), cirrosis hepática (3), accidentes (2), enfermedades cerebrovasculares (1), neumonía (1), insuficiencia renal (1) y lesiones autoinfligidas (1).

En la [tabla 1](#) puede apreciarse que de 34 indicadores de masculinidad hegemónica solo 9 se muestran por debajo de 50 %. De estos, 4 presentan cifras por encima de 25 % y 3, entre 19 y 22 %. El uso de drogas (1) y la exposición a sustancias tóxicas (0) son los indicadores de menos y/o ninguna incidencia.

Tabla 1. Distribución según indicadores de masculinidad hegemónica

Indicadores de masculinidad hegemónica (IMH)	Hombres portadores de IMH	%
Fumar	28	90
Ingerir bebidas alcohólicas	28	90
Consumir drogas	1	3
Inadecuada alimentación	28	90
Sedentarismo	29	93
Diabetes	10	32
Colesterol alto	19	61
Hipertensión arterial	21	67
Ansiedad	17	54
Estrés.	24	77
Exposición a sustancias tóxicas	-	-
Sobre exposición al sol	30	96
Tener dificultad para percibir signos de alarma corporal y cuando lo hacen, minusvalorarlos y desjerarquizarlos.	31	100
No admitir ante sí mismo y los demás que algo del orden del malestar los aqueja.	27	87
Gestionar el miedo y la ansiedad por vías indirectas como el enojo, la culpabilización a otros(as), o el ensimismamiento.	12	38
Ser reticentes a las maniobras e indicaciones médicas. Abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos	30	96
Deficientes redes de apoyo	6	19
Inconsciencia de la necesidad de cambios de sus estilos de vida	29	93
Apego al poder	26	83
Auto exigencia de liderazgo	27	87
Ejercer violencia	7	22
No expresión de sentimientos	28	90
Dificultades para articular movimientos cotidianos de vida, validismo personal (lavar, planchar, cocinar, comprar sus alimentos, vestuario y medicinas, etc.)	29	93
No compartir espacios de disfrute y responsabilidad como la paternidad	25	80
Sobrevaloración de la identidad masculina (misoginia, homofobia y transfobia)	21	67
Limitada comprensión del placer sexual	19	61
Autoestima asociada a logros laborales	30	96
Deficiente preparación para la vida en pareja y en familia	22	70
Temor a la inadecuación y al fracaso	8	25
Mal uso del tiempo libre	30	96
Bajo grado de satisfacción consigo mismo.	6	19
Ritmos de vida con excesos	28	90
Deficientes rasgos del carácter: impulsivos, obsesivos, controladores, nerviosos, protestones, hiperresponsables que no saben delegar, idealistas en su relación con la realidad.	26	83

Al menos 4 de los 9 indicadores que expresan menor porcentaje guardan una estrecha relación con la forma histórica de construcción de la masculinidad, según la cual no es de hombres quejarse, expresar sentimientos que puedan apuntar a su supuesta debilidad en el afrontamiento "viril" de los obstáculos que la vida interpone. Sería lógico esperar, entonces, que los relacionados con la gestión del miedo, las deficientes redes de apoyo, el temor al fracaso y la baja satisfacción consigo mismos como hombres no hayan sido identificados.

El ejercicio de la violencia se visualiza con un porcentaje no correspondido con las ideas que al respecto circulan en diferentes medios de comunicación-socialización. 22 % de los hombres de la muestra dice ser violentos. Sin embargo, detrás de este dato pareciera que se esconde el desconocimiento sobre lo que es violencia y sus manifestaciones, especialmente, acerca de la violencia psicológica y sus modos operandi. También podría estar incidiendo la naturalización por parte de toda la sociedad de modos violentos de actuar de los hombres.

