

GÉNERO Y AUTOCUIDADO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN MÉXICOⁱ

Luz Arenas Monreal,ⁱⁱ Benno de Keijzer,ⁱⁱⁱ Pastor Bonilla Fernández,^{iv}
Sandra Treviño Siller,^v Isabel Hernández Tezoquipa^{vi(t)}

Resumen

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio cuanti-cualitativo en el que se analiza la influencia que el género ejerce sobre el autocuidado de mujeres y hombres universitarios que laboran en instituciones de salud en México. La investigación se realizó de marzo del 2000 a febrero del 2001 en un hospital general y una institución que efectúa investigación en salud, ambas pertenecientes al Sistema Nacional de Salud en México.

La población participante en este estudio fueron los profesionistas universitarios que laboraban en dichas instituciones, con edades entre 40 y 50 años, quienes contestaron un cuestionario. Del total, 142, se eligió un subgrupo integrado por cuatro varones y cuatro mujeres para aplicar entrevistas en profundidad.

En las variables con significancia estadística por género se encuentran el consumo de bebidas alcohólicas (68% varones y 51.5% mujeres, $p=0.030$), utilización de condón (2.8% varones y 9.7% mujeres, $p=0.002$), sobrepeso (50% varones y 31.4% mujeres, $p=0.078$).

En el componente cualitativo se encontró que el cuidado de los miembros de la familia recae en las mujeres de este grupo y que hay una diferencial de autocuidado por género.

Introducción

Diversos autores señalan que el género, junto con la clase social, ocupación y etnia, marca una clara influencia en las experiencias de vida y envejecimiento,¹ en el cuidado de la salud, el tipo de enfermedades, las causas de muerte y en la esperanza de vida entre hombres y mujeres.^{2,3,4} Esta manera diferenciada de vivir, enfermar y morir evidencia que existen prácticas y comportamientos distintos de acuerdo con la condición de género, entre otras.

El género se define como una categoría dinámica, construida socioculturalmente y que parte de la interpretación que cada cultura da a las diferencias biológicas sexuales. A través de los procesos de socialización, hombres y mujeres incorporan expectativas sociales, valores, maneras de interpretar el mundo y prácticas específicas dentro de la vida cotidiana que repercutirán de manera significativa a lo largo de toda la vida. Es por medio de la socialización que se construyen las identidades femenina y masculina y que se van desarrollando una serie de conductas y hábitos diferenciados que impactan en la condición de salud-enfermedad.⁵

ⁱ Se reproduce con la autorización de las y los autores. El texto se adecuó al formato de un artículo de revista, con cambios mínimos.

ⁱⁱ Doctora en antropología, Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud (CISS)/Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Correspondencia: mareanas@insp.mx

ⁱⁱⁱ Doctor en salud mental comunitaria, ISP/Universidad Veracruzana/Salud y Género, A.C. Correspondencia: bennodek@hotmail.com

^{iv} Maestro en Ciencias, CISS-INSP. Correspondencia: pastor.bonilla@insp.mx

^v Doctora en antropología, CISS-INSP. Correspondencia: sandra.trevino@insp.mx

^{vi} Doctora en sociología, CISS-INSP



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

Estas conductas y hábitos constituyen un sistema de percepción, pensamiento y acción que Bourdieu denomina *habitus*, el cual explica las disposiciones diferenciales de mujeres y hombres ante la salud, la enfermedad y el cuidado.⁶ Así, diversos trabajos señalan cómo el ser hombre se relaciona con diversas conductas de riesgo específicas: mayor incidencia en accidentes de tránsito, alcoholismo, lesiones por violencia, accidentes laborales.

Por su parte, el ser mujer, en muchos contextos culturales, se asocia con la subordinación, colocándola en diversas situaciones de violencia y de riesgo en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. La condición femenina conlleva asimismo una serie de tareas de cuidado de las/os otras/os, que las lleva a limitar su propio autocuidado.⁷⁻¹⁰

El sexo divide a la humanidad en hombres y mujeres en la dimensión biológica, y el género en la dimensión sociocultural;^{vii} el sexo explica la exclusividad del cáncer prostático en los hombres y el cérvico uterino en las mujeres, pero es el género el que permite entender la mayor frecuencia del cáncer pulmonar en los hombres.⁴ En muchos padecimientos se articulan vulnerabilidades que combinan lo biológico y lo social como en el VIH y el alcoholismo.

