

Universidad de Chile

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Magíster Salud Pública

TESIS

PERCEPCIONES Y CONDUCTAS MASCULINAS

FRENTE A LA PROPIA SALUD EN USUARIOS DE CONSULTORIO

Autor: Juan Alexis Valenzuela Mayorga

Docente Guía: Fanny Serani Pradenas

***Así Dios creó al hombre a Su Imagen, en la Imagen de Dios lo creó;
hombre y mujer los creó.***

Parasha Bereshit

A mi Padre

***Que en las entrañas de mi madre me formaste,
tus ojos vieron mi embrión,
me haz acompañado toda la vida,
me abriste las puertas para estudiar,
y en las dificultades de todo tiempo
sólo tu diestra me ha sostenido.***

***A ti te dedico esta obra,
porque tú eres el ejemplo, que me ha hecho hombre
porque tú eres el camino, la verdad y la vida.***

ÍNDICE

1. RESUMEN	Pág. 6
2. INTRODUCCIÓN	Pág. 8
3. OBJETIVOS	Pág. 11
4. MARCO TEORICO	
4.1 Concepto de Género	Pág. 12
4.2 Concepto de Masculinidad	Pág. 15
4.3 Estudios de Masculinidades	Pág. 18
4.4 Estudios en Masculinidad Hegemónica	Pág. 22
4.5 Estudios de Masculinidad y Salud	Pág. 30
4.6 Estadísticas de Salud en Varones	Pág. 34
5. METODOLOGÍA	
5.1 Consideraciones Metodológicas Generales	
5.2 El Paradigma Cualitativo	
5.3 Tipo de Estudio	Pág. 44
5.4 Universo y Muestra	Pág. 44
5.5 Técnica de Recolección de Datos	Pág. 45
5.6 Definiciones Conceptuales de las Categorías Temáticas	Pág. 47
5.7 Otras Definiciones del Estudio	Pág. 48

5.8 Control de Sesgos	Pág. 50
5.9 Trabajo de Campo	Pág. 51
5.10 Análisis Narrativo del Contenido	Pág. 52
5.11 Aspectos Éticos	Pág. 54
6. RESULTADOS	
6.1 Concepto de Salud	Pág. 56
6.2 Conductas de Auto cuidado	Pág. 59
6.3 Concepto de Enfermedad	Pág. 63
6.4 Conducta Frente a la Enfermedad	Pág. 65
6.5 Uso de Prestadores de Salud Formales e Informales	Pág. 68
6.6 Conductas de Riesgo	Pág. 70
6.7 Opinión de los Prestadores de Salud Públicos	Pág. 74
6.8 Opinión de los Prestadores de Salud Privados	Pág. 78
6.9 Temas Emergentes	Pág. 80
7. CONCLUSIONES	Pág. 85
8. RECOMENDACIONES	Pág. 90
9. BIBLIOGRAFÍA	Pág. 93
10. ANEXOS	Pág.102

1. RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo describir las percepciones y conductas de los varones respecto de su propia salud. Para ello se recogieron los principales aportes de las teorías de género en masculinidades, permitiendo visualizar cómo las construcciones de identidades masculinas son un factor de riesgo o protector en la salud de los varones.

El estudio se desarrolló en El Consultorio Laurita Vicuña de la comuna de El Bosque, del Servicio de Salud Metropolitano Sur, el universo estuvo compuesto por varones en edad adulta, de 20 a 64 años, beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, que estuvieran inscritos en dicho Centro de Salud. La muestra se realizó en base a criterios y su tamaño se determinó por redundancia de la información (Pineda et al, 1994.), con un número total de 30 personas.

Se utilizó la metodología cualitativa de investigación por ser la más pertinente para estudiar subjetividades como la percepción. La técnica seleccionada es la entrevista semi estructurada de carácter abierta, que permite realizar las mismas preguntas a todos los entrevistados, profundizando y aclarando las opiniones (Rodríguez, 1996). Luego se realizó el análisis narrativo del contenido clasificando las opiniones en las categorías temáticas definidas previamente (Consorti Hospitalari de Catalunya et al, 2006) .

Los resultados del estudio describen una percepción bastante integral de salud en los entrevistados, para quienes no sólo es la ausencia de enfermedad, sino más bien un bienestar físico y psicológico, tanto individual como familiar, siendo el principal recurso sus trabajos, ya que los mantiene sanos, en movimiento y les provee de los recursos económicos necesarios.

La enfermedad la consideran un hecho relevante, indeseado, doloroso y desagradable, con efectos físicos y mentales, que les impediría trabajar. Frente a ello, los entrevistados toman remedios caseros, pastillas, van al médico y algunos no hacen nada.

Los principales riesgos percibidos para su propia salud son las condiciones inseguras del trabajo y el consumo de sustancias, también hay algunas referencias a una alimentación no saludable.

Las principales opiniones respecto de los Prestadores de Salud Pública son el malestar por el maltrato en la atención y las largas horas de espera, también hay un grupo de varones con opiniones favorables hacia el Consultorio.

Por su parte la atención con Prestadores Privados de Salud es algo deseado, la opinión generalizada es favorable, pero a un costo inalcanzable.

El estudio encuentra importantes consensos con la teoría de la masculinidad hegemónica, en virtud de que los varones privilegian el trabajo por

sobre cualquier otra actividad que interrumpa su jornada laboral (Olavarria, 1998), a costa de su propia salud. Pero difiere de dicha teoría, cuando los varones se sienten enfermos y consultan en primera instancia a su mujer o madre, dándoles la autoridad para que les deriven a un Servicio de Salud; prefiriendo usar las Urgencias de Hospitales o Servicios de Atención Primaria de Urgencia, evitando las largas horas de espera y burocracia de los Consultorios.

2. INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 hace explícita “la necesidad de considerar a los hombres y sus responsabilidades en las políticas relativas a salud sexual y reproductiva, desarrollo y equidad de género, así como su responsabilidad en la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos” (Ministerio de Salud, 2006, p 146). A su vez la plataforma de Acción Mundial de la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer de Beijing, 1995, pone énfasis en incorporar el concepto de género en las políticas públicas para promover principalmente los derechos de las mujeres (Valdés y Fernández, 2006). Todo esfuerzo en generar mayor equidad en la sociedad beneficiara tanto mujeres como a hombres.

Muchas acciones por mejorar la salud de las mujeres, se basan tanto en un principio de derechos individuales como en las consecuencias que tienen para sus hijos y demás miembros de su grupo familiar. A si mismo la salud de los varones afectará tanto en sus parejas, hijos, como en las personas que lo rodean. Esta sinergia existente en el fenómeno salud enfermedad de hombres y mujeres puede ser tanto positiva como negativa. Cuando el patrón cultural de relaciones de género se asocia a un resultado positivo para la salud de ambos sexos, nos encontramos con una sinergia positiva; ejemplo de ello es la participación del padre en el parto y el cuidado de los niños (Sabo, 2000); cuando el resultado de las relaciones de género es negativa tenemos fenómenos como el “femicidio” (Sistema de Naciones Unida en Chile, 2004, p 51).

El fenómeno salud – enfermedad y las percepciones sobre la enfermedad no escapan a las consideraciones inherentes a la categoría de género, existiendo, como resultado, situaciones diferenciales, ya sea en cuanto al hecho mismo de enfermar, o de considerar la necesidad de ser atendido por los Servicios de Salud.

En relación a esto último, en el mundo se han implementado programas específicos para las mujeres, a modo de discriminación positiva, debido a su protagonismo fisiológico en el proceso reproductivo (CEDIP, 2007). Pero no aparece el mismo énfasis programático en los hombres, considerando los riesgos específicos en que se encuentran, por una identidad masculina hegemónica (Sabo, 2000).

Entender las subjetividades masculinas en el proceso de salud – enfermedad aporta a una mejor calidad de vida tanto en hombres como en mujeres, permitiendo dar un paso en la construcciones de relaciones sinérgicas positivas que saquen de la invisibilidad a los hombres, el grupo humano que menos consulta en atención primaria (DEIS, 2006). Surgen entonces las interrogantes: ¿Que opinan los hombres de su propia salud?, ¿ A quien acuden cuando se sienten enfermos, ¿ Que temas son los que más le preocupan de su salud ?

El presente estudio intenta describir el fenómeno de la masculinidad y/o masculinidades alrededor de la definición y percepción de la salud, así como las relaciones que establecen los hombres con los prestadores de salud formales, informales, públicos y privados en El Centro de Salud Laurita Vicuña de la comuna de El Bosque de la Región Metropolitana.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Describir las percepciones y conductas referidas por los varones usuarios de un centro de atención primaria respecto de su propia salud.

Objetivos Específicos:

- 1 Definir las conceptualizaciones masculinas sobre salud y enfermedad.
- 2 Describir las conductas de auto cuidado en salud referidas por los hombres
- 3 Describir las conductas de riesgo en salud referidas por los varones.
- 4 Explorar las conductas referidas por los varones frente a la enfermedad.
- 5 Describir el uso que realizan los hombres de los prestadores de salud formales e informales.
- 6 Explorar los temas emergentes enunciado por los propios varones en la dinámica salud enfermedad.

4. MARCO TEORICO

4.1 Concepto de Género

Desde el nacimiento las personas son clasificadas de acuerdo al sexo, pero los significados del género se irán construyendo a lo largo de la vida.

La perspectiva de género nace producto de las reivindicaciones de las mujeres por la división sexual del trabajo y la discriminación hacia ellas, a través de una relación de subordinación. La división sexual del trabajo se funda en la separación de la vida social entre una esfera de lo público (producción) asignada a los varones y otra esfera de lo privado (reproducción) asignado a las mujeres (Weinstein, 1997).

Freud es uno de los primeros teóricos que plantea que las disposiciones masculinas y femeninas resultan claramente reconocibles en la infancia de los individuos, postulando “que la vida sexual de los niños se manifiesta ya en una forma observable hacia los años tercero y cuarto” (Freud, 1997, p 1197). A su vez, la cultura promueve, tradicionalmente que las niñas posean una mayor inclinación a la represión sexual, mientras que los hombres tienen una mayor posibilidad de expresarla (Freud, 1997)

Desde la primera infancia se observa cómo niñas y niños van adquiriendo los estereotipos sociales genéricos conforme van construyendo su noción de

mundo y de sí mismo. Alrededor de un cuarenta por ciento de los niños y niñas se auto clasifican correctamente como hombre o mujer antes de los 2 años; Casi un 80% lo han alcanzado a los 3 años y todos lo han logrado a los 9 años (Raguz, 1995).

La identidad sexual en una sociedad estratificada sexualmente, con roles socialmente atribuidos, se basa en la adquisición de una identidad de género antes de que el niño o niña esté conciente de las diferencias sexuales biológica genitales, es decir “se adquiere primero una identidad sexual genérica y luego una identidad sexual biológica”. (Raguz, 1995, p. 44)

Un problema de los estereotipos sexuales es que funcionan como una profecía auto cumplida, se socializa a niños y niñas para que se adapten a los estereotipos y cuando se comportan acorde a ellos se cree que es natural e innato, determinado por la biología. (Raguz, 1995)

Distorsiones derivadas de estos estereotipos sexuales son las creencias culturales que (Raguz, 1995):

- El hombre es hipersexuado y la mujer infrasexualizada
- El hombre acosa, conquista y la mujer limita sus avances
- El hombre es un experto sexual y la mujer ignorante

- El hombre es activo, iniciador y la mujer recipiente
- El hombre es emocionalmente controlado, fuerte y la mujer nutriente y apoyadora.

Esta socialización diferenciadora de género va perpetuando el statu quo de poder y dominación, generando una cultura patriarcal y machista con roles estereotipados que se reproducen en las relaciones sociales. La mujer desempeña un rol reproductivo y expresivo: maternal, de cuidado, “nurtura”, afecto y que debe cuidar de un hombre instrumental: “Figura de autoridad en la familia”, que la representa ante la sociedad y económicamente productivo (Raguz, 1995, p. 52).

La identidad de género es la que remite el ser hombre o ser mujer y está en la base del sistema de sexo / género, que se construye por referencia al otro (ser mujer no es ser hombre y viceversa). El sistema sexo/género tiene el poder de asignar esas identidades y de definir la relación entre los géneros. El sujeto asume elementos de la identidad asignada y le va añadiendo nuevos elementos de manera optativa. Pero el Yo del sujeto se construye, además de lo asignado y enseñado, a partir de la experiencia vivida. Su identidad está siempre en interacción con el mundo, situada en los espacios definidos por la cultura. (Barrer, 2002)

Por lo tanto, la identidad de género también se va “construyendo, desconstruyendo y reconstruyendo dependiendo de las experiencias de vida” (Raguz, 1995, p.34). Desde esta perspectiva, se plantea que las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de transformarse a través de la interacción humana; lo que un grupo social permite, promueve y espera de los hombres, siempre estará relacionado con lo que también permite, promueve y espera de las mujeres. Así, la categoría género, permite abordar esta dinámica de interdependencia y posibilita comprender si en un grupo social determinado, estas relaciones son de complementariedad, subordinación o equidad (Muñoz y Pizzolty 2006).

4.2 Concepto de Masculinidad

Sigmund Freud también es el precursor en estudios de masculinidad, el autor afirma que el complejo de Edipo es el momento formativo de la masculinidad. A su vez propone que todos los seres humanos tienen una constitución bisexual, coexistiendo características masculinas y femeninas, afirmando que “sin tener en cuenta la bisexualidad no podrá llegarse a la inteligencia de las manifestaciones sexuales en el hombre y en la mujer” (Freud, 1997, p 1223).

Jung, por su parte, recoge la corriente psicoanalista, pero propone la polaridad femenina y masculina desde la conceptualización de los arquetipos, los cuales se encontrarían en el inconsciente colectivo. Estos contrarios pueden

generar cierto equilibrio que resultaría en “una persona masculina con un alma femenina” (Jung, 1982, p 401).

El aporte de Jung es el planteamiento de que la identidad masculina es un proceso de individuación, a través del cual la persona va diferenciando el ser, de los factores biológicos y culturales que inciden en la formación del yo como centro de la personalidad consciente y como la integración de estos elementos psíquicos femeninos y masculinos que nos hacen plenamente humanos (Jung, 1986.)

