

Entre la Piedra, la Madera y el Campo, Hombres y sus representaciones Sociales sobre la Salud y la Enfermedad

Between Stone, Wood and Countryside, Men and their Social Representations on Health and Disease

Jacqueline Figueroa Ramírez¹
Carolina Galaz Llanos²

Resumen

La institucionalidad de salud se enfrenta a dos situaciones que se contraponen al desafío de incorporar la atención de los hombres en el sistema de salud, uno es la invisibilidad histórica de la salud masculina y el otro es la escasa adherencia de hombres a intervenciones preventivas y promocionales de salud.

En consecuencia, el objetivo general del estudio fue caracterizar las representaciones sociales que hombres adultos entre 20 y 45 años, inscritos en el CESFAM Pelequén de la comuna de Malloa, le atribuyen al proceso salud enfermedad y las estrategias preventivas y curativas que implementan para enfrentar estos estados.

La metodología contempló la aplicación de tres técnicas cualitativas para la producción de información: entrevista individual semiestructurada, grupo focal y revisión documental de historias clínicas.

En general se concluye que los hombres han elaborado construcciones sociales dicotómicas en torno al estado de salud y enfermedad que no favorecen acciones promocionales y preventivas. Le otorgan significados al proceso salud enfermedad, que en algún caso los aproxima al cuidado de la salud, pero no los hace adherentes al sistema, dadas sus prioridades, donde es fundamental la inmediatez en la atención de salud y no la adherencia a tratamientos.

Palabras Clave: Salud, enfermedad, representaciones sociales, masculinidades

Abstract

The health institutions face two situations that are opposed to the challenge of incorporating men's attention into the health system, one is the historical invisibility of men's health and the other is the poor adherence of men to preventive and promotional interventions of health.

Consequently, the general objective of the study is to characterize the social representations that adult men between 20 and 45 years old, enrolled in the CESFAM Pelequén in the commune of Malloa, attribute to the health-disease process and the preventive and curative strategies they implement to face these state.

The methodology contemplated the application of three qualitative techniques for the production of information: semi-structured individual interview, focus group and documentary review of medical records.

In general, it is concluded that men have elaborated dichotomous social constructions around the state of health and disease that do not favor promotional and preventive actions. They give meanings to the health-disease process, which in some cases brings them closer to health care, but does not make them adhere to the system, given their priorities, where immediacy in health care is essential, not adherence to treatments.

Key words: Health, disease, social representations, masculinities

1. Asistente Social Licenciada en Trabajo Social, Magister en Salud Familiar y Comunitaria Con desempeño laboral en Atención Primaria de Salud jfigueroar10@gmail.com

2. Trabajadora Social Licenciada en Trabajo Social, Magister en Salud Familiar y Comunitaria con desempeño laboral en Atención Primaria de Salud carolina.galaz.llanos@gmail.com

Presentación de la Investigación

Este estudio caracterizó las representaciones sociales que 36 hombres adultos, entre 20 y 45 años, inscritos en el Centro de Salud Familiar de Pelequén de la comuna de Malloa, le atribuyen al proceso salud enfermedad y a las estrategias preventivas y curativas que implementan para enfrentar estos estados. La estrategia de investigación fue carácter cualitativa interpretativa, por lo tanto, la información se produjo a través de 18 entrevistas individuales, 2 grupos focales y 36 revisiones de fichas clínicas, puesto que lo que interesaba, era profundizar en el significado que los sujetos de estudio le otorgaban a este proceso, sin buscar generalizaciones, para llegar, así, a comprender como ellos configuran desde su individualidad y acorde con su entorno la idea de salud y enfermedad, que determina sus acciones. Además, se buscó describir las percepciones, estrategias, necesidades, barreras, expectativas y motivaciones que emergen en torno al proceso salud enfermedad, mediados por el género y por los determinantes sociales de la salud de los actores.

La unidad de análisis de esta investigación fue el Centro de Salud Familiar de Pelequén, ámbito de acción laboral de las investigadoras, cuya preocupación inicial es la escasa adherencia que presenta este grupo etario a la atención asistencial del centro. Este establecimiento otorga prestaciones de salud primaria en un ámbito geográfico urbano, pueblo de Pelequén, y en uno rural compuesto por 9 localidades aledañas, 3 tipificadas como aldeas y 6 como caseríos (I. Municipalidad de Malloa, 2015).

Es relevante hacer algunas precisiones relativas a la dinámica que los hombres establecen con el centro, algunos asisten regularmente, otros en forma esporádica y otros nunca han consultado, porque inicialmente fueron inscritos por algún familiar directo, principalmente mujeres. En general, las consultas más frecuentes que efectúan los hombres de este grupo etario son por morbilidades agudas y/o urgencias médicas y dentales, es decir, en el plano de la inmediatez. De este modo, ellos pueden tener más o menos cercanía con el centro de salud según la dinámica que sigan.

El estudio contempló una muestra de tipo intencional u opinática que respondió a los siguientes criterios: hombres de 20 a 45 años, inscritos como beneficiarios en CESFAM Pelequén, alfabetizados con cualquier grado de escolaridad, sin discapacidad mental psíquica, mental intelectual o sensorial auditiva, consultantes o no consultantes del CESFAM, con o sin patologías crónicas, habitantes de sectores urbanos o rurales aledaños al CESFAM.

