

El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva¹

[Benno de Keijzer](#)

Contenido

[El problema](#)

[Consideraciones teóricas](#)

[Origen del trabajo](#)

[El varón como factor de riesgo](#)

- [Riesgo hacia mujeres, niños y niñas](#)
- [Riesgo hacia otros hombres](#)
- [Riesgo para sí mismo](#)

[El autocuidado](#)

[Cuando se cae el sistema](#)

[Cambios que se están dando](#)

[Conclusiones y recomendaciones](#)

[Bibliografía](#)

[Notas](#)

El problema

Nuestro trabajo práctico como equipo, ciertas experiencias cercanas, la evidencia empírica e información escrita nos han venido mostrando en los últimos años que el modelo de masculinidad dominante está entrando en crisis (o por lo menos en un desfase) con el o los modelos femeninos emergentes entre sectores crecientes de la población.

El presente capítulo resume hallazgos, discusiones y experiencias de trabajo en torno a la masculinidad, en especial en la forma en que se relaciona con aspectos importantes de la salud y la enfermedad. Se retoma la perspectiva de género -hasta ahora utilizada casi exclusivamente para analizar la condición femenina- para ubicar procesos, explicar problemas y proponer formas de desarrollar relaciones distintas a partir de la sensibilización y la reflexión desde el lado masculino.

Aquí presentamos una hipótesis de trabajo en donde vinculamos la socialización masculina con una serie de problemas de salud, por lo que no pretendemos llegar con verdades terminadas. En este sentido, es obvio que casi cada una de las problemáticas de salud enumeradas merece mayor desarrollo e investigaciones específicas.

El problema que he querido describir y analizar es el de **los costos y las consecuencias** de una socialización masculina que predispone a ciertos tipos de causa de muerte en Veracruz y el país. Estos costos los planteo en relación a algunos aspectos de la salud masculina: la esperanza de vida, varias de

las principales causas de mortalidad en la edad productiva y las formas en que los hombres desarrollamos (o no) el autocuidado.

Mis preguntas centrales han sido:

¿En qué medida puedo explicar algunas causas de mortalidad masculina en la etapa productiva (y sus notables diferencias con el patrón femenino) a partir de ciertas características de la socialización de género de los hombres?

¿A partir de cuáles procesos sociales y sobre qué tipo de representaciones se construyen las prácticas de riesgo que llevan a estas causas de mortalidad masculina y cómo se pueden prevenir estos riesgos?

Condensó los **objetivos** de mi trabajo de esta manera:

Ante el patrón específico de ciertas causas de mortalidad masculina en edad productiva pretendo:

- desarrollar líneas explicativas de este patrón a partir de la reconstrucción de las principales representaciones y prácticas de los procesos de socialización que llevan a riesgos específicos, y
- desarrollar estrategias para abordar esta problemática con hombres, buscando estrategias preventivas.

Éste es un trabajo no referido exclusivamente al estado de Veracruz ya que uso ejemplos y estadísticas del estado pero también a nivel nacional. Para el caso de Veracruz, ha sido sorprendente que no pudiera encontrar en forma procesada la información de las primeras causas de mortalidad **por edad y sexo** en fuentes como el INEGI o la SSA, sino que tuve que acudir a la base de datos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.² Esto nos habla de la insuficiente incorporación de la perspectiva de género en el sector salud.

[\(volver al índice\)](#)

Consideraciones teóricas

Hasta ahora el trabajo de género ha sido principalmente un trabajo hecho por mujeres analizando la situación y condición femeninas. En las últimas décadas ha habido aportes muy importantes en la búsqueda de mecanismos que rompan con la antiquísima relación de subordinación ante el género masculino. Estos aportes han apuntado fuertes críticas hacia el género masculino y es muy reciente la creación del campo de estudios sobre masculinidad en donde también al hombre se le mira con una perspectiva de género (Kimmel, 1992). Éste es un campo muy nuevo, incompleto, en donde ya se distingue lo que se va conformando como corrientes.

El presente trabajo se inscribe dentro de una perspectiva (auto)crítica partiendo del supuesto de que para lograr relaciones igualitarias con las mujeres y entre los hombres es necesario primero deconstruir nuestros procesos de socialización, así como los elementos enajenantes y los costos que conllevan. Para esto, la mirada desde el campo de la salud nos dará un punto de vista privilegiado.

El trabajo con hombres no se plantea como contradictorio o contrapuesto al trabajo con mujeres. Más bien nos muestra la otra cara de la moneda y muchas imágenes en espejo que puedan enriquecer el análisis genérico.³

Por **género** entiendo una serie de atributos y funciones que van más allá de lo biológico/reproductivo, construidos social y culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los mismos. El género se interioriza a través de todo un trabajo de **socialización**, entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en mundo. Como bien señala Carmen Sáez, este proceso no ocurre sólo en la infancia sino durante toda la vida (Sáez Buenaventura, 1990), por lo que las distintas redes sociales juegan un papel fundamental, según el caso, para promover el cambio o para frenar o impedirlo en las distintas etapas de la vida.

Por **masculinidad** entiendo un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. Para el caso de México considero que existe un **modelo hegemónico de masculinidad**, visto como un esquema culturalmente construido en donde se presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan este modelo.

