

Trabajo Monográfico.
VII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género.
Título: Masculinidad y Salud. Una reflexión necesaria.

Autora: Lic. Niurvict Leyva García. Dpto. Psicología. Universidad de Holguín.

nleyva@fh.uho.edu.cu

El último cuarto de siglo pasado, se ha caracterizado entre otros sucesos por un firme cuestionamiento al lugar que ha sido asignado a hombres y mujeres en la sociedad, determinando modificaciones sustanciales en las relaciones entre los sexos y por consiguiente en las subjetividades.

La teoría de género ha removido oportunamente aquellas creencias y mitos que dieron lugar a prácticas y toma de posturas, delineando de forma rígida la emergencia de una subjetividad masculina y femenina, transmitida desde lo cultural a través del complejo proceso de socialización.

A la par de lo que ha puesto de relieve esta teoría, se han producido otras transformaciones sociales como consecuencia de políticas de reivindicación de derechos ciudadanos para la mujer, tales como la incorporación de esta a la vida laboral, la potenciación de su autonomía y su derecho a la autorrealización al margen de la maternidad y la familia, exigiendo por tanto una profunda revisión de los roles tradicionales femeninos enfrentándose al conflicto entre lo asignado y lo asumido. Sin embargo, esta problemática ha conducido forzosamente también a igual revisión por parte de los hombres de su posicionamiento en la sociedad, debido a que la emergencia de una masculinidad diferente entra en contradicción con la postura tradicional transmitida a través de patrones socioculturales que prescriben para estos una posición ventajosa con respecto a la mujer, construyéndose un modelo hegemónico de masculinidad, donde las asignaciones más importantes al varón son: el dominio, la posesividad, la fortaleza, la inteligencia, la virilidad, la potencia sexual desligada del afecto y las emociones, asumiéndose esto como lo relativo a su sexo, lo que niega cualquier posibilidad de ser diferente y a la vez mantenerse “hombre”, producto a que se naturalizan conductas, actitudes y roles social e históricamente asignados a dicho modelo de masculinidad.

Esta situación implica para el varón un conjunto de expropiaciones, de necesidades insatisfechas y de limitantes para su desarrollo personalógico y humano que traen como consecuencia afectaciones para su salud, manifestándose en la resistencia al

dolor, la ausencia de quejas y una habitual reticencia para solicitar ayuda especializada fundamentalmente.

Datos recientes señalan que la situación de salud del sexo masculino conforma un panorama preocupante: de las diez primeras causas de muerte en Cuba, referidas entre otras a las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, existe un predominio de la mortalidad masculina sobre la femenina en ocho de estas causas¹. También a escala mundial se configura una perspectiva similar con el aumento creciente en los varones de los índices de suicidio, drogadicción y disfunción sexual eréctil, entre otros. Lo anterior evidencia desde una perspectiva psicológica cómo el conjunto de cualidades, sentimientos, actitudes y pautas de comportamientos culturalmente aceptados influyen en la salud masculina.

Dicha problemática ha despertado el interés, a partir de la década del setenta, de numerosos especialistas de los denominados Men's Studies, que basándose en lo Estudios de Géneros se han dedicado a la problematización del significado sociocultural de la masculinidad y la consecuente relación de ésta con la salud.

Valorar críticamente la masculinidad y su relación con la salud, unido a la búsqueda de soluciones que conduzcan a estilos de vidas saludables, deviene entonces como objetivo fundamental en el abordaje de esta temática.

Resulta imposible abordar esta, sin tener en cuenta al género como construcción socio histórica de un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas que hacen diferentes a hombres y a mujeres, articulándolos dentro de relaciones de poder y división de funciones, susceptibles de transformación.

Esto conlleva a la existencia de la masculinidad, como depositaria de la configuración genérica del hombre, construcción social que contiene un conjunto de características que definen el "ser varón", determinada por cualidades, sentimientos, actitudes y pautas de comportamientos legitimados que según el modelo asignado desde la estructura patriarcal, ubican al hombre en un lugar de dominación sobre la mujer.

Estas significaciones relativas al ser hombre tienen como etiqueta principal, al decir de Patricia Arés, "un conjunto de expropiaciones referidas a la capacidad de aprender a elaborar procesos esenciales de su vida emocional y su sexualidad, expropiación de los sentimientos, de la paternidad y de su validismo personal"².