Para Erich Fromm hay masculinidad y feminidad en el carácter tanto como en la función sexual. El autor define el carácter masculino en las cualidades de penetración, conducción, actividad, disciplina y aventura. El carácter femenino en las cualidades de receptividad productiva, protección, realismo, resistencia, maternidad. Para Fromm “siempre debe tenerse presente que en cada individuo se funden ambas características, pero con predominio de las correspondientes a su sexo” (Fromm 1986, p 44). Si los rasgos masculinos del carácter de un hombre están debilitados porque emocionalmente sigue siendo una criatura, es muy frecuente que trate de compensar esa falta acentuando exclusivamente su papel masculino en el sexo. “El resultado es el Don Juan, que necesita demostrar sus proezas masculinas en el terreno sexual, porque está inseguro de su masculinidad en un sentido caracterológico” (Fromm, 1986, p 44). Cuando la parálisis de la masculinidad es más intensa, el sadismo (el uso de la fuerza) se convierte en el principal -y perverso- sustituto de la masculinidad (Fromm, 1986).

Robert Stoller considera que existe una identidad de género nuclear unitaria que se forma en los primeros años de vida y se establece por la interacción emocional entre los progenitores y los descendientes. Sus trabajos se desarrollaron con transexuales a quienes les reasignaron la identidad de género nuclear a través de la cirugía, argumentado que “no es el deseo de tener tal identidad sino la convicción de ser tal” (Connel, 2003, p 31).

Las teorías del rol sexual que tienen su génesis en lo biologicista, por lo cual los hombre y mujeres tendrían características diferenciadoras en virtud de sus cromosomas, equilibrio hormonal y órganos sexuales externos, es la forma más arcaica de entender el género. Esta teoría atribuye características psico sociales basados en estas diferencias biológicas y no son más que una forma de justificación del sistema sexo/género que mantienen el statu quo en la sociedad. Pero el tema es tratado de una manera distinta por Talcote Parsons, quien elabora la teoría del rol sexual, que es la diferencia entre los papeles sexuales femeninos y masculinos como una distinción entre roles instrumentales y expresivos en la familia, a la que se considera un grupo social pequeño. Por lo tanto la masculinidad es la internalización del rol sexual masculino que la sociedad entrega. (Connel, 2003)

Joseph Pleck critica el rol sexual con la siguiente afirmación: “El concepto de identidad ligada a los roles sexuales impide que los individuos que no siguen el patrón tradicional propio de su sexo cuestionen el propio rol; en consecuencia, estos individuos se sienten fuera de lugar e inseguros”. (Plec, 1981, p. 160)

4.3 Los Estudios de Masculinidad

La Etnografía aporta a los estudios de masculinidades desde la comparación de culturas “primitivas” con la cultura europea, describiendo la masculinidad tribal en distintas latitudes, con diversos rituales y concepciones. David Gilmore en su libro “Manhood in the making: Cultural concepts of masculinity”, afirma que la función cultural de la ideología masculina es motivar a los hombres para que trabajen. Según el mismo autor la masculinidad “es una defensa contra la regresión a la identificación pre-edípica con la madre, lo cual puede encontrarse en casi todas las culturas”. (Connel, 2003, p 56)

Uno de los principales aportes de la Sociología en el tema de la masculinidad es el planteamiento que las circunstancias económicas y como la estructura de las organizaciones sociales influyen en la forma en que se construye la masculinidad a niveles muy íntimos. Es así como la construcción de masculinidades de la clase obrera es distinta a la masculinidad de la clase media, lo mismo en Estados Unidos entre hombres de color y blancos. No es suficiente reconocer que la masculinidad es diversa, también se debe reconocer la relación existente entre las diversas formas de masculinidad: relaciones de alianzas, dominio y subordinación. Estas relaciones se construyen a través de “prácticas que excluyen e incluyen, que intimidan o explotan”. (Connel, 2003, p 61)

Pero no todo el conocimiento de la masculinidad viene desde las ciencias biológicas y sociales, también hay un importante aporte desde el conocimiento

político, como el movimiento feminista, el movimiento de liberación gay y el movimiento de liberación masculina anti sexista de los hombres. Es en este contexto que se masifica el concepto de patriarcado apropiado por el movimiento feminista, así como la homofobia y la masculinidad hegemónica (Connel, 2003).

La investigación feminista, aportó al estudio del patriarcado que documentando el control que ejercían los hombres en los gobiernos, corporaciones y medios de comunicaciones., la manera en que tenían mejores trabajos y salarios, así como el control de la violencia y la ideologías que obligaban a las mujeres a quedarse en casa, desacreditando sus exigencias de igualdad. El uso masivo del término patriarcado se extendió alrededor de 1970 para describir el sistema de dominación a través del género (Connel, 2003)

Sustento del patriarcado es la homofobia, entendida como la aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación contra personas homosexuales. La palabra fue utilizada por vez primera en 1971 por el psicólogo estadounidense George Weinberg. Combina las palabras griegas fobia (miedo), con el prefijo homo (igual, mismo). (CONASIDA-México, 2007).

Algunos autores describen la homofobia como un posible deseo oculto hacia los mismos homosexuales, expresado como odio. La homofobia es una práctica social, que va “desde una actitud de discriminación hasta la opresión, la cárcel y la muerte” (Connel, 2003, p 67)

La masculinidad dominante es aportada conceptualmente por el movimiento feminista, en torno a los estudios de violencia, explicitando que dicho fenómeno no pertenece a un grupo atípico de hombres, sino a la ideología que los define como tales. (Connell, 2003).

Según Robert Connell no existe una entidad masculina común a todas las sociedades. La anatomía y la fisiología del cuerpo masculino es lo único más o menos constante en todas las culturas. La definición de masculinidad es más que tener un pene, una configuración cromosómica o un nivel de testosterona. La masculinidad y la feminidad son conceptos inherentes relacionales que adquieren su significado de las conexiones entre sí, como delimitación social y oposición cultural. La masculinidad siempre está en relación de algo. Por lo tanto las masculinidades son configuraciones de la práctica estructurada por las relaciones de género, inherentemente históricas que se hacen y rehacen como un proceso político que afecta el equilibrio de intereses de la sociedad y la dirección del cambio social (Connell, 2003).

Las configuraciones de género se expresan en la individualidad, donde el sujeto se identifica desde lo masculino o femenino. Pero también existen macros análisis de dichas configuraciones como las instituciones del Estado, el lugar de trabajo y la escuela. El Estado se entiende como una institución masculina, la mayoría de los funcionarios son varones, la configuración de contratación, manutención, control y promoción son masculinas. (Connell, 2003)

Juliet Mitchell y Gaylee Rubin, en la década de los setenta, reconocen que el género es una estructura internamente compleja, en la cual se superponen diferentes lógicas. Por lo cual la masculinidad y la feminidad están siempre sujetas a contradicciones internas y rupturas históricas (Connel, 2007).

Estos autores proponen 3 dimensiones para un modelo que estructure el género:

1) Relaciones de Poder: El principal eje de poder en el sistema de género contemporáneo europeo - americano es la subordinación general de las mujeres y la dominación de los hombres. Ello a pesar de casos particulares y de constantes resistencias.

2) Relaciones de Producción. La división del trabajo debida al género es muy común en lo que respecta a la designación de tareas para hombres y mujeres, la discriminación salarial y el hecho de que sean hombres y no mujeres los que controlen las corporaciones más importantes, así como las grandes fortunas privadas. Esto no es un accidente estadístico, sino parte de la construcción social de la masculinidad.

3) Cathexis o vínculos emocionales: Se refiere al deseo como la energía emocional asignada a un objeto, en consecuencia, las prácticas que dan forma y actualizan el deseo, son un aspecto del sistema de género. Lo anterior tanto para el deseo homosexual como heterosexual (Connel, 2007)

El género es una manera de estructurar la práctica social en general, por lo cual está involucrado con otras estructuras sociales. Interactuando con la raza, la clase social, la religión y la nacionalidad o la posición en el orden mundial (Connell, 2007)

4.4 Estudios en Masculinidad Hegemónica

El concepto de hegemonía, es derivado del análisis que hizo Antonio Gramsci de las relaciones de clase y se refiere a la dinámica cultural por medio de la cual un grupo exige y sostiene una posición de mando en la vida social. (Connell, 2003).

La masculinidad hegemónica puede definirse como la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres (Connell, 2003).

La hegemonía sólo se establecerá si existe cierta correspondencia entre el ideal cultural y el poder institucional, colectivo e individual. Su principal característica es el éxito a su reclamo de autoridad, más que la violencia directa. “En consecuencia la hegemonía es una relación histórica móvil; su flujo y reflujo son elementos claves de la descripción de masculinidad”. (Connell, 2003, p 118)

Dentro de ese marco se establecen relaciones de dominación y subordinación específicas, que se estructuran de acuerdo al género. En el caso de las sociedades europeas y americanas contemporáneas es la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales. (Connell, 2003).

Las definiciones normativas de la masculinidad se enfrentan al problema de que no muchos hombres se ajustan a los estándares normativos, la cantidad de hombres que practican rigurosamente el patrón hegemónico en su totalidad es pequeña; sin embargo la mayoría de los hombres se benefician con esta hegemonía, obteniendo ventajas de la subordinación de mujeres y homosexuales (Connell, 2003).

Las relaciones de complicidad con el proyecto hegemónico permitirán que otras formas de construcción de masculinidad, aprovechen los dividendos del patriarcado, sin las tensiones o riesgos que conlleva el estar en la vanguardia del mismo (Connell, 2003).

A su vez, la marginación es un concepto que explica las relaciones entre las masculinidades de las clases dominantes y subordinadas, o los grupos étnicos. La marginación siempre es relativa a la forma de autoridad de la masculinidad hegemónica del grupo dominante. “Es así como en EEUU se puede distinguir una masculinidad negra, marginada de la masculinidad hegemónica blanca” (Connell, 2003, p 122).

La masculinidad marginal y la masculinidad hegemónica no designan tipos de carácter fijos, sino configuraciones de la práctica, generadas en situaciones particulares y en una estructura de relaciones mutables. Cualquier teoría de la masculinidad debe explicar el fenómeno del cambio social, entendiendo el género como “un producto de la historia y también como un productor de la misma” (Connell, 2003, p 123).

La violencia como manifestación de la masculinidad hegemónica es también parte de un sistema de dominación. La proporción de violencia contemporánea señala una tendencia hacia la crisis en el orden de género moderno, siendo una de las dificultades del Capitalismo en la adaptación del individuo a su integración social (Muñoz, 2007).

Para comprender las construcciones de masculinidades actuales se debe rastrear las tendencias hacia la crisis del sistema sexo/género. Es así como las relaciones de poder muestran evidencias visibles de la tendencia a la crisis en el colapso histórico de la legitimidad del poder patriarcal y el movimiento mundial pro emancipación de las mujeres (Connell, 2007).

Mientras las relaciones de cathexis o vínculos emocionales han cambiado al estabilizarse la sexualidad gay y lesbiana como alternativas públicas en Europa y Estados Unidos, dentro del orden heterosexual. También las demandas de las

mujeres por el placer sexual y el control sobre su propio cuerpo, han afectando tanto la practica heterosexual como la homosexual. (Connel, 2007).

Todo esto permite comprender que la masculinidad es una construcción cultural que se reproduce socialmente y que por tanto no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones. El modelo de género impone mandatos que señalan- a mujeres y hombres- lo que se espera de ellos y ellas, siendo el patrón con el que se comparan y son comparados los hombres. Podemos observar una masculinidad hegemónica o dominante y otras subordinadas, subyugadas o alternativas, pero siempre definidas desde la hegemonía (FLACSO, 2002).

Según la masculinidad dominante (hegemónica), los hombres se caracterizan por tener que responder a los siguientes mandatos culturales (Olavarria y Valdés, 1998):

- 1 Activos: El hombre es un ser activo, es la ley en su casa, su mujer e hijos le deben obediencia, es jefe de hogar, responsable de su familia.
- 2 Autónomos: Son libres y autónomos, que tratan en igualdad con otros hombres.
- 3 Fuertes: Sin temor, sin expresar sus emociones, sin llorar a excepción que esto reafirme su hombría.

- 4 Potentes: con fuerza física, protectores de los suyos.
- 5 Racionales: Toman las decisiones a través de un análisis racional.
- 6 Emocionalmente controlados: No demuestran sus emociones, ello es un signo de debilidad.
- 7 Heterosexuales: Le gustan las mujeres, las desean, deben conquistarlas para poseerlas y penetrarlas. Su animalidad es más fuerte y su deseo puede ser superior a su voluntad. El hombre se empareja con una mujer, es padre y tiene una familia.
- 8 Son los proveedores en la familia: Debe proveer siendo responsable de quienes están a su cargo.
- 9 Su ámbito de acción es la calle: El hombre es de la calle, del trabajo; ese es su lugar, le aburre la casa; la mujer es de la casa, no hace lo que es de responsabilidad de la mujer.

Todo esto en oposición a las mujeres, los hombres homosexuales y aquellos varones femeneizados (Olavarria, 2000).

La mujer y lo femenino se considera lo abyecto, el límite de la masculinidad.

El hombre que pasa el límite se expone a ser estereotipado como no perteneciente al mundo de los varones. Estas tensiones en la generación de las características propias de la masculinidad y por cumplir con el modelo hegemónico, someten a una vivencia de incomodidad, dolor y frustración a los hombres (Fuller, 2004).

A su vez según estudios en Latinoamérica la masculinidad se construye de 2 dimensiones (Fuller, 2003):

1.- La natural: la virilidad: se refiere a los órganos sexuales y a la fuerza física, a partir de lo cual cada hombre debe controlar sus emociones demostrar fuerza física y ser sexualmente activo.

2.- La social: la hombría es un estatus que se debe alcanzar para obtener el título de hombre y se refiere a tener familia y trabajo.

