

“Cuando se cae el sistema”: la salud-enfermedad-atención de los hombres en adultez tardía

Fernando Bolaños-Ceballos* • Fabiola Miranda Calzadilla**

RESUMEN

La causalidad multidimensional del proceso salud-enfermedad-atención de los hombres y sus manifestaciones en el campo de la salud mental desde una perspectiva de género son poco problematizadas en salud pública, y menos aún, en los hombres en la edad adulta tardía. Este artículo retoma un enfoque clásico de los estudios de masculinidad para la salud pública y reflexiona sobre la morbilidad por sexo, proponiendo un ejercicio metodológico sobre la compleja determinación de la salud-enfermedad-cuidado de los hombres. En la causalidad se identifican los procesos histórico-sociales, psicológicos y biológicos, enfatizando las normas masculinas, sus vulnerabilidades y la falta de un enfoque público para el estudio y atención de este particular grupo etario.

PALABRAS CLAVE: hombres; adultez tardía; género; determinantes sociales; salud pública.

“When the system falls”: health-disease-care of men in late adulthood

ABSTRACT

The multidimensional causality of the health-disease-care process of men and its manifestations in the field of mental health from a gender perspective are little problematized in public health, and even less about men in late adulthood. This article takes up a classic approach to masculinity studies for public health and reflects on morbidity and mortality by sex, proposing a methodological exercise on the complex determination of men’s health-disease-care. In causality, the historical-social, psychological and biological processes are identified, emphasizing masculine norms, their vulnerabilities and the lack of a public focus for the study and care of this particular age group.

KEYWORDS: men; late adulthood; gender; social determinants; public health.

* Profesor - Investigador de la Licenciatura en Psicología de la Escuela Superior de Actopan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4656-681>. Correo de contacto: fernando_bolanos@uaeh.edu.mx

** Ayudante de Investigación en la Escuela Superior de Actopan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0536-9881>. Correo de contacto: mi376698@uaeh.edu.mx

Fecha de recepción: 03 de febrero de 2022.

Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2022.

Introducción

Hace más de 20 años se publicó el trabajo: “el varón como factor de riesgo” del investigador Benno de Keijzer (1997), basado en el modelo de la triada de la violencia masculina (Kaufman, 1997), pero desde la mirada de la salud pública. En esa novedosa propuesta para su época, se abordaron las prácticas de riesgo para la salud que realizan muchos varones y que son motivadas por los mandatos de la masculinidad hegemónica (Mhg) (Connell, 2003) o dominante (Minello, 2002), señalando la existencia de una condición específica para los varones adultos mayores cuando se retiran de sus actividades remuneradas y comienzan a pasar más tiempo en el espacio doméstico: La caída del sistema (Keijzer, 1997).

Esta “caída del sistema” en un varón de 65 años en adelante, se refiere a ciertas manifestaciones de malestar individual y familiar producto de las ideas y prácticas ampliamente compartidas sobre masculinidad, el momento del desarrollo humano del varón (Craig & Baucum, 2009) y encontrarse en el espacio doméstico debido al retiro o jubilación, el cual le resulta desconocido y carente de tareas o actividades propias de “un hombre” (Keijzer, 1997); de la misma forma, se reportarían pensamientos de angustia ante este ambiente desconocido y auto-devaluación por la pérdida de la actividad remunerada y de poder social (Bolaños, 2014; Tena y Jiménez, 2007); además, presentarían deterioro en sus funciones cerebrales y trastornos del humor en baja proporción, pero con multimorbilidad (Craig y Baucum, 2009; Kessler et al., 2012; Lisk et al., 2016).

A diferencia de este grupo de edad, la reflexión sobre las masculinidades y la salud pública para el caso de los hombres en edad productiva ha sido retomada ampliamente por autores del mundo

occidental (Matud, 2017; OPS, 2019). Debido a esa carencia de trabajos teóricos sobre la causalidad de los problemas de salud y sus propuestas de atención para los hombres en la etapa de la adultez tardía, es necesaria la revisión de modelos explicativos, esquemas y cifras que faciliten la construcción de objetos de estudio y/o problemas de atención la salud pública no identificados por la mirada tradicional en salud o medicina hegemónica (Menéndez, 1988).

