

This text presents some reflections on the implications in the field of health of some models of gender socialization to which men are exposed. We are interested in problematizing these consequences, when interpreting health as an area of human rights. We comment on some statistics on causes of death for men and on the categories that have been used to try to account for the excess mortality rates of males. The notion of male privilege is questioned by revealing the negative consequences on their health, because of uncritical repetition of models of masculinity, associated with risk-seeking and lack of culture of selfcare. This hinders the exercise of the human right to health in the experience of men. We reflect on some dimensions of a proposed comprehensive review of the concept of right to health for men, for which the category of "selfcare" is emphasized as part of males' models of gender identity. We propose a critical exercise of citizenship among men and a critical intervention of health professionals.

Key words: models of masculinity, self-care, gender socialization patterns, the right to health

Introducción

Este texto busca reflexionar sobre las consecuencias que tienen en el ámbito de la salud algunos modelos de socialización de género a los que están expuestos los hombres. No se trata de generalizar lo que vive dicha población y menos estigmatizar algunos comportamientos considerados violentos, dadas sus potenciales consecuencias para diferentes personas, pero sí interesa problematizar dicho ejercicio violento al interpretar el ámbito de la salud como un espacio de derechos, en especial de los mismos hombres. Es decir, surge de la pregunta analítica y política, en términos de si se puede ejercer violencia contra sí mismo, dado que se suele interpretar dicha práctica con la intención de someter y de dominar a alguien. No obstante, me interesa problematizarlo a partir de dialogar con diversas categorías que se usan al tratar de interpretar los procesos de salud enfermedad de diferentes grupos de hombres.

En la literatura aparece la categoría de negligencia suicida (Bonino 1989), así como la de "la masculinidad como factor de riesgo" (De Keijzer 1995), al tratar de caracterizar las causas de muerte de los varones. Se habla

de que “ser hombre es malo para la salud”, o bien de que “el machismo no combina con la salud” (Papai 2009), ya que se identifican trayectorias que llevan a la muerte, relacionadas con los procesos de socialización de los sujetos del sexo masculino. Se describe la sobremortalidad masculina aludiendo a la metáfora de que muchos sujetos del sexo masculino se “mueren como hombres” (De Keizer 1992), a la par que he ironizado diciendo que se es “hombre hasta la muerte” (Figuroa 2009a).

Gary Barker (2005) publicó el libro *Dying to be men*, título que he parafraseado señalando “¡qué ironía, me muero por ser hombre!” Más allá de una broma, la frase combina dos acepciones de la expresión “me muero”; antes de limitarla a un sinónimo del acto de fallecer se propone leerlo como el sentir que se vive ante una situación o comportamiento que se desea experimentar. En este caso se refiere al deseo de ser hombre, al margen de que su contenido no está tan evidentemente definido. Lo contradictorio es que pareciera que muchos hombres se mueren en la búsqueda de algo ambivalente y contradictorio, al grado de que las principales causas de muerte tienen que ver con actos violentos, incluso ejercidos por quien fallece después de los mismos. Estudios recientes (Canudas, García y Echarri 2015), muestran un descenso en la esperanza de vida de la población masculina en México, algo que ocurre en casos excepcionales dentro de las historias demográficas y de salud de la población, como lo son ciertos eventos bélicos y de epidemias, ambos en magnitudes significativas. Ello llega a generar muertes de proporciones importantes de la población; en el caso actual se alude a un contexto de violencia (como señala Cárdenas, 2015), si bien habría que definir de quién y sobre quién es la violencia: ¿en términos grupales sería entre varones, o bien de varones a mujeres? Ahora bien, si se piensa en términos individuales, ¿podría ser de un varón sobre sí mismo? Iniciemos entonces con una breve fotografía de las muertes de las personas del sexo masculino.

1. Trayectorias de las causas de muertes de los varones

En un trabajo previo (Figueroa 2007) presentaba algunas estadísticas de la primera década del siglo XXI para el caso de México, sobre esperanza de vida al nacer y sobre tasas de mortalidad por algunas causas, comparando el caso de los varones y de las mujeres. Me refiero a accidentes, suicidios y lesiones (separando aquellas autoinflingidas de aquellas provocadas por otras personas), cirrosis hepática y casos de VIH-Sida. Los datos del primer quinquenio del tercer milenio mostraban una mayor incidencia de efectos negativos para el caso de los varones y eso de manera sistemática, independientemente del año o del indicador considerado. Las mujeres presentaban una esperanza de vida cinco años mayor a la que se observa en los hombres, mientras que el nivel de las tasas de mortalidad por los diferentes tipos de accidentes son en promedio entre tres y cuatro veces más altas entre la población masculina que entre la femenina. Los diferenciales se mantienen al analizar los suicidios y lesiones como causas de muerte e incluso en el caso de los generados intencionalmente son mayores las diferencias, siempre en detrimento de los varones. Entre esta población se observaban mayores casos de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, así como por VIH-Sida. La pregunta que valdría la pena hacerse en una discusión más amplia es si esto se da de manera similar en otros países, por ejemplo de América Latina.

En la misma vertiente de tratar de entender las diferencias por sexo en el ámbito de la salud-enfermedad, Araceli Damián (2006) desarrolló una serie de comparaciones de la esperanza de vida al nacer y diferentes tasas de mortalidad (infantil, en la niñez y en la juventud), contrastando la experiencia de hombres y mujeres de varios países de América Latina durante el período 2000-2005: la infantil se refiere a la muerte durante el primer año de vida y la de la niñez alude al periodo entre el primer aniversario y los cinco años de edad. La que convencionalmente he denominado ‘mortalidad en la juventud’, hace referencia al periodo de los 15 a los 49 años, edad que suele tomarse como el período reproductivo de las mujeres y como el inicio de la experiencia productiva de muchos hombres.

En los cuatro casos estos indicadores se comparan para la población de varones y la población de mujeres y además se contrasta entre tres grupos de países en América Latina: en el primero de ellos se consideran aquellos de tasas de mortalidad alta en el momento de la medición (como lo son Colombia y Venezuela), en el segundo caso de mortalidad baja (como Cuba, Costa Rica, Chile y Uruguay) y en un tercero grupo aparece México junto con Brasil. A continuación se estima cuál sería un nivel de mortalidad viable a ser alcanzado tomando no un “ideal epidemiológico” en abstracto, sino al menos las condiciones de países latinoamericanos con bajos niveles de mortalidad y se estima lo que la autora denomina “déficit de esperanza de vida y muertes evitables”, en términos de la diferencia entre el ideal factible y los datos observables para el caso mexicano durante el quinquenio que va de 2000 a 2005.