Considero, pues, que existe en México una forma hegemónica⁴ de socializar a los hombres que está cultural e históricamente construida, que tiene sus diversidades pero sirve siempre de referente incluso a las formas alternativas de socialización. En esta socialización existen algunas claras ventajas para el varón, algunas de las cuales, con el tiempo y su estereotipamiento, se van transformando en un costo sobre su salud (y la de otras y otros). Ejemplos de esto son una mayor independencia, la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, adicciones, la violencia y la sexualidad.

Estas características se incorporan porque aparecen como (y son) ventajosas dentro de las relaciones de poder entre géneros, son socialmente más valoradas y son asignadas desde pequeño a través de diversas redes e instituciones. Es característico que esta problemática sea invisible o negada parcial o totalmente, sobre todo por los propios hombres. Más que hablar de una determinación de esta socialización, pienso, como plantea Raymond Williams, en términos de que se establecen **presiones y límites** que intervienen en la vida de hombres concretos.

Obvio, pero hay que aclararlo: no se puede hablar de una sola masculinidad, una sola forma de ser hombre. Es claro que no es lo mismo crecer como ejidatario en el Cofre de Perote, que como "hijo de familia" en Córdoba o Xalapa, o como joven costeño en las playas de Mocambo, Mandinga o Mololonga. En la formación genérica se entrecruzan la influencia de clase, la étnica, la vivencia urbana o rural y, finalmente, una serie de influencias específicas dadas, sobre todo, por la familia concreta en la que se nace y crece.

Habría que profundizar si, como contraste, hay aspectos que aparecen como negativos (o menos valorados socialmente) en la socialización femenina que pueden tener un efecto protector posterior para las mujeres, por ejemplo, en la predisposición o no de ejercer la violencia hacia otros/as.

[\(volver al índice\)](#)

Origen del trabajo

Este trabajo tiene sus antecedentes en la apertura del área de salud mental en Prodessep A.C. en 1986 como una demanda de los y las promotoras de salud que participan en dicha red, así como en redes afines en la región centroamericana (de Keijzer, Reyes, Ayala, 1995). Este trabajo de capacitación incluye diagnósticos participativos con las distintas comunidades de los cuales se desprenden muchos problemas en los que los varones tienen un claro protagonismo: el proceso de alcoholización, la violencia doméstica, problemas de pareja y familiares (Herrera, de Keijzer, Reyes, 1993).

Es precisamente en Veracruz donde, con el Equipo de Salud Mental, empezamos a descubrir la enorme necesidad de trabajar con hombres desde una perspectiva de género. Cuando se plantean los talleres para los grupos de salud en Veracruz, el principal tema y problema que los grupos plantean es precisamente el del alcoholismo. Previo a dicho taller, por ejemplo, los promotores de varias comunidades de Los Tuxtlas hacen una encuesta para medir el volumen de cerveza y aguardiente que se consume en varias pequeñas localidades, yéndose de espaldas al cuantificar no sólo el volumen ingerido sino la cantidad de dinero que implicó.

En talleres posteriores hemos seguido trabajando en grupos mixtos en torno a diversos temas: "La salud mental de los hombres y las mujeres", "Familia y comunicación" y "Sexualidad". Hay que resaltar, en el estado, el trabajo que se hace con los hombres en Los Tuxtlas a través del Cedim, CEA y CPP, que buscaba inicialmente abrir cauces a la participación de las mujeres y pronto avanza a mayores niveles de reflexión sobre los hombres mismos.

En Xalapa, el trabajo ha implicado siete talleres sobre masculinidad con la masculinidad misma como tema, seguido de talleres sobre temas como la violencia y la paternidad. Durante más de un año se mantuvo proceso de seguimiento grupal con hombres interesados, en el cual se analizaron aspectos como la sexualidad, la pareja, la planificación familiar.⁵

Actualmente, junto con Salud y Género, AC, avanzamos hacia la búsqueda de un posible nivel de prevención en el trabajo en grupos mixtos de jóvenes de secundaria, padres de familia y parejas -- con una perspectiva de géneros (subrayo el plural).

[\(volver al índice\)](#)

El varón como factor de riesgo

En los tres últimos años, dentro del equipo Salud y Género hemos ido incorporando información, bibliografía, testimonios, imágenes y música referidas a la condición masculina y su relación con la salud y la sexualidad. Esto ha sido parte de un trabajo de investigación-acción que ha servido para elaborar un marco de referencia que permita hacer un balance crítico de algunas características que contribuyen a que el varón, en nuestro país, muera seis años y medio⁶ antes que la mujer (en promedio) y que, a la vez, sea un factor de riesgo para mujeres, niños, para otros varones y para sí mismo.

A pesar de los pronósticos, la brecha de años de vida entre hombres y mujeres se sigue abriendo y, esto, a pesar de la importante incorporación de una creciente proporción mujeres al trabajo productivo y su consecuente doble jornada. Es importante aclarar que estos años adicionales para la mujer no necesariamente significan que sean de buena **calidad** de vida para ellas.⁷

El concepto del **varón como factor de riesgo** es un eje para el trabajo en torno a la masculinidad, su construcción social y la forma en que afecta la vida de las mujeres. El varón es factor de riesgo en al menos tres sentidos que detallo más adelante. Para esta idea retomo la "**triada de la violencia**" que propone Michael Kaufman (Kaufman, 1989).