Presentación de los Resultados

Objetivo N°1: Describir representaciones sociales que hombres adultos tienen sobre los conceptos de salud y enfermedad, desde su experiencia.

Categoría N°1: Construcciones sociales dicotómicas de hombres con relación al concepto de salud: desde ausencia de enfermedad a un concepto integral

A partir de los relatos de hombres participantes en entrevistas individuales se obtiene como primera idea central una construcción social dicotómica del concepto de salud, desde una visión inmediata de salud como ausencia de enfermedad a una visión más compleja que conceptualiza a la salud como un área primordial del ser humano que integra aspectos individuales, biológicos y psicológicos, y también factores sociales, relacionados con la vida familiar, laboral, comunitaria y con el entorno ambiental.

Estas construcciones sociales de salud quedan plasmadas en las respuestas a la pregunta sobre qué es para ellos estar sanos, realizada tanto en entrevistas individuales como grupales. La salud conceptualizada como ausencia de enfermedad, está más presente entre los participantes del Grupo focal N°1 (gf1) que integró a hombres de localidades más rurales; mientras que en el grupo focal N°2 (gf2), realizado en sector urbano, se visualiza una construcción de la salud más próxima a un estado de bienestar integral.

En primera instancia, los relatos refuerzan una construcción social de salud (Caponi, 1997) ligada al concepto histórico que la define como “ausencia de enfermedad e invalideces”, puesto que la respuesta más inmediata y espontánea es definirla contraponiéndola a enfermedad: “Estar bien, no sentir dolores, no tener enfermedades, cuidar mi metabolismo”(P15); “O sea para sentirme sano que mi cuerpo no sé poh, funcione bien... no tener ninguna molestia, no sé poh nada que... sentirme al cien por ciento, ningún malestar, nada.”(P12)

No obstante, en los relatos va surgiendo una conceptualización de mayor complejidad que integra nuevos factores en los significados que le otorgan al estado de salud, como una de las definiciones recogidas que señala “hay distintas formas de pensar qué es lo que es estar sano. Hay una sanidad mental, sanidad física y hasta podríamos hablar de una sanidad cultural... estamos en una plaza donde si yo salgo, no sé poh, me gustaría ver una obra de teatro ahí en ese anfiteatro que tenemos, y sería culturalmente sano para todos los pelequeninos, para nuestra comunidad” (P17).

Haciendo un paralelo con la evolución histórica del concepto, se puede apreciar que hay cierta similitud con la actual definición de la OMS, en cuanto a que integran factores psicológicos como el estado de ánimo, la autoestima e incluso llegan a definirla como un estado de felicidad: “La posición mía es que estar sano, primero que nada, es estar feliz. No tengo ninguna preocupación de hacer mis actividades como corresponde y estar pendiente y no puedo hacer esto, o me duele la rodilla y no voy a poder... Estar feliz de mantenerme bien, bien de salud... y darle gracias a la vida... Por eso sano para mí, sigo insistiendo, es estar contento y feliz...” (P2gf2). Además, el buen estado de salud lo relacionan con la vida familiar, con el desarrollo de las actividades laborales, con la vida social y con un entorno ambiental adecuado “tranquilidad, disfrutar la vida, estar con los hijos, estar bien con los hijos, uno trata de ayudarlos, no sé verlos, cosas que cuando joven uno no disfruta y ahora que está más adulto cambia la cosa” (P10).

Estas construcciones reafirman la tesis de Canguilhem (Caponi, 1997) que refiere que no se puede elaborar un concepto único y universal desde la ciencia, sino que es un concepto dinámico y subjetivo, que puede ser definido desde la particularidad de cada ser humano, dependiendo de las determinantes sociales en que se desarrolla su vida.

Por otra parte, vinculan directamente el estado de salud con la posibilidad certera del hombre de ejercer adecuadamente, según sus parámetros culturales tradicionales, el rol de proveedor económico y jefe de hogar: “Estar sano, estar bien, estar con la energía la fuerza pa’ poder hacer en la casa... uno es el pilar de la casa así que tiene que estar, tiene que estar sano... no se puede enfermar. Tenemos prohibido enfermarnos... mientras pueda trabajar para mí es salud...” (P1).

En el discurso de estos hombres emerge la masculinidad hegemónica que los coloca en el plano de la producción y les exige responder como principales proveedores, anulando o disminuyendo las posibilidades de que la mujer contribuya económicamente: “En la vida diaria me preocupo de estar bien, de cuidar mi salud, trato de ver lo que tengo al lado, si yo a ellos les hago falta, me pasa algo a mí, porque en la casa soy el único que trabaja, entonces eso es lo que veo” (P6).

Categoría N°2: Determinantes sociales relacionadas con la mantención del estado de salud y la generación de factores duales: desde la protección a la postergación del cuidado.