Cuando compara la tasa de mortalidad infantil encuentra que se podrían evitar en México 17 muertes por cada 100 mil habitantes (tanto en hombres como en mujeres) si se llegaran a los niveles más bajos de América Latina. Es decir, en el primer año de vida no habría tanta diferencia en función del sexo de la persona. Cuando compara los datos durante la niñez, encuentra 22.8 muertes evitables para los hombres y 20.6 muertes evitables para las mujeres (por 100 mil habitantes). Es decir, todavía las diferencias no son tan significativas, aunque ya empieza a verse un leve incremento para las muertes evitables: diez por ciento más alto para el caso de los varones, lo que sugiere analizar las respectivas causas de muerte. Ahora bien, donde se presenta una diferencia muy notoria y estadísticamente significativa es en el de la mortalidad entre 15 y 49 años, ya que dentro de los varones alcanza un nivel de 35.9 muertes evitables por cada cien mil habitantes, mientras que en el caso de las mujeres el indicador disminuye a 8.4 por cada cien mil; es decir, el primero dato es más de cuatro veces el nivel del segundo, lo cual está más asociado a comportamientos de los individuos que a las diferencias fisiológicas entre las personas en función de su sexo.

Al finalizar la primera década del presente siglo, el Consejo Nacional de Población (2010) preparó un documento en el que se analizan las principales causas de mortalidad en México, con el propósito de ser presentado en Naciones Unidas, dentro de una comisión sobre población y desarrollo. En este documento se analizan las cinco principales causas de muertes a partir de diferentes grupos de edad y en todos los casos, considerando las diferencias entre hombres y mujeres. Además, se muestran trayectorias de los indicadores a lo largo del tiempo y durante tres décadas, empezando en 1980.

Los primeros dos grupos coinciden con los que trabajó Araceli Damián (2006). Llama la atención que desde el periodo de 1 a 4 años de edad, los accidentes constituyen una causa importante tanto en niños como en niñas: ocupa el primer lugar en los 4 años más recientes de los 7 que se presentan en el análisis para los niños y en los tres más recientes para las niñas. Al margen de que en este documento no se señala el contraste de cuántos accidentes ocurren dependiendo del sexo de la persona, se privilegia la distribución al interior de cada grupo y en eso se centran las comparaciones.

Para el tercer grupo que analizan (de 5 a 14 años) los accidentes constituyen la principal causa de muerte en todos los años tanto para niños como para niñas, si bien los porcentajes son más altos en el primer grupo. Es decir, una de cada tres muertes en niños y una de cada cuatro muertes en niñas se deben a dicha razón. Llama la atención, que en 5 de los 7 años considerados en la secuencia temporal de análisis, aparece como cuarta o quinta causa de muerte el concepto de “lesiones intencionales”, pero solamente en la experiencia de los sujetos del sexo masculino. En los cinco años referidos, esta causa representa una de cada veinte muertes en este grupo de edad, ocupando el cuarto o quinto lugar entre lo que da cuenta de los fallecimientos.

Un panorama distinto se presenta al pasar al cuarto grupo de edad considerado en este documento (de 15 a 24 años), ya que los adolescentes y adultos jóvenes presentan en todos los años del análisis las “lesiones

intencionales” como segunda causa de muerte, solo atrás de los accidentes, la cual se mantiene como la principal explicación de la muertes de jóvenes de ambos sexos. Entre las mujeres las lesiones intencionales aparecen una vez como segunda causa de muerte y en tres ocasiones como tercera, si bien las proporciones de accidentes y lesiones intencionales en los dos últimos años analizados constituyen poco más del 60% de las muertes de hombres y alrededor del 32% en el caso de las mujeres. Casi el doble de sujetos del sexo masculino fallece por causas de tipo violento, comparado con el caso de las mujeres.

En el quinto grupo de edad (25 a 44 años de edad) las lesiones intencionales se mantienen como segunda causa de muerte de los hombres, atrás de los accidentes, mientras que entre las mujeres los accidentes pasan a ser la tercera causa en importancia, desapareciendo de las cinco primeras el rubro de “lesiones intencionales” y emergiendo los tumores malignos y las cardiovasculares como las dos más significativas, estadísticamente hablando. Las lecturas desde el género ofrecen algunas posibilidades de interpretación.

En los dos últimos grupos de edad (45 a 64 años de edad y de 65 años y más) el panorama epidemiológico es distinto, ya que los accidentes disminuyen su peso relativo entre los hombres, además de desaparecer entre las mujeres; también desaparecen las lesiones intencionales entre los sujetos del sexo masculino como parte de las cinco principales causas de muerte, para “dejarle paso” a los problemas cardiovasculares, a los tumores malignos y a la diabetes mellitus, tanto entre hombres como entre mujeres.

Ahora bien, en estudios demográficos realizados durante la segunda década del siglo XXI, lo que se ha encontrado en la experiencia mexicana, es que más allá de las transiciones epidemiológicas, originadas por los diferentes problemas de salud a los que están expuestas las personas en sus diferentes etapas de vida (acompañados con las intervenciones de tipo médico y con los avances tecnológicos), están adquiriendo cada vez más importancia algunas causas de muerte asociadas al comportamiento de las personas (CONAPO 2010, p. 12) y a su contexto. Es decir, no parece el mismo

escenario a ser intervenido el que surge de enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias, o incluso de aquellas asociadas al parto (relevantes estadísticamente a partir del grupo de 15 a 24 años en el caso de las mujeres), que lo que puede trabajarse para prevenir muertes derivadas de acciones violentas (como los accidentes y las lesiones intencionales), o bien, de los suicidios y de los homicidios. En este segundo escenario, la problemática de la población masculina se ha recrudecido tanto que ha detonado descensos en su esperanza de vida (Canudas, García y Echarri 2015), algo que rompe radicalmente las tendencias demográficas de la población.

2. Antecedentes personales: ¿derecho a la salud y encuentro consigo mismo?

En trabajos previos (Figuroa 2007, 2009b y 2010) he constatado lo complejo del entorno ya que las evidencias sugieren un obstáculo en el nivel de los propios aprendizajes de género, los cuales difícilmente se modificarán simplemente por la existencia de mayores servicios de salud o la invitación a que se lleve a cabo una práctica del autocuidado. Pareciera necesario un cuestionamiento radical a los supuestos de dichos aprendizajes y a una cierta toma de conciencia de los costos negativos para la población masculina, en primera instancia y para la femenina de manera indirecta.

