



## **V JORNADAS DE SALUD, Y MUJER “ SALUD, IDENTIDAD Y GÉNERO.”**

**Jerez. Febrero 1999.**

### **MASCULINIDAD Y SALUD**

Jos Angel Lozoya Gmez.

#### **GENERO Y SALUD.**

Partimos de las definiciones de SEXO como una forma de clasificación biológica que distingue a las mujeres de los hombres, y de GENERO como una construcción cultural y social, en permanente proceso de cambio, que asigna a hombres y mujeres una serie de atributos y funciones, que buscan justificar diferencias y relaciones de opresión.

El genero resulta de un proceso de socialización que empieza en la infancia y se prolonga a lo largo de toda la vida.

Como las asignaciones de genero no tienen carácter universal, ya que varían dependiendo del lugar o del medio, parece más correcto hablar de géneros masculinos y femeninos.

Las construcciones sociales hacen que no sólo las prácticas “masculinas y femeninas” sean diferentes, sino que aquello que las funda en el pensamiento y la conciencia sea también diferente.

La llamada perspectiva de genero tiene una importancia creciente por el impulso que ha recibido por parte del movimiento feminista y sus “estudios de la mujer”, abriendo la posibilidad de iniciar investigaciones sobre la masculinidad y las relaciones entre ambos.

Como en los trabajos sobre los hombres ya se distinguen corrientes, quisiera que esta comunicación se viera como una aportación, para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres.

#### **MASCULINIDAD Y SALUD.**

En el campo de la salud la perspectiva de genero nos da un punto de vista privilegiado.

En España las mujeres viven 6,2 años más que los hombres. En 1996 la esperanza de vida de los andaluces, al nacer, fue de 73,8 años, y de 80 para las andaluzas.

Estas diferencias se deben a que las tasas de mortalidad de los hombres son superiores a las de las mujeres, porque también son distintas las causas de muerte para ambos.

Las enfermedades asociadas a las diferencias genéticas no pueden explicar las desigualdades de tantos años de esperanza de vida entre los sexos, por lo que habremos de pensar que son producto de la selección cultural más que de la biológica.

Está poco estudiada la relación de los patrones conductuales diferenciales entre mujeres y hombres que llevan a estos últimos a provocar y exponerse a riesgos, que sobre todo en la juventud pueden terminar en una enfermedad, una lesión o la muerte.

Los informes epidemiológicos suelen carecer de información por sexos, dando una falsa imagen de comportamientos homogéneos entre mujeres y hombres y por ello tienden a plantear esquemas de atención, prevención y rehabilitación también homogéneos.

En los estudios de salud e incluso en los de violencia, los hombres son más invocados que estudiados, pese a ser inaplazable conocer la perspectiva de lo masculino.

José María Bedoya B, ha hecho un trabajo sobre las "Diferencias de Salud entre hombres y mujeres" del que me permito usar bastantes datos.

Causas específicas de muerte en España.:

- Infartos y enfermedad cerebrovascular; las diferencias, perjudiciales para los hombres, empiezan a partir de los 40 años.
- Tumores malignos; en los órganos, que nos son comunes, la muerte de los hombres es siempre muy superior.
- Aparato respiratorio; la muerte es siempre superior en los hombres.
- Aparato digestivo; la muerte es siempre superior en los hombres.
- Causas externas (accidentes de tráfico, suicidios, envenenamientos accidentales, homicidios y otros accidentes); por cada 100.000 hombres o mujeres mueren 71,9 hombres frente a 23,9 mujeres.
- Enfermedades endocrinas e inmunitarias; la mortalidad por diabetes es superior en las mujeres a partir de los 70 años, pero en los trastornos de la inmunidad, que incluye el SIDA, las tasas de muerte en los hombres son muy superiores.

En cambio, entre las enfermedades crónicas más comunes, sólo la bronquitis es más frecuente en los hombres. Además, los hombres limitan menos su ocio por molestias, pasan menos días en la cama por enfermedades, consumen menos medicamentos, van menos al médico, a las consultas de salud mental y a los servicios sanitarios de urgencia.

Pero, permanecen con más frecuencia en los hospitales para intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.