Según los estudios de masculinidad, la identidad del varón se construye a través de una serie de pruebas que el adolescente debe pasar hasta llegar a la plenitud que es lograda en la adultez (Olavarria 1998). La cual requiere de la aceptación por parte de dos interlocutores indispensables:

- Los otros hombres
- Y las mujeres

Con la mujer construye diferencia y esa diferencia es constitutiva de su identidad. Con los varones se comienza a identificar como tal a partir de ciertos mandatos sociales que conforman el modelo dominante, que se encarna y subjetiviza en los propios hombres, reconociéndose perteneciente a un campo identitario y a una comunidad genérica (Olavarria, 2000).

Como todo proceso de socialización temprana, aquellos elementos que orientan al niño a ser varón- su familia y entorno social- no son concientes. Casi todos los varones sienten que siempre han sido varones, en virtud que tienen pene y eso es suficiente” (Olavarria, 2000, p 13). Sin embargo su sensación es de ser hombres incompletos hasta que alcancen la adultez, lo que significa transitar por un “conjunto de pruebas y ritos de iniciación” (Olavarria, 2000, p 14).

Por otra parte, el trabajo es el eje fundamental de la identidad masculina en el modelo dominante, constituyendo el núcleo de su respetabilidad social. Les da autonomía y les permite constituir un hogar, ser proveedores, autoridad y jefes de familia. Al hombre le gusta trabajar, le da seguridad, prestigio, poder y autoridad. El trabajo exige “sufrimiento, cuesta, crea obligaciones y establece jerarquías entre los varones y entre estos y las mujeres” (Olavarria, 2000, p 27).

Para los varones de sectores populares, el trabajo les permite cumplir con las responsabilidades hacia la familia y el mandato de ser proveedores; pero bajo una gran presión, debido a las precarias ocupaciones y menores recursos con los

que cuenta. A su vez, la pérdida del trabajo, así como la cesantía, provoca importantes crisis en su autoestima, afectando el conjunto de sus vivencias. (Olavarria, 2000).

Esta masculinidad hegemónica también tiene mandatos morales. Para los varones entrevistados en El Estudio de Masculinidad en Santiago de Chile (Olavarria y Valdés, 1998), ser hombre es:

- Ser recto, responsable, le obliga a comportarse correctamente.
- Es digno y solidario, especialmente con su familia, sus amigos y con los más débiles.
- El hombre empeña su palabra, la palabra de hombre, y para demostrar que es de fiar debe sostener su palabra.

Esta masculinidad hegemónica, incorporada en la construcción de las identidades tanto en hombres como en mujeres, se expresa en sus subjetividades y prácticas, constituyendo la versión actual del sistema de relaciones que posibilita el patriarcado.

Debido al proceso de cambio social impulsado por el movimiento feminista, las reivindicaciones homosexuales y la modernización, se están produciendo cambios en la identidad hegemónica masculina, abriendo un debate hacia

relaciones más equitativas. Una serie de estudios demuestran que los jóvenes responden a la masculinidad hegemónica a través de un proceso de acercamiento o alejamiento, existiendo algunas experiencias de construcciones de masculinidades más flexibles a la dominante (Connell, 2003)

4.5 Estudios de Masculinidad y Salud:

Para entender el fenómeno salud y enfermedad desde una perspectiva de género, es importante revisar los conceptos de equidad e inequidad, ya que éstos permiten visualizar diferencias injustas y evitables que se han perpetuado en el sistema de salud.

La equidad de género significa una distribución justa entre hombres y mujeres de los beneficios, el poder, y los recursos y responsabilidades. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso, al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres (OPS, 2006).

La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario (OPS, 2006).

Una mirada desde la perspectiva de género puede aportar elementos relevantes al proceso dinámico de la salud. Es así como una socialización masculina que valoriza la temeridad y percibe la actitud preventiva como algo femenino será un obstáculo en el auto cuidado de los varones (Fuller, 2004).

En Australia se demostró que una masculinidad hegemónica exacerbada en la homofobia genera riesgos de violencia, llegando incluso al asesinato (Connell, 2003).

Los estudios de salud en masculinidad de los Estados Unidos de América han establecido las siguientes características de salud en los varones (Sabo, 2000):

- La Reactividad cardiovascular ante las situaciones de estrés es mayor en varones.
- Existe una fuerte vinculación entre una identidad masculina tradicional y las tres primeras causas de muerte: lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio en hombres de 15 a 34 años.
- Los estudios de suicidio demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres, pero que sus probabilidades de morir son mayores. Se infiere que esta disparidad se debe en parte al hecho de que los

hombres tienden a seleccionar métodos más violentos y en comparación con las mujeres, consideran que sobrevivir al intento de suicidio es otro fracaso, una marca contra su masculinidad.

- Algunos comportamientos de riesgo son definidos culturalmente como masculinos. Los hombres utilizan los comportamientos no saludables para definir su virilidad, por ejemplo, consumen cantidades excesivas de alcohol para demostrar su lealtad al grupo de compañeros masculinos.
- La masculinidad tradicional y su discurso pueden contribuir a comportamientos poco saludables: Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad
- También se han observado factores protectores como el principio de sinergia que reconoce “que las vidas entre hombres y mujeres son

fundamentalmente recíprocas y han de ser comprendidas en términos relacionales” (Sabo, 2000, p. 8). Cuando el patrón de relaciones mutuas estimula procesos o resultados finales de salud positivos para ambos sexos, estamos frente a una sinergia positiva, ejemplo de ello es la participación del padre en el parto y en los cuidados de los niños, donde la triada: padre, madre e hijo o hija se ven favorecidos.

En Chile, la salud sexual y reproductiva de los varones, ha sido abordada por el capítulo de Anticoncepción en Hombres de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud, declarando que las investigaciones recientes constatan que en general una de las experiencias más gratificantes en la vida de los hombres son los hijos y la paternidad, dándoles un importante sentido a sus vidas, la consolidación con sus parejas y la formación de una familia. A pesar de esto, las políticas tradicionales de salud han invisibilizado a los varones del proceso reproductivo (Ministerio de Salud, 2006).

Los servicios en salud sexual y reproductiva que comúnmente se ofrecen a los hombres son: consejería individual de contraceptivos, provisión de condones, exámenes y tratamiento por infecciones de transmisión sexual, acceso a vasectomía, examen de próstata, infertilidad y disfunción sexual. “Las barreras más comunes para el uso de estos servicios son su no adecuación para atender hombres, que sean restringidos y con horarios inconvenientes y el hecho de que exista la percepción y creencia de que este tipo de servicios o clínicas son sólo para mujeres” (Ministerio de Salud, 2006, p 150)

Datos provenientes de la Tercera Encuesta Nacional de Juventud del año 2000, muestran que el condón es el método anticonceptivo más utilizado por varones, el 53% señaló haberlo usado en su última relación sexual. Esto demuestra que más de la mitad de jóvenes posee alguna conducta de autocuidado respecto de su sexualidad (Instituto Nacional de la Juventud, 2000).

Otro estudio respecto de la participación de los varones en el parto señala que en el año 2002 el 30% de los padres ingresa a la sala de parto de los hospitales públicos. Esta cifra es importante considerando que hasta el año 1995 no estaba permitida la participación de ningún no especialista en el parto hospitalario (Sadler, 2004).

Este estudio muestra una interesante transición en la identidad masculina producto del cambio de una política de salud. La investigación descubrió “hombres motivados a participar en el parto, para ver el nacimiento de sus hijos/as, establecer vínculos con ellos/as, reconocerse desde su primer asomo al mundo y para apoyar a sus compañeras en un momento que ellos saben es difícil, donde ellas se encuentran solas, hombres emocionados hasta las lágrimas al ver a sus hijos e hijas nacer y reconocerse con los/as recién nacidos/as, hombres que, tras el parto, se conectan con lo divino y con su familia. Hombres que valoraron a la mujer, por el acto heroico y sobrecogedor de dar a luz, y a sus hijos/as, cuyo nacimiento le permitió conectarse con sus emociones. Hombres que también se

emocionan. Hombres que tras la experiencia de participar en el parto, expresaron haber sentido un cambio. Hombres que tuvieron padres ausentes, y que ahora quieren estar presentes. Hombres que cambian pañales, que distinguen los tipos de llantos de sus hijos/as, que llegan temprano a la casa para poder acostar a los/as pequeños. En suma, hombres presentes” (Sadler, 2004, p 159).

4.6 Estadísticas de Salud de Varones en Chile:

Los datos estadísticos del Observatorio de Equidad de Género en Salud muestran la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a los siguientes indicadores de salud:

- Expectativa de vida

Hombres	74.8 años
Mujeres	80.8 años

La expectativa de vida en Chile al año 2006 tiene una brecha de 6 años en contra de los hombres (OPS/OMS- Universidad de Chile. 2006).

- Mortalidad de niños menores de un año

Hombres	8.4
Mujeres	7.2

La tasa de mortalidad de niños menores de un año por 1000 nacidos vivos tiene una diferencia es de 1.2 en contra de los hombres (OPS/OMS- Universidad de Chile. 2006)

- Años de vida perdidos

Hombres	72.8 años
Mujeres	67.8 años

La brecha entre los años de vida perdidos por cada 1000 personas de 5 años en contra de los hombres (OPS/OMS- Universidad de Chile. 2006)

- Prevalencia de hipertensión

Hombres	36.7%
Mujeres	30.8%

Según la Encuesta Nacional de Salud existe una diferencia de 5.9 % en la

prevalencia de hipertensión entre los hombres y mujeres, en contra de los hombres (Pontificia Universidad Católica de Chile - Ministerio de Salud, 2003).

- Muertes por causas externas de todas las edades

Hombres	76.4
Mujeres	18.1

La tasa por 100.000 de muertes de todas las edades por causas externas indican existe una diferencia de 58.3 en contra de los hombres. (OPS/OMS – Universidad de Chile, 2006).

- Mortalidad por accidentes, lesiones auto infligidas y agresiones en adultos jóvenes:

Hombres	75.2
Mujeres	11.0

Las tasas de mortalidad de adultos jóvenes de 15 a 34 años por accidentes, lesiones auto infligidas y agresiones por 100.000 habitantes, tiene un 64.2 de diferencia en contra de los hombres (OPS/OMS- Universidad de Chile, 2006).

Según estas cifras, la morbi-mortalidad se distribuye de manera desigual entre hombres y mujeres, afectando significativamente a los varones la hipertensión arterial, la mortalidad infantil y la mortalidad por causas externas, accidentes y lesiones.

A su vez los estudios y estadísticas de salud reflejan que las expectativas de vida han evolucionado en el tiempo. En el año 1920 eran de 31 años en el hombre y 32 años en la mujer, con una diferencia de 1 año (INE, 2004). Alrededor de 1952 la expectativa de vida era de 53 años en el hombre y 57 en la mujer, con una diferencia de 4 años a favor de la mujer (INE, 2004). En el año 2002, el último censo en Chile señala que la expectativa de vida es de 74 años en hombres y 80 años en la mujer con una diferencia de 6 años a favor de esta última (INE, 2004). Esto indica que el país ha ganado años de vida para sus habitantes, pero llama la atención que en 90 años se ha producido una importante brecha entre hombre y mujeres.

5. METODOLOGIA

Para lograr comprender los fenómenos salud enfermedad en los hombres se enfrentara la realidad desde la Investigación.

5.1 Consideraciones Metodológicas Generales

La investigación científica se concibe como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno; es dinámica, cambiante y evolutiva. Se puede manifestar de tres formas: cuantitativa, cualitativa y mixta. Esta ultima combina las dos primeras (Hernández y col. 2006)

Los modelos cuantitativo y cualitativo utilizan cinco fases similares y relacionadas entre sí (Hernández y col. 2006):

- 1) Llevan a cabo observación y evaluación de fenómenos
- 2) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas
- 3) Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento
- 4) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.

- 5) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

El enfoque cuantitativo utiliza los datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Sus principales características son (Hernández y col. 2006):

- Tratan de ser lo más objetiva posible
- Siguen un patrón predecible reestructurado
- Se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo a una colectividad mayor
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos
- La recolección de datos se fundamenta en la medición
- En proceso de investigación se busca el máximo control.

- Utiliza la lógica y el razonamiento deductivo.

5.2 El Paradigma Cualitativo

Las características de la investigación cualitativa han sido descritas por diversos autores. Para Taylor y Bogdan la investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos. Las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Sus principales características son las siguientes (Rodríguez y col. 1999):

- Es inductiva.
- El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva oolítica.
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.

- Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.
- Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

Para Miles y Hubermans las características básicas de la investigación naturalista son las siguientes (Rodríguez y col. 1999):

- Se realiza en las situaciones de vida.
- El papel del investigador es alcanzar una visión holística.
- El investigador intenta capturar los datos sobre la percepción de los actores desde dentro, a través de un proceso de profunda atención, de comprensión empática y de suspensión o ruptura de las preconcepciones.
- Una tarea fundamental es la de explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas.
- Se utilizan pocos instrumentos estandarizados. El investigador es el principal instrumento de medida.

- La mayor parte de los análisis se realizan con palabras. Las palabras pueden unirse, subagruparse, cortarse en segmentos semióticos. Se pueden organizar para permitir al investigador contrastar, comparar, analizar y ofrecer modelos sobre ellas.

Para Le Compte la investigación cualitativa podría entenderse como una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos (Rodríguez y col, 1999).

La investigación cualitativa tiene distintos niveles de análisis, ontológico, epistemológico, metodológico y técnico. No existe una investigación cualitativa sino varias, existiendo un sin número de métodos cualitativos como: La fenomenología que es la investigación sistemática de la subjetividad, procurando explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana. La Etnografía, que es el método de investigación en que “se aprende el modo de vida de una unidad social concreta” (Rodríguez y col. 1999, p. 45). La Teoría Fundamentada que busca entender que significados tienen los artefactos, gestos y palabras para los grupos sociales y como interactúan unos con otros, la principal diferencia con otros métodos cualitativos es su énfasis en la generación de teoría. La Etno Metodología que intenta estudiar los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y nuestras acciones a través del análisis de las actividades

humanas. El Método Biográfico que se refiere al estudio de caso referido a una persona dada, comprendiendo no solo su relato de vida sino cualquier otro tipo de información o documento adicional que permita la reconstrucción de la forma más exhaustiva y objetiva posible (Rodríguez y col. 1999).