Esto supone de alguna manera *un dislocamiento y reposicionamiento*, ya que si se aprende que en la identidad como hombres y en las certezas de representarse como tal, ocupan un papel central la búsqueda de riesgos, el ejercicio de la temeridad y el ejercicio de la violencia, entre otras dimensiones, el escenario es más que complejo. Si a la par, no se legitima el autocuidado, ni el reconocimiento de la interdependencia con otras personas para ver por sí mismo, el contexto tiende a ser desolador. Incluso, podría argumentar que la urgencia con la que se busca atender a poblaciones ancestralmente marginadas de algunos derechos sociales (como las mujeres en general y algunos subgrupos poblacionales en lo particular) y la

representación de que los sujetos del sexo masculino viven rodeados de privilegios, dado su papel central en una sociedad patriarcal, puede dificultar el reconocer algunas desventajas en sus respectivos procesos de salud y enfermedad. Por ende la búsqueda en esta ocasión es de profundizar en los términos y categorías que dan cuenta de la salud de los varones, con el fin de acercarse desde una lectura filosófica, pero en especial para explorar nuevos horizontes en una problemática multicitada académica y programáticamente, pero menos dialogada con los sujetos que la reproducen.

2.1 El derecho humano a la salud

Una característica de los arreglos sociales actuales, a partir del avance del conocimiento sobre enfermedades infecciosas y de otros padecimientos, es la organización institucional de acciones para cuidar de la salud de la población. En ese tenor se reconoce el derecho a la salud, el cual se ha instrumentado desde una interpretación mínima como el poder asegurar el acceso a servicios de salud, ya que resulta imposible asegurar el estado de equilibrio y de bienestar al que alude la Organización Mundial de la Salud, en contraposición a la ausencia de enfermedad. Esto es así, porque hay malestares y enfermedades que no dependen de instancias externas al individuo, sino que están asociadas a sus prácticas de autocuidado y a su etapa de vida y en parte, porque el Estado y la definición de dicho derecho asume las capacidades y la corresponsabilidad de los sujetos en la construcción de su respectivo proceso de salud y enfermedad, al margen de los “excesos neoliberales”.

Lo anterior no pretende ignorar la influencia de los modelos económicos, ni tampoco busca pasar por alto las estrategias de algunos gobiernos, al delegar en los ciudadanos la gestión de los recursos que necesitan para cuidar de sí mismos, dejando de lado las responsabilidades mínimas que se espera de las instancias de gobierno. No obstante, quiero subrayar y alertar sobre los resultados que ha documentado la literatura sobre salud de los hombres, en términos de que muchas de sus muertes

podrían posponerse si los aprendizajes de género legitimaran el autocuidado en dicha población (Klein 1995, Nesse y Kruger 2002, De Keijzer 2003, Figueroa 2007, entre otros), o bien si se evidenciara los costos de la temeridad y de la búsqueda constante de riesgos, valores asociados a muchos modelos de masculinidad.

Podría parafrasear la contradicción que sugieren los datos sobre las muertes masculinas, al contrastarlas con el derecho a la salud del que también son titulares los hombres, en términos de que *tienen el derecho a estar sanos pero no la obligación de buscarlo*. O bien, dicho en otro sentido, es necesario problematizar cómo es que los sujetos del sexo masculino interpretan “el bienestar y el equilibrio” entre las dimensiones fisiológicas, las emocionales y las sociales, al que se alude en la definición de la Organización Mundial de la Salud. La discusión sobre el sentido del derecho humano a la salud adquiere matices diferentes dependiendo si la salud se interpreta como el menor número posible de enfermedades, padecimientos o síntomas de molestia, o bien como avances en el estado de equilibrio / bienestar biológico, psicológico y social de una persona, de un grupo o de una colectividad.

Es decir, ¿podría ser que prácticas legitimadas y promovidas dentro de la identidad de género de los varones fueran atentados a su derecho a la salud física o emocional, desde la lectura de especialistas en dichos temas? De ser así, ¿qué significado adquiere entonces el derecho a la salud (que de acuerdo a ciertas interpretaciones supone autocuidado físico y emocional), si potencialmente hay hombres que buscan ser reconocidos por sus pares, como un criterio de bienestar y de certezas en su autoestima y que por ello, dejan de cuidarse (desde otras interpretaciones) o incluso se exponen intencionalmente a lo que algunos llamarían “factores de riesgo” para su salud (De Keijzer 1995)? ¿Será que pueden calificarse como *negligentes o violentos consigo mismos*, o bien con respecto a un personaje del colectivo social? De ser así, ¿cómo monitoreamos su responsabilidad y cómo redefinimos su derecho a la salud?

2.2 ¿Solo consigo o contra sí mismo?

En la experiencia de muchas personas del sexo masculino, se aprende que la exposición a lo que algunas teorizaciones describirían como “situaciones violentas corporalmente”, son parte de los rituales a través de los cuales se construye la identidad de género como hombres. Eso genera una lectura del cuidado diferente a lo que aprenden muchas mujeres e incluso pareciera contribuir al desarrollo de un umbral de dolor distinto, a partir de lo que es legítimo reconocer socialmente como incómodo, injusto o desagradable (Herrera 1999; Huerta 1999 y 2002).

En conversaciones informales que he tenido con jóvenes varones les he preguntado si “han vivido violencia” y en diferentes momentos su respuesta es negativa. Antes de festejarlo internamente, les pregunto si se han llegado a pelear a golpes con alguien y muchas veces la respuesta es afirmativa. Cuando les pregunto quién inició la pelea las respuestas combinan la necesidad de defenderse o bien defender a alguien más, ayudarlo a alguien a “poner en su lugar” a otra persona, o bien el hacerlo como juego o deliberadamente buscando una ganancia, por iniciativa propia. A continuación suelo indagar sobre las consecuencias físicas de dichas peleas y me han hablado de fracturas, conmociones, pérdida de dientes y algunas “heridas más sencillas”. Cuando retomo la indagación original en términos de que me aclaren si entonces han vivido violencia me he encontrado con la respuesta de que “violencia como tal no fue, simplemente es parte del ser hombre”.

Ello podría estar relacionado con la forma en que se aprende a “curtir el cuerpo” (Mishkind et al 1987, López y Vélez 2001, Connell 2003 y Montejo 2005, entre otros), muchas veces a través de valorar las heridas y las cicatrices que las acompañan, en tanto huellas de batallas vividas y de situaciones heroicas de las que se puede y hasta debe platicar y presumir. Esto permite evidenciar que se practica el ser hombre (como

performatividad), en parte a partir de lo que otras personas pueden reconocer en un sujeto.