En el ámbito psicológico, se releva la capacidad de no problematizar todas las situaciones de la vida diaria: “No, no tomo tan como dramático...depende de lo que sea... No, yo si estoy en el trabajo... trabajo... no, como que no tomo las cosas muy a pecho como dicen... como que si pasa algo depende del problema lo asimilamos un poco y vamos viendo” (P1). También se valora la tranquilidad y el contar con expectativas de superación, este último muy acorde a las exigencias de una masculinidad tradicional: “Sí, yo creo que es más que nada estar tranquilo...(P4); “El lograr los objetivos” (P8gf2)

En el aspecto familiar, adquiere relevancia el desarrollo de la vida familiar y la responsabilidad de los hombres en relación con sus hijos y padres adultos mayores, “Si, la misma salud de mi padre, estando bien él, uno sale a trabajar, con entusiasmo”. Cuestiones que pueden ser asociadas al rol histórico del hombre en el seno familiar, sin embargo, se vislumbra una nueva masculinidad (Aguayo & Nascimento, 2016) en la forma en que particularmente la paternidad llega a ser un factor potente en la mantención de un buen estado de salud: “¿Cómo que yo mire algo que me da más energías? Sí. Sí... tener un hijo... eso es lo que me da fuerzas, de no dejarme decaer... cómo se llama... me da fuerzas para no tropezar en algo o caer en algún vicio o meterme en otras cosas, o sea tener esa preocupación que es tener a mi hijo” (P2).

Por otra parte, para la mantención de la salud adquieren notoriedad el estilo de vida que conlleva hábitos tipificados como saludables, como ausencia de consumo de sustancias nocivas, vida activa, alimentación saludable y una rutina establecida que ordena sus vidas: “Bueno tengo buena alimentación porque hay verduras, hipocalórico. Y después vamos al gimnasio... una hora, trote, pesas, buena hidratación, hacemos fútbol, tenis, tenemos deportes y en eso nos entretenemos toda la semana ahí, de lunes a viernes...” (P14).

El trabajo también constituye un factor fundamental para la mantención de la salud, es una fuente de satisfacción, provee recursos económicos que les permiten cumplir su rol de proveedores: “La pega poh, porque me ayuda a salir de la casa, no estar sedentario, estar todo el día activo” (P16). También situados como personas del ámbito público, ellos reconocen en la participación social otra fuente de salud, sobre todo en relación al bienestar emocional que les genera: “Yo participo en una institución, hace 10 años... en Bomberos y en un equipo de fútbol de aquí de la comuna... en eso baso yo en mi entretenimiento” (P3).

Dentro de este conjunto de elementos que impactan en la salud de hombres, se distinguen rasgos de un modelo de masculinidad tradicional que los sitúa como responsables de la familia, sostén económico y personas con apertura al mundo público.

Al mismo tiempo, dentro de estos factores emerge la práctica de la homosocialidad, con espacios de recreación meramente masculinos que benefician la salud en algunos casos.

Paradójicamente, los mismos factores que potencian un buen estado de salud, desde otra perspectiva se presentan como amenazas para su cuidado. En este sentido, uno de los determinantes más preponderantes en la postergación de los cuidados de la salud son los estilos de vida asociados a hábitos como el consumo de drogas, la mala alimentación, el sedentarismo y las formas de recreación que implican un maltrato físico: “Comer mal, poh... y vicios, los vicios, todos los vicios, droga, o sea, en la droga está todo”. (P18); “Por ejemplo cuando uno se maltrata. No sé poh, de salir” (P7).

En este sentido, los relatos de los entrevistados confirman que los hombres presentan cifras altas de consumo de alcohol, tabaco, drogas y alimentos ricos en materia grasa, lo que les genera una mayor predisposición a desarrollar enfermedades cardiovasculares, como lo relatan: “El alcohol, la marihuana, la droga... Los malos hábitos, del carrete. Comer muchos dulces, no tener autocuidado, el estrés” (P1gf1). Todo esto pese a que se observa un discurso aprendido respecto a los beneficios de estilos de vida saludables.

Más allá de los comportamientos individuales, los hombres también reconocen el impacto de la interacción social en la salud, señalando algunos determinantes negativos en los entornos sociales y laborales que alteran su bienestar físico y psicológico: “Yo creo que a veces uno con mirar personas que anden, así como amargadas... cuando siente un ambiente tenso... uno se siente muy mal y empieza con dolor de cabeza...” (P3). Siguiendo en el ámbito laboral la escasez de recursos y la tensión por llevar adelante su rol de proveedor también afecta su salud: “igual soy nervioso, porque me paso pensando cosas, ojalá que mañana no me vaya a ir mal en la pega... preocupado... tengo que pagar la luz, el agua, cuánto te queda de plata, déjate diez lucas aparte y preocupado de que no me falte, que hay que comprarle zapatos a la niña, oye la leche de la niña” (P14).

Categoría N°3: Relevancia otorgada al estado de salud para el bienestar y el desarrollo de acciones básicas de la vida diaria versus invisibilización del concepto de salud en hombres.

Los hombres en su gran mayoría declaran otorgar importancia al estado de salud, considerando que es una base primordial para el desarrollo de acciones de la vida diaria y también relacionándola fundamentalmente con el trabajo y con la familia. Frente a la pregunta sobre la importancia que le dan a la salud, algunas de las respuestas son: “harto importante...Sí, porque si yo tengo mi salud buena, me da la chance de estar bien en mi trabajo, de no faltar, ya...eh...estar con mi familia...” (P6); “Sí... si lo pienso yo creo que la salud es lo primordial en una persona... en todo sentido es como yo creo que, estando la salud buena, o sea, si no tiene salud... no tiene su vida al cien por ciento” (P12).