En el caso del presente estudio se ha elegido la perspectiva cualitativa ya que se pretende explorar la dimensión subjetiva de los varones, sus percepciones y experiencias de vida. Este enfoque permite una mejor comprensión de los fenómenos desde los marcos conceptuales de los propios sujetos. Este estudio tiene características fenomenológicas, en virtud de que busca investigar los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos y su marco de referencia.

5.3 Tipo de Estudio:

El presente estudio tiene un carácter cualitativo- interpretativo y descriptivo. Los estudios descriptivos buscan “especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández y col, 2006, p. 60).

5.4 Universo y Muestra

El Universo estuvo constituido por varones que se atienden en El Consultorio Laurita Vicuña de la comuna El Bosque. La edad seleccionada fue de 20 a 64 años, grupo etéreo adulto de acuerdo a la clasificación del Ministerio de

Salud y beneficiarios del sector público.

Para la presente investigación y basado en las estrategias de Quinn Patton se utilizó el **Muestreo a base de criterios**. “En este tipo de muestreo primero se elaboran algunos criterios que los casos deben cumplir; luego se escogen aplicando dichos criterios” (Pineda, 1994, p. 121).

Los criterios de selección a los informantes se ajustaron a los atributos establecidos por el investigador, entre los que específicamente se consideran las variables demográficas de edad (adulto), sexo (masculino), nivel socioeconómico (medio bajo y bajo) y que fueran usuarios del Consultorio Laura Vicuña de la Comuna del Bosque. Estos atributos se aplicaron consecutivamente, para la selección de los informantes varones que se encontraban en las salas de espera, acompañando a un familiar o conocido o esperando ser atendidos.

La muestra final fue de 30 hombres de 20 a 64 años beneficiarios de FONASA. Se usó el principio de saturación o redundancia de la información, que consiste en terminar el muestreo cuando deja de aparecer nueva información de las unidades de observación (Pineda, 1994), ello ocurrió a la entrevista número 22, pero se aplicaron 5 nuevas entrevistas para confirmar la redundancia. Se comenzó entonces con el proceso de construcción de las categorías y análisis de la información. Una vez obtenida la conclusión se volvió a realizar 3 nuevas entrevistas para confirmar la saturación de la muestra, completando un total de 30 entrevistas.

La muestra posee representatividad estructural, que se refiere a la capacidad de representar los diferentes discursos sociales presentes en las percepciones y conductas en el tema salud, hasta alcanzar el punto de saturación discursiva (Consorti Hospitalari de Catalunya, 2006)

5.5 Técnica de Recolección de Datos:

Para obtener la información necesaria se escogió “la entrevista semi-estructurada” (Pineda et al, 1994, p. 130). Esta técnica incorpora aspectos predeterminados sobre los cuales se quiere consultar al informante y al mismo tiempo, proporciona un margen o espacio para profundizar, enriquecer o complementar la información recolectada con otros comentarios, opiniones o visiones del entrevistado, agregando un importante valor cualitativo a la investigación (Tylor, 1994).

Por otra parte, esta técnica permite a los investigadores la oportunidad de clarificación y seguimiento de las preguntas y respuestas, dentro de un marco de relación personalizado, flexible y espontáneo (Rodríguez, 1996).

Dentro del tipo de entrevistas semi-estructuradas se optó por el modelo abierto, el cual, si bien requiere de la preparación de un guión previo de preguntas abiertas, en ningún caso sigue un modelo estandarizado, que deba adoptar una secuencia sistemática y rígida de la misma. En este sentido, permite abordar con todos los sujetos los mismos temas de la entrevista y también deja abierta la

posibilidad al entrevistado de emitir opiniones sobre las cuestiones planteadas (Rodríguez, 1996). En el anexo 2 se describe la pauta de entrevista.

5.6 Definiciones Conceptuales de las Categorías Temáticas

Las siguientes son las definiciones conceptuales de las categorías temáticas seleccionadas según los objetivos:

Percepción:

Entrada en la conciencia de una impresión sensorial, llegada previamente a los centros nerviosos. Por regla general, las impresiones sensoriales no son vivenciadas como cualidades o intensidades aisladas, sino como un conjunto, como un todo conexionado. Esta unidad compleja se denomina percepción (Dorsch, F. 1994).

Conducta:

Es la actividad física de un organismo vivo, observable en principio por otro individuo, a diferencia del curso de la actividad psíquica interior. La conducta es objetiva. Pero debe darse al término conducta, una amplitud que impide su estricta delimitación. En consecuencia, se incluyen hoy frecuentemente en la conducta procesos vivenciales como los intelectivos y volitivos. (Dorsch, 1994).

Auto cuidado:

Aquellas actividades que realizan los individuos, las familias, o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o reestablecerla cuando sea necesario (Contreras, 2005).

Factores de Riesgo:

La probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad (Durruty, 2005).

Prestador de Salud:

Personas naturales o jurídicas que ejecutan acciones de salud, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, que formen parte de la Red de Prestadores, sin perjuicio de lo dispuesto en la ley y reglamentación respectiva. (Ministerio de Salud, 2007)

5.7 Otras Definiciones del Estudio

Para una mejor comprensión de la presente investigación, se entiende de la siguiente manera los conceptos que a continuación se presentan:

Género:

Un constructo social basado en la diferenciación biológica de los sexos, se expresa a través de las relaciones de poder que se establecen entre hombres y

mujeres, representadas en las diferentes funciones, actividades, normas y conductas sociales esperadas, en una sociedad determinada (OPS, 2006).

Masculinidad:

Conjunto de configuraciones y prácticas estructuradas por las relaciones de género, que son inherentemente históricas y cuya construcción y reconstrucción es un proceso político que afecta al balance de intereses en la sociedad y la dirección del cambio social. Al ser social y culturalmente construida, no existe una forma única de masculinidad sino diversas masculinidades, que marcan la vida, la salud y enfermedad del hombre según su estrato socioeconómico, origen étnico, cultura, identidad sexual, edad, y otros factores. Aunque hay muchas formas de ser hombre, algunas son socialmente o culturalmente más valoradas que otras y los hombres se sienten presionados a consolidarse en función de esas exigencias propias de lo que es considerada la masculinidad hegemónica (OPS, 2006).

Masculinidad Hegemónica:

Configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres" (OPS, 2006).

5.8 Control de Sesgos

Una de las principales críticas que se le hace a la investigación cualitativa es el sesgo que puede existir producto de las subjetividades del investigador, y otra serie de consideraciones como su etnia, género, época en la que vive, estrato social y creencias que este tenga.

El modelo cualitativo reconoce que no hay observaciones objetivas, sino solo observaciones contextualizadas socialmente en los mundos de observador y observado. Como consecuencia los investigadores despliegan una multitud de métodos capaces de hacer más comprensible la experiencia objeto de estudio. Las propuestas para enfrentar esta dificultad son las distintas modalidades de triangulación: de datos, de investigadores, teórica, de metodología y disciplinar (Rodríguez, 1999). En esta investigación se usó la triangulación de investigadores, donde los datos y resultados fueron revisados por la docente guía de tesis, utilizando los registros escritos desde las entrevistas en audio digital.

A su vez, una vez terminada las conclusiones, se repitieron algunas entrevistas, para evaluar el consenso de los resultados con la nueva información, corroborando los datos e interpretaciones obtenidas (Consorti Hospitalari de Catalunya, 2006).

5.9 Trabajo de Campo

El trabajo de campo comenzó en marzo del año 2007 solicitando los permisos correspondientes a la Directora del Departamento de Salud de la comuna de El Bosque Señorita Teresa Escobar y a la Directora del Centro de Salud Laurita Vicuña Señorita Irlandia Silva Jeria.

Una vez aprobado el proyecto de tesis, por la comisión revisora de la Universidad de Chile, se inician las entrevistas el 14 de Agosto del presente, continuando el 16 17, 20, 21 y 23 de Agosto, luego se continua los días 24 y 25 de Septiembre y el 25 de Octubre.

Las entrevistas tuvieron distinta duración dependiendo de la capacidad expresiva de los informantes, el rango fue desde los 15 a los 45 minutos aproximadamente.

El contacto se iniciaba con la invitación a los varones en las salas de espera, mediante la explicación de los objetivos planteados; y preguntándoles si estaban de acuerdo en participar. Algunos varones expresaban su rechazo a la entrevista, pero la mayoría no puso impedimentos a participar. Venían acompañando a sus parejas, padres e hijos, otros esperaban su propia atención médica o un control de salud.

Las entrevistas comenzaban con la explicación y firma del consentimiento informado (ver anexo 1), para continuar con las preguntas definidas previamente en el instrumento (ver anexo 2).

Las entrevistas fueron realizadas en una oficina aislada con un escritorio, 2 sillas en posición perpendicular y un notebook con micrófono. Las grabaciones se hicieron en audio digital con la autorización previa de los informantes sin que ninguno se opusiera.

5.10 Análisis Narrativo del Contenido

Se trata de una técnica para leer e interpretar el contenido de cualquier documento, puede tratarse de entrevistas, observaciones, diarios, etcétera, cuya característica es retener un contenido, que analizado puede ofrecer “conocimientos de aspectos y fenómenos de la vida social que de otro modo no serían accesibles” (Consorti Hospitalari de Catalunya, 2006, p 91).

Para el análisis narrativo del contenido de las entrevistas se realizaron los siguientes pasos (Consorti Hospitalari de Catalunya, 2006):

- Se registro en audio digital las entrevistas, asignándoles un seudónimo y un código que representaba su edad. Se les guardó en carpetas de acuerdo al día de realización

- El segundo paso fue escuchar y transcribir las grabaciones, haciéndolo de manera textual, es decir palabra por palabra, tal como la expresaron los informantes. Posteriormente se corrigieron las faltas de ortografías y dicción, guardando el material original.
- El tercer paso representó la primera fase del análisis, que consistió en leer y organizar los datos. En este estudio se separaron las respuestas de acuerdo a los distintos aspectos abordados en la entrevista. Luego se subrayaron con distintos colores según los distintos temas, generando un listado temático por categoría. Estas anotaciones ayudaron a identificar los contenidos que emergieron de las entrevistas llevando a cabo la segmentación o separación del conjunto de los datos
- El cuarto paso consistió en analizar los contenidos. Una vez identificadas las distintas temáticas que aparecieron en los textos de las entrevistas se analizaron éstos mediante las categorías preestablecidas y la creación de nuevas categorías en virtud de los criterios de exhaustividad y comprensibilidad. Es así como las 7 categorías temáticas preestablecidas: concepto de salud, concepto de enfermedad, conductas de auto cuidado, conductas de riesgo, conductas frente la enfermedad, uso de prestadores de salud y temas emergentes fueron transformadas en 9, subdividiendo la categoría prestadores de salud en: prestadores formales e informales, prestadores públicos y prestadores

privados. Una vez creadas las categorías se relejó y clasificó toda la información de cada entrevista y luego de toda la información, generando una plantilla de categorías temáticas (Ver anexo 3).

- Luego se procedió a la reducción de los datos, redactando resúmenes que describieron la información de cada categoría, recogiendo ejemplos a manera de citas textuales de aspectos comunes y frecuentes, así como de aquellos excepcionales.
- Finalmente se decidió realizar otras tres entrevistas para confirmar la saturación de la muestra y evaluar el consenso de los resultados del estudio.

5.11 Aspectos Éticos

Para la participación en las entrevistas se solicitó el consentimiento informado, para grabar la información y poder publicarla. Se guardó la confidencialidad respecto de las identidades de los hombres que participaron, dándole a cada uno un seudónimo por nombre (ver Anexo 1).

6. RESULTADOS

El principal paso del análisis, según Patton, consiste en simplificar la complejidad de la realidad en un “plan de clasificación manejable” (OPS, 1994 p 10). Así es como se analizan las categorías desde temáticas previamente establecidas y otras emergentes sobre la base de los relatos de los varones entrevistados y respondiendo a los objetivos del estudio.

6.1 Concepto de Salud

Los entrevistados conceptualizan la salud desde distintas perspectivas, los relatos abarcan una variada gama de respuestas que tienen que ver con la idea que tienen sobre la salud, muchas de las cuales se refieren al de bienestar físico y psicológico, con aspectos preventivos y de cuidado. Los siguientes párrafos ilustran esta afirmación:

“Bueno, para mí es un bienestar...para mí...eh... ¿cómo le dijera?...era cuando me siento mal así entonces...ah mi que esa es la salud...porque se me atiende...yo no sé mucha explicaciones, esa es mi opinión (Ruperto, 63 años).

“Emmm, el bienestar del cuerpo, personal, eh, mental, física y mentalmente, eso es salud, eh, de ahí parte el trabajo .Bueno, la salud es muy importante porque es la base de la familia, aparte de la educación y todo eso. Entonces si no hay salud

no hay nada, eso es a grandes rasgos lo que es la salud para mí” (Amador, 55 años)

“Para mí salud es todo lo que tenga que ver con... con el... con el cuidado en sí... todo en general... todos los métodos de cuidado que debe tener una persona cuando esté... esté enferma y preocuparse obviamente de que... de no hacer nada que vaya en contra de mí... de mi integridad... si yo sé cuales son los factores que ponerme en riesgo mi salud debo... debo... tomar las precauciones de no hacerlas” (Leo, 25 años)

“Algo que tenemos que cuidarnos...saberlo cuidar en cierta forma...de repente cuando hace frío, no desabrigarse, andar provisto de las enfermedades que hay hoy en día, hay harta enfermedades y...no hacer los desarreglos que no tiene que hacer, porque uno de repente hace desarreglo que la verdad... no lo toma en cuenta mas adelante...a una cierta edad esos desarreglos pasan la cuenta y caemos en algo que no nos gustaría caer...que es enfermedades y todo eso”(Osw, 21años)

Un elemento importante y que se repetirá en las distintas entrevistas es la concepción de salud como la posibilidad de asegurar el trabajo remunerado o como si el trabajo condujera a la salud, como si salud y trabajo fueran sinónimos:

“Cuando trabajo ando con buen estado de ánimo y no tengo problemas, nunca, nunca en mis 59 años, empecé a trabajar a 12 años yo, y nunca he tenido una

licencia médica, o sea, me fortifica, me dignifica, o sea como me gusta el tema, o sea, de donde sea, porque cada día son nuevos desafíos” (Raúl, 59 años).