Una de las interpretaciones de este comportamiento temerario y con buenas dosis de imprudencia alude al “mito del héroe” (Riquer 1997), según el cual muchos varones aprenden que para poder legitimarse como hombres deben llevar a cabo actos heroicos ya que con ello tienen historias que contar. Una de las formas de hacerlo es exponerse a situaciones peligrosas y luego conversar de “las que se sobreviven”. Como un ejemplo, lo que han mostrado algunos estudios antropológicos sobre la construcción masculina de los cuerpos, es cómo los varones presumen de sus cicatrices, pero no de las que se hacen accidentalmente sino de las que supuestamente se originan por sobrevivir a situaciones riesgosas (Fagundes 1995, Gastaldo 1995, Riquer 1997). De alguna forma, se van legitimando a través de dichas huellas con el grupo al que se quiere pertenecer y en muchos casos dicho grupo es el de los hombres.

Amparo Ochoa cantaba “eso de jugar a la vida es algo que a veces duele”, mientras que algunas reflexiones previas las he sistematizado en un texto con el título de “Eso de jugar a ser hombre es algo que a veces duele” (Figuroa 2009b), enfatizando que los aprendizajes de género de muchos hombres niegan el reconocimiento del dolor bajo la amenaza de perder elementos de su hombría. Es decir, el juego o la representación de un script o libreto (como se le llama en teatro) puede generarle ambivalencias, contradicciones (Kaufman 1997) y dolores a muchos hombres, pero a la vez su procesamiento está permeado por un aprendizaje que los deslegitima y por ende los lleva a no nombrarlos ni reconocerlos. Eso ha llevado a autoras (como Tena y Jiménez 2014) a señalar que algunos de sus sujetos entrevistados describen las características de un malestar, pero que a pesar de ello no lo nombran ni interiorizan de esa manera y por ende, no buscan apoyo para trabajarlo.

Los malestares podrían ser detonadores de búsqueda de acompañamientos para resolverlos, pero a la par su no reconocimiento pero sí su experiencia, podrían generar situaciones de ira y violencia, por ser estas

reacciones más legitimadas dentro de ciertos modelos de masculinidad. El problema es que así como Kaufman (1997) alude a contradicciones en el ejercicio del poder de los hombres, reconoce la violencia que el sujeto acaba ejerciendo sobre sí mismo. En una película sueca⁴⁷⁷ un adolescente trata de cuestionar un aprendizaje que había recibido (y reproducido) del ejercicio de la violencia, ya que de otra forma corre el riesgo de ser expulsado de la única escuela que le dio la oportunidad de seguir estudiando. Se enfrenta al problema de que es agredido y tiene que controlar su ‘capacidad de pelea’, incluso a pesar de tener “habilidades para las riñas”. Pocas personas podrían ser identificadas como sus cómplices, por lo que parece atinado el título de la película además de que sugiere una reflexión analítica para profundizar en el tipo de violencia al que están expuestos muchos varones, a veces por el quehacer de ellos mismos. Es decir, ¿será que están solos consigo mismos (al aprender a ser auto-referidos) o bien que lo cuestionan clandestinamente y a solas... contra sí mismos?

3. Procesos de salud y enfermedad de los varones

En un estudio de Nesse y Kruger (2002), se llegó a la conclusión de que el principal factor demográfico asociado a los diferentes niveles de mortalidad y sobremortalidad entre la población femenina y la masculina, es el hecho mismo de ser varón. Lo que está detrás de esta conclusión de alguna manera es que más que limitarse a acciones de salud pública para atender y curar las causas de morbilidad y mortalidad de los varones, en términos de los efectos visibles y finales de las mismas, pareciera que sería más eficiente un cuestionamiento sobre las causas que socialmente legitiman como referentes simbólicos el ejercicio de la violencia por parte de los varones hacia otros varones y hacia otras personas con las cuales llegan a vincularse, pero además *hacia sí mismos, a través de aniquilarse y de no cuidarse*.

3.1 Suicidios y práctica del cuidado

⁴⁷⁷ La película “Sólo contra sí mismo” fue dirigida por Mikael Hafstrom, Suecia 2003.

El tema del suicidio es un tema que permite e invita a profundizar sobre la soledad comentada anteriormente, pero a la vez sobre el significado del derecho humano a la salud en la experiencia de los hombres. De acuerdo a múltiples estadísticas, en diferentes regiones del mundo, las tasas de muerte por suicidios son mayores entre hombres que entre mujeres, pero a la par los reportes de intentos de suicidio son más frecuentes entre mujeres que en el caso de la población masculina.

Son diferentes las razones que se han identificado al tratar de dar cuenta de dichas diferencias. Una de las mismas tiene que ver con que las mujeres recurren a formas menos violentas que los hombres y por ende estos últimos logran “una efectividad mayor” al tratar de matarse. Otra interpretación que se propone es que muchas mujeres en el fondo no buscaban suicidarse sino pedir ayuda, a la par que hacían evidente su hartazgo o desasosiego ante alguna situación problemática que estaban viviendo antes del intento, mientras que para los hombres pareciera más difícil buscar apoyo de otras personas e incluso pueden ser cuestionados en caso de no lograr su objetivo de matarse. Es decir, “acaban muriendo también de manera solitaria y violenta”.

En una noticia de Notimex aparecida en el periódico *Milenio* en octubre de 2014, se informa que se decidió sancionar legalmente a una mujer por haber abandonado a su bebé en una estación del metro y se argumenta que el motivo es por “*omisión de cuidado*”, bajo la hipótesis de abandono de persona incapaz de valerse por sí misma (Courtenay 2002). Me pregunto si valdría la pena preguntarse si muchos sujetos del sexo masculino están expuestos a aprendizajes de género que acaban legitimando que sean omisos respecto a su propio cuidado. De ser este el caso, ¿habría alguien a quien responsabilizar al tratar de modificar este escenario?

Una dimensión que vale la pena incorporar en esta serie de reflexiones es el sentido de “dejarse cuidar”; es decir, el derecho a la salud incluye el acceso a servicios de salud pero a la par el uso de los mismos. En diferentes revistas dedicadas al estudio de los procesos de salud y enfermedad (como la

International Journal of Men's Health) es frecuente encontrar textos que abordan la pregunta de ¿por qué los hombres no van a los servicios de salud? (Mansfield et al 2003) Suele hablarse de falta de promoción de los servicios, de falta de compatibilidad entre los horarios laborales de los hombres y los horarios de servicios, e incluso de las resistencias de la población masculina a reconocerse enfermos o con la necesidad de revisarse de dolencias o bien de acciones de medicina preventiva. No obstante, me gustaría proponer una reflexión sobre el significado de 'dejarse cuidar'.⁴⁷⁸

Tronto (1993) sugiere cuatro acepciones del término de cuidado, desde el conseguir los recursos para que otros cuiden, hasta el hecho mismo de que una persona es cuidada y recibe atenciones por parte de otros.⁴⁷⁹ Tronto (1993) comenta que las dos primeras modalidades "suelen masculinizarse" en los arreglos sociales, mientras que las dos últimas (de cercanía física con el acto de cuidar) suelen recaer más en la experiencia de las mujeres, incluyendo el recibir cuidado. Es decir, pareciera que en la experiencia de algunos varones, el ser cuidado implica reconocer de alguna manera una dependencia y un reconocimiento de vulnerabilidad, por lo que no es extraño que se molesten ante la experiencia evidente de una enfermedad y por ende, que demanden atención hasta de forma autoritaria, quizás con el fin de justificar socialmente que están enfermos.