La triangulación de resultados, específicamente en lo referido a los factores sociodemográficos, permite plantear que, para la muestra estudiada:

- Es en la adultez media donde se concentra la mayor cantidad de hombres con enfermedades que forman parte de las 10 que inciden en la mayor cantidad de muertes en el país.
- No existe una correspondencia directa entre mayor presencia de enfermedades de este tipo y el bajo nivel de instrucción de las personas afectadas.
- Prevalecen los hombres enfermos que están ocupados laboralmente en el sector estatal.
- Predomina el color blanco de piel entre los hombres enfermos.
- Se muestra positivo el indicador redes de apoyo en los hombres.
- Las condiciones de la vivienda y el acceso a los servicios, así como el acceso a las tecnologías de última generación, expresan valores positivos.
- Aunque más de la tercera parte de los encuestados reconoce como altos y satisfactorios los ingresos económicos que reciben, es importante visualizar que 21 % de ellos los califica de medios-bajos e insatisfactorios. Especial importancia y atención por el Estado debe tener el dato relativo a que en este último valor inciden predominantemente los ingresos que provienen del sector estatal.

Las cifras no expresan diferencias significativas cuando se relacionan con el tipo de enfermedad que padecen los hombres y las provincias donde residen.

La identificación de otros individuos enfermos para cada una de los indicadores explorados en las 30 familias estudiadas ([Tabla 2](#)), a partir del caso índice, reveló para familiares de 1.^{er} grado un total de 27 individuos afectados, de los cuales 16 se correspondían con hombres enfermos, para 59,3 % y para familiares de 2.^o grado se encontraron 15 individuos afectados, de los cuales 8 eran del sexo masculino (53,3 %).

Tabla 2. Total de familiares de 1.º y 2.º grado y porcentaje de hombres afectados por la misma enfermedad

Enfermedades	Familiares de 1.º grado afectados			Familiares de 2.º grado afectados		
	Total	Hombres afectados	%	Total	Hombres afectados	%
Diabetes Mellitus	8	6	75	7	5	71,4
Cardiovasculares	6	5	83	2	0	0
Enfermedades respiratorias crónicas	5	2	40	3	1	33
Cáncer	4	1	25	3	2	67
Accidentes	2	1	50	0	0	0
Cerebrovasculares	1	1	100	0	0	0
Lesiones autoinfligidas	1	0	0	0	0	0
Neumonía	0	0	0	0	0	0
Insuficiencia Renal	0	0	0	0	0	0
Cirrosis hepática	0	0	0	0	0	0
Total	27	16	59,3	15	8	53,3

La enfermedad que alcanza los mayores porcentajes de familiares hombres afectados es la diabetes Mellitus (75 % los de 1.º grado y 71,4 % los de 2.º grado), seguido de las enfermedades cardiovasculares (afectados el 83 % de los familiares de 1.º grado) y enfermedades respiratorias crónicas (40 % de familiares de 1.º grado y 33 % de los de 2.º grado).

Los factores de riesgo que se encontraron más frecuentemente en los árboles genealógicos realizados fueron: el hábito de fumar, ingestión de alcohol, ansiedad y estrés, sedentarismo, obesidad y dieta inadecuada. No se realizó un análisis detallado de cada uno de estos factores en los familiares afectados.

Los resultados alcanzados dieron respuesta al objetivo previsto, pues permitieron conocer, cómo se expresan los indicadores de masculinidad hegemónica en las experiencias de vida de los hombres sujetos de la investigación y ello, a su vez, permitió visualizar la posible relación entre esta variable y las enfermedades que padecen las personas que formaron parte de la muestra, así como su coincidencia en los familiares de 1.º y 2.º grado de parentesco.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos dan cuenta de la alta incidencia que tienen los indicadores de masculinidad hegemónica en la vida de los hombres estudiados, que padecen enfermedades frecuentes del cuadro de mortalidad de nuestro país.

Los resultados manifiestan correspondencia con lo aportado por investigadores respecto a la relación masculinidad-salud en el contexto de América Latina: si bien las enfermedades vinculadas con ciertos modos de vida fueron comunes a ambos sexos, se manifestaron con más intensidad en el masculino por factores culturales.