Propuesta metodológica

La Medicina Social y la Salud Colectiva, plantearon a la determinación social de la salud-enfermedad-atención -s/e/a- como un proceso social que se expresa en la corporeidad y la psique humana (López y Blanco, 2001). Por ejemplo, esta determinación se expresa en diferenciales por sexo: para el caso de las mujeres, la sobremorbilidad femenina; para los varones, la sobremortalidad masculina, entre otras diferencias; sin embargo, entre países, regiones, por clase, etnia, u otras condiciones particulares, también existen variaciones y patrones de salud complejos (Papalia et al., 2009) que son determinados socialmente. Para el caso mexicano, se señala que el promedio de la esperanza de vida es de 75,2 años, 72,6 en hombres y 77,8 en mujeres; en la Ciudad de México, es de 72,6 años. En municipios con más del 75% de población indígena, la esperanza de vida se ubica en 64 años; 62 en hombres y 67 en mujeres; mientras que en municipios con menos del 5% de población indígena, se ubica en 68 años (INEGI, 2019). Los procesos de determinación social de la s/e/a, también incluyen las causas de muerte y sus patrones particulares, en este caso, por sexo: sobre las muertes violentas a nivel nacional, en el 2020 se reportaron las primeras cuatro causas de muerte relativas, en donde se observa una mayor proporción en hombres, representando 78,4% de

los accidentes, 87,9% de los homicidios, 81,7% de los suicidios y 82,4% de eventos de intención no determinada, teniendo como medio de agresión un arma de fuego o un arma blanca (INEGI, 2020a).

Dentro de las enfermedades producto de los procesos de s/e que se manifestarán principalmente en la dimensión corporal en el caso de las patologías con origen orgánico de los varones, destaca la Hiperplasia de la próstata y la Enfermedad cerebrovascular asociada a la presión arterial alta; en las mujeres, la Depresión y la Vulvovaginitis (Granada, 2004), sin embargo, en la información mostrada en la tabla 1 se menciona los principales casos de mortalidad de hombres y mujeres en el año 2020. La medicina social ha demostrado que la clase social es una de las causas primigenias de la salud y enfermedad de las poblaciones (Waitzkin, 2006), según estos planteamientos y la información sociodemográfica disponible para el caso mexicano (INEGI, 2018), es posible observar algunas comparativas sobre las condiciones de vida (López y Blanco, 2001) y la s/e de los hombres y mujeres mexicanos mayores de 65 años sobre varios aspectos de su morbimortalidad (Tabla 1).

Diferentes determinantes sociales podrían explicar las condiciones de la s/e/a de los varones, siendo una de las principales, el sexo. Las ideas más populares sobre el sexo-género (Scott, 1990), consideran al modelo de Mhg (Connell, 2003) como un ideal compartido ampliamente por hombres y mujeres, lo que implica, que paradójicamente es considerado como “normal” para el ser hombre, siendo la causa de múltiples enfermedades y muertes. Bonino (1998), basado en el trabajo de Brannon y David (1976) utiliza cinco enunciados que reflejan las creencias pilares de la Mhg que se albergan en la subjetividad de muchos hombres y se manifiestan en problemas interpersonales, so-

ciales, de salud pública y en los hombres mismos: 1) *No tener nada de mujer*; 2) *Ser importante*; 3) *Tener éxito* (superioridad sobre otros varones); 4) *Mandar a todos al demonio* (el uso autorizado de la violencia); 5) *Respetar las reglas de la Mhg* (reproducir la jerarquía y las normas que regulan estas relaciones entre hombres). Actualmente, no existen programas públicos para hombres con perspectiva de género, y las acciones existentes, usualmente reproducen la idea estereotípica de la “invulnerabilidad” y “fuerza” de los hombres (Bernaes y Figueroa, 2006).