“Salud es...bueno...es...tener una buena nutrición, trabajar las horas que corresponden, no accesible porque igual eso empieza ya consecuencia después una depresión, cansancio físico como psicológico también” (Juan Pablo, 33 años)

A su vez aparecen opiniones diferentes, pero que muestran una visión más amplia. En ella se expresa la necesidad de tener salud para asegurar el bienestar personal y el de la familia. También salud es sinónimo de vida:

“Salud es como para uno es, como que vive, apegarse más a la vida, ¿o no?” (Sr. O, 31 años)

“Bueno, es algo primordial en lo que es la vida del ser humano” (Danilo 37 años)

“En mi salud, en mejoría y en el bienestar de mi familia” (Viejo, 64 años)

“La salud es muy importante porque es la base de la familia” (Amador, 55 años)

“Bueno, algo importante para el bienestar de uno mismo, de la familia, para los niños, la esposa” (Juan Pablo 33 años).

La salud también es entendida como prestación de salud, otorgada principalmente por el Sector Público. Es importante la percepción de seguridad que les otorga a los entrevistados, estar adscrito a un Sistema de Salud:

“Salud para mí es... es lo que el Estado brinda para poder nosotros, en caso de enfermedad, recurrir a los policlínicos” (Boris, 40 años)

“Sentirme apoyado por un sistema de salud pública del cual no 100% estamos apoyado, yo creo que un 20% estamos apoyado por el sistema de salud, eso es en cuanto a apoyo (Marcos, 41 años).

Desde las distintas opiniones se puede constatar que la salud para los entrevistados no constituye solamente la ausencia de enfermedad, sino más bien un estado de bienestar físico y psicológico que permite trabajar y que incluye el bienestar de la familia. El trabajo constituye para los entrevistados una preocupación fundamental, además del ingreso, el trabajo es lo que los mantiene sanos y en movimiento.

Conductas de Autocuidado

Los entrevistados consideran auto cuidado como el consultar a un médico cada vez que exista una dolencia, para prevenir una enfermedad grave. Asistir al Consultorio regularmente es una forma de mantener la salud:

“Prevenirme, o cuando me siento aunque sea un poco mal me vengo al tiro al médico, a ver que tengo. Así es la manera que me cuido po, ósea para que no me den cosas mas fuertes o algo así” (Fabián, 20 años)

“Bueno... para mantener mi salud...me atiendo en los policlínicos, vengo aquí a ver con mi doctora (Ruperto, 63 años)

“Cuidarme, no tener cambios bruscos de temperatura, cuando, cualquier... cualquier anomalía que pueda sentir en mi... en mi... en mi cuerpo, en mi organismo, consultar lo mas pronto posible con un... con un... médico” (Leo, 25 años)

Los sujetos consideran que abrigándose, y previniendo resfriados logran cuidar su salud, ello se relaciona principalmente con la estación en que fueron entrevistados:

“No andar, no exponiéndome el cuerpo, a recibir resfriado y cuestiones así, no desabrigarme cuando no debo” (Juan Jardínero, 34 años)

“Eh...cuidarme, cuidarme del frío, para prevenir, no sé, forrar la casa también, que es lo primordial... no nada, eso” (Muchacho 26 años).

Otros expresan que el auto cuidado tiene relación con el deporte, una alimentación equilibrada. También el evitar consumir sustancias adictivas. Entonces los hombres también cuidan su salud a través de:

“Hago deporte cuando puedo hacerlo... emmm... hago una vida sana, no fumo ni tomo” (Amador, 55 años).

“Primero que nada tratar de alimentarme bien,... eh... de cuidarme, tratar de hacer un poco de deporte” (Hijo, 26 años).

“Creo que lo cotidiano, también hacer un poco de ejercicio, ese tipo de cosas. No mucho, pero hago. Salgo a trotar normalmente” (Luís no ma, 32 años).

“Primero que nada tratar de alimentarme bien,... ehh... de cuidarme, tratar de hacer un poco de deporte” (Hijo, 36 años)

Otros varones consideran que no cuidan su salud con la única excepción de trabajar:

“Realmente nada, yo trabajo como corresponde, no hago ejercicio, no hago nada excepcional, sino que simplemente trabajo, nada más” (Javier, 30 años)

“Para prevenir... tengo problema porque ,o sea, hago de todo menos cuidarme: fumo, no tomo, ahora ya no consumo, ponte tú antes droga, ya nada de eso, o sea, solamente trabajo, de lunes a domingo y para prevenir, trabajar solamente” (Flaco, 34 años)

Es importante considerar que las entrevistas fueron realizadas en invierno y comienzo de primavera, por lo cual fue muy recurrente la referencia al resfriado y el abrigarse. A su vez el asistir al médico es la respuesta a sus dolencias, previniendo enfermedades más graves. También aparece en algunos varones argumentos más promocionales, dando importancia a la alimentación equilibrada y el deporte.

Si entendemos por auto cuidado, aquellas actividades que realizan los individuos, las familias, o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o reestablecerla cuando sea necesario (Contreras, 2005), la visión de auto cuidado de los hombres entrevistados es tan preventiva como promocional.

6.3 Concepto de Enfermedad

La enfermedad es considerarla un hecho relevante, indeseado, doloroso y desagradable, con efectos físicos y mentales. Existe conciencia de los efectos negativos de la enfermedad, se alude a una enfermedad que puede ser progresiva e invalidante:

“¡Uh! Son varias cosas, tenemos, no sé, una enfermedad... eh... hay que tomarla en serio, no es, como te dijera, como un resfriado, porque uno el resfriado lo puede cuidar, sanarlo, y no va a pasar a mayores, pero una enfermedad sí... sí hay que

cuidarla, tratar de venir... eh... no se... consultar... pedir hora... gastar plata e ir a un médico particular de repente” (Boris, 40 años)

“La enfermedad es...no sé... puede ser algo grave...algo que...algo que vaya a... a tu cuerpo... que prácticamente nunca he estado enfermo, entonces todavía no” (José, 33 años)

“¡Ay! Un cacho, una molestia, algo que te descompone la vida en realidad” (Luís no ma, 32 años)

“La enfermedad para mí es algo grave... algo grave porque la enfermedad nunca viene suavcita, siempre viene con dolor... muchas veces uno no esta preparado cuando la enfermedad puede ser más grave... como el caso de mi tía, que ya teniendo diabetes tiene... empiezan a córtale una pierna... entonces uno... no esta preparado para la enfermedad...si no hay dolor no está enfermo” (Flaco, 34 años)

“La enfermedad es cuando uno está enfermo, tan grave, o sea, que tú te sentí mal... eso yo creo que debe ser enfermedad, porque si tú tienes una tos y se te puede pasar a una pulmonía o una bronconeumonía, esa es la enfermedad” (Manuel, 42 años)

“La enfermedad... la enfermedad para mí es que tu cuerpo no resista... no resista lo que te esta afectando... puede ser viral, puede ser de cualquier síntoma, cualquier síndrome y que tu cuerpo no lo pueda resistir... y... entras en depresión, tu cuerpo y tu mente... porque siempre cuando uno esta enfermo entra en un esto depresivo, aunque no lo quiera... es automático” (Marcos, 41 años)

“Eh...la enfermedad...la enfermedad para mi es grave porque...eh...uno se siente mal, se siente bajoneado...la casa no anda bien...como dueño de casa se siente mal, esta todo enfermo, porque las cosa no andan bien... cuando no hay salud... no hay nada y habiendo salud hay de todo, se siente bajoneado” (Ruperto, 63 años).

Nuevamente aparece la relación entre trabajo y salud, ahora la enfermedad como impedimento, así como una visión catastrófica de la enfermedad llegando a significar la muerte:

“Es que yo normalmente no me enfermo, pero cuando me enfermo me enfermo, entonces significa que... no sé... me tengo que quedar en cama, no puedo salir a trabajar... y tengo que hacer todo lo que pueda hasta que me cure bien, hacer las cosas bien” (Luís no ma, 32 años)

“Mala, porque estando yo enfermo, ¿quién va alimentar en la casa?, nadie, yo tengo que parar la ollita en la casa yo tengo que cuidarme harto para poder llevar el sustento a la casa” (Juan Jardinero, 34 años)

“La enfermedad es lo más malo que puede ser, hace poco de una enfermedad que tuvo mi papi lo fuimos a enterrar ayer y de una enfermedad falleció, así que, lo más malo es la enfermedad” (Muchacho, 26 años)

“La enfermedad...mmm...la enfermedad es...es peligrosa la enfermedad, porque si uno no se cuida te ataca en cualquier momento...emmm...pucha...es algo que a

*todos no puede pasar eso, la enfermedad...es muy peligrosa, fatal, podría decir”
(Osw, 21 años)*

También se hace referencia a la enfermedad benigna y a la grave, a aquellas que se pueden curar y las que no:

“Es...la enfermedad... sería un malestar, que no puede desenvolverse normalmente” (Javier, 30 años).

“La enfermedad... hay caso... hay parte buena y parte mala, si porque hay enfermedades que no son curables... no son curatorias, hay enfermedades que uno puede curarla, como el resfrió, eso es más fácil, porque hay enfermedades que son más difíciles y no se pueden curar” (Sr. O, 31 años)

La enfermedad es un fenómeno significativo en los varones, de ello depende su estado de ánimo y continuar trabajando. Es vivida como una amenaza a si mismos y a quienes le rodean.

6.4 Conducta Frente a la Enfermedad

Frente a la enfermedad la conducta expresada se relaciona con distintas estrategias, tales como: tomar remedios caseros, pastillas, ir al médico o no hacer nada. Los remedios caseros tienen mucha importancia como recurso terapéutico:

“Esos remedios caseros que se hace uno...no se, para un resfriado tomar algo caliente, con aspirina y te acuestas temprano, cuidarte uno mismo, porque si no te atienden aquí, ¿quién te va atender?”(Manuel, 42 años).

*“Bueno, una vez que me siento enfermo recurro así a remedio no más, casero, voy a la farmacia, le digo... si intento me den un remedio no más y me lo tomo”.
(Jaime, 60 años)*

“¿Qué hago yo?...eh... nada. Nada, si me siento enfermo, como te decía, me tomo mis agüitas, una limonada caliente, a la cama y nada más” (Boris, 40 años).

“Lo que hago, yo me la muerdo yo solo, me la pongo yo solo, me hago cosa como limonada, más práctico, más rápido no más, por la pega que tiene uno, lo que pasa es que a veces los patrones no creen que estas enfermo”(Sr. O.,31 años)

“La verdad. Primero que nada, depende si es que estoy a lo mejor resfriado, normalmente lo que hace uno es automedicarse, si ya no pasan 1 o 2 días, consultorio” (Luís no ma, 32 años).

“Me automedico, generalmente, que yo sufría de pequeño a la amígdala, así que generalmente me enfermo de la amígdala y lo que tomo siempre son amoxicilinas, cada 6 horas, y generalmente me automedico yo mismo...no soy muy... muy adicto a los hospitales, o policlínicos, SAPU, generalmente no voy” (Danilo 37 años)

“Yo cuando me siento enfermo... cuando me siento enfermo...eh...ahora...vine a médico, porque prácticamente voy a cumplir 1 mes con un problema que me viene afectando a mí, o sea , personalmente, me viene afectando el aparato de nosotros los hombres” (Flaco, 32 años)

“Bueno, lo primero que hago... sino voy a la posta el Pino, vengo para acá y aquí me atienden igual y me dicen lo que tengo” (Fabián, 20 años)

“¿Cuándo me siento enfermo? Acudo al médico, al Consultorio, hay que levantarse tempranito no más” (Juan Jardinero, 34 años)

“La mayoría de la veces tengo que esperar que se solucione sólo. Por ejemplo si tu vienes a un sistema de salud tienes que esperar 2 horas, mínimo la atención, mínimo y después si el tratamiento es el adecuado o lo específico para ti y te dan un vistazo a la larga ahí no más, un vistazo, no es una investigación a fondo de lo que tu tienes” (Marcos, 41 años).

Se puede observar una preocupación generalizada de los varones por la recuperación de su salud. Algunos evitan acudir a un Centro de Salud, confiando más en los remedios caseros o la automedicación; argumentando las horas de trabajo que pierden si es que consultan en un Centro Asistencial. También se observa la pro actividad ante la enfermedad en aquellos varones que sí consultan al Sistema de Salud.

6.5 Uso de Prestadores de Salud

Al sentirse enfermos los varones entrevistados consultan a sus familiares, especialmente una figura femenina que corresponde a su esposa o madre, algunos acuden al Consultorio pero principalmente a un Servicio de Urgencia.

Los sujetos consideran a sus cónyuges como prestadores confiables de solución a enfermedades menores; también consideran a la madre valorando el conocimiento que ella tiene de sí mismos:

*“A mi señora... (risa)... cuando estoy muy, muy enfermo, cuando ya no me puedo levantar de la cama ahí recién pido que me traigan al médico, pero antes no”
(Boris, 40 años)*

“A mi esposa... que ella tiene que... ayudarme un poco” (Juan Jardinero, 34 años)

“Eh... a la primera que acudo es a mi señora, porque siempre está conmigo y de ahí a un doctor, lo primordial, para que al tiro te vean” (Muchacho, 26 años)

: “En realidad... a mi mamá... ella es mi doctora de chico” (José, 33 años)

“A mi mamá, sí a ella le pregunto y ella me dice: Tienes que ir a médico, tienes que... todas esas cosas” (Fabián 20 años)

Los entrevistados consideran también recurrir a Servicios del Sistema Público de Salud de preferencia la Urgencia, como un primer paso. Sienten que esto evita otros trámites que los Consultorios les exigen:

“Al SAPU, y al menos que me puedan atender ahí tendía que ir a comprar un bono y... hacer un tramite más largo” (Javier, 30 años)

“Yo cuando estoy enfermo... siempre voy a la Posta... cuando estoy enfermo voy directamente a donde me puedan atender, o sea... no espero por ejemplo, el decir “mañana voy a sacar hora”, porque sé que mañana no lo voy a hacer, entonces siempre ando buscando ir a la Posta o al SAPU, cosa de que me van de urgencia, porque sé que no son cosas buena” (Flaco, 34 años).