Se trata de un enfoque crítico hacia los varones que muestre el daño hacia la mujer (y a niñas y niños), que recupere el daño entre hombres y enfatice los costos hacia el hombre mismo -- todo con el fin de replantear la masculinidad y las relaciones con hombres y mujeres hacia relaciones más igualitarias y placenteras.

[\(volver al índice\)](#)

Entonces, el hombre como factor de riesgo está en tres campos:

Riesgo hacia mujeres, niños y niñas

"En el Museo del Hombre⁸ Dominicano, en Santo Domingo, hay una vitrina que contiene dos antiguos esqueletos petrificados. Uno de los esqueletos corresponde a un hombre acurrucado cómodamente en posición fetal. Apretado contra éste, el segundo pertenece a una mujer cuyas extremidades están contorsionadas. Su boca, abierta en un espasmo, muestra una perfecta dentadura y tierra petrificada donde una vez estuviera su lengua. Era costumbre de los taínos enterrar viva, a su lado, a la esposa favorita del hombre. De esta manera, esa mujer desconocida, una joven cuyos dientes una vez brillaban, yace en eterna agonía y horror, la boca abierta en un grito o un espasmo final por falta de aire, al lado de ese hombre desconocido que la consideraba su favorita". (Michael Kaufman, 1989)

Esta imagen terrible condensa el significado histórico del patriarcado y la forma en que puede llevar a la mujer a la misma muerte. Para quien considere que esto es historia o simple arqueología, podemos mencionar que aún hoy día el gobierno hindú tiene problemas para hacer cumplir una ley que prohíbe la cremación en vida de las viudas de personajes masculinos que fallecen y que aún esperan que ellas los acompañen hacia la otra vida. En el otro extremo de la vida, en la misma India se realizan abortos selectivos (en su mayoría con embriones femeninos) una vez comprobado este devaluado sexo a través de una amniocentesis. Esto empieza a ser preocupación en varios países más donde cada vez es más factible la selección del sexo y donde la preferencia por los hombres es manifiesta.

Estamos examinando aquí la forma en que el patriarcado, el machismo y la masculinidad hegemónica afectan a mujeres, niñas y niños. Una primera problemática es la de la **violencia doméstica** reciente y crecientemente considerada como una problemática de salud pública en cada vez más países y ámbitos. Es indudable que en una altísima proporción son los varones los agresores, proporción que aumenta aún más en los casos de lesiones graves. Esto lo refrendan los datos del CAVI del Distrito Federal (La Jornada, 6-XII-1994) y el 93 a 94% de agresores masculinos en diversos estudios realizados en Estados Unidos.

Goldner y colaboradoras se han acercado a este fenómeno desde una perspectiva sistémica trabajando con parejas en situación de violencia. No se conforman con ver el lado femenino sino también detectan los presupuestos y mecanismos que ocurren del lado masculino al sentir el hombre su masculinidad cuestionada y al recurrir a la violencia como mecanismo para "restablecer" las relaciones de género

(poder) "normales" (Goldner, 1990). Aportes similares están surgiendo de Antonio Ramírez y de Coriac al trabajar en forma intensiva con hombres violentos (entrevista a Francisco Cervantes, Revista *Fem*, febrero, 1995) y reconocer, con ellos, los principales mecanismos que han llevado a la violencia como recursos en las relaciones.

La violencia hacia la mujer sigue siendo algo fuertemente impregnado en la cultura en muchos contextos. "Golpear a la esposa es una costumbre aceptada... perdemos el tiempo al discutir el tema", afirma un parlamentario de Nueva Guinea en un debate al respecto de este problema (Heise, 1994).

En el **campo de lo sexual** el problema es también bastante serio. La mayor parte de los hombres hemos sido socializados en una concepción en la que se cosifica a la mujer y en donde la sexualidad se convierte en un campo no de encuentro con la mujer sino de ejercicio del poder y de afirmación de una masculinidad basada en la potencia y el volumen de los genitales. En el campo sigue siendo sumamente frecuente escuchar que las señoras, al referirse al contacto sexual con el esposo, digan que "hace tiempo no me usa" o "ayer hizo uso de mí mi señor".

Esto, aparte de llevar a relaciones sexuales poco placenteras en muchas parejas, nos abre la problemática del abuso, del hostigamiento sexual y la violación. Al igual que con la violencia doméstica, muchos casos siguen quedando no registrados porque se dan dentro del ámbito familiar o el laboral, por el estigma que puede significar para la mujer y para su familia y por la forma en que muchos ministerios públicos y la prensa siguen manejando estos asuntos. Es frecuente encontrar notas periodísticas en donde se dan protestas por la liberación rápida, con y sin fianza, de muchos agresores sexuales.

En algunos de los talleres con hombres se ha hecho la reflexión colectiva de que desgraciadamente muchos hombres no hacen consciencia de estas agresiones ni luchan contra ellas hasta que no "le toca" a alguna de las mujeres en su familia, la esposa o una hija, por ejemplo. Hasta que eso no sucede, la mayoría de los hombres nos refugiamos en el silencio de la complicidad masculina.