Apoyada en Foucault, Nora Muñoz (2006, pp. 73-74) apunta la presencia de dos tendencias opuestas en la experiencia de muchos hombres al determinar maneras particulares de cuidarse, por un lado, una tendencia de pensamiento predefinido y, por otro, un pensamiento construido reflexivamente. El pensamiento predefinido atiende a las influencias del

⁴⁷⁸ Nora Muñoz (2006) encuentra en un grupo de varones jóvenes el enorme peso que continúan teniendo las normas y reglas socioculturales tradicionales que han sido estipuladas para el género masculino, las cuales incitan a estos varones a mantener códigos y maneras de hacer tendientes al "descuido" de la salud, debido a la carga que la cultura y la sociedad han atribuido a las diferencias genéricas (p. 154).

⁴⁷⁹ Las cuatro modalidades incluyen: 1. *Preocuparse por*. 2. *Encargarse de*. 3. *Dar cuidado*. 4. *Recibir cuidado*.

mundo exterior, recepción de una manera acrítica que, para este caso, estaría referida a la aprehensión incuestionable de las representaciones sociales hegemónicas sobre la masculinidad. En este caso no tendría capacidad para cuidar de sí, porque su voluntad no es libre, depende de las imposiciones del mundo exterior. El pensamiento construido de manera reflexiva significaría actuar de tal forma que uno pueda tender hacia uno mismo como si fuese el único objeto que se puede querer de forma libre y absoluta.⁴⁸⁰

3.2 Accidentes viales y mortalidad asociada a los mismos

Otra causa importante de muerte entre los hombres tiene que ver con accidentes automovilísticos, en especial en grupos de edades jóvenes. En diferentes estudios se ha observado que ello no solamente tiene que ver con el consumo de alcohol, sino incluso con el hecho de que se maneja a altas velocidades (Treviño et al 2014). En un reportaje realizado en Argentina, se encontró que muchos hombres declaraban que no respetan los señalamientos de tránsito ya que “estos están pensados para quienes no saben manejar, es decir, las mujeres”. No obstante, las estadísticas muestran mayores imprudencias al manejar por parte de los hombres (asociado a accidentes más violentos, dada la conducción a mayor velocidad) y por ende más accidentes producidos por ellos, al margen de que en el imaginario social se hable de que “las mujeres no saben manejar”, incluso dicho por personas del sexo femenino. No obstante, las tasas de accidentes viales y las de trabajo son superiores en la población masculina, en parte por la práctica socialmente legitimada de la temeridad, por una noción de menor vulnerabilidad y por una representación de no necesitar cuidarse (Gastaldo 1995; Stillion 1995). Al parecer la población masculina tiene serios problemas, pero no de acceso a servicios de salud, sino de legitimar simbólicamente el cuidado de su salud como un derecho.

⁴⁸⁰ Puede verse también el texto de Hausmann et al 2008. “Women seek for help, men die! Is depression really a female disease?”

Vale la pena regresar al concepto de derechos humanos como aquellas capacidades con las que cuentan las personas para poder desarrollarse como tales y que, por lo mismo, socialmente les son reconocidas para poder ejercer como personas (Bidart 1989, Madrazo 1993, García Romero 1996 y Cervantes 2001, entre otros). Más allá de una prerrogativa o privilegio, son algo que los caracteriza como humanos y de ahí la necesidad de asegurarlos, reconocerlos y de construir condiciones sociales para su ejercicio y paralelamente, para alertar sobre las condiciones que los inhiben y en particular, las que atentan contra los mismos.

Si se recuerda a Franca Basaglia (1984) cuando señaló hace tiempo que muchas mujeres aprenden a ser “un cuerpo para los otros” derivando en un ser para los demás, lo que la literatura sobre masculinidad a veces pareciera reflejar es que muchos varones aprendemos a “ser un ser para nosotros”, no para los otros, sino para nosotros, “un ser para sí”, o bien “un ser auto referido”. Lo que es muy extraño es que un ser para sí, no cuide de sí; *¿qué pasa con alguien que ve por él, pero no cuida de él?* Es decir, ve por él simbólicamente, ya que trata de cumplir un estereotipo de la masculinidad, porque existe una presión de los pares, pero a la par fallece prematuramente por ser hombre, tratando de alcanzar cierto estándar de la masculinidad, en particular a través de no cuidar de sí mismo.

4. Algunas preguntas para dialogar

Este último apartado presenta una serie de preguntas con el fin de estimular reflexiones colectivas alrededor del significado de derecho a la salud en el entorno de una población que presenta dificultades de acceso simbólico al autocuidado, pero que a la par experimenta lo que podría denominarse “violencia contra sí mismo”, ya sea por omisión o bien por una agresión directa al cuerpo, a partir de interpretar que de dicha forma se legitima el sujeto en función de su identidad de género, incluso interpretando racional o a-racionalmente, que a través de ello alcanza reconocimiento de sus pares y que por ende, ello le genera una sensación de bienestar.

Reflexión sobre la ‘negligencia suicida’ y la ‘posible imprudencia’

¿Qué significa que una persona sea descrita con un comportamiento que puede ser descrito como ‘negligencia suicida’? La negligencia es la omisión, el descuido voluntario y consciente en la tarea cotidiana que se despliega o bien a través de la realización de un acto contrario a lo que exige y supone el deber que esa persona realiza? De acuerdo con Goncalvez et al (2012) “el suicidio es un acto de auto-aniquilamiento, comprendido como un malestar multidimensional sufrido por un individuo que identifica un problema para el cual el auto-extermínio es percibido como la mejor solución”.