La referida problemática trae consigo una serie de prohibiciones con repercusiones

muy relativas, debido a la íntima asociación entre varón = cultura = ámbito público y varón = producción, ya que éste estructura su identidad masculina de acuerdo con los ideales que el sistema patriarcal le adjudica de autonomía, capacidad de iniciativa y control de los sentimientos que interfieren en su desempeño individual afectando su salud. Siendo así la mirada se pone en la vida cotidiana con su respectiva carga sociocultural, política, económica y que se revierte en lo que implica ser hombre hoy, bajo determinadas condiciones de vidas, construyéndose entonces un vínculo estrecho entre el género y la salud, donde la pertenencia del sexo masculino delinea todo un proceso de diferenciación con el femenino en lo que a salud y modos de enfermar respecta.

Los hombres tienen mayores probabilidades de adquirir hábitos inadecuados en salud, al compartir las creencias tradicionales sobre la virilidad, pues son educados para ser fuertes, aguantar el dolor, valerse por sí mismos, no pedir ayuda y salir adelante y por tanto acostumbran a negar o minimizar sus problemas de salud hasta que esto se agrava y cuando acuden en busca de ayuda especializada es producto de la persistencia de su familia fundamentalmente. En su esfuerzo para demostrar hombría, llegan a ignorar normas de seguridad en el trabajo, consumen altas cantidades de alcohol y realizan esfuerzos físicos que van más allá de sus posibilidades reales. Se ha determinado además el ascenso de la mortalidad de los hombres de 65 años falleciendo como promedio siete años antes de que las mujeres. En cuanto al suicidio logran consumarlo en una proporción tres veces mayor que las féminas y cuando la idea se configura se disponen a morir “como hombres” utilizando los métodos más letales¹; como expresión de los modos en que estos intentan desde lo asignado resolver el malestar al que se enfrentan en su vida cotidiana. Esto conlleva, desde lo psicológico a serias consecuencias para la salud del hombre que desarrolla en ocasiones canales afectivos de escape a su emotividad en forma de mecanismos de negación y somatización.

Estudios realizados demuestran que la cirrosis, el cáncer de pulmón, los suicidios, el alcoholismo, el sida, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de próstata y los accidentes de trabajo son más frecuentes en los hombres³. Dicha problemática pone de relieve una relación entre lo expuesto con anterioridad y lo socialmente asignado y asumido en tanto al modelo de masculinidad hegemónica, convirtiéndose en factor de riesgo para la salud.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un ejemplo evidente de esta

situación: en el 2003 se registraron en Cuba, 20 173 defunciones por enfermedades del corazón y de ellas 10 998 muertes correspondían al sexo masculino¹ asociado a que la reactividad cardiovascular de los hombres ante situaciones de estrés es mayor, debido a la no canalización adecuada de sus necesidades sino que existe una marcada inexpresividad emocional caracterizada por la represión y supresión de tensiones, relacionada con la censura social que los cuestiona al convertirse en demandantes de atención.

El binomio hombre-proveedor dada la situación económica actual, constituye también fuente de sobrecarga emocional al producirse un conflicto intrarol entre lo socialmente esperado y las potencialidades y condiciones reales con que cuenta el varón para satisfacer las necesidades básicas de su familia.

También el tema de la salud sexual y reproductiva evidencia el papel que la cultura le asigna a los hombres en los procesos reproductivos y de planificación familiar, dada la resistencia de éstos a participar de dichos servicios fundamentalmente en el campo de la anticoncepción donde la mayoría de las consultas es efectuada por mujeres. En el mejor de los casos el número de consultas de varones en orientación y asistencia anticonceptiva es menor al 1% del total de consultas efectuadas⁴. Generalmente los hombres se rehúsan a participar y discutir sobre salud sexual y reproductiva porque los hace sentir inseguros e inferiores y equivale a “dejar de ser hombres”. En cierta medida la ausencia de espacios específicos para la consulta de los varones en anticoncepción devienen en un claro mensaje “el cuidado en torno a la regulación de la fecundidad es un tema de mujeres”. A ello se une la escasa oferta de métodos anticonceptivos para varones: los preservativos y la vasectomía. Sin embargo en los últimos tiempos se ha percibido en este sentido una toma de conciencia por parte de las instituciones de salud cubana de la necesidad de dar un giro en la atención de salud asociada a esta situación con la puesta en práctica del Programa de Vasectomía sin Bisturí⁵. Gracias a esta técnica no se requiere de bisturí para realizar la incisión y el temor del hombre ante la intervención disminuye reportándose un alto grado de satisfacción con el procedimiento.