El **SIDA** es una problemática que ha puesto en evidencia mucho de lo que pasa dentro del campo de lo sexual y las enormes limitaciones que muchas mujeres tienen para negociar el espacio de lo sexual. Ha sacado a flote las relaciones de poder en el campo de lo sexual, la falta de prevención y autocontrol masculinas y la bisexualidad negada por muchos. El escalofrío puede completarse con el resultado de al menos dos entrevistas a profundidad a hombres seropositivos de la ciudad de México que aceptan **haber contagiado intencionalmente** a sus parejas para no irse solos de este mundo.⁹

El **embarazo impuesto y la falta de participación masculina en la anticoncepción** constituyen otra arista de esta problemática. Ya se están cumpliendo los 20 años de los programas masivos de planificación familiar y, en la mayoría de ellos, ha aparecido el varón/esposo como el principal obstáculo ante mujeres que desean limitar su número de hijos. Esto ha llevado a muchas mujeres hacia embarazos no deseados o hacia el uso de métodos más ocultables, como la Depo-Provera, pero con efectos secundarios importantes. La escasa participación masculina se ve objetivada en el 1.5% de hombres que ha optado por la vasectomía como método definitivo versus el 36.3% de mujeres que lo ha hecho por la salpingoclasia -- una proporción de 24.2 mujeres por cada hombre (Encuesta Nacional de Fertilidad, 1987).

La participación masculina durante embarazo (salvo el momento de la concepción) y en la posterior paternidad también es limitada. Nuevamente, estamos generalizando y esta generalización es bastante válida. Sin embargo, hay sectores crecientes de hombres dispuestos a enfrentar esto de una manera distinta y más equitativa y aquí nos referimos a los que sí están dispuestos a realizarse la vasectomía a pesar de las críticas y recelos de sus redes familiares y de amigos, a los hombres que asumen cuotas mayores en el cuidado de los hijos y en el ámbito doméstico.

Muchos de estos problemas y procesos se dan dentro de un marco de **alcoholización masculina**: la violencia, la relación sexual, la negación a usar el condón... No es gratuito que en una gran parte de los programas de salud de Veracruz las promotoras planteen esta problemática como central en la situación de salud de sus colonias y comunidades. Nos encontramos aquí frecuentemente con la principal causa de la dilapidación de la economía familiar.

La incapacidad (adquirida, no congénita) de muchos hombres de verse críticamente y de cambiar, aceptando cambios en las mujeres, aparece como trasfondo en el creciente aumento de **rupturas de pareja** con o sin divorcio. Masivamente es la mujer quien se queda con los hijos (lo que para el hombre no es desventaja) sin que posteriormente él se haga cargo ni en términos económicos ni en términos de paternidad. El abandono de la pareja por iniciativa femenina es un fenómeno más bien urbano, pero se va dando crecientemente, como lo señala Soledad González, en el medio rural (González, 1993).

[\(volver al índice\)](#)

Riesgo hacia otros hombres

De la nota roja:

*"El 11 de abril pasado entre las 11:30 y 12 horas, en la avenida Mártires 28 de Agosto, el jubilado Erasmo Gutiérrez Marín, de 84 años de edad, fue atropellado por el vehículo que conducía Roberto López Gutiérrez. En torno a la averiguación previa se informó que Roberto López **intentó volver a atropellar** al peatón, maniobrando de reversa, lo que no consiguió gracias a que otro transeúnte quitó de la carpeta asfáltica al herido."* (Diario de Xalapa, 4-V-1995, p.9.)

La masculinidad hegemónica no sólo afecta a las mujeres como suele notarse. Afecta profundamente las relaciones **entre** hombres en todas las edades y sectores. De hecho, es una potente fuerza moduladora de nuevos hombres que van interiorizando los patrones socialmente aceptados de lo masculino. Esto apunta a que hay que analizar también la forma en que creamos relaciones de poder y dominación entre hombres. En la familia, en el trabajo, en la escuela y en otras redes sociales, las relaciones de poder entre hombres discurren entre la burla, la amistad, la presión y la violencia. Basta observar la dinámica entre varones en cualquier escuela secundaria. La nota retomada al inicio de este capítulo apunta a algo del "saber" "realista" masculino que se transmite hacia los nuevos choferes: que, en un atropellamiento accidental, es preferible que haya un muerto a un discapacitado permanente cuya indemnización va a ser mucho más costosa. Creo que es prácticamente inconcebible pensar en una mujer "rematando" de esa forma a un atropellado.

Una mirada a las causas de muerte masculina puede ilustrarnos sobre esto. Sin que podamos afirmar que todas las muertes sean determinadas por la socialización de género, nuestra hipótesis es que ésta

tiene un fuerte poder explicativo en una gran proporción de las mismas. Ejemplo de esto son las llamadas **muerres violentas y las lesiones infligidas entre hombres**.

En la **mortalidad general** ^{10 11} llama la atención que, en México, para el año 1986:

- aparecen los **accidentes** como segunda causa de muerte entre hombres, con 35 mil muertes por año -- casi cuatro veces mayor que en las mujeres. En Veracruz, la proporción es idéntica, con 1,354 muertes masculinas por 360 femeninas para 1993.
- el **homicidio** está como cuarta causa a nivel nacional y ocasiona 14,500 muertes, 11 veces más que en las mujeres, existiendo en Veracruz un riesgo 10 veces mayor el morir asesinado al ser hombre. De sobra está decir que la gran mayoría de las 1,400 mujeres asesinadas en un año en el país lo fueron precisamente por hombres.