No se trata de establecer una competencia de victimizaciones, pero estos datos aparentemente contradictorios pueden apuntar la hipótesis de que, tal vez muchos hombres, educados para ser fuertes, aguantar el dolor, valerse por sí mismos no pedir ayuda y salir adelante, acostumbran a negar o minimizar sus problemas de salud hasta que estos se agravan.

De hecho sabemos que los hombres suelen acudir a las consultas de salud mental, (por problemas relacionados con el trabajo o el paro, a causa de una separación o incluso tras sufrir un infarto, porque su vida es un acelerado torbellino,) empujados por la familia o el médico.

Si consideramos a que hábitos se suelen atribuir muchas de las enfermedades más frecuentes en los hombres, parece que no pocas de ellas son enfermedades del comportamiento.

## **LA MASCULINIDAD COMO FACTOR DE RIESGO.**

El objetivo en los juegos de los niños y la vida de un número importante de los hombres es ganar, participar es una vulgaridad. Para ganar hay que aprender a ocultar las propias carencias y evitar la confianza que se nos presenta como peligrosa.

Las expectativas de nuestros mayores, la competencia entre varones, la dictadura de la pandilla y la necesidad, inducida, de probarnos y probar que somos al menos tan hombres como el que más, nos lleva a asumir hábitos no saludables y conductas temerarias, que se traducen en multitud de lesiones, enfermedades y muertes, desde la infancia.

Pese a la escasez de investigaciones específicas en este campo, cada vez resulta más evidente la relación entre la socialización masculina y bastantes de los problemas de salud de los hombres, como hace años que han descubierto las compañías de seguros.

Esta circunstancia resulta bastante clara en los siguientes ejemplos:

- Lesiones o muertes por accidentes o violencias.
- Enfermedades derivadas del consumo de drogas; tabaco alcohol, heroína, etc.
- Accidentes relacionados con el deporte (sobre todo entre los 14 y los 25 años).
- Los infartos asociados a la impaciencia, la hostilidad y competitividad, la implicación laboral y la preocupación por los rendimientos).
- Los suicidios consumados, que pueden tener parte de su explicación en la dificultad masculina para asumir

situaciones de derrota, dolor, tristeza o soledad, junto a, la mencionada, incapacidad para pedir ayuda porque implica debilidad, (adolescentes que se quitan la vida porque sacan malas notas).

- En el campo de la sexualidad, la mayoría de los problemas no físicos son conflictos subjetivos, con una idea de normalidad que implica la obsesión por el logro, oprime disfrazada de lo más deseable y obliga a moverse entre el placer y el cumplir.

## **LA JUBILACIÓN**

Llegado este momento muchos hombres regresan a una familia resentida, con problemas de próstata, su potencia sexual en declive, sin un proyecto de vida y una esposa que tiene su existencia bastante organizada. Con sus posibilidades económicas disminuidas en una sociedad que ha perdido el reconocimiento y la capacidad de aprovechar la experiencia de sus mayores. En estas circunstancias no es extraño que la sensación de pérdida o ausencia de poder, unida a la pérdida de identidad que da dejar de ejercer una profesión, se traduzca en desconcierto, angustia, falta de autocuidado y autodestrucción.

Sabemos que en la vejez hay un deterioro cardiovascular, respiratorio musculo-esqueletico y mental acompañado de sintomatología depresiva, sudores, trastornos del sueño, irritabilidad excesiva, etc., pero se sigue discutiendo sobre si la Andropausia es un mito o una realidad.

Pero la masculinidad no es sólo un factor de riesgo para quienes lo asumen o provocan, sus actos afectan al conjunto de la población, (de hecho los hombres son en nuestro país los autores del 95% de la totalidad de los delitos) y en especial de quienes conviven con ellos.

## **RIESGOS PARA LAS MUJERES.**

Histórica y antropológicamente sería interminable la enumeración de ejemplos que ilustran las trágicas consecuencias que el patriarcado ha tenido y tiene para la salud y la vida de las mujeres: cremación o sepultura en vida de mujeres de personajes masculinos, mutilación del clítoris, realización selectiva de abortos de embriones femeninos, etc.