La Disfunción Sexual Eréctil (DSE) es otra de las enfermedades que dentro del campo de la salud sexual y reproductiva afectan a los hombres. A escala mundial más de cien millones de éstos tienen problemas para lograr y/o mantener una erección suficiente para la actividad sexual⁶. Es a partir de los 40 años que esta enfermedad se presenta con mayor incidencia. La misma es muchas veces

emergente de los procesos más profundos en el paciente que nos hablan de su historia individual, que es también un modo recreado y particularizado de la historia de su género. La sexualidad humana en sus diferentes dimensiones es portadora no solo de un componente biológico que nos hace hombres o mujeres, sino también de las asignaciones sociales correspondientes a cada género. En este sentido la construcción de masculinidad incluye un trato afectivo diferenciado con el varón donde el contacto físico es cuanti y cualitativamente inferior en sus relaciones afectivas, sobrevalorando su autorregulación emocional.

Los hombres desde su concepción machista no conciben una relación sexual que no pase necesariamente por el coito e incluso reducen sus encuentros sexuales exclusivamente a él, estableciendo una conducta limitada en relación al sexo, de tal modo que cuando la posibilidad de coito fracasa su mundo se desmorona rechazando todo encuentro sexual. Igualmente existe la creencia asociada al tamaño de los órganos sexuales: “mientras más grandes sean éstos y más activamente se entregue al sexo más macho será”; además de considerar el ejercicio de la promiscuidad como una forma de demostrar su hombría. Todas estas creencias aún presentes en nuestra sociedad son factores potenciadores e incluso sostenedores de la DSE. De la misma manera la necesidad de ser y parecer fuerte se transforma en un obstáculo para que los hombres acepten la posibilidad de tener problemas de infertilidad.

El llevar el papel dominante en la relación de pareja, entender que ellos son los que deben saber más de sexo, el temor ante hacer un “mal papel” entre otras, son algunas de causas que conllevan a una gran tensión emocional durante la relación y por consiguiente a un trastorno del desempeño sexual. Muchas disfunciones de origen psicológico son vistas por los hombres como una enfermedad de la virilidad y es justamente esa posición del “superrmacho” la que favorece y propicia el surgimiento y permanencia de la DSE.

En lo referente al tema del VIH/ SIDA, en Cuba la transmisión sexual constituye el elemento principal de riesgo para contraerlo y desde que se implantó en 1986 el programa de control de esta enfermedad, se ha reportado al sexo masculino como el más afectado, aunque existe una tendencia ligeramente ascendente en los casos de la incidencia del sexo femenino⁷. La creencia masculina de ser “invulnerables” impide que los hombres construyan para sí y sus parejas una cultura de prevención de la transmisión del virus.

Unido a esta creencia está la magnificación del deseo y el placer que debe experimentar el varón en la relación sexual asociado al mito de que el condón significa la reducción de la sensibilidad y el miedo a que disminuya la erección constituida en un fuerte indicador de virilidad desde el imaginario masculino. Los hombres construyen su realidad en un constante riesgo, en la cual no poner en peligro su vida es sinónimo de poca hombría, por lo tanto no despliegan una autogestión en materia de salud sexual y reproductiva.

En otro orden de cosas frecuentemente los medios de comunicación masivos realizan campañas para la detención oportuna del cáncer cérvico-uterino y del cáncer de mama, pero ¿cuántos hombres son escuchados o cuántas campañas se han visto a través de los medios informativos sobre el cáncer de la próstata? Un estudio realizado por el Centro Médico Siglo XXI detectó que el 80 por ciento de los hombres empieza a presentar problemas de próstata a partir de los 60 años y que el cáncer de este órgano ataca al 50 por ciento de la población masculina mundial por tanto se requiere atención y de campañas de información que contribuya a la detención temprana de este padecimiento; sin embargo los hombres no colaboran con la prevención producto a la forma en que se visualiza en la sociedad y por el concepto de la supuesta “invulnerabilidad” con que viven. Un examen imprescindible para la detección del cáncer de próstata es el tacto rectal, rechazado por la mayoría de éstos por el significado cultural que trae consigo debido a que los hombres son “impenetrables” y a la asociación del ano con la homosexualidad que tiene su origen en la cultura homofóbica.

Las reflexiones anteriores corroboran la existencia de un estrecho vínculo entre los problemas de salud del género masculino y los mandatos socioculturales que condicionan la aparición de éstos, imponiéndose la búsqueda activa de soluciones al respecto, en este sentido resultan fundamentales las reflexiones de Enrique Pichón Riviere cuando señala: “ el sujeto es sano en tanto aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar la realidad, transformándose a la vez a sí mismo. Está activamente adaptado en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio”⁸.

