

Salud, varones y masculinidad¹

Luis Bonino²

En el ámbito sanitario, la visibilización de la particularidad de las mujeres — desde lo biológico hasta su socialización, más allá de su función reproductiva— está permitiendo la mejor comprensión y abordaje de muchos problemas de salud femeninos. Eso ha sido posible por la inclusión de la perspectiva de género en la interpretación de dichos fenómenos y en el develamiento de las razones de su trato desigualitario en el sistema de salud, y los avances son significativos. Desde esa misma perspectiva, en los últimos años se está comenzando a investigar qué pasa con los varones y su salud

Siempre ha sido claro que los varones padecen determinados problemas de salud en forma diferencial a las mujeres. Pero los estudios de género masculino muestran también que ellos tienen un particular estilo de vida que favorece esos problemas, que tienen un particular modo de abordarlos que favorece su agravamiento, y más aún, que un factor de riesgo de primer nivel para su salud y su vida (así como la de quienes le rodean) es el fiel cumplimiento del **modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica (MMTH)** en el que son socializados —y no el nacer de sexo masculino—.

Aunque no todos los varones siguen conscientemente el MMTH, en nuestra cultura occidental éste **impregna todos los ámbitos de socialización** en los que ellos construyen su corporalidad y subjetividad —la familia, la escuela, las instituciones de la cultura, los medios de comunicación—, por lo que es muy difícil sustraerse a sus efectos.

Los **valores matrices** del MMTH —autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía—, que los varones —a través de su socialización— interiorizan en forma de ideales y obligaciones, hacen que sus vidas estén marcadas por el control de sí y de l@s demás, el riesgo, la competitividad, el movimiento vital guiado por la lógica del éxito/fracaso, el déficit de comportamientos cuidadosos y afectivos, y la ansiedad persistente. Y esta marca favorece, por un lado el desarrollo de hábitos de vida poco saludables, ya que propicia la formación de una persona omnipotente, negadora de su vulnerabilidad, poco flexible, unidireccional, que no sabe soportar ni elaborar el sufrimiento, y que soporta mal los cambios en su posición social. Y por otro promueve algunos valores que contravienen otros esenciales para la convivencia, la salud y la vida, genera desigualdades con las mujeres, propicia la producción de importantes trastornos en la salud de los mismos varones, en la de otros varones y en la de las mujeres y niñ@s que los rodean.

¹ Este escrito es parte del artículo presentado para las Jornadas sobre Mainstreaming de Género en Salud y organizadas por OMS- Europa, en setiembre de 2001 y publicado en, *Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa* Madrid:MAS.Instituto de la mujer

² Psicoterapeuta y Director del Centro de Estudios de la Condición Masculina de Madrid.

Los varones representan la mayoría de las personas que hasta los 65 años mueren o padecen secuelas por muchos de los trastornos de salud que más impacto tienen sobre la Salud Pública. Todos estos problemas de salud provocan un exceso y una precocidad en la mortalidad masculina. Entre estos trastornos nos encontramos con:

- Coronariopatías (70% más que las mujeres).
- Cáncer de pulmón traquea, faringe, esófago, vejiga (entre 10 y 6 veces más que en mujeres).
- Cánceres genitales específicos (próstata y testículos) subdiagnosticados por la “vergüenza masculina” a ser tocado en “esas” zonas.
- Accidentes de tráfico, tanto como peatón y como conductor (3 veces más que mujeres), con más prácticas de riesgo en la conducción (más uso de alcohol, más velocidad, más agresividad al volante).
- Ahogamiento en el mar y en las piscinas (8 veces más que las mujeres) y accidentes deportivos.
- Alcoholismo, con sus secuelas digestivas especialmente la cirrosis.
- Suicidios consumados (entre 3 y 6 veces más que las mujeres, en función de la edad), precedidos de depresiones encubiertas.
- Drogodependencias (5 veces más que las mujeres).
- Sida.