“Aquí, he venido a veces, pero...o sea, tengo una ficha médica, pero vengo cada 3, 4 años” (Raúl, 59 años)

Yo...vengo aquí al policlínico a ver a la doctora Guerrero...que ella me atendió siempre...ella es la que me atiende” (Ruperto, 63 años)

La esposa o la madre, son las personas a quienes recurren en primer lugar. Luego los Servicios de Urgencia, que les asegura recibir una atención más expedita. Es relevante que consideren al Consultorio como recurso, pero con los reparos de tiempos de espera.

6.6 Conductas de Riesgo

Las principales conductas de riesgo para la salud identificadas por los varones, son aquellas originadas en las condiciones del trabajo y el consumo de sustancias, también hay algunas referencias a una alimentación no saludable.

Los entrevistados consideran el trabajo, por condiciones de inseguridad, intemperie y fuerza física, un factor de riesgo que posibilita enfermedades en los individuos. Opinan que es dañino trabajar en exceso, pero carecer de trabajo también es malo para su salud y es impensable cambiarse de trabajo o dejar de trabajar:

“Bueno, yo trabajo en la Feria, yo soy feriano. Mi conducta es trabajar, por ejemplo, a sol o a la lluvia, mojándome en invierno y en el verano expuesto a todo el sol, esos son mis riesgos. De hecho tengo muchos problemas con aquello, paso mucho resfriados en el invierno, porque los lugares donde trabajo uno es público, no tiene ninguna protección de nada, salvo la que lleva uno... y en el verano lo mismo, el sol y esas cosas... hacer fuerza, más o menos... el trabajo mío es como para tener mucho cuidado” (Amador, 55 años)

“Yo creo que la conducta que uno hace que uno se enferme es que uno no se cuida, pero la condiciones del trabajo tampoco se prestan para eso, entonces uno tiene que apechugar hasta la 6:00, 7:00 de la tarde este mojado no este mojado” (Danilo, 37 años).

“Sí, en el trabajo que hago yo, en el cobre, porque tiene una cuestión que se te pega al cuerpo y... y... cuando uno es joven no le pasa nada, pero cuando ya es de más edad. Claro, soldo, lijo, cuando lijo salen las partículas y uno cuando está respirando se te dirige a los pulmones... de los 6 años que llevo trabajando nunca he usado nada (de protección)” (Muchacho, 26 años)

“Yo creo que a lo mejor mucho trabajo y a lo mejor no como mal, pero como talvez, no se, no tomo desayuno y almuerzo como tarde y no tomo once, entonces eso de repente me hace sentir un cierto molestar. Es que me dedico a trabajar, entonces, no sé, voy a perder el tiempo desayudando si voy a trabajar” (Luís no ma, 32 años).

“Estando sin trabajo. Porque mientras yo tenga trabajo, yo sé que a mis hijos yo les voy a poder dar buena salud, porque si no encontramos hora aquí en el consultorio, me consigo bonos, o me consigo plata y los llevo particular. Pero si yo no tengo trabajo, es rara las vez que aquí nos pueden brindar una salud que corresponde” (Boris, 40 años)

“Yo por ejemplo, yo no puedo trabajar en la construcción, pero estoy trabajando en la construcción porque no tengo otro trabajo, yo tendría que trabajar en algo más liviano, pero tengo que hacerlo, ¿por qué si no tengo ingresos? yo no puedo trabajar en la construcción, pero no tengo otro trabajo” (Juan Pablo, 33 años)

“O sea uno puede salir en la mañana con el sol bonito y llega allá y se pone a llover, entonces uno no anda con traje de agua, de hecho hasta los trajes de agua

se pasan, así que uno se moja igual, yo llego a la casa todo mojado, de pie a cabeza, entonces es parte del juego, no queda otra que trabajar” (Danilo, 37 años).

Los entrevistados perciben como situaciones de riesgo para su salud el consumo de sustancias adictivas; que va desde el cigarro, el alcohol y las drogas ilícitas. Los sujetos consideran que se conjugan los riesgos como beber alcohol y sufrir violencia, mostrando evidencias sobre la percepción de inseguridad que tienen las personas:

“Los malos hábitos que tengo al vicio al cigarro, que lo tuve, porque resulta que hace 3 años que no fumo, porque me estoy atendiendo aquí y no fumo” (Viejo, 64 años).

“Bueno para el copete... bueno para el trago... yo creo que ahí uno se enferma... que trasnoche mucho también, todo eso” (Jaime 1)

“El trago, el alcohol, lo otro que también me pone en riesgo es, es ver, o sea, ver cuando la gente, la gente que es maldadosa consume la droga, sabiendo que uno era adicto, ponerse a consumir al lado uno y uno como le están siempre insinuando: oye, pégate una, pégate una, y uno siempre cae, lo hace una vez y te tira peor, lo que a mí me echa a perder es el trago la gente que es maldadosa consume la droga, sabiendo que uno era adicto” (Flaco, 34 años)

“Las drogas yo creo, aunque no consumo, pero yo creo que eso igual hace que uno, no esté fuerte, así por decirle por dentro” (Fabián 20 años)

“En que me dan ganas de salir para afuera y viviendo aquí usted sabe el peligro que hay. Que, no sé, que uno curado diga cualquier cosa de una persona y terminas en la morgue, bueno, aquí la cosa es así” (Javier, 30 años).

“Arriesgar la salud sería salir a comprar trago en la noche o algo así, pero ni aun así tampoco” (Entrev 2, 50 años).

Con respecto a la alimentación los varones hacen referencias a carecer de horarios y hábitos alimenticios saludables:

“Ah ya... yo creo que eso es cuando uno come mucha lesera, cuando uno come mucha carne, mucha cosa así” (Jaime1, 60 años).

“Yo creo que a lo mejor mucho trabajo y a lo mejor no como mal, pero como talvez, no sé, no tomo desayuno y almuerzo como tarde y no tomo once. Entonces eso de repente me hace sentir un cierto molestar como tarde y no tomo once” (Luís no ma, 32 años)

Nuevamente aparece el trabajo como un factor de riesgo en la vida de los varones, asociado principalmente a la precariedad de la seguridad laboral, la intemperie, el esfuerzo físico y la imposibilidad de elegir la ocupación, algo característicos en los hombres de sectores populares.

6.7 Uso de los Prestadores de Salud Públicos

Las opiniones de los entrevistados tienen 2 vertientes: El malestar por el trato en la atención y las largas horas de espera. También hay opiniones favorables.

Los sujetos consideran que los prestadores del Servicio de Salud no tienen un buen trato con las personas. Falta de amabilidad, credibilidad, problemas en los horarios de atención:

“Eh... Si tuviera que poner una nota del 1 al 7 diría que un 3 está como mucho... Por el tiempo de espera, por la mala atención, mala... es... mala llegada hacia la gente, no tienen la calidez de tratar a la persona, no hay una llegada directa con la persona amable, no hay amabilidad en la atención, o sea, si tú me dice... profesionalmente, hasta pondría en duda alguno tipo de comportamiento, porque he visto cosa que no van acorde a un establecimiento, de... a un establecimiento que es... como te dijera... del gobierno, porque el gobierno no apoya” (Marcos 41 años)

“Mala, sobre todo aquí porque uno... bueno endenante no más me hicieron... Llego con mi hijo y no le creían, y le hice traer el termómetro y tuve que mostrárselo para que lo atendieran, así que es mala la salud, los doctores se ponen pesados con la gente, en el orden de atención, no son atentos, como que ellos le da lo mismo de todo los días, y yo la encuentro mala, mala la salud hoy en día”

Los varones encuentran largas las horas de espera, considerando el inicio de su espera a las 6 o 7 de la mañana cuando hacen fila y el término cuando son efectivamente atendidos. Se sienten maltratados por esperar fuera del recinto del Consultorio, consideran inconsistente tener que soportar el frío de la intemperie si es que vienen enfermos:

“Yo no puedo decir ni una cosa en contra de los hospitales...pero si en contra del... del Policlínico porque aquí te atienden mal, si incluso tu vienes a sacar hora aquí, que según ellos es a la 7:00, son la 7:30, este nublado, este lloviendo, la otra vez con mi hermano, con mi hijo, vinimos a sacar hora, eran las 7:30 y todavía no nos daban hora y según ellos atienden a las 7:00 de la mañana... aquí te dicen...aquí te andan diciendo... aquí te citan a la 11:00 de la mañana, ponte a las 11:00 de la mañana una cosa así, a la 11:00 de la mañana tienen que llamarte, ¿o no?, pero ponte pasan las 11:30 y todavía no te atienden, ¿cachai?, entonces, no es buena la atención” (Manuel, 42 años)

“Haber, considera el hecho de que tienes que levantarse como a las 6:00 de la mañana para tener una hora, una reverenda estupidez o sea se supone que si uno está enfermo, levantarse a esa hora a buscarme una hora, por lo menos en mi caso que yo vivo solamente con mi mamá, no tengo quien me venga a pedir hora...eh...que den la hora a las 7:00, sobre todo en invierno, no hay donde cobijarse afuera y que más encima uno tenga que venir a las 8:00, o sea ni siquiera es que te den el un número y que uno pude hacer el tramite inmediatamente...considera el hecho de que tienes que levantarse como a las

6:00 de la mañana para tener una hora...una reverenda estupidez... o sea se supone que si uno está enfermo”(Luís no ma, 32 años).

También existen opiniones favorables hacia la prestación de salud. Los varones consideran que la atención es buena, sienten que reciben los medicamentos que requiere su dolencia, lo cual les alivia dada la difícil situación económica que tienen:

“Mmm... porque donde vengo me han atendido bien, me han dado los medicamentos que necesito y me lo dan acá, por un lado lo encuentro bueno, porque como no es tanto el sueldo que tiene uno, eh... es bueno que los remedios los den acá” (Juan Jardinero, 34 años)

“Fabulosa, aquí son fabulosa... y en hospital también, porque me estoy tratando en el Barros Luco” (Viejo, 64 años)

“Pero es la cosa más buena que hay...es formidable con lo que quedado, porque si vengo aquí es porque necesito ahora atención, no he asistido nunca, pero ahora vengo” (Jaime 1, 60 años)

Otras opiniones consideran que depende mucho del facultativo que atiende, el tipo de atención que recibe. Manifiestan que la prestación del Servicio de Salud es poco minuciosa, dado el tiempo y la voluntad que dedican a los pacientes:

“De repente...bueno, hablando en este consultorio igual hay doctores que te atienden bien como hay otro que a uno le dan por decirle aspirinas, que a uno ya lo revisan así... por fuera la presión y... y... uno se va... Igual lo fome (Fabián, 20 años)

“Si bien hay... hay... médicos que se preocupan, que atienden bien, también hay médicos que lo único que le preocupa deshacerse rápido del paciente y... y mandarlo para la casa con ibuprofeno y aspirina... y... y chao...ahora sí... ahora sí es verdad que el último año han habido más ingresos para la salud, pero sí sé que la idea que creo que tienen todos, es que lo recursos que son para la salud no son suficientes, pocos médicos en los hospitales, previamente la persona tienen que esperar 1 año para una... para Oftalmología... y creo que eso... eso es lo que hacer ver que la salud pública no es muy buena”(León, 25 años)

Algunos hombres evitan acudir al prestador de Salud Pública, puesto que la consideran un momento molesto para sí mismos y para su entorno. A su vez sienten que no asistir regularmente al médico es normal:

“Es que... eh... como te dijera, pierdo muy luego el control, entonces para venir a pasar malos ratos y hacer pasar malos ratos a mi señora y hacer pasar malos ratos a los médicos, prefiero no venir” (Boris, 40 años)

“Bueno, haber... yo tengo muy poca experiencia, yo creo que la mayoría de los hombres le hacemos el quite siempre a los médicos y a los hospitales y a los

*consultorios, yo creo que la mayoría de los hombres le hacemos el quite siempre”
(Amador, 55 años).*

Respecto de los Hospitales los entrevistados han tenido similares experiencias, tanto negativas como positivas:

“Bueno, en los Hospitales más o menos no más, yo aquí no tengo nada que decir del Policlínico, porque aquí me han atendido bien, pero cuando de aquí me mandan a los Hospitales, los Hospitales...uhhh...le tratan como si fuera cualquiera cosa...lo tratan mal, cuando uno empieza y la hora, porque si uno tiene que estar 2, 3 horas ahí en el Hospital” (Ruperto, 63 años)

“Para mí buena, si lo esencial, sinceramente, con el tema de mi señora, después cuando tuvo el embarazo...yo le digo que tuvo como 4 veces en el Hospital .Como le conté que tenía ese problema que le decía antes, estuvo con psicólogo, con un doctor-matrón y le hicieron una serie de...la derivaron de aquí al Pino, del Pino al Barros Luco. Pero toda una atención preferencial.” (Raúl 59 años)

En general las opiniones hacia los prestadores públicos de salud están divididas entre favorables y desfavorables, el consenso entre las opiniones desfavorables es respecto del trato y las largas horas de espera.

6.8 Uso de Prestadores de Salud Privados

En general los entrevistados hacen un escaso o nulo uso de los prestadores de salud privados, dado la conformación del universo, caracterizado por personas beneficiarias del servicio público de estrato social bajo o medio bajo. A pesar de aquello se exploró la opinión respecto de las consultas médicas particulares apareciendo reiteradas referencias a la buena atención, esto lo relacionan con el pago directo que hacen del servicio y el poco uso que se le da al mismo:

“Cuando tú pagas mejora la atención, mejora la calidad de la persona que te atiende, te trata como persona, te tratan como amigo, es una atención cordial, de partida y después ya vienen lo que es todo lo que se necesitas, que si tu le pides al médico que te haga un chequeo o cualquier cosa, por si acaso, el médico te lo acepta y te lo manda hacer, en el sistema de salud público no pasa eso” (Marcos, 41 años)

“He tenido pocas, pocas, por parte de mi señora sí, cuando se estaba haciendo el tratamiento para no queda embarazada, nada que decir, excelente, uno paga, pero es bien atendido, nada que decir” (Vigor, 20 años)

Otros entrevistados manifiestan desconocer el servicio de los Prestadores Privados:

“No, no me atendió en particulares. No, no... no me atendido porque no... no se como atiende” (Viejo, 64 años).