Se impone además un redimensionamiento de los roles de género en materia de salud pues a pesar de la voluntad del estado cubano por instituir políticas de salud sustentadas en la justicia e igualdad de derechos para la atención de hombres y mujeres, aun existen limitaciones para la inclusión de la perspectiva de género. Se

requieren paradigmas en salud, que a partir de la diferencias del “ser mujer” y “el ser hombre” legalicen las inequidades de género existentes en aras de potenciar acciones e intervenciones acertadas en el tema.

La formación de grado y postgrado de los profesionales de la salud aun continúa centrada en replicar el modelo tradicional de masculinidad y feminidad y en sostener prácticas profesionales con indicadores que sitúan al varón como acompañante o colaborador de la mujer, limitándose el enfoque de género solo a la condición de éste.

Si se asume que el concepto de equidad constituye la columna vertebral del enfoque de género, la atención a los problemas de salud no es más justa por que asigne igualdades para cada sexo, puesto que la equidad corresponde a la igualdad en la diferencia. Muchos mecanismos se configuran a nivel individual y pueden fungir como agentes de cambio en los posicionamientos masculinos en relación a la salud, en tanto los hombres sean capaces de una adaptación a las nuevas condiciones sociales, a los cambios en los roles a desempeñar por los diferentes géneros y con subjetividades abiertas que asuman la necesidad consiente del cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ¹ MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. La Habana, Cuba: 2003, pág. 4.
- ✓ ² Arés M. Patricia en Virilidad ¿Conocemos el costo de ser hombre? Material del Soporte Magnético: 1998, Pág. 16.
- ✓ ³ OPS/OMS. Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales para la Identificación y Reducción de las Inequidades de Géneros en el Contexto de las Reformas de Salud y Seguridad Social. Citado por Artilles Visbal Leticia en Género, Salud y Cotidianidad. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Científico Técnico; 2000, Pág. 54.
- ✓ ⁴ Guida Carlos. El Papel de los Servicios de Salud Reproductiva en la Consolidación de las Masculinidades Hegemónicas (2007) Disponible en www.hombresigualdad.com. Consultado: Mayo 2007.
- ✓ ⁵ Alonso Domínguez Francisco, Fragas Valdés Ramiro. Vasectomía sin Bisturí en Revista Sexología y Sociedad. Año 7, Nº 17; Abril 2001, Pág. 22.
- ✓ ⁶ Lara Ismary, Ramos Amarilis. Cuerpo de Hombre ¿Temor o realidad a la

- castración? En Revista Sexología y Sociedad. Año 6, Nº 15; Agosto 2000, Pág. 16.
- ✓ ⁷ Programa Nacional de Control y Prevención del VIH / SIDA. MINSAP. Citado por: Ochoa S. Rosaida, Villalón O. Myrna en Género: Salud y Cotidianidad. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Científico Técnico; 2000, Pág. 34.
- ✓ ⁸ Riviere Pichón Enrique. Diccionario de términos y Conceptos de Psicología y Psicología Social. Compilado por Riviere Pichón Joaquín. Buenos Aires. Argentina: Ediciones Nueva Visión; 1995, Pág. 32.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Artilles V Leticia. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. Soporte digital.
- 2- Alfonso Ada C, Sarduy Celia. Género, Salud y Cotidianidad. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Científico técnico; 2000.
- 3- Arés Muzio, Patricia (1996) Virilidad ¿Conocemos el costo de ser hombre? Soporte magnético: 1998.
- 4- Asturias E Laura. Inequidad en la información y falta de conciencia: principales razones del cáncer de próstata (2007) Disponible en www.hombresigualdad.com. Consultado: mayo 2007.
- 5- Machismo y Alcoholismo. Obstáculos para la salud sexual de los hombres (2007) Disponible en www.hombresigualdad.com. Consultado mayo 2007.
- 6- Fernández Rius Lourdes. Roles de Género. ¿feminidad contra masculinidad? En Revista Temas no 5; 2002.
- 7- Fleitas Ruiz Reina. Género y pensamiento médico, hacia un nuevo enfoque de la salud femenina en Revista de Sexología y Sociedad. Año 8, no 18; abril, 2002.
- 8- González Rey Fernando. Personalidad, Modo de Vida y salud. La Habana. Cuba: Editorial Félix Varela; 1994.
- 9- MINSAP. Anuario Estadístico de salud. La Habana, cuba: 2003.
- 10- Tajer Deborah. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud en Revista Sexología y Sociedad. Año 9, no 2; abril, 2002.