Los ejemplos clásicos son el hábito de fumar y el cáncer de pulmón en los hombres. Los factores de riesgo de las enfermedades no infecciosas que afectan a la salud de los hombres adultos se relacionan con los modos de vida -especialmente, los tumores malignos de estómago, pulmón y próstata, los problemas cardiovasculares por complicaciones de la arteriosclerosis y la hipertensión, y las consecuencias de la violencia por homicidio o de los accidentes de vehículos de motor- y se sienten con más intensidad en la población de menores ingresos y grado de escolaridad. En consecuencia, la incidencia y la mortalidad por esas causas continúan siendo altas en la población general, que no tiene acceso a la información sobre los riesgos que afectan a su salud.⁽¹⁾

Si importante es incidir sobre las personas que viven en situaciones de riesgo o están enfermas, tanto o más, lo es actuar para evitar que esto suceda. Es por ello que, en la teoría y práctica de la genética médica, cada vez se le concede mayor importancia a un conjunto de aspectos que forman parte del contenido esencial de la labor de promoción-prevenición de salud genética, por ejemplo: la información-comunicación, la percepción de los riesgos genéticos y las intervenciones protectoras.⁽⁶⁾

En el caso de los hombres, las características de la forma tradicional de ser hombre, asociadas en gran medida a factores de riesgo para la salud masculina y a la expresión diferencial de genes para ambos sexos están fuertemente internalizadas en estos, forman parte esencial del significado de masculinidad socialmente promovido y sancionado, por lo que se producen y reproducen con intensidad a través de todos los mecanismos de socialización, entre las que juegan un papel fundamental las familias, las escuelas, los centros de trabajo, los grupos de amigos, las organizaciones sociopolíticas, entre otros. Incidir en cada uno de esos espacios de socialización es vital para el éxito del trabajo de promoción-prevenición de salud masculina.

Los hombres y las mujeres tienen información genética idéntica en la mayoría de sus genomas, pero albergan muchas características específicas del sexo.

En un artículo reciente, *Gershoni y Pietrokovsk*⁽⁷⁾ descubrieron que aproximadamente un tercio de los genes en los humanos (más de 6 500) realiza actividades muy diferentes en los hombres y en las mujeres. Identificaron que algunos de los genes solo están activos en los hombres o en las mujeres, mientras que muchos genes están más activos en un sexo o en el otro.

Estos hallazgos vinculados a los indicadores de masculinidad hegemónica pudieran dar respuesta al por qué hombres y mujeres enferman de manera diferente, incluyendo las enfermedades crónicas del adulto.

En relación con la presencia de familiares de los sujetos de la muestra que padecen las mismas enfermedades que los hombres estudiados, se pudo constatar que existen pocos artículos que evidencian los aspectos relacionados con el mayor riesgo de encontrar hombres enfermos en una familia en relación con enfermedades crónicas frecuentes como: Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, algunas localizaciones de cáncer, entre otras.

Un estudio de agregación familiar realizado en el Sur de la India en 976 pacientes enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2, encontró un exceso paterno en la transmisión de la Diabetes (325 padres diabéticos frente a 304 madres, $p = 0,4$; $p = 0,07$ si se compara con los métodos de tablas de vida). La edad del diagnóstico de diabetes en probandos fue menor que la de sus padres diabéticos ($p < 0,001$): además, el aumento de la historia parental de diabetes se asoció con un diagnóstico más temprano de diabetes en probandos ($p < 0.001$).⁽⁸⁾

Pakistán ocupa el sexto lugar entre los 10 principales países del mundo con elevados índices de casos de diabetes, de 5,2 millones en el 2000 y se prevén 13,9 millones en 2030.⁽⁹⁾ Se ha demostrado que la prevalencia de diabetes mellitus (DM) entre la población urbana de Pakistán es del 6,0 % en hombres y del 3,5 % en mujeres. Los datos recientes en poblaciones con alto riesgo de diabetes proporcionan evidencia de efectos genéticos paternos únicos. Un estudio realizado por *Huxtable et al.*⁽¹⁰⁾ utilizando métodos de asociación basados en la familia en tríos de padres e hijos con diabetes tipo 2, informaron transmisión exclusivamente paterna de alelos de clase III en el polimorfismo regulador de repetición en tándem de número variable del gen de insulina (INS-VNTR), un mediador conocido del crecimiento y desarrollo fetal.⁽¹¹⁾