La relación trabajo - salud se encuentra impregnada de contradicciones. Primero, reconocen que la salud les da la posibilidad de trabajar y generar recursos económicos y así cumplir cabalmente, dentro de sus parámetros, el rol de proveedor y más aún de protector del grupo familiar, como ellos refieren les permite continuar siendo el “pilar” de sus hogares:” Sí, porque estando la salud bien, está todo bien pienso yo...estando con salud uno puede trabajar. Porque uno así sobrevive” (P2). Asimismo, sitúan el trabajo como un factor protector en cuanto a que es una instancia de interacción y distracción que les ayudaría a conservar un buen estado de salud.

No obstante, los relatos grupales contraponen trabajo y salud, señalando que el trabajo y el ritmo de vida actual atentan contra el cuidado de ella, otorgándole menor prioridad. Con relación a la vida actual refieren: “Trabajamos, como decía él, como unos brutos, no tenemos ese concepto del autocuidado, trabajamos al sol y no nos echamos bloqueador, trabajamos con frío, no nos abrigamos como corresponde, al final nosotros mismos nos estamos dañando, dañando como seres humanos en el sentido del autocuidado” (P5 gf1).

Por otra parte, también se advierte una dicotomía entre el discurso y la acción. La respuesta espontánea en su mayoría es que le otorgan importancia a la salud, pero luego la descripción de sus acciones refleja descuido, en especial por malos hábitos: “Es que uno no se cuida, el autocuidado se le olvida a uno. De repente uno se pone a tomar, a fumar, a fumarse unos pititos” (P1gf1). Como De Keijzer (1997), el hombre pasa a ser un factor de riesgo para sí mismo, puesto que mantiene un estilo de vida marcado por conductas de riesgo.

Por último, también algunos entrevistados refieren no reflexionar en torno al estado de salud. Señalan no saber ni querer cuidarse, no a cambio de limitaciones a acciones que constituyen para ellos vías de escape a las problemáticas de la vida diaria, señalan que no les ayuda en la salud física, pero sí en la salud mental. En sus relatos con relación a salud señalan: “La verdad pienso poco en salud, porque como nunca me enfermo, ni le doy mucha importancia” (P9); “Yo no me preocupo en lo personal de mi salud, no me preocupa, porque si puedo hacer un desorden de comida, lo hago; si puedo hacer un desorden de copete, lo hago. No hay miramientos... Y le ponís no más poh” (P17).

Categoría N°4: El trabajo como factor de riesgo y factor protector de la salud, en concordancia con las condiciones de seguridad social y laboral.

Profundizando en la conexión salud y trabajo, en el caso de los entrevistados la relación se ve muy condicionada al tipo de actividad y a las circunstancias contractuales en que la desarrollan, la mayoría de ellos no cuentan con una formación técnica o profesional que les posibilite un abanico más amplio de opciones laborales, varios cuentan con oficios tradicionales de la comuna, mueblistas y trabajadores de temporada agrícola, que implican riesgos para su salud por las exigencias de esfuerzo físico y por las condiciones de inseguridad relacionadas con exposición prolongada a sustancias químicas, a temperaturas extremas ruido ambiental y manipulación de maquinaria peligrosa. Algunos de los riesgos descritos por los entrevistados “sí, los mismos químicos, en eso hay que tener una precaución, cuidado absoluto en uno, usar todos sus implementos para estar el día de mañana bien y chequeos médicos que se va haciendo uno. Está... tener cuidado con la máquina no más, maniobrarla y todo, andar siempre con calma con la máquina, no andar tonteando para que no pase un accidente, ser una persona responsable en un montón de fierros “(P7); “me afecta el frío, porque es helado en cámara, entonces hay veces en que trabajo a -18 o -10 -grados-” (P15); “El taller que trabajamos con mi papá... porque se trabaja con mucho polvo... yo soy alérgico” (P4)”

La influencia negativa se encuentra marcada por la falta de contrato laboral formal, dejándoles fuera de los resguardos legales establecidos para trabajadores de este tipo. Vale decir, desarrollan sus labores de manera informal y muchas veces a trato, lo que aumenta el desgaste físico, la exposición a sustancias peligrosas o la manipulación de maquinaria sin implementos de seguridad: “El riesgo es que como es trabajo esporádico quizás, y un trabajo que no tiene las condiciones necesarias de seguridad, por ejemplo, el polvo, alguna máquina que me pueda exponer a cortarme algún dedo o el ruido, ese tipo de cosas si son riesgo para mi salud” (P9).

Categoría N°5: Construcción social de enfermedad relacionada a la incapacidad, desvalorización, malestar y anulación personal, en contraposición a la negación y minimización del estado de enfermedad.

Las respuestas de los sujetos de estudio frente al concepto de enfermedad reflejan toda la subjetividad y el dinamismo propio de una construcción cultural, que va desde una conceptualización catastrófica en distintos grados para la vida como hombres, hasta la negación del estado, toda vez que refieren no reflexionar en torno a él.

La mirada pesimista del concepto de enfermedad también presenta diversos matices, donde aparecen varias de las configuraciones históricas descritas por Berlinguer (1994). La primera de ellas es la definición de enfermedad como sufrimiento, que implica malestar, pérdida de poder o de dignidad humana, en este caso, varios de los entrevistados hacen referencia al malestar, al dolor, a la incomodidad, a diversas limitaciones y al sentimiento de pérdida que les genera el estar enfermos: “Estar enfermo es no poder trabajar, no poder hacer nada... con dolores, o quizás qué enfermedad, poh... la discapacidad...” (P18); “No poder dormir del dolor. Como impotencia, no poder hacer cosas, cosas en mi trabajo, cosas en la casa” (P4gf1).