¿Cómo interpretar que la muerte de un sujeto pueda ser caracterizado como “morir como hombre” o bien que se afirme que “ser hombre es malo para la salud”? Lo que de alguna manera se está asumiendo es que el destino de los sujetos del sexo masculino está asociado a muertes violentas, en muchos casos originadas por otros hombres (homicidios y accidentes automovilísticos –de los que son víctimas- como ejemplos) o bien por una falta de cuidado de sí mismos (por ejemplo, la cirrosis hepática o bien las imprudencias en accidentes de trabajo o al manejar). Me pregunto ¿qué significado tiene académica y políticamente “la negligencia y la imprudencia con respecto a sí mismo”?

¿Cómo se puede interpretar que en ejercicios de simulación estadística se concluye que si se redujeran las tasas de muerte de los hombres a los niveles de las observadas en las mujeres (incluso controlando las derivadas de diferencias biológicas), se evitarían más muertes que teniendo cura para todos los tipos de cáncer (Nesse y Kruger 2002)? ¿Es un mero juego hipotético o bien se les puede alertar a los sujetos masculinos que “traen permanentemente consigo” un factor de riesgo?⁴⁸¹

⁴⁸¹ “El cuidado de sí designa un determinado modo de actuar, una forma de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través de la cual, según Foucault, uno se hace cargo de sí mismo...” (Muñoz, 2006, p. 90).

Reflexión sobre la ‘violencia contra sí mismo’

¿Será que resultan suficientes las definiciones que sobre violencia se usan en ciencias sociales y en algunos ámbitos de política pública, en el proceso de monitorear conductas abusivas, de control y de dominio? La violencia física y psicológica se asume como un comportamiento que bien sea por acto o por omisión, tiene el propósito de lastimar, dañar o lesionar a “otra persona”. Destaco lo de “otra persona”, ya que un “sujeto enajenado” podría ser motivo de vigilancia o confinamiento, ante el riesgo de dañarse a sí mismo. De la misma manera un hijo puede serle retirado de la custodia a sus progenitores, si estos no son considerados competentes para su cuidado.

¿Qué sucedería entonces con un sujeto quien dentro de los estándares de “en pleno uso de sus facultades mentales” se infringe daños o se deja de cuidar, pero cuando a la par se ha documentado que los modelos de socialización de los que es consecuencia y autor (como señalaría Sartre) han legitimado sus conductas autodestructivas?, ¿habría necesidad de cuidarlo externamente de sí mismo? Desde un desdoblamiento existencial, ¿podría estar ejerciendo violencia contra sí mismo, dado que su criterio asumido del deber ser incluye ‘dañarse y lastimarse’, ya sea que lo nombre así o bien lo interprete de otra forma, al margen de las consecuencias en su cuerpo-persona?

Reflexión sobre ‘el cuerpo violentado’

¿Qué posibilidades existen de resignificar las representaciones sociales sobre los cuerpos masculinos, pero no únicamente por ser usados como herramienta de batalla o como armaduras (a través de las corazas corporales, alimentadas por la acumulación de cicatrices), sino como objeto de violencia hacia sus mismos usuarios? Es decir, ¿serviría aludir a violencia de género entre personas del sexo masculino, al margen de que las definiciones hegemónicas de la categoría la centran en la que ejercen hombres sobre las mujeres con el fin de mantener un sistema de dominación masculina?

¿Será violencia de género, desde el género o por razones de género, la que viven las personas del sexo masculino en diferentes momentos de su vida (incluso llegando a morir por ello), al margen de que esta la ejerzan personas del mismo sexo, o incluso el mismo sujeto?, ¿no haría falta ser más rigurosos e innovadores en la identificación de las posibles causas que la originan?

Una de las categorías retomadas de la literatura que podrían ser utilizadas para repensar la forma de vincularse entre los hombres con sus cuerpos y, a través de ellos con su salud, surge del título de una novela mexicana publicada recientemente, a saber *cuerpos náufragos* (Clavel 2005). Diferentes datos parecieran mostrar que el varón acaba siendo un extraño para y con respecto a su propio cuerpo, en la búsqueda de cumplir una identidad socialmente construida. De alguna manera, como si estuvieran náufragos respecto a su cuerpo, se mueven extraños al mismo, en búsqueda de una identidad fragmentada y frágil al mismo tiempo, por su carácter contradictorio, volátil y ambivalente, como ha sido documentado en los estudios sobre masculinidad.

Pablo Herrera (1999) señala que en los procesos de aprendizaje de la forma de ser hombre muchas personas aprenden a minimizar el ejercicio del tacto y el contacto en sus intercambios cotidianos, disminuyendo profundamente la comunicación a nivel de piel y por ende, minimizando o reduciéndose el espectro a través del cual poder manifestar y reconocer los sentires corporales.⁴⁸²

Reflexión sobre ‘responsabilidades en un entorno de negligencia’

¿Será que necesitamos una categoría para caracterizar de manera asertiva la falta de cuidados legitimada socialmente en la experiencia de muchos varones?, ¿qué pasa con la categoría de negligencia interpretada como un descuido que puede ser objeto de una demanda penal, cuando esta es

⁴⁸² ¿Cómo dialogar con Merleau-Ponty (citado por Nora Muñoz 2006, p. 78), en términos de que “no es preciso decir yo tengo un cuerpo, sino yo soy cuerpo”?

aplicada para un sujeto que se maltrata y se descuida a sí mismo, generando “muertes prematuras”?

¿Cómo se podría recuperar la distinción que se hace en el campo de los derechos respecto al sujeto activo y al sujeto pasivo de un derecho en el tema de la salud, cuando a la vez se combina con las responsabilidades individuales, institucionales y colectivas de monitoreo de los procesos de salud y enfermedad?, ¿Qué sentido tendría esto en términos de política pública y de programas en ámbitos relacionados con la salud, sin restringirlos a los tradicionalmente identificados en asociación con la práctica médica? Si se ha reconocido que la masculinidad hegemónica es uno de los obstáculos principales para ejercer el derecho a la salud, ¿cómo de-construirlo desde la lógica de los derechos humanos?

Si bien se reconoce al Estado como un agente corresponsable en el cuidado de la salud, al participar en los procesos educativos para el cuidado individual de la salud, ¿cómo considerarse también los procesos que se desarrollan y que permiten a los individuos 'pre-ocuparse' de su salud (Vieira Pinto 1973); es decir, prever y ocuparse previamente de la misma, con el fin de poder influir sobre su entorno?

¿Podría recuperarse la propuesta de Luis Bonino (1995) al identificar micro-machismos, como una forma de desglosar la categoría de machismo a partir de las micro-relaciones de poder que sugiere Foucault al analizar el poder, quizás desglosando los aprendizajes de género de muchos sujetos del sexo masculino, que les dificultan reconocerse frágiles y vulnerables y por ende necesitados y dignos de cuidado?, ¿cómo recuperar los recursos sociales que le permiten a los individuos irse apoderando del contexto e ir influyendo sobre el mismo, por ejemplo cuestionando sus identidades de género?