Datos recogidos del pueblo Pima también sugieren la existencia de un factor paterno único asociado con bajo peso al nacer. En Pima, los padres de bebés con bajo peso tenían un mayor riesgo de diabetes, y los bebés tenían un mayor riesgo de padecer diabetes solo cuando el padre, pero no la madre, la padecía.⁽¹²⁾

Pocos estudios han investigado la transmisión de enfermedades coronarias y no han mostrado diferencias significativas entre la transmisión paterna o materna.^(13,14,15,16,17)

El trabajo promocional-preventivo, justo y emancipador, debe estar encaminado en dos direcciones: identificar y afrontar factores de riesgo y enfermedades y potenciar las características individuales y grupales positivas, o sea, los factores protectores, que aumentan la capacidad de respuesta ante los problemas y la posibilidad de evitar daños. Por esta razón, desde el punto de vista epistemológico, es preferible referirse a la promoción-prevención como un continuo de acciones en salud.⁽⁷⁾

CONCLUSIONES

Se identificaron un conjunto de indicadores de masculinidad hegemónica que pueden tener relación con la salud de los hombres, especialmente, con el hecho de la sobremortalidad masculina existente en Cuba. Ello exige un posicionamiento teórico-metodológico y práctico del proceso de atención de salud. La lógica indica que, actuando sobre los factores de riesgo de masculinidad hegemónica, posiblemente se obtengan mejores indicadores en el cuadro de salud general de la población cubana.

RECOMENDACIONES

Al Centro Nacional de Genética Médica de Cuba: incorporar el enfoque de masculinidades en el Manual de Normas y Procedimientos de los Servicios de Genética Médica en Cuba y desarrollar nuevas investigaciones con una mayor muestra.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes del 5.º año de las carreras de Sociología e Historia de la Universidad de La Habana, que participaron en la realización de encuestas a los sujetos de la investigación: Jennifer Portellas Toledo, Inelsys Vicens Cantero, Helen Cano Rosas, Yadira Pérez Serrano, Yoel Abrahantes Pérez de Medina, Ana Gabriela Vela Quintana,