Sin necesidad de concretar mucho baste decir que parece demostrado que cuando se constituye una pareja, la calidad de vida del hombre suele mejorar y la de la mujer empeorar, o que los hombres separados y divorciados aumentan su riesgo físico y psicológico.

Es sin duda mucho más actual y cercana la mal llamada “violencia familiar”, nombre con el que se suele disfrazar la violencia masculina: la que sufren muchas mujeres a manos de sus parejas, o ex-parejas que abarcan practicas que van desde los micromachismos hasta la violencia sexual o la muerte, pasando por la agresión emocional o psicológica y la violencia física.

Las repercusiones sobre la economía familiar de las distintas adicciones, sobre todo cuando el hombre sigue siendo el principal proveedor de dinero.

La resistencia de muchos hombres a usar el preservativo asumiendo su responsabilidad anticonceptiva y profiláctica, se traduce con frecuencia en embarazos no deseados, con sus secuelas en términos de salud física y mental, cuando no va acompañada de la no-asunción de responsabilidades parentales, feminización de la pobreza, o denuncias por aborto de parejas o ex-parejas despechadas. Otra cara del problema es la extensión del SIDA entre las mujeres, que además, y al margen de consideraciones morales, ponen de manifiesto promiscuidades o bisexualidades generalmente negadas.

La oposición masculina a aceptar los cambios de las mujeres, o que el 73% de los andaluces confiese que nunca friega, cocina o limpia la vivienda, tiene también un costo en términos de salud y desarrolla personal para las mujeres.

## **RIESGO PARA LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS.**

La sobrexplotación, la violencia física, psicológica y las agresiones sexuales que sufre un importante sector de la infancia, aunque no es responsabilidad exclusiva de los hombres, no se puede negar que los varones son los usuarios mas frecuentes de las redes de explotación laboral y sexual infantil, y quienes se consideran “él cabeza de familia”, de cualquier tipo de maltrato que ejerzan o permitan en la misma.

## **RIESGO PARA OTROS HOMBRES**

Hay que analizar también la forma en que creamos relaciones de poder entre los propios hombres en todas las edades y sectores (familia, preescolar, escuela, pandilla, trabajo, etc.) que discurren entre la burla, la competencia, la presión y la violencia.

No podemos decir que todos los hombres que tienen una muerte violenta sea como consecuencia de la socialización de género, pero no hay duda que esta causa explica un buen porcentaje de las mismas. Los hombres hacen más uso de la violencia en la solución de conflictos, conducen de forma más peligrosa causando más accidentes, o se exigen más demostraciones de valor asumiendo riesgos innecesarios. (9 de cada 10 miembros de las hinchadas juveniles en el fútbol andaluz de primera división son hombres).

## **POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD**

Debería plantearse como objetivo la existencia de programas de salud que tenga en cuenta las diferencias de género y no-sólo las biológicas, que considere las diferentes exposiciones al riesgo de enfermar.

Pese a que las diferencias en la tasa de mortalidad nos son desfavorables, a que los hombres constituimos el 49% de la población, a que seguimos controlando el poder, y a que casi todos los programas de salud están diseñados pensando en nosotros como modelo de normalidad, estos programas no tienen en cuenta nuestros problemas específicos. La causa tal vez reside en que, los hombres no estamos acostumbrados a cuestionarnos, ni hemos tomado conciencia de esta necesidad, supongo que a causa del androcentrismo que nos incapacita para considerarnos objeto de estudio.

## **PROPUESTAS A DESARROLLAR**

1ª. Promover roles de género más flexibles hasta su desaparición, incorporando para ello a la educación:

1-1. Disociar la masculinidad de la dureza, el honor, el control, el dominio, la agresión o la competitividad, (lo malo no es ser competente sino competitivo).

1-2. Explicar que ser hombre no impide ser dulce, sensible, cariñoso, etc. (Sigue estando peor visto que dos niños se besen, que se peleen o levanten las faldas a las niñas).