La enfermedad en el plano emocional la visualizan como una anulación personal y en el plano físico como una discapacidad para las acciones de la vida cotidiana y para el desarrollo de la actividad laboral, esta última altamente valorada por ser la acción que les posibilita cumplir su rol masculino de proveedor. Los relatos muestran que para ellos la enfermedad efectivamente implica una pérdida de dignidad en su ser masculino, enmarcada en los cánones de la masculinidad hegemónica, incluso mencionan la impotencia que les puede provocar el estar enfermos, siendo lo peor que les puede ocurrir como seres humanos “para mí estar enfermo, es casi lo peor que puede tener un ser humano. Porque pierde todo lo otro, pierde por ejemplo estar bien con su familia, estar bien con tu gente que nos rodea, esas cosas.” (P10); “Me siento como que no valgo nada... como que no sirvo, estoy estorbando...” (P3).

También en la construcción social se encuentra implícita la configuración de la enfermedad como diferencia, porque es definida como anormalidad, como una condición que los saca de su rutina diaria: “Estar mal, una persona enferma no vale nada en el sentido que afecta mucho la vida cotidiana de uno cuando está enfermo...” (P14). Pero no solo les afecta en su vida laboral, también refieren que afecta el entorno, que se traduce en dificultades en la convivencia familiar y social: “Preocupar a la demás gente. Preocupar a los más cercanos. Y al final se terminan enfermando los otros” (P2gf1)

Sin embargo, pese a este conjunto de definiciones en las que incorporan las características físicas y psicológicas en estado de enfermedad, también queda de manifiesto su invisibilización, pues hay negación, evasión o minimización de la enfermedad, conducta también acorde a los mandatos del género masculino (Bernales, 2015) donde el reconocimiento de la enfermedad implica vulnerabilidad, valor feminizado en la cultura patriarcal: “No, estar enfermo es como...no, no me hallo, no, para mí no puedo estar enfermo, no valgo nada, no yo para estar enfermo no sirvo ...no sé no me veo así yo, no pienso eso de estar enfermo o que me llegue a pasar algo.”(P6)

Categoría N°6: La familia y las figuras femeninas como soporte fundamental de los hombres en estado de enfermedad..

Siendo el reconocimiento y el enfrentamiento de los estados de salud y enfermedad más propios del género femenino, y tratados inicialmente en el espacio íntimo de las personas, se explica que casi todos los entrevistados reconocen que su primera red de apoyo en caso de enfermedad la constituye la familia. Emerge como principal soporte la figura femenina, tanto madres como parejas, de acuerdo a si viven aún en su grupo de origen o ya han conformado un hogar: “Con ella, siempre que me ha pasado algo, ella siempre me acompaña”. (P3); “Bueno, obviamente a la esposa, que es a la primera que uno le dice” (P10). Por supuesto en algunos casos se destaca el apoyo paterno, pero mayoritariamente la mujer pasa a ser el primer soporte de los hombres en estado de enfermedad: “Todos, mi madre, mi padre y mi pareja.” (P8).

Categoría N°7: Automedicación, conducta pasiva frente al síntoma y remedios caseros como respuestas primordiales frente al estado de enfermedad.

Las respuestas de los hombres frente a la enfermedad relevan una conducta pasiva o la adopción de medidas por cuenta propia. Emerge como respuesta inmediata la automedicación. Los hombres sujetos de estudio declaran consumir fármacos, desde su perspectiva, “de uso común” para disminuir malestares, “Lo primero paracetamol, si es dolor de cabeza, dolor de estómago me tomo un omeprazol, yo tengo hartos remedios en la casa, eso es lo que uno siempre tiende a tomar, omeprazol, pucha diclofenaco para el dolor y la inflamación” (P14). En algunos casos mencionan uso de medicamentos de alta complejidad, incluso de uso controlado, con efectos colaterales para la salud. Los entrevistados no perciben la peligrosidad en el uso recurrente de fármacos sin prescripción médica, “Cuando amanezco enfermo y ya tomo tramadol... es droga...” (P11)

Otra respuesta reiterativa frente a la enfermedad es aquella conceptualizada por ellos como “dejación”, que implica no tomar ninguna medida frente al padecimiento de algún malestar, “Pucha...tomo pastillas, clorferamina...loratadina. Me automedico solo. Dejación... se deja estar y puede agravarse y no previene las cosas cuando corresponde, se preocupa cuando ya es tarde” (P12).

Finalmente, cobra relevancias el uso de remedios caseros, a base de hierbas medicinales, en especial, en sectores más rurales, y la consulta con sanadores populares como es el caso de los “compositores de huesos”, ante cualquier problema traumatológico: “una vez me caí y me disloqué el hombro, y me fui a componer. Ella me decía que si estaba quebrado me iban a llevar al hospital, y allá lo que me iban a hacer era dejarme el hombro donde mismo (caído, a la altura del hígado), y me iban a envolver con un par de vendas, y me iba a quedar así después. Y me lo estiró así y me compuso el brazo, me pasó así la mano aquí (axila), y me dijo “déjate así no más, un par de días. Y en caso de que te pase algo, haces reposo absoluto”. Yo al otro día, me subí al caballo, fui a Pelequén, y por ahí, entre Coelemu se me cayó el brazo de nuevo (gesto de caída nueva hasta el hígado). Y de vuelta pa’rrriba no quise ir altiro para que me arreglaran, así que me vine, de aquí, de la casa fuimos al otro día en la mañana. Me compuso de nuevo allá” (P9gf1).