Durante la infancia y edad escolar hay una mortalidad similar entre niñas y niños. Es a partir de los 14 años que se dispara la mortalidad masculina siendo el **doble** que la femenina entre los **15 y 24 años**. El homicidio, en la mayoría de los estados de la República, constituye la segunda causa de muerte a partir del grupo de 15 a 24 años y manteniendo este lugar en el grupo de 25 a 34 años.

Es evidente que no toda la problemática masculina la podemos referir **exclusivamente** a nuestra socialización de género. En el caso del homicidio, por ejemplo, hay circunstancias y tipos de homicidio que hay que diferenciar. Las estadísticas aportan poco en este esfuerzo, pero, de hecho, sabemos de la importante influencia de muertes por distintos tipos de violencia, como la ligada a situaciones políticas, a la represión o al narcotráfico. Sin embargo, hay que reconocer también el asesinato entre conocidos y familiares y los que son producto de riñas en las cuales la violencia es un mecanismo central de resolución de conflictos.

Los **accidentes** aparecen como primera causa de muerte en estos dos grupos etáreos y no es difícil de entender en la medida en que la temeridad (desarrollada, probada y demostrada colectivamente entre hombres) empieza a constituirse como una característica de lo masculino desde antes de la adolescencia (Bonino, 1989). Se ha planteado reiteradamente la interrelación entre la modernidad, la urbanización y los accidentes. Esta explicación no es totalmente satisfactoria puesto que la correlación entre estas variables estado por estado no es tan automática (Hernández Bringas, 1989). Entre otras, seguramente está la variable de género que introyecta la temeridad (al volante o con armas y equipos de trabajo), la competencia y el alcohol.

El capítulo de lesiones infligidas, en especial las graves, es también netamente masculino en cuanto al agresor y en cuanto a las víctimas, aunque en éstas hay una considerable proporción de mujeres, niñas y niños. En Veracruz y en otros estados, los porcentajes de hombres en prisión superan ampliamente el 90% en las distintas cárceles del estado.

Nuevamente, el papel del alcohol es central en estos problemas y relaciones, al estar presente en un 60% de los accidentes de tránsito, en el 57% de los suicidios y en el 57% de las detenciones policíacas. Menéndez plantea que si juntamos las muertes por accidentes, homicidio y cirrosis, tendríamos al proceso de alcoholización como primera causa de muerte entre los hombres (Menéndez y di Pardo, 1981).

Para dar cuenta de esta mayor mortalidad masculina se ha creado un **índice de sobremortalidad masculina** que para el país en 1992 es de 133.4 con variantes interesantes, ya que en el polo de menor sobremortalidad encontramos al Distrito Federal (115) y Yucatán (118), y en el de mayor a Quintana Roo (175) y a Durango (170). Veracruz se encuentra cerca de la media nacional con 132 (SSA, 1994). No hay duda que gran parte de esta sobremortalidad la podemos hallar en las muertes violentas: para Veracruz, estas muertes corresponden a un 17.6% del total de muertes masculinas contra sólo un 4.7% de las muertes femeninas en 1993 (ISP-UV, 1995).

[\(volver al índice\)](#)

Riesgo para sí mismo

"¡¡Último, vieja!!" grita el niño de 5o. de primaria para que él y su grupo de amigos corran y crucen la húmeda carretera a medida que se acerca un veloz auto en una tarde lluviosa en Xalapa. El que grita, que es precisamente el "último", no se convierte en "vieja", pero sí queda con fractura de fémur y conmoción cerebral, sin contar con el parabrisas roto del automovilista.

Esta anécdota nos dice mucho de la construcción de la masculinidad en "obligada" diferenciación de todo lo "femenino", obviamente viendo lo femenino como inferior. Ese viejo grito de guerra ("¡Último, vieja!") tiene por lo menos unos 50 años de presencia entre nosotros y no encontramos equivalente dentro del campo femenino. En el caso aludido se relaciona directamente con la incorporación de la temeridad como prueba de lo masculino y con las consecuencias de la misma para este niño en concreto.

No es "accidental" que los accidentes tengan entre los varones tan enorme aumento a partir de los 10 años de edad. Al respecto, contamos con cifras generales, pero no hay muchos estudios que nos informen sobre las circunstancias concretas en las que mueren hombres y mujeres.

La incorporación de las **adicciones** es otra de las formas del daño a sí mismo. Esto ocurre en especial con el **alcohol**: aparte de la forma en que interviene en las muertes violentas, es notable su efecto a través de las muertes por **cirrosis hepática** que se hacen más evidentes a partir de la tercera década de la vida. Es llamativa la gran cobertura periodística que se dio a la reciente intoxicación en Morelos con mezcal adulterado que llevó a cerca de 50 personas (todos hombres) a la muerte, sin contar los que quedaron vivos y con lesiones serias como la ceguera. Esta visibilidad pública contrasta marcadamente con los 14,900 muertos de cirrosis en 1992 dentro de la población masculina (SSA, 1994).

En Veracruz, uno de cada 10 hombres muere por problemas de cirrosis hepática o de dependencia de alcohol y tiene cinco veces mayor riesgo de morir por estas causas que una mujer. Si bien existen otras causas de cirrosis, se calcula que un 75% está asociado al consumo de alcohol.

El **tabaquismo**, aunque viene en aumento entre las mujeres, ha sido también una adicción masculina y explica por qué el cáncer que más vidas toma entre la población masculina sea el broncopulmonar.