Los varones viven con privilegios sociales que tienden a convertirse en desventajas para su salud y específicamente para su autocuidado. La masculinidad exige que los hombres, para afirmarse en su identidad, establezcan relaciones de dominio y corran riesgos, lo que les genera dificultades para establecer acciones de autocuidado.⁸⁻¹⁰

De Keijzer propone analizar a esta masculinidad como *factor de riesgo*, para lo cual plantea que los riesgos se presentan en al menos tres ejes: para las mujeres, niños y niñas; entre hombres y para el hombre mismo. Este tercer eje es el que se vincula directamente con el autocuidado; no obstante, la manera de interrelacionarse con la pareja, la familia y con sus pares influye también en las áreas emocional y social del autocuidado de los hombres. Su tendencia a tener dificultades para la expresión de emociones y sentimientos, constituye un detrimento del autocuidado y su salud.⁹

Szasz señala que la identidad de género puede tener consecuencias en la salud a partir de la percepción que se tiene del propio cuerpo, su uso y su cuidado.¹¹ Otra de las

consecuencias de la socialización diferencial se encuentra en el papel que la sociedad le ha delegado a la mujer acerca del cuidado de la salud de las y los otros.

Menéndez señala que esta cercanía de la mujer con el proceso salud-enfermedad-atención propicia que realice en mayor medida acciones de autocuidado,¹² aunque Hernández Tezoquipa, *et al*, reportan que las mujeres suelen postergar su propio autocuidado^{viii} por cuidar a las/os otras/os miembros de la familia.¹³ Por el contrario, diversos autores señalan que los varones perciben su cuerpo como un instrumento de trabajo para ser utilizado y controlado sin escuchar sus necesidades;^{9,10,14} de esta forma, Valdez y Olavarria afirman que los varones presentan una noción de invulnerabilidad que los conduce a la búsqueda de riesgos y limitación de acciones de autocuidado.¹⁵

Esta percepción del cuerpo se refleja en las distintas formas de morir de hombres y mujeres. En el análisis de la mortalidad general para la región de las Américas, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobresale que en el continente, dos problemáticas de las diez principales causas de mortalidad general de hombres no figuran en las causas de defunción de mujeres. Estas son las agresiones y homicidios y los accidentes de transporte terrestre.¹⁶

En el caso de México, las estadísticas muestran una clara sobremortalidad masculina que llegó a su punto más bajo en 2005 con un porcentaje de 23%, para comenzar a aumentar de nuevo hasta 27.3% en el 2009, junto con el franco incremento de la violencia social ligada al narcotráfico.¹⁷ En México, los hombres presentan un consumo mayor de bebidas alcohólicas que las mujeres. La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 reporta que ocho de cada 1000 personas informaron consumirlas todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. El consumo consuetudinario presenta una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las mujeres adolescentes.¹⁸

El análisis de género es igualmente central para entender los riesgos específicos provenientes de la división sexual del trabajo, y cómo la actividad laboral es asumida y vivida de manera diferencial entre mujeres y hombres.^{19,20} Ante estos datos se ha señalado la necesidad de realizar

vii A pesar de que en lo biológico existen los intersexos, la mayoría de las culturas generalmente admiten sólo dos géneros claramente diferenciados.

viii En la investigación citada de Hernández Tezoquipa, ese grupo de mujeres postergan el cuidado de sí mismas, aunque están conscientes de que necesitan atención. Por el contrario los varones no hacen consciente la necesidad de autocuidado porque lo relacionan con debilidad.



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

investigaciones que aporten información para diseñar estrategias que promuevan el autocuidado y la salud tanto de mujeres como de varones.²¹

En este estudio, el concepto de autocuidado se ubicó dentro de la antropología médica, de tal manera que se define como el conjunto de acciones que cada persona (sin el apoyo de profesionales de la salud) puede realizar en la vida diaria para potenciar la salud en las dimensiones física, emocional y social. Se entiende que el autocuidado es resultado de la acción de determinantes sociales, aspectos socioculturales, patrones familiares, experiencias previas y percepciones individuales.²²

El objetivo de este manuscrito es analizar la influencia que el género ejerce sobre el autocuidado en mujeres y hombres universitarios que laboran dentro del contexto de instituciones de salud.