“Particular no he ido nunca yo, una en mi vida fui” (Alex Rodri, 34 años)

“Son pocas, no, ahí no puedo opinar” (JRE, 50 años)

Otras opiniones consideran que la prestación del servicio en padecimientos más complejos es tan deficiente como la atención pública, y sienten que el único interés de las entidades privadas es el dinero:

“¿Particulares? Cuando uno tiene que pagar.-Si poh... pero es caro, eso porque uno, no tiene como pagar la consulta particular, por eso uno acude al consultorio. No me gusta, no son muy buenas, porque por cada consulta que uno hace, tiene que gastar plata y la otra es que los remedios son muy caro” (Juan Jardínero, 34 años)

“Que es una sinvergüensura, eso eh para mí, es que resulta que lo único que le hacen a uno, que va a una consulta particular...porque se ve más urgido y onda no puede venir al policlínico y se parece...entonces uno va a una consulta para que la cosa le salgan más rápido y lo único que le dicen: ya, tome asiento y explique lo que pasa. Y listo, nada más, le ven, ya y tómese esto, venga en 2 días más o en una semana más, y pagó el bono de...de...que la última vez tuve que sacar 2 bonos por la misma, una por la consulta y la otra porque lo escribió con el lápiz no

más, entonces me salieron como 7.000 y tantos pesos, eso para mi son las consulta particulares son lo más sinvergüenza” (Ruperto, 63 años)

Los varones del sector del Consultorio consideran la atención privada como algo deseable, pero inalcanzable y no sustentable, ya que se deben comprar los medicamentos o pagar una segunda consulta. Este tipo de prestadores requieren de trabajos bien remunerados, de los que carecen los hombres de sectores populares, lo cual los deja sin posibilidad de elegir, teniendo que utilizar exclusivamente el Sistema Público o abstenerse de la atención de salud.

6.9 Temas Emergentes

Al consultar a los varones respecto de los temas que le interesaban de su propia salud, la respuesta más recurrente fue el temor a enfermarse, enfermarse de gravedad y a padecer una enfermedad invalidante. Ello les significa una gran limitación en las actividades que realizan, en su desempeño laboral y la protección de la familia:

“Me interesan más que nada los resfriados, eso

Es como mi debilidad, resfriarme, no le tengo miedo, pero me resfrío y como caigo a la cama al tiro, porque yo sé que me resfrío una vez al año y a la cama, es súper fuerte eso, como que se me acumula en todo el año” (Vigor, 20 años)

“No tener una enfermedad grave yo creo, o sea que no... eso es lo que más me preocupa, no tener una..” (Fabián, 20 años).

“A mi salud...eh...enfermarme bien y de repente no estar en la...enfermarme en la profundidad y caer y caer y de ahí no salir” (Osw, 21años)

“La sobrevivencia, mi sobrevivencia, porque yo necesito vivir con mis nietos, porque resulta que quede con 4... con 4 nietos, 2 para mi hija y 2 para mí, porque se me murió mi hija hace 1 año y 3 meses” (Viejo, 64 años)

“De quedar eh... de quedar... como se llama... vegetal o algo así, que no puede servir. “De que me dé una... como se llama...a una parálisis. Ahí si que seria difícil, seria triste porque yo estoy solo” (Jaime 1, 60 años).

“Me preocupa, no sé, más mi estado, como dijera, que no me pueda darme una como una parálisis, es lo que más me preocupa, de no tener ese como corte cerebral que sea, un corte... como tener eso... como que más me preocupa”(José, 33 años)

“Que no... no vaya a quedar inválido. ¿Sabih que es lo que me preocupa? Esa hueva de la epilepsia, que no me vaya una recaída, una hueva grande y que pueda quedar postrado, cuando a mí me gusta estar, jandar!, o sea, hacer mis cosas, y estar bien. Porque tengo una nieta y puta, me gusta salir con ella igual” (Manuel, 42 años)

“Emm... no enfermarme... porque si no... porque si me enfermo no puedo trabajar y en la casa yo me muero. Sí, es que no estoy acostumbrado a no hacer nada...estoy acostumbrado a tener un ritmo... moviéndome, haciendo algo”
(Javier, 30 años)

“O sea en el sentido de no poder estar con los hijos, o sea, jugar con ello, de no poder darle más atención o... haber como...o sea estar con ellos, para jugar con ellos, como soy yo, medio juguetón, como de no poder hacer eso como me va a deprimirme, me va... como que me acorta la vida... eso eh lo que más me preocupa, me da miedo” (José, 33 años)

Otras opiniones consideran preocupante los largos tiempos de espera, el burocrático proceso administrativo para recibir la atención y la falta de recursos:

“El no poder solucionar los problemas que uno tiene rápidamente, que tienen que hacer esperar, esperar, esperar, esperas, esperar largos años de espera, para que te hagan un tratamiento, el estar esperando sin poder solucionar tus problemas”
(Marcos, 41 años)

“¡Uy!...hay... hay tanta cosa de, como se llama, que...que ojala por uno...por empezarle, ¿cómo se llama?...cuando le dan a uno...a el...el doctor que no lo tramitaran mucho y... ¿cómo se llama?...y que no lo hiciera esperar mucho, porque a veces son hora, hora y media que están esperando y resulta que...personas que... que a la salida, yo... yo he venido, pero nunca he venido grave, pero yo he visto personas que vienen grave y tienen que estar esperando

que atiendan que no lo atiendan...eso eh lo más complicado hay...la espera del paciente, que lo atiendan. Entonces eso es lo que pasa” (Ruperto, 63 años).

“Lo que más me interesa es el cobro por el servicio prestado cuando uno no tiene, que mierda hace uno cuando no tiene la plata para pagar un servicio que el consultorio demora meses en tener, por ejemplo... yo gracias Dios no lo he tenido, pero si he tenido... parientes míos que han tenido problemas” (Amador, 55 años)

Algunos entrevistados consideran importante la atención dental, por que este tipo de dolencia tiene requerimientos particulares que la hacen larga y costosa. Dando importancia a una dentadura visiblemente sana, para el desarrollo de actividades cotidianas y la interacción con las demás personas:

“Lo que me preocupa de repente, supongámosle, en el consultorio, que es en todas partes, el asunto de la parte dental, porque, no sé como estará acá, pero yo cuando vine aquí, hace años atrás, me dijeron que no habían amalgamas, no había, no habían esa cosa, que habían puras extracciones y bueno, yo voy a pecar, de cómo se llama, de mala fe, pero, yo creo que por ahí de repente, esas cosas las mandan a los consultorios y no la aplican, no se lo ponen al público y no es por hablar mal de los dentista, pero normalmente los dentista llevan las cuestiones a su consulta”(Raúl, 59 años)

“Uno se siente mal con un diente, no sé, te falta un diente y no puedes sonreír, te andas escondiendo, entonces, por un lado, me gustaría que la salud acá en los consultorios dieran la oportunidad de tener un tratamiento dental para los hombres,

como fue para las mujeres, tener tratamiento dental para lo hombres, porque hay mucho hombres así, que andan escondiéndose para reírse y como te digo, yo soy uno de ellos” (Boris, 40 años)

En general no aparecen temas emergentes, distintos a los aparecidos en las anteriores preguntas, pero se destaca el temor a la enfermedad, como un riesgo de los varones de perder su autonomía, su trabajo y el sustento a su familia. También reaparece la preocupación por las largas horas de espera en los servicios públicos de salud, su falta de recursos, siendo destacado el tema dental. Por lo tanto lo que emerge es su preocupación por la propia salud.

6. Conclusiones

La revisión de las teorías ha permitido entender las masculinidades como una construcción social, cultural y personal que trasciende más allá de las diferencias biológicas hombre mujer. Su diversidad será moldeada de acuerdo a etnia, posición social, orientación sexual, ocupación y demás variables que puedan intervenir, así como la propia identidad individual que se alejara o acercara a un modelo hegemónico cargado de mandatos culturales (Barrer, 2002).

Es así, como los estudios de la masculinidad permite entender los factores de riesgo a los que se encuentran afectados los hombres desde la construcción, desconstrucción o reconstrucción de su identidad respecto de la masculinidad dominante o hegemónica (Raguz, 1995).

La masculinidad hegemónica influirá en la concepción de salud que los hombres tengan, el acercamiento a los prestadores y las conductas de auto cuidado (Connel, 2003).

Los hombres entrevistados definen la salud desde distintas perspectivas, con una concepción bastante integral, como bienestar físico y psicológico, es cuidado, es trabajar, es sistema de salud. También consideran la salud a nivel individual y familiar, lo que demuestra un pensamiento más sistémico en estos varones. A su vez consideran que el Estado es su principal proveedor.

El trabajo es una temática transversal en los hombres entrevistados, apareciendo como una importante fuente de salud, cumpliéndose con las expectativas de la masculinidad hegemónica. Según los estudios de masculinidad, el trabajo es el eje fundamental de la configuración de la identidad masculina (Olavaria, 1998), por tanto se puede entender la importancia que le dan los varones en la producción, manutención y recuperación de su salud.

Las conductas de auto cuidado son más bien preventivas: consultar al médico y abrigarse para prevenir los resfriados, lo que se relaciona con la estación en que se realizó el estudio. También hay opiniones más promocionales como hacer deporte, la alimentación y nuevamente el trabajo. Estas opiniones son distintas a los estudios de masculinidad que afirman que los hombres no se cuidan (Sabo, 2000), pudiendo estar frente a un fenómeno de construcción alternativa a la masculinidad hegemónica.

Por otra parte la enfermedad es vivida por los varones entrevistados como un hecho relevante, indeseado, doloroso y desagradable, con efectos físicos y mentales, que pueden significar desde la discapacidad hasta la muerte. A si mismo se repite la relación entre trabajo y salud; enfermedad es aquello que impide trabajar, afectando al individuo y la familia que lo rodea.

La enfermedad amenaza la identidad masculina en la capacidad de proveer, en su autonomía (Olavaria, 1998), el temor es más que a la enfermedad,

es al quedar desvalido o dependiente de los demás y a su vez a la pérdida de poder (Connell, 2003).

Las estrategias que los hombres desarrollan para enfrentar la enfermedad son principalmente: tomar remedios caseros, automedicarse con fármacos, e ir al médico. El hombre de sectores populares no puede gastar sus recursos en salud (Olavaria 1998), por lo cual usa los Servicios Públicos.

Respecto del uso de prestadores de salud, la primera consulta no será a un profesional, sino a su esposa o madre, quien lo atenderá y diagnosticará, derivándolo a médico si resulta necesario. En esta opinión se observa que los hombres cruzan la barrera de la autonomía y entregan autoridad a una figura femenina entendida en la materia, quebrando el paradigma hegemónico de la masculinidad (Fuller, 2004).

También hay quienes consultan directamente al Sistema de Salud Público, primordialmente los servicios de urgencia, evitando las largas horas de espera y la incertidumbre de alcanzar un número de atención médica en el consultorio, temprano en la mañana.

Las conductas de riesgo se asocian al trabajo, tanto en sus condiciones de inseguridad, como en su carencia o su exceso. Otra conducta de riesgo identificada por los varones es el consumo de sustancias adictivas (Sabo, 2000), como el tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

La evaluación que hacen de los prestadores públicos de salud tiene dos vertientes. Los que sienten malestar por las largas horas de espera y el maltrato y los que tienen opiniones favorables por la atención, tanto en Consultorios como Hospitales.

Respecto de los prestadores de salud privados los entrevistados opinan que son bien atendidos porque están pagando. A pesar de lo cual hay algunos varones que nunca han consultado medico particular o los consideran de igual calidad que los públicos, pero con interés en su dinero (afán de lucro).

Al preguntar a los varones respecto de los temas que le interesaban o preocupaban de su propia salud no hay grandes novedades, la principal preocupación es el temor a enfermarse y todas sus consecuencias a nivel personal, familiar y laboral. Lo emergente es la necesidad de atención dental.

En síntesis los varones entrevistados responden a la masculinidad hegemónica y desde ella se abstienen del uso del consultorio por las dificultades que tienen en el trabajo, un valor superior a la propia salud. Pero se alejan de la masculinidad dominante al considerar en el concepto de salud el cuidado de la misma, así como valorar (Sadler, 2004) y dar autoridad a la figura femenina de la esposa o la madre como primera prestadora de su propia salud.

Para terminar se presenta un cuadro sintético que analiza desde las categorías temáticas establecidas, las principales percepciones y conductas de los hombres entrevistados en el Consultorio Laurita Vicuña respecto de su propia salud.