Para la propia salud mental de los hombres, ese modelo es un parámetro de buena salud mental en occidente (Bonino, 1998), propiciando que las generalidades de los hombres mexicanos visiten los centros de salud únicamente durante su infancia, y cuando son adultos mayores con problemas de salud difíciles de tratar (De Keijzer, 2014). Por otro lado, cuando los varones vencen sus resistencias masculinas para acudir a los servicios médicos (Rohlf et al., 2000), reciben una atención androcéntrica congruente con el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), es decir, ante la tendencia de ver en los hombres a una persona “fuerte” y en la mujer a una persona más “frágil” (Castro y Bronfman, 1993), se les diagnostican menos enfermedades, minimizando sus problemas de salud; ello también está presente en el campo de la salud mental, sobre todo, ante el reporte de síntomas depresivos (Fleiz, 2010).

En la salud mental también se refleja la socialización genérica, por ejemplo, con una tasa de suicidio más alta en los varones en comparación con las mujeres; en la mayor resistencia de muchos hombres a expresar su depresión o vulnerabilidades; la manifestación de malestares psicológicos por medio de la violencia, las enfermedades psicósomáticas o en las adicciones (Castro y Bron-

Tabla 1. Caracterización de la morbilidad en adultez tardía por sexo.

Rango	Mujeres	Tasa	Hombres	Tasa
65 años y más	Infecciones respiratorias agudas	8 822.9	Infecciones respiratorias agudas	8 142.2
	Infección de vías urinarias	4 075.5	Infección de vías urinarias	2 653.6
	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	1 721.3	COVID-19	2 475.9
	COVID-19	1 682.0	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	1 616.4
	Úlceras, gastritis y duodenitis	1 039.1	Hipertensión arterial	981.5
	Hipertensión arterial	1 004.6	Úlceras, gastritis y duodenitis	945.5
	Diabetes mellitus	668.3	Hiperplasia de la próstata	739.5
	Conjuntivitis	577.0	Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II)	668.1
	Gingivitis y enfermedad periodontal	409.3	Influenza	571.0
	Influenza	398.5	Conjuntivitis	550.9
	Neumonías y bronconeumonías	371.4	Neumonías y bronconeumonías	519.3
	Insuficiencia venosa periférica	354.1	Gingivitis y enfermedad periodontal	463.5
	Obesidad	262.0	Otitis media aguda	261.5
	Otitis media aguda	248.5	Insuficiencia venosa periférica	246.7
	Vulvovaginitis	205.8	Obesidad	224.9

Fuente: Elaboración basada propia a partir de Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2020b

fman, 1993; De Keijzer, 2014). Ello se relaciona con una deficiente vida emocional, debido a que la expresión de emociones de vulnerabilidad se asocia con “lo femenino” (Burín y Meler, 2000). En este sentido, resulta muy evidente que los procesos y condiciones sociales, destacando las genéricas, determinan la s/e/a de los hombres en sus diferentes contextos (Bernales y Figueroa, 2006).

Otro reflejo de la construcción social sexista de la sociedad y de la subjetividad de la población, es la división sexual del trabajo, misma que fracciona la vida sentimental de las personas y marca ro-

les afectivos para cada género (Cruz, 2011), donde el trabajo se convierte en un elemento central en el diferencial de enfermedad entre mujeres y hombres: al especializarse artificialmente en proveer emociones y servir a los otros en el caso de las mujeres mediante el trabajo doméstico, y proveer económicamente en el caso de los hombres, mediante roles “masculinos” representados en el espacio público (Rohlf et al., 2000; De Keijzer, 2014). En las últimas décadas, la experiencia de crisis de empleo en los hombres ha comenzado a ser estudiada (Bolaños, 2014; Cruz, 2007; Burín y Meler, 2000; Salguero, 2013; Tena y Jiménez,

2007), generando reflexiones críticas referentes a las actuales condiciones materiales de vida en México (López y Blanco, 2001). Además, las creencias estereotipadas de género también influyen en el modo en que los varones se acercan a la sexualidad, reproducción, y las relaciones de pareja y familia (Burín y Meler, 2000; Scott, 1990). En otras palabras, el trabajo determinará el desgaste y la salud de los individuos, y la división sexual de éste, es la primera determinante de esas morbilidades diferenciadas para mujeres y hombres.