Según la mayoría de los expertos la mayoría de estos trastornos están relacionados con un estilo de vida particular (masculino). Este estilo está caracterizado por el hiperconsumo de alcohol, tabaco, colesterol y grasas animales, estrés, mal humor crónicamente reprimido, actitudes temerarias, no consulta al médico, etc., y es el que promueve el MMTH con sus valores. La competencia, la dureza y represión emocional, el éxito como meta exclusiva, el afrontamiento temerario del riesgo, la omnipotencia y autosuficiencia, tienen un importante papel en este sentido, favoreciendo la desvalorización de la prudencia, las prácticas de riesgo, las dietas hipergrasas e hiperetílicas, el déficit de autocuidado, o la sexualidad ansiosa y no controlada.

El resultado de este estilo de vida que promueve el MMTH se visualiza en el hecho que la esperanza de vida masculina haya aumentado en los últimos cincuenta años menos que la de las mujeres. Por todo esto, podemos decir que el MMTH es en sí mismo un **factor de riesgo para los propios varones**

Pero el campo de los varones y la salud no se agota en lo que le sucede a los varones, sino que se hace extensivo a los efectos de su comportamiento en los demás.

En ese sentido, en **la relación entre varones** también ocurren problemas de salud, y en ellos también el MMTH es un factor de riesgo. Este modelo promueve valores que definen al varón como heterosexual, que se mide en la competitividad, la puesta a prueba, la confrontación y el riesgo, siendo la violencia un recurso válido para resolver conflictos, y el vínculo entre ellos queda definido entre la amistad, la burla, la presión, la enemistad y la violencia. La alta tasa de homicidios, heridas y muertes por peleas y deportes, los trastornos derivados de las violencias juveniles, las guerras y todas las formas de violencia entre hombres, así como la morbimortalidad derivada de la competencia temeraria y la de la homofobia y los ataques a los varones definidos como

“menos hombres” (tímidos, torpes o supuestos cobardes), están vinculadas a estos valores.

Además, en tanto el MMTH adjudica a los varones el ámbito público y la obligatoriedad del rol laboral, y como trabajan fuera de casa más que las mujeres, ellos se ven expuestos a los efectos de la precariedad laboral. Específicamente en la salud laboral, el MMHT es determinante de la reticencia masculina a protegerse y cuidarse, porque eso “no es de hombres”, lo que favorece la producción de accidentes laborales y la falta de percepción del desgaste psicofísico. Por otra parte dada su presencia mayoritaria en instituciones jerárquicas como las fuerzas armadas y la Iglesia católica, sufren los efectos del autoritarismo de esas instituciones.

Por supuesto, las acciones de los varones también tienen efectos no saludables en **las mujeres y l@s niñ@s**, y en ellos también el MMTH es también un factor de riesgo. De este modelo derivan el sexismo y el machismo con su creencia de tener más derechos que las mujeres y de que lo doméstico y la crianza es cosa de ellas. Estos valores favorecen la producción de maltratos de diversos tipos con graves daños para la salud y la vida de mujeres y niñ@s, incluida la inducción a la drogodependencia, y graves efectos sobre la salud sexual y reproductiva tales como la reticencia o falta de participación masculina en la anticoncepción y la poca en el embarazo y la crianza, o las paternidades no deseadas y el abandono de l@s hij@s, así como el contagio de infecciones de transmisión sexual por rehusarse al uso de medios preventivos.

Por otra parte, los varones **perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de forma particular**, diferente a las mujeres y de un modo problemático para la resolución de dichos problemas. Y este proceder, delineado también por el MMTH, hace que dicho modelo se convierta en un **factor obstaculizante que bloquea a los varones el acceso a los servicios de salud**

Los varones están socializados para ser activos, tener el control, estar a la defensiva, ser fuertes, aguantar el dolor de la lucha por la vida, valerse por sí mismos, usar el cuerpo como herramienta, no pedir ayuda y salir adelante pese a todo, preocuparse por el hacer y no por el sentir con déficit de empatía, pensar a las mujeres como personas a disposición. Por ello no sorprende que frente al malestar físico o psíquico **generen respuestas que podemos llamar disfuncionales en todos los pasos del abordaje de esos malestares**. Algunas de ellas están directamente relacionadas con la necesidad de tener bajo control algo que en una enfermedad se vuelve incontrolable: el cuerpo. Así, los varones suelen:

- Tener dificultad para percibir signos de alarma corporal y, cuando lo hacen, minusvalorarlos y desjerarquizarlos.
- No admitir —ante sí mismo y ante l@s demás— que algo del orden del malestar lo aqueja.
- Postergar el afrontamiento del malestar, que cuando se percibe —especialmente a través del dolor— es vivido frecuentemente como amenaza incontrolable de su cuerpo o vida.
- Gestionar el miedo y la ansiedad que genera lo incontrolable y que “no se deben expresar”, por vías indirectas como el enojo, la culpabilización a otr@s o el ensimismamiento; por supuesto, lo no expresado afecta a todo el sistema

nervioso vegetativo, generando reacciones fisiológicas que pueden ser muy intensas en determinados momentos.

- Retardar la consulta, vivida como fracaso de la autosuficiencia, y en ella no dar información sobre sí y lo emocional, ya que esto es vivido como prueba de fragilidad y modo de dejar expuesta (y a merced de otr@s) su vulnerabilidad.
- No aceptar el rol de enfermo, que supone para ellos pasividad antimasculina / feminización, y por tanto una amenaza a la identidad.
- Ser reticente a las maniobras e indicaciones médicas (extracción de sangre, ingresos, ingestión de medicamentos) que son todas actividades que sienten que los pasivizan.
- Abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos, para recobrar cuanto antes el bastarse a sí mismo.
- Tener con los profesionales varones un estilo confrontativo o de sometimiento, y con las mujeres un estilo desautorizante, lo que dificulta frecuentemente el buen desarrollo de la consulta.
- Interactuar con el sistema sanitario de forma muy episódica y cuando el problema está muy avanzado y ya no pueden llevarlo adelante solos.

Por otra parte, también se afrontan de **modo disfuncional la relación con l@s allegados, los malestares de ell@s, o los que provocan en otr@s**. Así:

- Suelen depositar en las mujeres la responsabilización del cuidado de su propia salud, aprovechando la tendencia a la disponibilidad y al cuidado en que ellas son entrenadas como parte del mandato del rol femenino tradicional, y transformándose en dependientes de ellas en esta cuestión. Esto las sobrecarga al transformarlas en sus “cuidadoras” y “aguantadoras” del niño despótico y asustado en el que se convierten (sólo ante ellas).
- Tienden a minimizar el daño que provocan con sus comportamientos.
- Si enferman otr@s integrantes de la familia —especialmente su pareja—, suelen alejarse y/o mostrar su incompetencia para el cuidado, restando apoyo y diálogo tranquilizador. Debido a su autocentramiento, frecuentemente se preocupan más por el lugar de faltos de atención en que quedan colocados, que en la otra persona.

L@s profesionales de los sistemas de salud dan habitualmente como descontados estos modos de afrontamiento, y naturalizan que los varones no se acerquen a las consultas o que minimicen sus comportamientos dañinos. Con ello favorecen su asentamiento en el rol de actores sociales intocables, inmodificables, invisibles e inmanejables para el sistema sanitario, con la consiguiente falta de preocupación por el desarrollo de estrategias para favorecer su acceso al sistema sanitario. Al no incorporarlos como objeto de atención, se alían sin quererlo al descuido de la salud y/o la vida que los varones realizan consigo mismos. Logran así que las **instituciones sanitarias** se blinden y dejen fuera a los varones y sus necesidades específicas (o podemos pensarlo a la inversa: en tanto las instituciones sanitarias, como una más de las instituciones patriarcales, se alían con el mandato masculino de arreglarse solo, se blindan invisibilizando a los varones concretos, e impregnan con esa ideología a sus profesionales).