Ailenys Gómez Álvarez, Amanda Sánchez Vega, Yankiel Alejandro Yáñez Paz, Beatriz Hernández Álvarez, Karla Pérez Sánchez, Niliet Conde Ortíz, Ernesto Alejandro Ramírez Fuentes, Arturo Barrios Santana, Sandra Giannotti Vázquez, Dayamí Fuentes Nazco, Elianis Varona Quintana, Betsy Helen Palma Vera, Mailenys Polanco Martínez, Gabriela Betancourt Figueroa, Noedys Rodríguez Cordelevio, Yalemis Pérez García, Manuel A. Cumbredo Muñíz, Consuelo Hidalgo Navarro, Yurier Fernández Cardoso, Víctor M. Ruíz Hernández, Leisy Figueredo Milanés, Jaquelin Reyes Cabana, Dianerys Decoro Rodríguez, Yohena M. Martínez Lago y Yenielys Valdés Díaz.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores del presente artículo declaran que no tienen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salazar A. La desventaja masculina en salud. En: Rivero Pino R. Masculinidades y paternidades en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015. p. 66-78.
2. Riuz M. Epigenética: Los hábitos del padre también dejan huellas en el hijo [en línea]. Barcelona: La Vanguardia. [actualizado 13 feb 2016]. Vida. Acceso: 20/12/2017. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20160213/302119227627/epigenetica-habitos-padre-dejan-huella-hijo.html>
3. Donkin I, Soetkin V, Ingerslev LR, Quian K, Mechta K, Nordkap L et al. Obesity and Bariatric Surgery Drive Epigenetic Variation of Spermatozoa in Humans. Cell Metab [en línea]. 2016;23(2):369-78. Acceso: 26/12/2017. Disponible en: [https://www.cell.com/cell-metabolism/fulltext/S1550-4131\(15\)00571-9](https://www.cell.com/cell-metabolism/fulltext/S1550-4131(15)00571-9)
4. Rivero Pino R; Ulloa Guerra O. Reseñas de estudios cubanos sobre masculinidades. La Habana: Editorial CENESEX; 2017. p. 11-19.
5. Hernández de Armas Y. Impacto del modelo hegemónico de masculinidad en la salud cardiovascular masculina. Programa de superación para profesionales de enfermería. [Tesis Master en Sexología y Sociedad]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Centro Nacional de Educación Sexual; 2018.
6. Rivero Pino R. Promoción-prevención local-comunitaria en salud genética. [Tesis de Maestría en Desarrollo Comunitario]. Santa Clara: Universidad Central "Martha Abreu" de Las Villas, Facultad de Ciencias Sociales; 2018.
7. Moran Gershoni, Shmuel Pietrokovski. The landscape of sex-differential transcriptome and its consequent selection in human adults. BMC Biol. 2017; 15(1): 7.
8. Viswanathan M, McCarthy MI, Snehalatha C, Hitman GA, Ramachandran A. Familial aggregation of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus in South India; absence of excess maternal transmission. Diabet Med. 1996; 13(3):232-7.



9. Wild S, Roglic G, Anders G, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27:1047-53.
10. Huxtable SJ, Saker PJ, Haddad L, Walker M, Frayling TM, Levy JC, Hitman GA, O'Rahilly S, Hattersley AT, McCarthy MI: Analysis of parent-offspring trios provides evidence for linkage and association between the insulin gene and type 2 diabetes mediated exclusively through paternally transmitted class III variable number tandem repeat alleles. *Diabetes*. 2000;49(1):126-30.
11. DeChiara TM, Efstradiatas A, Robertson EJ: A growth-deficiency phenotype in heterozygous mice carrying an insulin-like growth factor II gene disrupted by targeting. *Nature*. 1990;345(6270):78-80.
12. Lindsay RS, Dabelea D, Roumain J, Hanson RL, Bennett PH, Knowler WC: Type 2 diabetes and low birth weight: the role of paternal inheritance in the association of low birth weight and diabetes. *Diabetes*. 2000;49(3):445-9.
13. Tatiana K, Jan AS, Agnieszka O, Andrew R, Katarzyna S, Sofia M. Maternal and paternal influences on left ventricular mass of offspring. *Hypertension*. 2003;41(1):69-74.
14. Chen C, Haolin Z, Yue Z, Rong L, Jie Q. Paternal history of diabetes mellitus and hypertension affects the prevalence and phenotype of PCOS. *J Assist Reprod Genet*. 2015;32(12):1731-9.
15. Howard DS, Min L, Michael Gaziano J, Kathryn MR, Robert JG, Julie EB. Maternal and paternal history of myocardial infarction and risk of cardiovascular disease in men and women. *Circulation*. 2001;104(4):393-8.
16. Idoia L, Jonatan RR, Francisco BO, Helle ML, Jaanus H, Toomas V. Intergenerational cardiovascular disease risk factors involve both maternal and paternal BMI. *Diab Care*. 2010;33(4):894-900.
17. Kinra S, Davey SG, Okasha M, McCarron P, McEwen J. Is maternal transmission of coronary heart disease risk stronger than paternal transmission? *Heart*. 2003;89(8):834-8.

Recibido: 20/07/2018

Aceptado: 15/09/2018

Ramón Rivero Pino. Centro Nacional de Genética Médica. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: ramonrp@infomed.sld.cu