1-3. Enseñar a los niños a atender sus necesidades domésticas y a compartir responsabilidades en el hogar. (A cuidar y no solo a proteger a los y las demás)

1-4. Ayudarles a reconocer el dolor y las angustias, a expresar los sentimientos y pedir ayuda, buscando activamente apoyo o consejo, (el comportamiento de los chavales que tienden a ignorar los problemas, suele ser de agresividad y dificultades).

1-5. Aclararles que no necesitan demostrar lo que son –fuertes, valientes, etc.- y que tampoco es realmente importante no serlo demasiado.

1-6. Decirles que la heterosexualidad no es sinónimo de masculinidad, ni motivo de orgullo, ya que en el mejor de los casos solo es la expresión de la orientación del deseo sexual.

1-7. Insistirles en que hay que pedir permiso para tener contactos sexuales y aceptar las negativas. Porque no es cierto que un NO es un quizás y un QUIZÁS un si, si insisten.

2ª. Implicar a los hombres en la crianza de los hijos e hijas, porque con ello:

2-1. Aprenden a cuidar y cuidarse, así como a ponerse en el lugar del otro para poder satisfacer sus necesidades.

2-2. Tienen una oportunidad inigualable de desarrollar los sentimientos y su expresión, al tiempo que les sirve para ir perdiendo el miedo al ridículo ante criaturas que son esponjas afectivas y muy agradecidas.

2-3. Descubren que paternidad responsable significa el establecimiento de relaciones igualitarias dentro del hogar, (creo que es en Noruega donde los hombres están obligados a coger seis meses de permiso laboral para atender a sus hijos/as en los dos primeros años posteriores al nacimiento, y Austria planea obligar jurídicamente a los hombres a compartir las tareas domésticas).

3ª. Garantizar una atención sanitaria adecuada a los hombres, ya que su ausencia no es ajena al estado y

evolución de su salud, promoviendo programas:

3-1. De educación afectivo-sexual desde la infancia (no de heterosexualización).

3-2. De responsabilidad anticonceptiva y profiláctica. (Los programas de Planificación Familiar y salud reproductiva se centran en la mujer, pese a la importancia de las ETS y el SIDA, la patología de próstata o el aumento en la demanda de vasectomías, (en 1985 se esterilizaban un 7% de las mujeres y menos del 1% de los hombres, en el 95 eran un 15,5% de mujeres y un 13% de hombres).

3-3. De preparación para asumir la llegada de los bebés. Para ayudar a la mujer durante el embarazo y el parto, y tener los conocimientos psico-profilácticos necesarios.

3-4. De apoyo a hombres en crisis: separados, parados, jubilados, etc.

3-5. De prevención de la violencia masculina contra las mujeres, orientados a niños de núcleos violentos, que con frecuencia reproducen los modelos aprendidos a partir de la adolescencia, y a jóvenes con síntomas de poder llegar a ser violentos, (los que piensan que hay mujeres que, a veces, merecen una paliza).

3-6. Terapéuticos, para hombres violentos, (a ser posible antes de que haya motivos para que medie una denuncia). No trabajar con ellos es como quitarles responsabilidades en la solución del problema, además de no pensar en las próximas mujeres que sean sus parejas.

3-7. Para víctimas de actos de violencia conyugal, que aunque son muy pocos, viven angustiados y merecen ayuda adaptada a sus necesidades.

3-8. Etc.

## **Bibliografía**

Alvarez González, J. Domingo.  
VII Congreso Estatal de Planificación Familiar.  
Cáceres 21-23 de octubre, 1998.

Bedoya B, José María.  
Diferencias de salud entre hombres y mujeres.  
Sevilla 1998, Inédito.

Bonino Méndez, Luis.  
"MICROMACHISMOS: La violencia invisible en la pareja"  
Corsi, J. (1995): La violencia masculina en la pareja. Madrid: paidós.

Bonino Méndez, Luis.  
Como ser hombre (sin morir ni matar en el intento).  
3ª Jornadas de Cultura de la Salud. Madrid. 1993.

Keijzer, Benno.  
La masculinidad como factor de riesgo (1)  
Masculinidad, salud mental y salud reproductiva  
RISH 1997.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos.  
Genero y salud.  
Universidad de Guadalajara. México. 1995.

Servicio Informativo Semanal de CIMAC, 2ª semana de agosto de 1998.