Cuando se habla de **suicidio**, éste generalmente se ve más como un problema femenino. Esto es cierto en cuanto al **intento**, en donde por cada hombre que lo intenta hay tres o más mujeres que lo hacen. En

cuanto al suicidio consumado, esta proporción se invierte: tres muertes masculinas por cada femenina a nivel nacional¹² aunque en Veracruz, para 1993, la proporción es de cinco muertes masculinas por cada femenina (ISP-UV, 1995). Esto puede tener una estrecha relación con la dificultad masculina de enfrentar situaciones de derrota, de dolor, tristeza y soledad y, agregado a ello, la incapacidad de pedir ayuda, petición que supone debilidad y una situación de menor poder. En cuanto a las edades, llama la atención que el **suicidio**, que aparece como cuarta causa de muerte de los 15 a 24 años (400 hombres en México en 1986), es **cuatro veces más** que el suicidio femenino en el mismo grupo.

Ya hemos visto el aspecto de la sexualidad y el sida, pero falta ver cómo afecta al hombre mismo. Baste decir que el grupo donde se encuentran las tasas más altas es el de hombres de 25 a 34 años. Para 1992 ya figura como cuarta causa de muerte para este grupo.

Para resumir, es revelador ver las tres primeras causas de muerte masculina de los **15 a los 64 años** (1986):

- 1a. causa: accidentes (principalmente automotores) - (25,600 muertes)¹³
- 2a. causa: homicidio (10,600 muertes)
- 3a. causa: cirrosis hepática (9,200 muertes)

En síntesis, es notable la sobremortalidad masculina. Si de las 10 primeras causas de muerte de **ambos** géneros restamos las muertes violentas y las debidas a cirrosis los hombres y mujeres, quedamos con unas tasas de mortalidad bastante similares (Garduño, 1994).

[\(volver al índice\)](#)

El autocuidado

Cuando trabajamos el tema de masculinidad y salud, aparte de la estrecha relación que existe entre una serie de características atribuidas a lo masculino y ciertas enfermedades, una cosa que resalta es la casi total ausencia de medidas que favorezcan la salud a partir de los hombres. En los talleres los hombres reconocemos nuestra dificultad para pedir ayuda, la negación de que estemos enfermos y la falta de incorporación de medidas de autocuidado tanto médicas como las que tienen que ver con el estilo de vida (de Keijzer, 1994). Al respecto, es significativo el aumento de las muertes por cáncer de próstata que, en Veracruz, ya es el principal cáncer mortal en hombres después de los 65 años. (ISP-UV, 1995).

[\(volver al índice\)](#)

Cuando se cae el sistema

Diálogo:

Paciente: Te voy a traer a mi mamá.

Médico: ¿Y qué tiene?

P: Está deprimida.

M: ¿Por qué?

P: Es que se jubiló mi papá..

"La caída del sistema" surge partir de los talleres vivenciales con hombres. Nos referimos al hombre en

la tercera edad, o cercano a ella, recientemente jubilado (lo cual le implica quedar fuera de su red de poder y amistad laboral), que regresa a una familia frecuentemente resentida, donde la esposa maneja la mayor parte de las relaciones. Un hombre al que ya le da guerra su próstata, con una potencia sexual en decremento y que, finalmente, se encuentra sin proyecto como ser humano en esta última etapa de su vida. En los talleres de hombres hemos podido constatar la repetición (en nuestros mayores) de procesos de desesperación, angustia, de falta de autocuidado y, frecuentemente, de autodestrucción en ese período. Y todo se relaciona con una abrupta falta de sensación de falta de poder en estos hombres.

Es el caso del auditor de importantes compañías en todo el país que, una vez jubilado, se encuentra fuera de las relaciones familiares, con una esposa que tiene bastante organizada su vida, que emerge después de salir de su vida reproductiva y a la cual vuelve loca al estar auditando continuamente las verduras que se pudrieron en la refri o los cinco pesos de aumento en la cuenta de luz. Es claro cómo nuestras sociedades "modernas" han perdido el importante lugar y reconocimiento que las sociedades tradicionales daban a ancianos y las ancianas, aprovechando su experiencia.

[\(volver al índice\)](#)

Cambios que se están dando

En las últimas décadas se han venido dando varios procesos socioeconómicos y políticos con repercusiones culturales que han modificado las relaciones entre géneros, la estructura de la familia y que constituyen factores centrales en la crisis de la masculinidad. Estos procesos, en forma sucinta, son:

- el rápido proceso de **urbanización** que se ha dado en el país;
- un notable cambio en la **estructura económico-laboral** hacia la industria y servicios; la apertura de la maquila al empleo femenino, contribuyendo a las crecientes tasas de desempleo y subempleo masculinos;
- el **deterioro del poder adquisitivo** que obliga a innumerables familias a que varios de sus miembros/as tengan que trabajar, rompiendo el esquema clásico del hombre (padre) proveedor; y
- la enorme **migración**, mayoritariamente masculina, hacia otras regiones y hacia los EE.UU.

Esto representa mucho de lo que sucede en sectores populares. En los sectores medios se agregan, más claramente que en otros sectores, los cambios provenientes del **feminismo** que plantean importantes transformaciones en las relaciones de pareja y familia, así como en la distribución del trabajo doméstico y extradoméstico.