Reflexión sobre 'el cuidado de sí y el autocuidado'

¿Cómo se podría generar una reflexión significativa (desde la lógica del conocimiento significativo del que se habla en la pedagogía) para interpretar desde la experiencia de la población masculina (con su reconocida

heterogeneidad) que dicha población parece presentar serios problemas para ejercer el derecho humano a la salud, pero no precisamente por falta de acceso, sino por el tipo de discurso asumido al respecto y por el significado ambivalente que tiene para muchos de ellos el cuidado de su salud en tanto derecho? Es decir, ¿de qué manera socializar recursos para irse apoderando del contexto e influir sobre el mismo, al cuestionar identidades de género autodestructivas y promover una pre-ocupación por la salud como un acto reflexivo?

¿Será una imprudencia teórica y política demandar en la experiencia de los varones el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, para lo cual podría pasarse primero por apropiarse del mismo?, ¿y si se significara el proceso de problematización como uno de autocuidados colectivos?, ¿quizás como un cuerpo social que tiene islas y células independientes, pero donde el todo subsiste por el proceso de interacción de cada parte?, ¿es una utopía o bien un artificio demagógico?

¿Serviría intentarlo a través de evidenciar que las diferentes estrategias de cuidado (como las que señala Tronto 1993) se relacionan de manera complementaria como un sistema, sin que ello legitime desigualdades ni tampoco reproduzca especializaciones excluyentes y jerárquicas (como las denomina Lagarde 1990)? De ser así, ¿hasta dónde el dejarse cuidar es un exceso en condiciones de desigualdad, pero a la par una posible agresión o confrontación para algunos aprendizajes de género, principalmente entre varones?, ¿hasta dónde depende de que otras personas también les reconozcan que su forma de ver por los demás es una forma de cuidado con la gentileza y la sororidad que ello implica?

¿Valdría la pena preguntarse más ampliamente qué le significa a los varones cuidarse y dejarse cuidar y no únicamente el por qué no van a los servicios de salud, como representación social de lo que les significa el derecho a la salud?

Epílogo

Este texto no pretende aportar respuestas a las preguntas anteriores, sino invitar a reflexionar alrededor de las mismas, a partir de problematizar certezas en los aprendizajes de género y de paso los supuestos epistemológicos y gnoseológicos de las categorías usadas para estudiar el significado del derecho a la salud.

Una propuesta de política pública, de debate y de discusión para cuestionar algunas de las diferentes causas de muerte de los hombres, consistiría en problematizar modelos de masculinidad, de manera tal que los hombres tuviéramos la posibilidad de resignificar relaciones con nuestro propio cuerpo, porque al hacerlo seguramente resignificaríamos las relaciones con todos los otros cuerpos con que regularmente nos relacionamos.

Vale la pena reflexionar en futuros trabajos sobre la distinción que propone Nora Muñoz (2006, pp. 157-158), al distinguir autocuidado y cuidado de sí, ya que el primer término es definido como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores, internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Estas tienen como objeto mantener el funcionamiento íntegro de la persona de forma independiente”. Esta definición deja entrever que el autocuidado se orienta a las prácticas y a las actividades que realizan los sujetos para el cuidado de su salud. En la contraparte, el cuidado de sí, se define en cambio como “una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo”, lo que lo ubica como una categoría global que involucra al autocuidado entre sus componentes fundamentales, debido a que para poder desarrollar el conjunto de acciones que connota el autocuidado, debe existir un *proceso de construcción de significados* que orienten dichas acciones. Así, el conjunto de actitudes que asumen los sujetos (cuidado de sí), se convierte en razón sin la cual no sería posible adoptar y desarrollar prácticas (autocuidado) orientadas al mantenimiento de la salud.

Resulta necesario por ende, profundizar en las coincidencias y diferencias entre las categorías de “ser para sí” y “ser que cuida de sí”. Al parecer los varones son seres entrenados para “pensar en sí mismos”, como parámetro de referencia de la cotidianidad, dentro de una sociedad patriarcal, pero incluso sin necesidad de conocerse ni justificarse, pues se asumen como el sujeto social de referencia. Sin embargo, si los varones buscaran hacer sinónimo el “ser para sí” con un “cuidado de sí”, ello los obligaría a dejar de pensar en sí mismos como el ser de referencia en la organización social y acabarían relativizándolo, construyendo referentes relacionales en sus intercambios de género y dándole forma a su ser como un “yotro” (Fernández 2007); es decir el yo como el otro, o bien ‘un sujeto en relación’ permanente.

Referencias bibliográficas

Barker, Gary (2005) *Dying to be Men. Youth, Masculinity and Social Exclusion*. Routledge. U.K.

Basaglia, Franca (1984) “La mujer y la locura”, en Silvia Marcos (editora) *Antipsiquiatría y Política*. México, D.F. Ed. Extemporáneos, pp. 150-171.

Bidart Campos, Germán (1989) *Teoría General de los Derechos Humanos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM México.

Bonino, Luis (1989) “Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires”. (mimeografiado)

Bonino, Luis (1995) “Develando los micromachismos en la vida conyugal. Una aproximación a la desactivación de las maniobras masculinas de dominio”, en Jorge Corsi et al. *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Paidós, Buenos Aires, pp. 191-208.

Canudas, Vladimir, Víctor García y Carlos Echarri (2015) “The Stagnation of the Mexican Life Expectancy in the First Decade of the Twenty

First Century: The Impact of Homicides and Diabetes Mellitus". *Journal of Epidemiology & Community Health*. 69(1):28-34.

Cárdenas, Rosario (2015) "Reducción en la esperanza de vida de la población masculina mexicana", en *Boletín de la Universidad Autónoma Metropolitana*, No. 61, México.

Cervantes, Alejandro (2001) "Universalización, Desigualdad y Ética: Intervenciones en la Teorización sobre Derechos Humanos " en Juan Guillermo Figueroa (coordinador) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México y Editorial Porrúa, México, pp. 41-97.

Clavel, Ana (2005) *Cuerpos náufragos*. Editorial Alfaguara, México..

CONAPO (2010) "Principales causas de mortalidad en México 19809-2007". Documento de trabajo XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo. "Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo", Nueva York, 12-16 de abril.

Connell, Robert W. (2003) "Los cuerpos de los hombres", *Masculinidades*, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 73-101.

Courtenay, Will H. (2002) "Behavioral Factors Associated with Disease, Injury, and Death among men: Evidence and Implications for Prevention", *International Journal of Men's Health*, vol. 1, núm. 3, pp. 281-342.