Material y métodos

Estudio cuanti-cualitativo realizado de marzo del 2000 a febrero del 2001

Componente cuantitativo

Población. El estudio cuyos resultados aquí presentamos fue aprobado por los comités de Investigación y de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. La investigación se efectuó en un hospital y en una institución de investigación en salud donde se aplicaron los instrumentos metodológicos; se solicitó al departamento de personal una plantilla para identificar a profesionistas universitarios/as que pertenecieran al grupo de edad entre 40 y 50 años.^{ix}

Además de la edad, las y los profesionistas fueron seleccionados por contar con grado universitario, tanto de áreas de la salud como ajenas a la misma, quienes laboraban en las instituciones mencionadas y ejercían en esos momentos su profesión.

Variables. *Género:* Construcción social sistemática de lo masculino y lo femenino que está poco o nada determinada por la biología (sexo), presente en todas las sociedades y que permea todas las dimensiones de la vida social y privada.

Autocuidado. Esta variable contempló los siguientes aspectos: peso corporal, tipo de dieta, ejercicio físico, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, sueño/descanso, actividades de esparcimiento, acatamiento de las normas de circulación vial, aseo dental, visitas al dentista y al urólogo, frecuencia de *Papanicolaou*, uso de condón y sexo protegido, autoexploración de mama, estado de ánimo, facilidad o dificultad para la expresión de sentimientos, pensamientos positivos y negativos hacia sí mismo/a y los demás, satisfacción/insatisfacción con auto-imagen, proyecto de vida, desarrollo personal y profesional, situación laboral y económica, calidad de la comunicación interpersonal y de las relaciones familiares, participaciones en asociaciones o grupos.

Instrumento. Para el levantamiento de información se

^{ix} El autocuidado de la salud varía en las distintas etapas de la vida, es decir, las prácticas de cuidado a la salud que se prodigan los adultos jóvenes son diferentes de aquellas que se proporcionan los adultos maduros; por tal razón se eligió el grupo de edad entre 40 y 50 años porque habría dificultades metodológicas al analizar las prácticas de autocuidado en adultos de distintas edades.

diseñó un cuestionario pre-codificado de auto-aplicación que incluyó cuatro áreas: datos demográficos, salud de las áreas física, emocional y de la vida de relación.

La confiabilidad de este instrumento se estableció de la siguiente manera: se seleccionaron 10 informantes típicos, es decir, que reunieran las características de las/os participantes del universo de trabajo, y a cada uno de ellas/os se les aplicó el cuestionario para: a) asegurar que los términos usados en el mismo tuvieran la misma connotación para la población encuestada que la que está usando el/la investigador y, b) para indagar si la respuesta de las/los encuestados es fidedigna, lo cual se hizo mediante la inclusión de preguntas cruzadas y de cotejo para establecer el grado o coeficiente de consistencia.

Una vez realizada esta validación del instrumento se le hicieron los ajustes convenientes para obtener un lenguaje unívoco y con las preguntas que aseguren un grado de consistencia en las respuestas mayor de 8. Posterior a la aplicación de confiabilidad en el instrumento se aplicó una prueba piloto en un grupo de profesionistas de la salud y universitarias/os de áreas distintas a la salud, ajenos al universo de trabajo; por último, se hicieron las correcciones pertinentes y se aplicó en la población sujeto de estudio.

Análisis. Utilizando el paquete estadístico STATA 6.0 se llevó a cabo un análisis exploratorio de los datos para conocer las características generales de la población de estudio, y mediante tablas de contingencia y usando la prueba de χ^2 de Pearson a un nivel de confianza del 95%, se establecieron diferencias estadísticas en el autocuidado entre hombres y mujeres.