La **estructura familiar** ha cambiado notablemente en los últimos 20 años, sobre todo en el medio urbano, a raíz del impacto de los programas de **planificación familiar**. El acceso a métodos de anticoncepción ha traído también importantes cambios en los patrones de sexualidad entre hombres y mujeres y en la independencia de las últimas.

En la **socialización de niños y niñas** también se da una mayor apertura y un progresivo distanciamiento de los roles estereotipados. Esto es un proceso que apenas avanza, a ritmos desiguales

en distintos sectores, todo lo cual incluye la posibilidad de retrocesos. En esto juegan un papel bastante progresista muchas escuelas y varios medios de comunicación.

Luis Leñero acuña el término del "**neomachismo**" para mostrar cambios en las actitudes masculinas ante la planificación familiar. Estos hombres, instalados en una especie de "machismo light" ya no ejercen (o ya no pueden ejercer) el patriarcado como lo hicieron sus padres y abuelos: ya negocian más las decisiones, ya "permiten" que trabaje la mujer fuera de casa (aunque prefieren que ella no gane más que ellos), pero mantienen un marco de referencia con un claro encuadre machista (Leñero, 1994).

Todo esto se relaciona con otro cambio que va siendo más claro: el progresivo **empoderamiento de las mujeres** en una gama cada vez más amplia de campos y actividades. El desbalance es aún descomunal, pero el terreno ganado por ellas es claro.

[\(volver al índice\)](#)

Conclusiones y recomendaciones

Una primera y clara *conclumendación* gira torno a la necesidad de analizar los fenómenos desigualdad genérica desde ambos géneros, sus causas y consecuencias. Es evidente que la mujer sigue en una situación de inferiorización en muchos campos y que es la víctima de innumerables desigualdades y agresiones que le vienen del campo masculino. Esto explica el desarrollo del feminismo y de la misma categoría de género. Sin embargo, el tipo de trabajo que realizamos puede contribuir a varias cosas:

- a encontrar explicaciones más ricas y complejas de los problemas, analizados desde ambos campos;
- a descubrir los factores que reproducen estas desigualdades tanto dentro del campo masculino como del femenino;
- a encontrar cómo la desigualdad también tiene costos para el género masculino y que, a partir de dichos costos, se puede realizar un trabajo preventivo o de cambio con los propios hombres;
- a encontrar dónde, cuándo y cómo se bloquean en los hombres ciertas capacidades humanas (por considerarlas femeninas) y por dónde desconstruir esta enajenación.

Otro elemento es el de la urgencia de diseñar/inventar espacios en donde los hombres podamos dar un paso fuera de la reproducción automática de una masculinidad enajenada para revisarla y discutirla. Estos espacios pueden ser exclusivos de hombres o momentos separados dentro de un trabajo mixto con padres de familia o parejas o dentro de la formación de profesionales con tanta presencia social como los psicólogos, maestros, médicos, trabajadores sociales, etc.

Aún más que esto, importa avanzar en esta reflexión hacia el sector de población de los jóvenes, incluso en la primaria. La escuela es un ámbito donde se confrontan, conforman aprenden, y practican las relaciones de género. Es entonces la escuela un buen escenario para desactivar la educación y el trato sexista y descubrir el valor de las relaciones igualitarias. En este ámbito entran muy bien insumos como la colección de cuentos denominada "A favor de las niñas",¹⁴ con cuentos no sexistas que, por serlo, irán también a favor de los niños.

Finalmente, hace falta profundizar en todo lo referido a la masculinidad, sus limitaciones y posibilidades a fin de avanzar hacia relaciones más igualitarias y placenteras para salir de la enajenación anotada por Josep-Vincent Marques: "Nos han enseñado a mirar como bobos lo que tenemos los varones en común, supuestamente prestigioso, en vez de mostrarnos lo que nos diferencia entre nosotros y nos asemeja a las mujeres" (Marques, 1991).

[\(volver al índice\)](#)

Bibliografía

Bonino Méndez, Luis. "Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos". Mimeo. Trabajo presentado en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina, marzo de 1989.

De Barbieri, Teresita. "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", en Fin de siglo: género y cambio civilizatorio. Ediciones de las Mujeres, No. 17. Isis Internacional, Santiago, Chile, 1992.

de Keijzer, Benno. "La salud y la muerte de los hombres". Mimeo, por publicarse en la Revista Mexicana de Sociología. México, 1994.

de Keijzer, Benno. Reyes, Emma y Ayala, Gerardo. "Salud mental y participación social", ponencia presentada en el Foro "Participación comunitaria en salud; experiencias y tareas para el futuro". Hermosillo, Sonora, febrero, 1995 (a ser publicado por la OPS).

Garduño, Ángeles. "Determinación genérica de la mortalidad masculina", ponencia presentada en el Congreso de Investigación del INSP. Mimeo. Cuernavaca, enero, 1994.

Goldner, Virginia y colaboradoras. "Love and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments", en Family Process, Vol 29, No.4, pp. 333-364. Diciembre , 1990.

González, Soledad. "Del matrimonio eterno a las mujeres que no aguantan: cambios recientes en familias rurales", en Teresa Döring (comp.), La pareja o hasta que la muerte nos separe. UAM, en prensa. México, 1993.