Categoría N°8: Predominio de limitaciones laborales, económicas, familiares y emocionales en hombres que experimentan estados de enfermedad.

Respecto de las limitaciones que surgen en estado de enfermedad, en su mayoría los hombres las relacionan con limitaciones para ejercer el rol de trabajador, de proveedor económico y de jefe de familia, pues la enfermedad conlleva la imposibilidad certera de trabajar y generar recursos: “Cumplirles en la casa para mí es lo principal, para mí un día enfermo, es harto” (P13); “Eh, chucha, cuando he estado hospitalizado, ahí sentí mucha limitación... Sabís que tenis dos cachorritos y una señora que tenis que ayudar y no podís, esa es una limitación tremenda.” (P17).

Esto según refieren les produce afectación emocional, ya que se presenta como un impedimento que dificulta la ejecución de un rol adjudicado históricamente a la figura masculina. A su vez en la auto exigencia personal por ejercer el rol de protector familiar, minimizan la figura femenina como una eventual proveedora económica para el hogar: “Si yo me enfermo o me pasa algo a mí son ellos los que van a sufrir, si algún día me pasa algo y me corto una mano o un pie, ella va a tener que salir a trabajar, es mucha la carga para ella” (P6).

Por otra parte, hay quienes no observan limitaciones en estados de enfermedad o las relativizan sin otorgarles mayor importancia: “aunque esté resfriado las hago igual, lo único que cambia es el estado de ánimo no más, pero sigo haciendo mis cosas normales, aunque esté resfriado, porque no me tira a la cama, es fuerte, pero me las agunto, pero no me tira a la cama y mientras no me tire a la cama no me impide algo” (P15).

Objetivo N°2: Identificar las estrategias que hombres adultos desarrollan para prevenir estados de salud y curar la enfermedad.

Categoría N°9: Predominio de estrategias evitativas y debilidad de estrategias aproximativas en el cuidado de la salud y en la curación de la enfermedad.

Al referirse a cómo cuidan su salud los participantes del estudio señalan en su mayoría intentar mantener hábitos saludables tales como: cuidar la alimentación, dejar el cigarrillo y el alcohol, practicar algún deporte, entre otros: “me cuido y vivir la vida poh, con una buena alimentación, hacer harto deporte. Me cuido, no como tanto, hago deportes el domingo, sus vitaminas.” (P14).

También hacen alusión a factores de índole psicológicos que contribuyen a conservar la salud, como: actitud positiva frente a la vida, ser feliz, mantener una buena relación con la familia y el entorno, lo que refleja que los hombres incorporan un cuidado integral de la salud, más allá de los hábitos tradicionales relacionados con la alimentación y la vida activa: “Vivir feliz, sano, estar bien con los demás... Estar bien con la familia” (P1gf2). Esta nueva visión se aproxima a las nuevas formas de masculinidad, más allá de la construcción cultural histórica de masculinidad hegemónica; que presenta a un tipo de hombre fuerte alejado de los cuidados personales que son asociados a conductas femeninas. Es un hombre que considera como relevantes los factores de índole emocional en la construcción de un estado de bienestar: “Expresar lo que uno realmente siente, y decírselo a la persona sin... sin faltarle el respeto...no quedarse atragantado. Me siento sano, me siento bien, decir las cosas como son, a veces molesta, pero a veces hace bien. El salir con la familia, compartir con la familia... A veces conversar un tema que no lo puede tocar con la familia, lo puede tocar con un compañero” (P8gf2).

No obstante, las estrategias aproximativas en el cuidado de la salud se perciben igualmente débiles, pues en su discurso se advierte que los hábitos saludables son más una declaración de intenciones que acciones permanentes, reconocen que son necesarios para cuidar la salud, pero no necesariamente las adoptan y las incorporan en su diario vivir: “Es que ahí creo yo que ya estamos topando. Es que igual, por ejemplo, al explicarlo y al llevarlo al nivel son cosas diferentes. Uno puede decir que uno se cuida, pero llega a la casa y se come lo primero que pillá” (P5gf1).

Por otro parte, están quienes afirman que “no hay manera de cuidar la salud”, y señalan que no toman ninguna medida para cuidar de ella, es decir, no es un tema incorporado en su estilo de vida: “no hay forma de cuidarla, si uno es chanco-chanco, y le ponís no más. A veces me preocupo, cuando ya estoy excedido en muchas hueás” (P17); “No, le ponemos no más... para no quedar con las ganas. O sea, no hay cuidados específicos. Por mi parte no” (P7); “no me cuido... que como de todo, soy bueno pa’ las carnes, de todo, bueno pa’l trago” (P18).