Para la comprensión de la “caída del sistema” y/o de la morbimortalidad de los varones en la adultez tardía como objeto de estudio o de atención de la salud pública, se propone un abordaje de los procesos de determinación social de la s/e/a con base en una lógica ecológica del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner (1987), considerando las vulnerabilidades de los hombres desde la perspectiva de género (Figuroa y Franzoni, 2014; OPS, 2019).

El Modelo ecológico, aborda las causas del ambiente que determinan las condiciones de vida del desarrollo de los varones en hombres de la adultez tardía (y de cualquier persona), junto con la herencia biológica y las esferas psicológicas por medio de sistemas interrelacionados. Estos sistemas se corresponden con diferentes niveles de la realidad social que contienen unos a otros, considerando a lo estructural como el sistema mayor, hasta llegar a lo individual o micro: a) *microsistema*; b) *mesosistema*; c) *exosistema*, y; *macrosistema* (Bronfenbrenner, 1987). El enfoque de los determinantes sociales de la s/e/a (OMS, 2013) al igual que este modelo, considera diferentes niveles sociales para el origen de las causas de la s/e/a, pero a diferencia de la propuesta ecológica, sostiene que en la causalidad de los procesos so-

ciales no se tiene igual peso de los elementos del ambiente o determinantes, es decir, hay algunos procesos que sobre determinan a otras causas. De esta forma, se pueden identificar los determinantes últimos que son de mayor poder explicativo y de predicción de las enfermedades (Castro, 2011; Laurell, 1982).

La causa o determinante género-Mhg, juega un papel fundamental en la determinación social del proceso s/e de los varones, ubicando efectos de las *vulnerabilidades* causadas por la Mhg o vividas por ellos, que según la Organización Panamericana de la Salud son: 1) *tener morbilidad oculta: escaso autocuidado*; 2) *tener sobremortalidad: prácticas de riesgo*; 3) *no ser heterosexual: hostigamiento y estrés*; 4) *estar desempleado: desgaste emocional*; 5) *ser pobre: vulnerabilidad laboral y social*; 6) *ser migrante: precariedad laboral y en acceso a la salud*; 7) *ser joven: alta exposición a la violencia interpersonal, y*; 8) *ser indígena o afrodescendiente* (2019). Como se observa, no se incluye la condición de adulto mayor como parte de las vulnerabilidades en los hombres (INEGI, 2018).

Para el abordaje de “cuando se cae el sistema” en los hombres mexicanos heterosexuales urbanos de más de 65 años, proponemos una serie de posibles causas y vulnerabilidades desde el enfoque ecológico jerarquizado en su determinación social, para apoyar a la reflexión sobre los problemas de salud-enfermedad-atención no identificados para esta población (Figura 1).

Sobre las causas que determinan la salud y enfermedad de los hombres mayores de 65 años, es importante preguntarse si en la investigación o práctica cotidiana los/as expertos/as consideran a los elementos multinivel mencionados para explicar las condiciones de salud de esta población,

o si sólo se evalúan los elementos presentes en el nivel personal y micro social, que serían: el ingreso económico bajo, con mala salud y sin hábito de hacer ejercicio, las diferentes infecciones y enfermedades respiratorias posibles, además de otras crónicas que ponen en riesgo su vida y la desnutrición; los problemas de próstata, para ver u oír, el alcoholismo y otros de salud mental, como la depresión.

Dependiendo de la respuesta, es posible saber si las causas de las vulnerabilidades se piensan para la investigación y la atención en toda su ecología, o si se utiliza una mirada micro con un menor poder explicativo. De esta forma, al pensar las posibilidades de una respuesta social organizada a algún problema de salud pública o enfermedad de los varones “cuando se cae el sistema”, se consideran dentro de las causas o se excluye a: la clase social, la pobreza, la cultura sexista, el estereotipo masculino, el rol de proveedor económico, las condiciones de vida y los territorios, las ideas sexistas en los medios de comunicación y las instituciones, los efectos de la jubilación en las relaciones sociales y la ausencia en espacios de trabajo, la menor movilidad territorial, la pérdida del rol activo en su comunidad y de reconocimiento social por sus competencias laborales, el carecer de una red social de poder, amistades y relaciones sociales, considerar la muerte como una experiencia cercana, tener mucho tiempo libre en el espacio doméstico donde no tiene un rol o una función específica, con presencia de angustia y conflictos familiares, tratando de establecer relaciones de dominio o gobierno.