Heise, Lori. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. OPS. Washington, noviembre, 1994.

Hernández Bringas, Héctor. Las muertes violentas en México. CRIM-UNAM. Cuernavaca, 1989.

Herrera, P., de Keijzer, B. y Reyes, E. "Salud mental y géneros: una experiencia de educación popular en salud con hombres y mujeres", ponencia presentada en el Coloquio Género y salud femenina. Mimeo, Ciesas e INNSZ. México, D.F., junio de 1993.

Instituto de Salud Pública, SISSEV. Base de datos sobre mortalidad. Universidad Veracruzana. Xalapa, 1995.

Kaufman, Michael. Hombres: placer, poder y cambio. Cipaf. República Dominicana, 1989.

Kimmel, Michael. "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes", en Fin de siglo: género y cambio civilizatorio. Ediciones de las Mujeres, No. 17. Isis Internacional. Santiago, Chile, 1992.

Leñero Otero, Luis. "Los varones ante la planificación familiar", en Maternidad sin Riesgos en México, editada por Ma. del Carmen Elu y Ana Langer. IMES, A.C. México, 1994.

Marqués, Josep-Vincent. Masculino, femenino neutro. El Viejo Topo, Barcelona.

Marqués, Josep-Vincent. Curso elemental para varones sensibles y machistas recuperables. Ediciones de Hoy. Madrid, 1991.

Menéndez, Eduardo y di Pardo, René. Alcoholismo 1, Características y funciones del proceso de alcoholización. Cuaderno 56. Casa Chata. México, 1981.

Menéndez, Eduardo. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. CNCA. México, 1990.

OPS. Las condiciones de salud de las Américas. 1991.

Sáez Buenaventura, Carmen. "Violencia y proceso de socialización genérica; enajenación y transgresión, dos alternativas extremas para las mujeres", en Violencia y sociedad patriarcal. Editorial Pablo Iglesias. Madrid, 1990.

Secretaría de Salud. Mortalidad 1992. México, DF, 1994.

[\(volver al índice\)](#)

Notas

1. Este trabajo se ha realizado el apoyo de la Beca de Liderazgo de la Fundación MacArthur y el estímulo continuo de Linda King, que me han permitido profundizar en esta temática a lo largo de estos años. Ha sido central la orientación siempre crítica de Eduardo Menéndez quien, a partir de agudas interrogantes, nos ha abierto caminos insospechados.
2. Agradezco mucho a la Maestra Alina Sánchez de dicho Instituto, el que me facilitara la información para 1993, así como el procesamiento por ella realizado de las causas de mortalidad femenina para dicho año.
3. Desde que inició, mi trabajo ha contado con aportes e intercambios con los otros grupos que plantean trabajos en torno a los masculino: el Laboratorio de Exploración de la Masculinidad, Coriac, A.C., el seminario de Masculinidad (PUEG/UNAM) y, en el campo de la sexualidad, el Seminario de Sexualidad de El Colegio de México.
4. Existen asimismo en nuestro país otras formas de socialización dentro de grupos étnicos y culturas regionales que no corresponden a este modelo y que no son analizados en este trabajo.
5. El trabajo se ha extendido a otros estados como Chihuahua, Guanajuato, el Distrito Federal, y en talleres nacionales y centroamericanos, tanto en la modalidad de talleres para hombres como en talleres mixtos sobre género y salud.
6. Cabe señalar que, en 1930, la diferencia en la esperanza de vida era de 1.5 años más para la mujer. Mi planteamiento es que la brecha se abre al disminuir la mortalidad infantil en las décadas posteriores y al mantenerse, entre los hombres, una serie de factores de riesgo. Para profundizar más en la mortalidad masculina a nivel nacional ver de Keijzer, 1994.
7. Comentario de Mabel Burin en el Coloquio Género y Salud organizado por el Ciesas en 1993.
8. Nótese la persistente inclusión (y entierro) de la mujer dentro de la categoría (con mayúscula) "Hombre".
9. Comunicación personal del Dr. Roberto Castro del INSP.
10. Los siguientes datos, a menos que se cite otra fuente, provienen de "Las condiciones de salud de las Américas", tomo 1, OMS-OPS, 1990.
11. Es importante señalar que estamos trabajando con estadísticas oficiales que suelen tener problemas de subregistro o de registro deficiente en cuanto a las causas de muerte. Esto ocurre especialmente en el terreno de las muertes violentas como los accidentes y, particularmente, en casos de homicidio y suicidio, en los que pueden existir fuertes presiones para una declaración falsa o dudas sobre el origen de la defunción.
12. Hernández Bringas, op. cit., pp. 56-63.
13. Tanto Hernández Bringas como García y de Oliveira muestran que es bajo el porcentaje de accidentes mortales producidos en el trabajo con respecto a otras formas de muerte violenta, no llegando a ocupar ni el 2% de las mismas. Por supuesto, tenemos aquí también un relativo subregistro, además que una

proporción no especificada de los accidentes automotores ocurre al ir o regresar del centro de trabajo o al estar trabajando.

14. Escritos en su mayoría en Italia, traducidos en España y publicados por Lumen.

Texto publicado en Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.

Benno de Keijzer

Salud y Género A.C.

Xalapa, Veracruz, México

Telefax: (01 28) 151-175

salygen@infosel.net.mx

[\(volver al índice\)](#)