Componente cualitativo

Participantes. Todas las personas entrevistadas fueron contactadas en las instituciones donde laboraban. El grupo para las entrevistas a profundidad fueron cuatro varones y cuatro mujeres, tres sin pareja y cinco con pareja. Quienes no tenían pareja, una no tenía hijas/os, y quienes eran casados, uno no los tenía; la mayoría con hijas/os, tenía dos. Cuatro eran médicos/as y cuatro no médicos (NM), con un promedio de edad de 43 años. El grupo de los médicos/as tenía las siguientes especialidades médicas: pediatría, medicina interna, epidemiología y medicina general y familiar. En el grupo de los NM tenían las siguientes profesiones: arquitectura, biología, química, sociología. Del grupo de los médicos/as, tres de ellos (pediatra, internista, medicina general y familiar) tenían multicontratación institucional y consulta privada.

Procedimientos. A cada participante se le pidió su consentimiento a través de una carta, en la cual se enunciaban los fines del estudio, la confidencialidad de la información y se pedía autorización para audiograbar las entrevistas. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas a profundidad, transcritas con un procesador de textos y codificadas con el programa de cómputo *Ethnograph* v. 4.

Análisis. Las fases en que se dividió el análisis de las entrevistas fue la siguiente:

1. Lectura de las entrevistas y elección de códigos
2. Definición de códigos
3. Codificación de las entrevistas



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

4. Análisis por códigos, diferenciando cada entrevista por grupo de hombres y mujeres con la intención de encontrar regularidades y diferencias

5. Elaboración de tablas de concentración a partir de los significados en cada uno de los códigos, agrupándolos en el grupo de hombres y mujeres

Los códigos en que se analizaron las entrevistas giraron alrededor de la categoría del autocuidado. En este manuscrito se presentan únicamente los datos relacionados con las prácticas de autocuidado en relación con el género y las variables que resultaron significativas.

Resultados

Componente cuantitativo

Características sociodemográficas. El total de las/os profesionistas con la edad que interesaba en el estudio era de 162, pero solo se aplicaron 142 cuestionarios; el resto no quiso participar por diversas razones, principalmente por considerar que tocaba temas demasiado personales. Así, la tasa de respuesta fue de 88%.

El 51% (72) de los participantes fueron hombres y el 49% (70) mujeres. El 75% de la muestra se ubicó entre los 40 y 45 años; 59% eran casadas/os, 16.2% solteras/os, 11.2% unión libre y el 11% divorciadas/os, viudas/os o separadas/os. Por otro lado, 68% eran jefes de familia; 44% (62) médicos/as y 56% (80) profesionistas universitarias/os de otras áreas.

Características del autocuidado. Los datos del cuestionario mostraron que los varones incurren en prácticas de mayor riesgo en comparación con las mujeres, como el consumo de bebidas alcohólicas (68% contra 51.4%, $p=0.030$), mayor sobrepeso (50% contra 31.4%, $p=0.078$), menor utilización del condón (2.8% contra 9.7%, $p=0.002$) y fidelidad autoreportada (41.6% contra 70%). En el caso de las bebidas alcohólicas, los varones las consumen hasta llegar a la embriaguez, con una frecuencia mayor en comparación con las mujeres (32% contra 18.5%).

En contraparte, en las mujeres se encontró mayor insatisfacción sexual que en los varones (10.0% contra 2.7%, $p=0.057$), mayor participación en organizaciones de autoayuda (21.4% contra 4.1%, $p=0.0006$) y mayor incremento en relaciones sociales (64.2% contra 55.5%, $p=0.042$). En otras variables como tabaquismo, sueño/descanso y ejercicio físico, entre otras, los datos son muy semejantes.

Componente cualitativo

Género y autocuidado. Hubo aspectos distintos entre varones y mujeres: el consumo de bebidas alcohólicas, la sexualidad, la manifestación del estado de ánimo y los motivos de insatisfacción. Los hombres consumían en mayor medida bebidas alcohólicas. Por el contrario, las mujeres no lo consumían o lo hacían en cantidades mínimas:

Yo empecé a padecer gastritis, porque hasta hace año y medio mi dedicación al aspecto social era bastante fuerte y tomaba yo, por ejemplo, jueves, viernes, sábado y a veces hasta el domingo; no a caerme de borracho, pero sí tomaba (Hombre, casado. Ent. 07/1: 1023-1034).