Cuadro de Análisis Narrativo de Contenido

	Semejanzas	Diferencias
Concepto de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Es entendida como bienestar físico y psicológico • Requiere de su cuidado y prevención • Es importante porque permite trabajar y el trabajo genera también salud • Es sinónimo de atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Es sinónimo de vida • Involucra al individuo y la familia, como un todo • Es ausencia de enfermedad
Concepto de Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Un fenómeno relevante en la vida de los hombres • Es indeseada, dolorosa y desagradable • Tiene efectos físicos y mentales • Algo que impide trabajar • Posee características de catástrofe y puede significar la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene aspectos de malestar existiendo la sensación que es posible de ser curada • Se distinguen las enfermedades leves, graves e invalidantes. • Pueden ser transitorias o perdurables en el tiempo
Auto cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Ir al médico del consultorio, al aparecer cualquier dolencia • Abrigándose, y previniendo resfriados 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer deporte en la medida de lo posible • Trabajar • Alimentación, principalmente evitando el exceso

Conductas frente a enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar remedios caseros • Automedicarse • Ir al médico, principalmente al Sistema Público de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar que se solucione solo, reflejando su reprobación al sistema de salud formal
Conductas de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • La inseguridad del trabajo • Trabajar en exceso • Carecer de trabajo • El consumo de sustancias adictivas • Conjugarse a beber alcohol y sufrir violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimenticios no saludables
Uso Prestadores de Salud Formales e Informales	<ul style="list-style-type: none"> • La esposa • La madre • Sistema de Salud, principalmente los Servicios de Urgencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio • Ninguno
Opinión de Prestadores públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas se quejan principalmente del trato • Encuentran largas las horas de espera • También hay opiniones favorables 	<ul style="list-style-type: none"> • Depende del profesional que le atiende • Evitan acudir al prestador de salud pública
Opinión de Prestadores privados	<ul style="list-style-type: none"> • La buena atención en consultas particulares se debe al hecho de estar pagando • No han acudido a consultas particulares 	<ul style="list-style-type: none"> • Es igual o peor que el sistema público, el único interés es cobrarle más dinero
Preocupaciones en salud	<ul style="list-style-type: none"> • No enfermarse • Enfermarse de gravedad • Temor a la enfermedad invalidante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por las largas esperas del prestador público • La falta de recursos • La falta de atención dental

8. Recomendaciones

Al desarrollar este estudio y escuchar las vivencias de los varones, resulta importante contribuir a mejorar la salud de tantos hombres que prefieren no consultar los servicios de salud. Es por ello que las siguientes propuestas se desprenden desde las mismas inquietudes de los entrevistados, así como de los aportes teóricos del enfoque de género en masculinidad y salud.

La primera recomendación es que los centros de salud generen agendas de atención con enfoque de género, dando prioridad a las horas de extensión horaria (incluyendo sábado) para los varones, evitando citarlos en el horario en que se encuentran trabajando.

También podrían usar los planes de prevención como el Examen Médico Preventivo del Adulto (E.M.P.A.), implementando una estrategia sinérgica, en la cual sensibilizaran a las esposas para un control de salud simultáneo con sus cónyuges o parejas.

Es imperioso que los Centros de Salud mejoren su calidez en la atención, ya que es el principal reclamo de los entrevistados.

Las políticas de salud deben incorporar la perspectiva de género (masculino y femenino) en todo sus planes y programas, ya que muchos varones no acceden

a los servicios de salud, o mueren producto de accidentes, suicidios, violencias y otras causas evitables, careciendo de una cobertura preventiva, que les permita aumentar sus expectativas de vida.

Las estrategias de salud sinérgicas no sólo mejorarían la salud de los hombres, sino la de sus parejas, familia y demás personas que lo rodean, contribuyendo a una equidad de género (femenino y masculino) más integral.

7.0 Bibliografía

- Barrer, Gary. Artículo: La formación de hombres jóvenes “género equitativos”. Adolescencia y masculinidad. Conferencia Regional "Varones Adolescentes: Construcción de Identidades de Género en América Latina". FLACSO, Santiago de Chile, 2002
- Centro de Diagnostico e Investigaciones Peri natales. Guía Peri natal. Santiago de Chile. <http://www.cedip.cl/Guias/Guia2003/capitulo05.swf> (Recuperado el 11 de Diciembre 2007)
- CONASIDA, Ministerio de Salud del Gobierno de México. <http://www.salud.gob.mx/conasida/noticias/homofobia/quees.htm> (Recuperado el 11 de Octubre 2007)
- Connel, Robert. Artículo: Adolescencia en la Construcción de la masculinidad. Libro: Adolescentes Conversando la intimidad. FLACSO. Santiago de Chile. 2003.
- Connel Robert. La Organización Social de la Masculinidad http://www.hombresigualdad.com/organizaci%C3%B3n_social_masculinidad.pdf+Juliet+Mitchell+y+Gayle+Rubin+3+dimensiones+para+un+modelo+que+estructure+el+g%C3%A9nero&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl&lr=lang_es

(Recuperado el 11 de Marzo de 2007)

- Connel, Robert W. "Masculinidades". Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Autónoma de México. México, 2003.
- Consorci Hospitalari de Catalunya - Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. VIII Escuela de Internacional de Verano 2006. Curso: Introducción a los Métodos Cualitativos Aplicados en Salud.
- Contreras Martínez, Paulina y col Tesis factores de riesgo de la salud presente en los estudiantes de pedagogía de la UCSH, Santiago de Chile 2005.
- De Keizer, Benno y Rodríguez, Gabriela. Artículo: Jóvenes rurales: género y generaciones en un mundo cambiante. Libro: Varones adolescentes: género e identidades y sexualidad en América Latina. FLACSO. Santiago de Chile. 2003
- Departamento de Estadísticas e Indicadores de Salud. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. <http://deis.minsal.cl> (Recuperado el 22 de marzo 2007)

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, “Controles de salud con EMPA según profesional que realiza el control y sexo de los controlados, por mes. SSNS” Santiago de Chile, http://163.247.51.54/rem2006/espa_sex0_1s06.php (Recuperado el 04 de Noviembre 2007)
- Dorsch, Friedrich. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. Barcelona España. 1994.
- Durruty B., Paulina., Ejes de auto cuidado para el psicoterapeuta orientado a la prevención del Síndrome Burnout. Tesis de Psicología, Universidad de Chile. Santiago de Chile. 2005.
- FLACSO – Chile – FNUAP – Red de Masculinidad/es. Adolescencia en la construcción de masculinidades contemporáneas. Santiago de Chile. 2002.
- Freud, Sigmund. Capítulo Tres ensayos sobre la teoría sexual. Obras Completas Volumen 6. Ediciones ORBIS S.A. Impreso en Argentina. 1997
- Fromm, Erich. El Arte de Amar. Editado en Argentina. 1996.
- Fuller, Norma. Artículo: Adolescencia y Riesgo: Reflexiones desde la

Antropología y los estudios de género. Adolescentes conversando la intimidad. FLACSO. Santiago de Chile. 2004

- Fuller, Norma. Artículo Adolescencia y Riesgo: Reflexiones desde la Antropología y los estudios de género. Libro: Adolescentes: conversando la intimidad. FLACSO. Santiago de Chile. 2003
- Hernández Sampieri, Roberto y col. Metodología de la Investigación. 4ª Edición de Mc Graw-Hill Interamericana de México, S.A. México 2006.
- Instituto Nacional de Estadísticas Informe Estadístico N° 21. Santiago de Chile. Junio 2004
- Instituto Nacional de la Juventud. Tercera Encuesta Nacional de la Juventud. Santiago de Chile, 2000.
- Jung Carl, Las relación entre el ego y el inconciente 2 ensayos de teoría psicoanalítica o aspectos de la feminidad 1982
- Jung Carl, Recuerdos, sueños y pensamientos, Editorial Seix Barral, 1986.
- Luz Gabriela y Colaboradores. Género e identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá: Ediciones Uniandes,

Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional y Tercer Mundo Editores, pp. 101-122. Año 1995. <http://www.adepac.org/P06-7.htm> (Recuperado el 10 de Octubre de 2007).

- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, Normas Nacionales de Regulación de Fertilidad, Capitulo de Anticoncepción en Hombres. Documento en PDF descargado de www.minsal.cl (Recuperado el 26 de Diciembre de 2006)
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Normas sobre Regulación de Fertilidad. <http://www.minsal.cl> (Recuperado el 22 de marzo 2007)
- Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda del Gobierno de Chile. Aprueba Reglamento que Establece Normas para la Elaboración y Determinación de las Garantías Explicitas en Salud a que se Refiere La Ley 19.966. http://www.minsal.cl/juridico/121_2005.DOC (Recuperado el 28 de Diciembre 2007)
- Muñoz, Blanca. Crisis (Teoría de): Habermas. en <http://www.rebelion.org/cultura/munoz071101.htm>, (Recuperado el 11 de Octubre 2007).

- Muñoz, Lucía y Pizzolty, Víctor. Tesis: “Estudio descriptivo del proceso de negociación sexual entre hombres y mujeres con parejas estables; un análisis desde la perspectiva del género en un grupo de consultantes de un centro de atención primaria de la comuna de El Bosque”. Universidad Santo Tomás. Santiago de Chile, 2006.
- Olavarria, José y Valdés, Teresa. Artículo: Ser Hombre en Santiago de Chile: A pesar de todo, un mismo modelo. Masculinidades y Equidad de Género en América Latina. FLACSO- Chile 1998.
- Olavarria, José. Artículo: De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y Ocaso de la familia Nuclear Patriarcal en el siglo XX. FLACSO. Santiago de Chile. 2000.
- Olavarria, José y Valdés, Teresa. Artículo: Ser Hombre en Santiago de Chile: A pesar de todo, un mismo modelo. Masculinidades y Equidad de Género en América Latina. FLACSO- Chile 1998.
- Olavarria, José. Artículo: De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y Ocaso de la familia Nuclear Patriarcal en el siglo XX. FLACSO. Santiago de Chile. 2000.
- Organización Mundial de la Salud. 2007. Salud mental un estado de

bienestar: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

(Recuperado el 03 de noviembre de 2007)

- Organización Panamericana de Salud “Política de la Organización Panamericana de la Salud en materia de igualdad de género”. Revista Panamericana de Salud Publica. 2006;19(2):137- 140
- Organización Panamericana de Salud, Revista Panamericana de Salud Pública (PAHO). 2006. <http://journal.paho.org> (Recuperado el 12 Diciembre 2006)
- OPS/OMS- Universidad de Chile. 2006. Observatorio de Equidad de Género en Salud. www.observatoriogenerosalud.cl (Recuperado el 4 de diciembre 2006)
- Organización Panamericana de Salud. Aspectos Metodológicos en el análisis de los datos cualitativos. Washington DC, Estados Unidos de América. 1994
- Organización de Naciones Unidas. Femicidio en Chile. <http://www.onu.cl/pdfs/femicidio.pdf> (Recuperado 11 de diciembre de 2007)
- Pineda, Elia, Alvarado, Eva, Hernández, Francisca. Metodología de la

investigación. Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición.1994

- Pleck, Joseph "The male sex role: definitions, problems, and sources of change", en Journal of social Issues. 1981.http://64.233.169.104/search?q=cache:Nb3j4OaFNTkJ:www.hombresigualdad.com/organizaci%C3%B3n_social_masculinidad.pdf+el+rol+sexual+masculino+Pleck&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=cl (Recuperado el 11 de marzo 2007)
- Pontificia Universidad Católica de Chile - Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Chile. 2003.
- Raguz, Maria. Construcciones Sociales y Psicológicas de Mujer, Hombre, Feminidad, Masculinidad y Género en diversos grupos poblacionales. Pontificia Universidad Católica de Perú. Perú, 1995.
- Rodríguez Gómez, Gregorio y col. Metodología de la Investigación Cualitativa Ediciones Aljibe. 2ª edición. Granada, España.1999.
- Sabo, Don: Comprender la salud de los hombres: Un enfoque relacional y sensible al género. OPS- Harvard Center for population and development studies. Estados Unidos de América. 2000.

- Sadler, Michelle. Los hombres también se emocionan. Tesis para optar al Grado de Magíster en Estudios de Género de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. 2004.
- SERNAM. Plan de Igualdad de Oportunidades. Chile. <http://www.sernam.cl> (Recuperado 11 de Diciembre 2006)
- Tylor, S y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Editorial Paidós. Buenos Aires 1994
- Valdés, T y Fernández, M. Género y Política: Un análisis pertinente. Revista de Ciencia Política N° 46. Instituto de Asuntos Públicos. Departamento de Ciencia Política. Universidad de Chile. Volumen N° 46 Santiago de Chile, 2006.
- Valdés, Teresa y Olavarria, José. Masculinidad y equidad de género en América Latina. FLACSO – Chile 1998.
- Weinstein, Maria. Políticas de equidad de género y participación de las mujeres. FLACSO. Chile. 1997.

8. Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

Yo----- he sido invitado por el Magíster© en Salud Pública Juan Alexis Valenzuela de la Universidad de Chile, a participar en la investigación denominada “Percepción de la propia salud en hombres”

Entiendo que en este estudio se grabará (casetes de audio) en entrevistas de profundidad en las que yo participaré en calidad de entrevistado, esta información registrada será confidencial y sólo conocida por el investigador y mi identidad será resguardada ya que mi nombre será registrado con un seudónimo. También entiendo que la información será procesada privilegiando el conocimiento compartido y de ninguna manera se podrá identificar mis respuestas y opiniones en la etapa de publicación de resultados.

Asimismo sé que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa.

Si, he leído, entiendo y apruebo esta hoja de consentimiento

Firma_____

Fecha_____

Si tiene alguna duda, o pregunta, durante cualquier etapa del estudio, puede comunicarse con Juan Alexis Valenzuela. Fono 5761468. Celular 08-8516655.

Anexo 2: Instrumento

1. ¿Que es salud para usted? (definición de salud)
2. ¿Que hace para prevenir y mantener su salud? (conductas de auto cuidado)
3. ¿Que es la enfermedad para usted? (definición de enfermedad)
4. ¿Que hace cuando se siente enfermo? (conducta frente a la enfermedad)
5. ¿A quien acude cuando se siente enfermo? (uso de prestadores de salud formales e informales)
6. ¿Cuales son las conductas suyas que lo ponen en peligro de perder la salud? (conductas de riesgo)
7. ¿Qué opina de la atención en los Consultorios y hospitales? ¿Cuál ha sido su experiencia? (uso de prestadores de salud públicos)
8. ¿Cuál es su experiencia en Consultas Medicas Particulares? Y ¿Cual es su opinión de la atención brindada? (uso de prestadores de salud privados)
9. Frente a su salud: ¿Qué es lo que más le interesa o le preocupa a usted? (Temas emergentes)

Anexo 3 Categorías Temáticas

	Concepto de salud	Auto cuidado	Concepto de Enfermedad	Condu ctas frente a enfermedad	Condu ctas de riesgo	Prestado res de Salud Formales e Informales	Prestado res públicos	Prestado res privados	Temas emergentes
Entrev 1									
Entrev 2									
Entrev 3									
Entrev 4									
Entrev 5									
Entrev 6									
Entrev 7									
Entrev 8									
Entrev 9									
Entrev 10									
Entrev 11									
Entrev 12									