Por otra parte, en estado de enfermedad propiamente tal, cobran relevancia las estrategias evitativas, con las cuales buscan atacar el síntoma más que la causa, e idealmente en la forma más automática posible, con dos estrategias prominentes, como la automedicación y el consumo de remedios caseros, dejando como última alternativa y solo en algunos casos la consulta médica. Ellos definen la evitación a través del concepto de “dejación”, que implica una conducta pasiva y de postergación frente a la cura de la enfermedad, en el afán de no abandonar sus actividades de la vida cotidiana, en especial el trabajo: “Ehhh...la verdad que por el tema del trabajo siempre yo he dejado la salud a un lado, esa es la verdad, debería haber ido al médico y no he ido. Ahora mismo me fueron a comprar unos remedios, porque igual me duele la espalda y todo, ando bien complicado y eso poh” (P10); “si a usted le duele la guata se hace un agua de bailahuén, ortiga, hojita de mora y azúcar quemada... pa'l dolor de estómago. Agua de hierbas no más. No puedo estar yo con pastillas, se me olvida de tomármelas... Y si me duele la cabeza, me mojo el pelo” (P9gf1).

Categoría Nº10: Preeminencia de la consulta esporádica por motivos de enfermedades agudas e invalidantes laboralmente.

Continuando en el marco de las estrategias de los hombres en el proceso salud enfermedad, se aprecia que la consulta profesional es una estrategia poco frecuente en los hombres: “¿Con qué frecuencia? Muy raro... no se podría decir que no se poh... por lo menos este año no he ido a urgencia” (P12).

Al indagar sobre la periodicidad de sus consultas en un centro asistencial de salud, la mayoría de los entrevistados señala que consulta esporádicamente y más aún, concurren más bien como acompañantes que como consultantes, pues asisten junto a familiares usuarios, en especial a hijos menores y padres adultos mayores: “No, con mi papá no más, cuando me toca llevarlo, mi papá es paciente crónico. Bueno yo voy re poco por eso” (P7); “Cuando vengo más seguido al consultorio es cuando mis hijos están enfermos” (P13).

Ahora bien, cuando se genera la consulta profesional, se ve que el motivo central es totalmente paliativo, pues se consulta frente a enfermedades agudas con evolución de varios días, cuando ya no les es posible controlarlas autónomamente. Y también cuando provocan un grado de invalidez. Lo que genera esta respuesta es la dificultad que les produce la postergación de las actividades laborales, la inversión de tiempo, la percepción negativa de la atención de salud pública, todo lo que determina que la consulta para ellos no sea prioridad. Por lo mismo, la consulta de urgencia por morbilidad es la que más se adecúa a sus necesidades: “Mientras no caiga en cama. No sé por qué lo hago, pero... por eso te digo mientras no me quede en la cama yo voy a seguir trabajando, de momento se irá a quitar. Si no se me quita ahí ya tenís que empezar a preocuparte” (P15).

Profundizando en los motivos que distancian a los hombres de la consulta profesional, emerge en uno de los grupos focales lo que ellos denominan como “guardar la enfermedad”, es decir, el ocultamiento de la enfermedad no solo en sus entornos sociales sino también familiares, fundamentalmente con el afán de no preocupar a su familia. Pero además refieren que la enfermedad genera en el hombre miedo, vergüenza y en algunos, timidez para enfrentarla públicamente, sienten que los desvaloriza y pueden llegar a ser objeto de burla de sus pares y la integran como un fracaso personal. Los temores manifestados son concordantes con los valores que promueve la masculinidad hegemónica, donde el hombre no puede ser débil, porque es el principal sostén del hogar. Los relatos de los entrevistados son muy concluyentes al respecto: “Porque de repente uno está enfermo y no le dice a la familia, o a la señora, y hace uno solo el proceso de, pa' no preocupar a la familia o a la señora” (P1 gf2); “Es un arma de doble filo” (P2gf2); “Es qué dígame usted ¿qué hombre no se guarda una enfermedad a veces para no preocupar a la familia?” (P4gf2); “Les pasan cosas raras a los hombres. Si tú me vai a preguntar a veces ‘¿por qué?’, porque podís quedar en vergüenza, te pueden agarrar pa'l hueveo, o tú no se lo vas a preguntar. O le podís preguntar a alguien a quien le tengai mucha confianza, o ir al doctor tampoco vai a ir al doctor, porque te da el miedo que puede ser irrecuperable, te pueden agarrar pa'l leseo” (P3gf2); “No y el hombre es muy dejao pa' esas... Es que digamos que... yo pienso que el hombre es como tímido pa'... en ese sentido de la enfermedad” (P4gf2).

Objetivo N°3: Identificar problemas y barreras que los hombres enfrentan en el proceso salud y enfermedad y en la búsqueda de estrategias preventivas y curativas para afrontar estos estados.

Categoría N°11: Invisibilización de problemas en estado de salud y visibilización de problemas en situación de enfermedad en distintos ámbitos: laboral, económico, rutina diaria, estado emocional y social.

Al intentar interiorizarse de los problemas que los hombres enfrentan en el desarrollo del proceso salud enfermedad, lo primero que destaca es que ellos no visualizan problemas o necesidades en estado de salud, en cuanto a condiciones necesarias para la protección de la salud, es decir, no se aprecia en ellos un sentido promocional y preventivo. Siendo más esquemáticos aún, se podría suponer que ellos no son conscientes de necesidades o mejoras por ejemplo en espacios públicos que les faciliten el desarrollo de una vida activa al aire libre, o del acceso a condiciones alimenticias adecuadas, o del acceso a prestaciones profesionales para prevenir futuros procesos morbosos. Con relación a esto último, la acción preventiva más cercana que ellos tienen es el Examen de Medicina Preventiva que se realiza en los centros de salud, pero tampoco visualizan problemas con relación al mismo, como por ejemplo problemas de acceso para la toma del examen, horarios, cupos disponibles. En la revisión de historias clínicas se constata que la mayoría se ha sometido a esta evaluación al menos una vez en los últimos tres años, pero no por iniciativa propia, sino porque son instados por los profesionales de la salud.