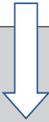
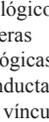
Por otro lado, a diferencia de lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019) para las vulnerabilidades en las experiencias de los hombres, este grupo etario también presenta diferentes condiciones de vulnerabilidad

que van más allá de la posible condición biológica deteriorada de los hombres de esta edad, y que se relacionan con procesos sociales, de hecho, sería un error considerarlos como procesos separados. Sin embargo, existen otros determinantes que tienen un claro origen social y que no están presentes para la generalidad de los varones de otras edades, como: las políticas laborales precarias en torno a los pensionados o para el retiro; las ideas sobre la inutilidad de las personas mayores, la disminución de redes sociales, de amistades y de poder por el retiro, permanecer más tiempo en el espacio doméstico ante relaciones familiares deterioradas y con menos fuerza real, simbólica y económica, posible morbilidad oculta, y por lo tanto, tendencia a la dependencia física de otras personas. Salvo una discusión más detallada en este tema, consideramos que en los planteamientos de la OPS también se ha excluido el análisis sobre este grupo de edad para las vulnerabilidades masculinas. Finalmente, las ideas planteadas arriba se exponen en el siguiente esquema para su puntual consideración causal (Figura 2).

Conclusión

En las propuestas de atención para esta población de hombres, es necesario considerar que su lógica causal multinivel y la respuesta social organizada tendría que abarcar los diferentes niveles de la realidad social, comenzando por las causas macrosociales, siguiendo por los determinantes exo sistémicos que involucran a las instituciones y los *mass media*, abordando las posibles redes sociales necesarias para contribuir a la s/e de estas personas, y por supuesto, abordando los factores micro relacionales, la causalidad biológica y los efectos en la psique de estos procesos bioecológicos. Principalmente, es necesario que se considere lo excluido en la reflexión sobre varones y salud pública hecha en los últimos 30 años, es

Figura 1. Determinación social de la s/e/a en varones mexicanos de más de 65 años