Damián, Araceli (2006) "Los derechos socioeconómicos con perspectiva de género", El Colegio de México (mimeografiado).

De Keijzer, Benno (1992) "Morir como hombres: la enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género". Seminario sobre Masculinidad, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México, México (mimeografiado).

_____ (1995) "Masculinity as a Risk Factor", Seminar on Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, IUSSP, Zacatecas, México (mimeografiado).

_____ (2003) “Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina”, en Carlos Cáceres, Marcos Cueto, Miguel Ramos y Sandra Vallenás (coordinadores) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. International Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú, pp. 137-152.

Fagundes, D. (1995) “Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos”, *Corpo e Significado* (O.F. LEAL, organizadora) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 193-205.

Fernández, Carlos (2007) “Masculinidad: errática zaga de un lugar imposible”, en Lucero Jiménez y Olivia Tena (coordinadoras) *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Figueroa Perea, Juan Guillermo (2007) “El Derecho a la Salud en la Experiencia de los Varones: ¿Un Concepto Ambivalente en los Modelos de Masculinidad Vigentes?” *Revista COEDUCANDO*, Programa Coeducación, género y Cultura de Paz. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Num. 1, Santiago de Chile, Ediciones LOM, pp. 77-97.

_____ (2009a) “Ser hombre...hasta la muerte”, Suplemento LETRA S (Sexualidad, Salud y Sida), *Periódico La Jornada*. México DF, 3 de septiembre, pp. 4-5.

_____ (2009b) “Eso de jugar a ser hombre es algo que a veces duele”, en Raquel Tawil-Klein (compiladora) *Masculinidad. Una mirada desde el Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Mexicana y Ediciones Universum, México, pp. 1-25.

_____ (2010) “El derecho a la salud como cuidado de sí: la experiencia de los varones”, en Edith Yesenia Peña Sánchez y Lilia Hernández Albarrán (coordinadoras) *Cuerpo, salud y sexualidad*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México, D. F., pp. 37-48

García Romero, Horacio (Compilador) (1996) *El Derecho a la Protección de la Salud de todos los Mexicanos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.

Gastaldo, Edison (1995) “A forja do homem de ferro: a corporalidade nos esportes de combate” *Corpo e Significado* (Ondina Fachel Leal, organizadora). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 207-225.

Goncalves, Fátima y colaboradores (2012) “Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica”; *Ciencia e Saúde Coletiva*, 17(8):2039-2052.

Herrera, Pablo (1999) “La masculinización de los cuerpos”, en Juan Guillermo Figueroa Perea (editor) *Salud Reproductiva y Sociedad* (número especial sobre varones y salud reproductiva). Boletín del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, Año III, N° 8, México, pp. 13-15.

Huerta, Fernando (1999) “Deporte y masculinidad” en *El Juego del Hombre*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Plaza y Valdés Editores, México. pp. 133-266.

_____ (2002) “La deportivización del cuerpo masculino”, en *El Cotidiano*, Año 18, núm. 113 (número especial sobre masculinidad). Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 47-57.

Kaufman, Michael (1997) “Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres” en Teresa Valdés y José Olavarria (editores) *Masculinidad/es, poder y crisis*. Flacso, Chile, pp. 63-81.

Klein, Alan (1995) “Life’s too Short to Die Small”, en Donald Sabo & David Frederick Gordon (editores) *Men’s health and illness. Gender, power and the body*. Sage Publications, California, Estados Unidos, pp. 105-120.

Lagarde, Marcela (1990) *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

López, Sandra y Beatriz Elena Vélez (2001) “La puesta en escena de la corporalidad femenina y masculina en la escuela urbana: linda como una

muñeca y fuerte como un campeón” *La Ventana, Revista de Estudios de Género*, núm. 14, Universidad de Guadalajara, México, pp. 83-101.

Madrazo, Jorge (1993) *Derechos Humanos: El nuevo enfoque mexicano*. Fondo de Cultura Económica. México.

Mansfield, Abigail, Michael Dais & James Mahalik (2003) “Why Won’t He Go to the Doctor? The Psychology of Men’s Help Seeking” *International Journal of Men’s Health*, vol. 2, núm. 2, pp. 93-109.

Mishkind, Marc, Judith Rodin, Lisa Silberstein & Ruth Striegel-Moore (1987) “The Embodiment of Masculinity”, en Michael Kimmel (ed.) *Changing Men. New directions in research on men and masculinity*. Sage Publications, California, pp. 37-52.

Montejo Sánchez, Luis Alberto (2005) “Cuerpo, género y masculinidad” capítulo II de *El tamaño no importa, es cuestión de cómo lo uses: cuerpo e identidades masculinas. Un estudio desde las prácticas sexuales de varones jóvenes de la ciudad de México*. Tesis de Maestría en Estudios de Género Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

Muñoz, Nora (2006) “Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios”, tesis de maestría en Salud Colectiva. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Medellín Colombia.

Nesse, Randolph y Daniel Kruger (2002) “Men die young – even if old”, *New Scientist*, julio.

Núñez, Guillermo (2004) “Los hombres y el conocimiento. Reflexiones epistemológicas para el estudio de los hombres como sujetos genéricos”, en *Desacatos* (Revista de Antropología Social), CIESAS, Núm. 15-16, pp. 13-32.

Papai, Instituto (2009) *Machismo nao combina com saúde*. Formato Dvd, Recife, Pernambuco. www.genero.org.br

Riquer, Florinda (1997) "Identidades femeninas". Seminario "Mujeres y Hombres hacia una Nueva Humanidad", Universidad Iberoamericana. México, D.F. (mimeografiado)

Stillion, Judith (1995) "Premature Death Among Males", en Donald Sabo & David Frederick Gordon (eds.) *Men's health and illness. Gender, power and the body*. Sage Publications, California, Estados Unidos, pp. 46-67.

Tena, Olivia y Lucero Jiménez (2014) "Algunos malestares reproductivos en la experiencia de los varones: ¿podemos ir delimitando sus derechos reproductivos?", en Juan Guillermo Figueroa y Alejandra Salguero (coordinadores) *¿Y si hablas de...sde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones*. El Colegio de México. Pp. 331-358.

Treviño, Sandra et al. (2014) "Masculinidad, accidentes viales y políticas públicas", en Juan Guillermo Figueroa (coord.), *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación*, El Colegio de México. pp. 209-245.

Tronto, Joan C. (1993) *Moral Boundaries, a political argument for an ethic of care*. Routledge, USA.

Vieira Pinto, Álvaro (1973) *El pensamiento crítico en Demografía*. Centro Latinoamericano de Demografía.