Las mujeres relacionaron su consumo nulo o mínimo de bebidas alcohólicas con experiencias desagradables dentro de la familia (pleitos y violencia intrafamiliar):

A mí me disgusta el alcoholismo, tengo cuñados que son alcohólicos y que se ponen mal, entonces sí, yo le tengo total aberración al alcohol (Mujer, unión libre. Ent. 2/1: 365/369).

En la sexualidad hubo una clara diferencia. Las mujeres manifestaron practicar la monogamia (en el caso de ser viuda, la abstinencia sexual), mientras que los hombres afirmaron que se permiten relaciones ocasionales con parejas distintas a la usual, algunos de ellos sin el uso de condón:

No porque no era tan casual, porque no era con una prostituta ni con una mujer que tuviera una vida promiscua, fue un contacto casual; ese sí fue un contacto casual. No lo uso [el condón] porque no me considero una persona en riesgo de contraer o de contagiar (Hombre, divorciado. Ent. 3/3: 1171/1177).

El estado de ánimo fue otra diferencia. Los hombres señalaron que su ánimo no se afecta a pesar de las dificultades de la vida diaria, al contrario de las mujeres que incluso encontraron justificación para la modificación del mismo:

No hay programas que te preparen para recibir la menopausia. Es más, el estado anímico de uno cambia. Te deprime, es terrible la depresión, estás triste, estás como apagado. (Mujer, soltera. Ent. 4/2: 100/104, 716/720).

Pues ahorita como que estoy, no te voy a decir que deprimido, sacado de onda un poco por toda esta cuestión del divorcio, pero siento que va a todo dar. Finalmente resolví un problema y se está resolviendo bien, no caí en la angustia, en la depresión, en el autoflagelamiento (Hombre, divorciado. Ent. 3/3: 680/688).

En el mismo sentido, las mujeres manifestaron mayores insatisfacciones que los varones. Los hombres solo señalaron estar insatisfechos en el área laboral por los ingresos que perciben. Las mujeres manifestaron insatisfacciones en la vida personal/familiar y en el área laboral por falta de reconocimiento a su trabajo:

Bueno yo creo que me faltó una... ser mamá. Yo creo que va a ser mi gran frustración, no se pudo, todavía reniego... (Mujer, unión libre. Ent. 2/3: 469/476).

Pues la competencia de los compañeros, hay algunas veces que los jefes te tratan mal y eso hace el ambiente muy desagradable... Una compañera y yo estábamos comentando para qué estudié la maestría, para qué estudié el doctorado, qué me va a motivar a mí a seguir calificándome, ni que digamos voy a ganar más o voy a seguir igual. No hay reconocimiento ni económico ni académico (Mujer, casada. Ent. 8/1,2: Mujer, viuda 1060/1063, 626/635).

Un hallazgo del análisis cualitativo fue el cuidado que se brinda a las/os otras/os, el cual fue diferenciado por género. Son las mujeres quienes prodigan cuidados para potenciar la salud y atender en caso de enfermedad a los distintos miembros de la familia. El mismo fenómeno se encontró aún en caso de mujeres solteras o viudas con hija/os adultos, ellas cuidan de otros integrantes de la familia (padres, hermanos) aún cuando no compartan la misma vivienda:

Siempre he estado al cuidado de la salud de mi mamá, de los hermanos, de los sobrinos, de tal manera que es como utilizar mi red social para poder atender problemas de salud o algún tipo de complicación que puedan tener ellos... Sí me toca cuidar porque estoy conectada con el sector [se refiere al sector salud], siempre ha sido eso: de que van a operar a fulana, que van a tener consulta y entonces tratar de apoyar a través de la red social. Es el papel que me tocó y es muy difícil que me desprenda, me la enseñaron desde chica y eso te lleva a desprotegerte a ti misma por proteger a los demás. (Mujer, soltera. Ent. 4/2:697-703, 749-753).



Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

Las mujeres de este estudio mostraron incluso sorpresa y desconcierto cuando se les preguntó acerca de quiénes le apoyan para su autocuidado. El análisis mostró que las mujeres son apoyadas por otras mujeres como sus madres, hermanas y amigas. Al contrario, los varones son apoyados en su autocuidado por las mujeres, aún cuando se viva en ocasiones con desagrado el cuidado que se proporciona:

¿A usted quién le apoya para su autocuidado? No lo había pensado, no. Yo cuidaba de los tres, mi esposo y mis dos hijos, pero no, nadie me decía: oye haz esto, cuidate, no, no lo había pensado (Mujer, viuda. Ent. 1/3: 1426-1440).



Foto: María de Lourdes Tokunaga Bravo. Acervo del CNEGSR

Tanto el que la mujer profesionalista asuma el cuidado de la familia como las otras prácticas de autocuidado, muestran claras diferencias por género a pesar de que este es un grupo de profesionistas universitarios ligados al contexto de la salud.

Discusión

Este trabajo muestra que, tal y como lo reportan diversos estudios, las mujeres de este grupo realizan más prácticas de autocuidado que los varones y son ellas quienes apoyan a los demás miembros de la familia para su propio cuidado, debido a que así lo aprendieron y lo internalizaron como el deber ser propio de su género.

Los datos reportados en este estudio en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas son semejantes a lo reportado por las estadísticas nacionales, en las cuales se reporta que los varones consumen alcohol en mayor proporción que las mujeres.¹⁸

En relación al sobrepeso, los datos de esta investigación son diferentes de lo reportado por la Encuesta Nacional de Nutrición 2006, la cual señala que existe una prevalencia de obesidad mayor en las mujeres que en los hombres (71.9% contra 66.7%).²³

En esta investigación se encontró un uso menor del condón por parte de los varones, lo cual es similar a lo reportado por Stall y Catania, quienes señalan que sólo una sexta parte de los adultos norteamericanos de mediana edad y mayores usarían el condón.²⁴ En otro estudio, Seage G y col. reportan que los varones mayores de 40 años tenían una probabilidad 4.5 veces mayor de

tener sexo sin protección.²⁵ En esta misma tónica y en el contexto mexicano, Nieto e Izazola encontraron que a mayor edad hubo una menor proporción de quienes notificaron haber usado condón en su última relación sexual.

Así, en el grupo de 30 a 44 años hubo 35% y en el grupo de 45 a 60 años 25%.²⁶ Gutiérrez *et al* reportan que al indagar la utilización de condón en la última relación sexual con alguno de los tipos de pareja del último año, encontraron que el 55% de las mujeres y el 71.5% de los hombres no lo utilizan.²⁷ Este hallazgo es congruente con los planteamientos de Doyal y Phillips en sus reflexiones sobre cómo los varones asumen conductas de mayor riesgo en comparación con las mujeres debido a su condición de género y como expresión de su identidad masculina.^{28,29}

Los resultados encontrados en este estudio confirman lo que menciona Menéndez en el sentido que se delega en la mujer el rol de cuidadora de la salud de los otros, aún cuando se encuentre incorporada al trabajo productivo y posea alta escolaridad, así como que las mujeres efectúan mayores acciones de autocuidado por su cercanía con el proceso salud-enfermedad-atención.¹² En efecto, las mujeres de este estudio se prodigan más autocuidado, lo cual es diferente con lo señalado por Hernández Tezoquipa quien reporta que las mujeres privilegian el cuidado que brindan a los otros integrantes de la familia a costa del autocuidado y búsqueda de atención temprana que se pueden brindar a sí mismas. Entre estos dos estudios, la diferencia puede deberse a varios elementos: clase social, escolaridad e inserción laboral dentro de las instituciones de salud.

El autocuidado diferencial de hombres y mujeres mostrado por los datos de este estudio refuerza lo señalado por diversos autores en el sentido que la salud y el autocuidado no se ubican como un aspecto central en la construcción de la identidad masculina; por el contrario, se constata la noción de invulnerabilidad de la que hablan Valdez y Olavarría y la búsqueda de riesgos como una manera de ser varón.^{5,8,9,15}

Varios autores han señalado la dificultad de los varones para la expresión de emociones y sentimientos, lo cual es una característica del modelo de masculinidad imperante.^{8,10,15} Los datos de este estudio concuerdan en ese sentido y se muestra la diferencia para manifestar las emociones que tienen hombres y mujeres.