Determinantes sociales	Ecología	Condiciones de vulnerabilidad	Propuestas para la atención
<ul style="list-style-type: none"> *Vivir en pobreza/clase social baja. *La cultura tradicional de género. *La división sexual del trabajo: el rol de proveedor económico. 	<p>Macro (Política: economía y cultura)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Pertenecer a una clase social baja o ser pobre. 2-Representar el modelo dominante de masculinidad. 3-Políticas laborales precarias para los trabajadores jubilados. 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Revisar el funcionamiento del modo de producción. 2-Revisar las políticas laborales, para el retiro, y de protección y desarrollo social. 3-Reeducar sobre los modelos dominantes de género a la población.
<ul style="list-style-type: none"> *Habitar en un lugar con baja densidad de población con poco desarrollo urbano y social. *Reproducción del pensamiento sexista en las instituciones, los <i>mass media</i> y la comunidad. *Pérdida del espacio laboral y sus relaciones sociales. *Menor movilidad territorial por la etapa de su desarrollo. *Pérdida de un rol activo en su comunidad. *Sin reconocimiento a su experiencia y habilidades laborales. 	<p>Exo (Instituciones públicas y privadas, ámbitos laborales, territorios, Iglesia y <i>mass media</i>)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 1-La sobremortalidad. 2- Ser migrante. 3-Estar desempleado y la crisis social. 4-La idea de invulnerabilidad de los hombres. 5-No asistir a los servicios de medicina preventiva. 6-La idea de inutilidad de las personas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Mejorar las condiciones de vida de la población 2-Protección social con perspectiva de género para este grupo etario. 3-Promover el autocuidado masculino, su atención primaria y la promoción de su salud física y mental. 4-Eradicar de las instituciones las ideas sobre la invulnerabilidad de los hombres y la inutilidad de los adultos mayores. 5-Realizar estudios sobre la prevalencia y necesidades de salud en hombres.
<ul style="list-style-type: none"> *Carecer de una red de poder social y de amistades. *La esposa maneja la mayor parte de las relaciones sociales. *Ha tenido pérdidas personales y reflexiona sobre el significado de la vida y la inminente muerte. 	<p>Meso (Relaciones sociales, interpersonales y amistades)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 1-La disminución de relaciones sociales por el cambio el desempleo. 2- Se siente ajeno al espacio doméstico. 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Acciones públicas para generar redes sociales. 2-Promover la construcción de un proyecto de vida.
<ul style="list-style-type: none"> *Se enfrenta a mucho tiempo libre en casa. *Carecen del apoyo de familiares para su nueva condición. *Realiza acciones de gobierno en el espacio doméstico. *Se encuentra en una familia de desconocidos o resentida por el maltrato. 	<p>Micro (las relaciones familiares)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Costos de la división sexual del trabajo y la especialización de espacios. 2-Costos de una paternidad autoritaria o abusiva. 3-Intenta compensar la falta de poder personal con prácticas de control. 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Promover la corresponsabilidad familiar. 2-Promover paternidades afectivas. 3-Prevención primaria en violencia doméstica y manejo de emociones.
<ul style="list-style-type: none"> *Tener un ingreso económico bajo. *No hace ejercicio, mala alimentación y ha perdido piezas dentales. *Puede presentar infecciones respiratorias agudas, de vías urinarias e intestinales, gingivitis, conjuntivitis neumonías y bronconeumonías y otitis; úlceras y gastritis, hipertensión arterial, diabetes tipo II, enfermedad isquémica del corazón, accidentes y la desnutrición. *Presenta problemas de próstata y con una potencia sexual decreciente; dificultad para ver y/u oír. *Puede presentar pensamientos de angustia asociados a temor y ansiedad; depresión y alcoholismo. 	<p>Dimensión personal (El cuerpo biológico, las esferas psicológicas, las conductas y los vínculos)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Ser indígena o afrodescendiente. 2-Falta de autocuidado. 3-Tener morbilidad oculta. 4-Tendencia al aislamiento. 5- Las desventajas de la etapa de su desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Prevenir y castigar la discriminación. 2-Promover el autocuidado de la salud física y mental. 3-Promover a asistencia periódica a los servicios de salud para medicina preventiva. 4-Contar con instalaciones y personal capacitado para atención con perspectiva de género a su salud física y mental.

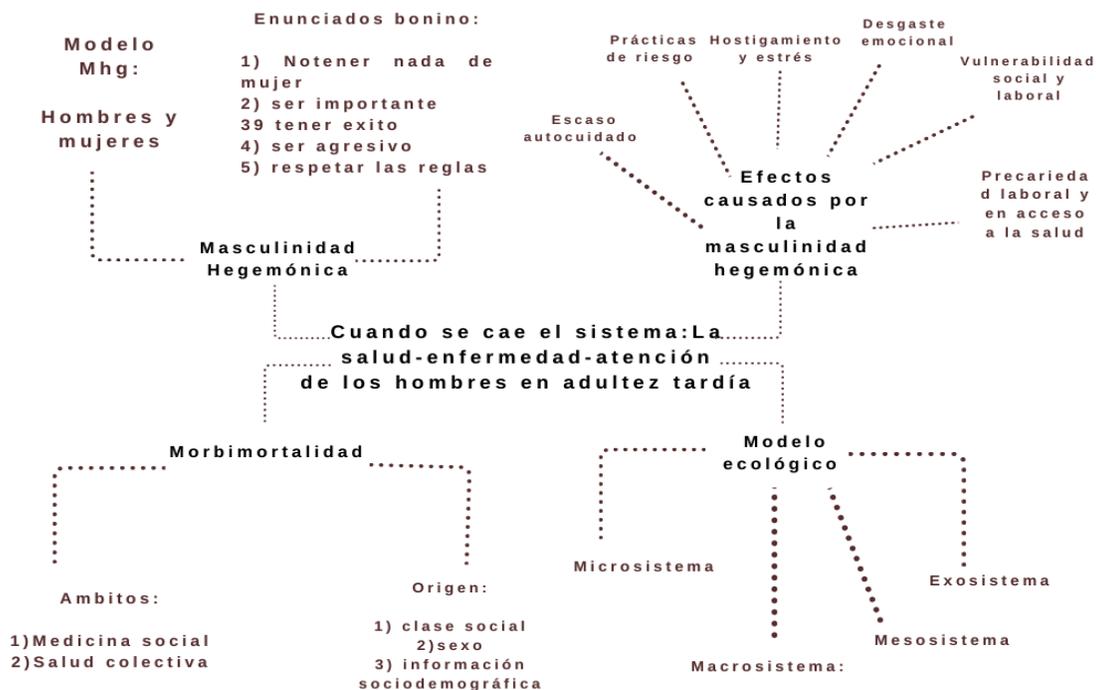
Fuente: elaboración propia a partir de Craig y Baucum, 2009; Papalia et al., 2009; INEGI, 2018; 2019 y OPS, 2019.