Pareciera que hasta ahora sólo dos aspectos de la salud de los varones merecen alguna preocupación específica del sistema sanitario, y los dos apuntan al sostenimiento de dos aspectos propuestos como fundamentales desde el MMTH. Uno, el relacionado con el rol de proveedor, y allí aparece la medicina laboral, que se ocupa del varón no en tanto tal sino en su “fuerza” de trabajo. Otro, el relacionado con la importancia del desempeño sexual y la procreación, y allí la andrología y la fertilización asistida (y la proctología) aparecen para mejorar no al varón como tal, sino a su rol de “potente y reproductor”.

Por otra parte, al naturalizar la ausencia masculina, **l@s profesionales se comunican más con las mujeres**, a quienes hacen garantes de la salud de toda la familia, perpetuando la sobrecarga que supone el rol de “cuidadora”, y cuando pueden asistir a varones lo hacen de un modo particular (los estudian más y les indican menos medicamentos por ejemplo).

Para que los varones sean ayudados en sus problemas de salud, así como a modificar los comportamientos que provocan daño a la salud ajena, debe tenerse en cuenta en primer lugar que hay que favorecer las condiciones que les permitan ser usuarios efectivos de los servicios de salud: horarios, comprensión de su rechazo a la ayuda, campañas dirigidas a ellos y a sus enfermedades (el tema del cancer de próstata y testículos debería ser una prioridad, así como la depresión y las drogodependencias), y a su implicación en la salud de la mujer (problemáticas de la salud sexual y reproductiva y de la violencia). También diseños de campañas de prevención atendiendo a sus particularidades genéricas (tales como prevención de accidentes y suicidios, paternidad, adherencia a tratamientos, responsabilización por el cuidado, etc.). Y por supuesto responsabilizarlos sobre su propia salud.

Para todo esto, el cuestionamiento del MMTH —modelo que naturaliza mucho de los que los varones hacen con su salud y las instituciones hacen con la salud de los varones—, se torna indispensable.

Bibliografía

- BEDOYA, J.M. (2001). “La masculinidad como factor de riesgo”, En *Jornadas sobre la Condición masculina*. Ayuntamiento de Jerez – España.
- BONINO, L. (2000). “Varones, género y salud mental”, en Sagarra, M. y Carabí, A. eds., *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria.
- CONNELL, R. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
(1998) “El imperialismo y el cuerpo de los hombres”, en Valdez y Olavarria ed., *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. FLACSO: Santiago.
(2000) *The Men and the Boys*. Berkeley: California Press.
- COURTENAY, W. (2000). “Constructions of masculinity and their influence on men’s wellbeing: a theory of gender and health”, en *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- KIMMEL, M. y otros eds. (1999-2001). *Men and Masculinities*, Vols. I, II, III. Londres: Sage.
- HEARN, J. (1998). *The Violences of Men*. Londres: Sage.

- KIPNIS, A. (1999). *Angry Young Men*. San Francisco: Jossey Boss.
- KORIN, D. (2000). "Hacia el nuevo siglo. Perspectiva de género en salud", en *Medicina Infantil* (Rev. de Hosp. Garrahan de Buenos Aires, Argentina). Vol. VII, 1, primavera 2000.
- LINCH, J. y KILMARIN, Ch. (1999). *The Pain Behind the Mask*. New York: Haworth Press.
- OMS (2001). *Transforming Health Systems*. Ginebra:OMS
- POLLACK, W. (2001). "Masked man", en Brooks, G y Good, G eds., *The New Handbook of Psychotherapy with Men*, San Francisco: Jossey-Bass.
- PRIOR, P. (1999). *Gender and Mental Health*. Londres: MacMillan Press.
- SABO, D. y GORDON, F. eds. (1995). *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body*, Londres: Sage.
- SCHER, M. et al. (1987). *Psychotherapy with Men*. Londres: Sage.
- SEIDLER, V. ed. (1992-1998). Serie: *Male Orders*. Londres: Routledge.
- WELTZER-LANG, D (2000). *Nouvelles approches des hommes et du masculin*. Toulouse: Press Universitaire de Mirail