Conclusiones

Las diferencias de autocuidado entre hombres y mujeres, aún entre profesionistas universitarios con alta escolaridad, muestra la fuerza que la categoría de género tiene en relación con prácticas de autocuidado y en el rol social de cuidadora de los otros de las mujeres.

Desde la salud pública es necesario avanzar en el componente de autocuidado y género, para lo cual se proponen varias acciones:

- 1) Continuar con estudios para profundizar en el conocimiento sobre el autocuidado por género con distintos grupos sociales y durante el ciclo de vida.
- 2) Incluir dentro de los programas para formación de recursos humanos un análisis de la salud por género y específicamente las diferencias del autocuidado.
- 3) Es necesario abrir más espacios de discusión sobre el modelo de masculinidad imperante que está en la base de la sobremortalidad masculina y como fondo de telón para las menores acciones de autocuidado que se prodigan los varones.



Foto: Yessica Sánchez Rangel. Acervo del CNEGSR

Referencias Bibliográficas

1. Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pub Mex* 2006; 48(1):67-81.
2. Mathers CD, Sadana R, Salomon J, Murray CJ, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 2001; 357:1685-1697.
3. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Estadísticas de mortalidad. Disponible en www.inegi.org.mx. Información estadística.
4. Doyal L. Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services*. 2003;33(3):569-579.
5. De Keijzer B. Los hombres ante la salud sexual reproductiva: Una relación contradictoria. En: Bronfman M, Denman C, ed. *Salud reproductiva*. Cuernavaca: INSP. 2004:59-81.
6. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones; 1991.
7. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5/6):454-461.
8. Hardy E, Jiménez AL. Masculinidad y género. En: Briceño-León R, De Souza Minayo MC, Coimbra Carlos EA Jr, coord. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro: LACSO, Editora Fiocruz; 2000:349-367.
9. De Keijzer B, Salud y Género AC. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E, coord. *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR, UJAD; 1997: 67-81.
10. De Keizer, Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres et al. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001: 137-152.
11. Szasz I. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman M, Castro R, coord. *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México: Edamex/INSP; 1999:109-121.
12. Menéndez E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Ciesas; 1990.
13. Hernández Tezoquipa I., Arenas Monreal L, Valdez Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Publica* 2001;35(5):443-450.
14. Rodríguez ME. Masculinidad y sexualidad en Costa Rica. En: Figueroa JG, Nava R, ed. *Sexualidad, salud y reproducción. Memorias del seminario-taller: identidad masculina, sexualidad y salud reproductiva*. México, D.F.: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/Colegio de México; 2001:32-35.
15. Valdés T, Olavarria J. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Chile: FLACSO; 1998.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*: 2007. Washington, D.C.; 2007.
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2010. Disponible en <http://www.inwgi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo52&s=est&c=23593>
18. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca, Mor.; 2009.
19. Messing Karen, Punnett L., Bond Meg, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, et al. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *American Journal of Industrial Medicine* 2003;43:618-629.
20. Garduño A. Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada [Tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
21. Meryn S., Jadad AR. The future of men and their health. Are men in danger of extinction. *BMJ* 2001;323:1013-1014.
22. Haro-Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguer E, Comelles JM, ed. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000:101-161.
23. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, Mor.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
24. Stall R., Catania J. AIDS risk behaviors among late middle-aged and elderly Americans. The National AIDS Behavioral Surveys. *Arch Intern Med* 1994;154(1):57-63.
25. Seage GR, Holte S, Gross M, Koblin B, Marmor M, Mayer KH, Lenderking WR. Case-crossover study of partner and situational factors for unprotected sex. *JAIDS* 2002;31(4):432-9.
26. Nieto B, Izazola-Licea B. Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1999;41:85-94.
27. Gutiérrez JP, López Zaragoza JL, Valencia Mendoza A., Pesqueira E., Ponce de León S, Bertozzi SM. Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿una respuesta organizada? *Rev Invest Clín* 2004;56(2):242-252.
28. Doyal L. Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of World health Organization*. 2004;82(3).
29. Phillips. Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology Community Health*. 2008;62:368-371.