decir, las determinantes sociales de la salud-enfermedad-atención para este grupo de edad que describen la “caída del sistema”, únicamente nombradas, pero no desarrolladas.

Debido a la poca reflexión sobre la salud de los varones mayores de 65 años en adelante, su causalidad multidimensional y sus manifestaciones en diversas esferas personales y sociales, es necesario este ejercicio metodológico para nombrar sistemáticamente las afectaciones a su salud mental y física, causada por las normativas masculinas en su propia ecología, la que incluye otros procesos histórico-sociales. Se espera haber generado reflexiones investigativas y dudas profesionales en académicos y servidores públicos que trabajan o están interesados en la salud-enfermedad y atención de este grupo poblacional.

Alcanzar la igualdad de género en la salud, implica que tanto las mujeres como los hombres de todas las edades cuenten con las condiciones para ejercer plenamente sus derechos. Además de las vulnerabilidades en salud existentes por la discriminación o la violencia estructural, las asociadas a las ideas tradicionales de masculinidad de occidente también representan prácticas de riesgo para otras personas. Resulta importante destacar, que el desarrollo del autocuidado en los hombres modifica la relación tradicional que han tenido con su cuerpo, y en ese sentido, confronta las ideas tradicionales de masculinidad dentro sus relaciones sociales.

Figura 2. Caracterización de salud-enfermedad-atención de los hombres en la edad adulta tardía



Fuente: Elaboración propia

Referencias bibliográficas

- Bernales M y Figueroa J. (2006). “Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los “invulnerables”. En: Cabieses, B. (ed.) *Vulnerabilidad Social y sus Efectos en Salud en Chile*. Santiago: Universidad del Desarrollo, 139-154.
- Bolaños, F. (2014). “El grupo de “apoyo emocional al desempleo” en hombres”. En: Figueroa, J. (ed.) *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre, paternidad espacios laborales, salud y educación*. México: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México, 111-174.
- Bonino, L. (1998). *Micromachismos, la violencia invisible*. España: Cecom.
- Brannon, R. y David, D. (1976). *The Forty-nine Percent Majority*. Washington: Wesley.
- Bronfenbrenner U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Buenos Aires: Paidós.
- Burín, M. y Meler, I. (2000). “Género: una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina”. En: Burín, M. y Meler, I. (eds.) *Varones: Género y subjetividad masculina*. Argentina: Paidós, 21-70.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, R. y Bronfram, M. (1993). “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, *Salud Pública*, vol. 9, Núm. 3: 375-394.
- Connell, R. (2003). *Masculinidades*. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). “*Desarrollo psicológico*”. México: Pearson Educación.
- Cruz, S. (2007). “Trabajo y subjetividad masculina”. En: Jiménez, M. y Tena, G. (coord.) *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. Cuernavaca: CRIM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM, 473-507.
- Cruz, S. (2011). “Sentido y práctica de la intimidad masculina. Una mirada desde los hombres”, *Sociológica*, vol. 26, Núm. 73: 183-207.
- De Keijzer, B. (1997). “El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva”. En: Tuñón, E. (coord.) *Género y salud en el Sureste de México*. México, 199-219.
- De Keijzer, B. (2014). “Hombres, género y políticas de salud en México”. En: Figueroa, J. (ed.) *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre*. México: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales del El Colegio de México.
- Figueroa, J. y Franzoni, J. (2014). “Introducción. Paternidad, espacios laborales, salud y educación a la luz de algunas políticas públicas”. En: Figueroa, J. (ed.) *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación*. México: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México, 553-564.
- Fleiz, C. (2010). “El malestar depresivo: una experiencia vivida por los hombres a través de su construcción de género”. (Tesis doctoral en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Granada, E. (2004). “A qué llamamos salud colectiva, hoy”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, Núm. 2: 1-20.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/enoe_ie/enoe_ie2018_11.pdf (consulta 20 de agosto de 2021).

- INEGI. (2019). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/> (consulta marzo de 2021).
- INEGI. (2020a). Características de las defunciones registradas en México durante 2020. Comunicado de prensa. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf> (consulta 24 de mayo de 2022).
- INEGI. (2020b). Mujeres y hombres en México 2020. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/mujeresyhombresenmexico2020_101353.pdf (consulta 24 de mayo de 2022).
- Kaufman, M. (1997). “Las experiencias de poder contradictorias entre los hombres”. En: Valdés, T y Olavarria, J. (eds.). *Masculinidad/es, Poder y Crisis*. Chile: Isis International, 49-63.
- Kessler, R.; Petukhova, M.; Sampson, N.; Zaslavsky, A. y Wittchen, H. (2012). “Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States”, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 21, Núm. 3: 169-184.
- Laurell, A. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, Núm.19: 1-11.
- Lisk, K.; Agur, A. y Woods, N. (2016). “Exploring cognitive integration of basic science and its effect on diagnostic reasoning in novices”, *Perspectives on Medical Education*, Núm. 5: 147-153.
- López, O. y Blanco, J. (2001). “La polarización de la política de salud en México”, *Cuadernos de Saúde*, vol. 17, Núm. 1: 43-54.
- Matud, P. (2017). Género y salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de hombres y mujeres. <http://www.cuadernosartesanos.org/Psicologia/2017/cdp05.pdf> (consulta 04 agosto de 2021).
- Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf (consulta 15 enero de 2020).
- Minello, N. (2002). “Los estudios de la masculinidad”, *Estudios Sociológicos*, vol. XX, Núm. 3: 715-732.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). Determinantes sociales de la salud”. http://www.who.int/social_determinants/es/ (consulta Septiembre de 2021).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2019). Masculinidades y salud en la región de las Américas. Resumen. Washington, D.C. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51667> (consulta septiembre de 2021).
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano*. México: Mc Grow Hill, 2-16.
- Rohlf, I.; Borrel, C. y Fonseca, C. (2000). “Género, desigualdades y salud pública, conocimientos y desconocimientos”, *Garceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud*, vol. 14, Núm. 3: 60-71.
- Salguero, M. (2013). “Masculinidad como configuración dinámica de identidades”. En: Ramírez, C. y Cervantes, J. (coord.) *Los hombres en México: Veredas recorridas y por andar. Una mirada a los estudios de género de los hombres. Las masculinidades*. México: Universidad de Guadalajara.CU-CEA-AMEGH,17-37.
- Scott, J. (1990). “El género: una categoría útil para

- el análisis histórico”. En: Amelang, J. y Nash, M. (eds.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. España: Institució Alfons el Magànim, 23-58.
- Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos. (2020). Anuario de Morbilidad 1984 – 2020. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html (consulta 29 de mayo de 2022)
- Tena, O. y Jiménez, L. (2007). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM, 33-507
- Waitzkin, H. (2006). “Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social”, *Medicina Social*, vol. 1, Núm. 1: 5-10.