Al contrario, los problemas o necesidades las elaboran solo en etapa de enfermedad, que para ellos conlleva problemas en el ámbito laboral y económico, además de otras limitaciones en las actividades de la vida cotidiana. Entonces las mayores dificultades que visualizan primero son los síntomas molestos de cada enfermedad y como esto los limitan para acciones laborales y generación de recursos, puesto que esta situación finalmente les impide cumplir su rol de proveedor principal de la familia: “Bueno que signifique estar enfermo pasarme más de tres o cuatro días ya significa la estabilidad económica... afecta al tiro porque como se dice si, si yo trabajo gano o como es la palabra que utilizamos los más pobres... si yo trabajo como” (P1); “El no poder trabajar... me complica porque si no trabajo no hay plata” (P11).

Por otra parte, además asocian enfermedad con una afectación en el ámbito emocional, en cuanto a que les genera un sentimiento de soledad pues disminuye la interacción social con otros. Aisladamente algunos ven como problema la falta de tiempo para pedir ayuda profesional y la falta de previsión de salud: “Uno igual se siente solo... ya, tiene a la familia al lado, pero uno piensa que los amigos los van a ir a ver, lo van a estar apoyando o los jefes del trabajo y eso no pasa, esa es la verdad” (P3); “estas fechas son jodias, para mí es jodio en estas fechas de enfermarse, No, es que le vuelvo a insistir, es falta de tiempo, por trabajar uno no recurre a eso” (P7).

Categoría N°12: Presencia de barreras a nivel institucional y a nivel geográfico para el acceso a la atención de salud.

Frente a la pregunta, como ha sido su relación con las instituciones de salud, el análisis grupal de los aspectos positivos y negativos del CESFAM confirma opiniones similares a las de los entrevistados individualmente.

Al indagar en barreras que los entrevistados encuentran en el plano de la institucionalidad de salud, para un acceso oportuno y de calidad se aprecia una gama de opiniones. La relación establecida entre los entrevistados y la institucionalidad de salud presenta variaciones en cuanto a que sea atención pública o privada. Se advierte una construcción social más bien negativa de la atención primaria de salud, dada por diversos factores descritos más adelante: “Sí, como todos, tener que levantarse a las 5 de la mañana para sacar el número para que lo pueda atender el doctor, y si no... era. Venía otro día, es lo peor de aquí, sí poh. O sea, y si usted se siente enfermo, chuta, tiene que levantarse a las cinco, cuatro y media, cinco de la mañana, y enfermo” (P18).

Mientras los servicios de urgencia, también del ámbito público, son levemente mejor evaluados, en especial por el acceso inmediato que no implica programar previamente una atención médica, sino que se puede acceder espontáneamente, cuestión que a los entrevistados les parece más operativa: “en Rengo (urgencia hospital) me han atendido súper bien las veces que he ido, me he sentido acogido y en Malloa la verdad que no” (P10).

Por otra parte, la salud privada es siempre calificada positivamente, por menores tiempos de espera, entrega de mejores fármacos y un trato usuario de excelencia: “Lo bueno es que a veces dicen ya a ver, a las cuatro y tiene la hora, y las cuatro y cuarto lo están atendiendo. Para mí eso es bueno porque le dicen un horario y claro un cuarto de hora, pero lo atienden al tiro no tuvo que estar tres horas ni cuatro horas” (P6).

Al analizar específicamente la opinión de los sujetos respecto al CESFAM de Pelequén, también destacan elementos negativos y positivos. No obstante, se priorizan aspectos negativos que dicen relación con una mala administración y funcionamiento (Adaury et al., 2013): “En general está mal administrado... demasiado mal administrado ósea se toman como muy a la ligera todo lo que pasa y no es así... Hay gente que de repente de verdad necesita atenderse por salud... que de verdad lo necesita... y pucha le dan remedios y pa' la casa... entonces igual es fome” (P5), con tiempos de espera muy prolongados, un trato usuario inadecuado, desabastecimiento de la farmacia: “Por ejemplo para entregar remedios es pésimo. La atención también es mala (referencia a SOME) las veces que he venido, no sé si en la mañana andarán mal ellos, no sé, el genio que tienen, algunos por eso lo encuentran malo a lo mejor, por el genio que tiene, porque cuando atienden, atiéndelo tú, atiéndele tú, y quien atiende, es lo que he visto yo” (P13).

Enfatizan como aspectos positivos, la atención en general, el funcionamiento y algunas intervenciones comunitarias. Reconocen que el personal de salud es insuficiente para dar atención de calidad a un grupo de población muy masivo. También reconocen que la atención se ve afectada por la inestabilidad del recurso humano médico: “La espera, la espera, yo creo que el mayor porcentaje de las trabas que pueda haber es la espera, porque en general la atención de los médicos ha sido buena, no culparía en ese aspecto el trato de médicos o enfermeros, sino... quizás, sean insuficientes para la capacidad de gente que llega a los consultorios u hospitales, sea deficiente el tema de cantidad” (P9)

Cabe destacar que en muchos casos su mayor acercamiento al sistema institucional de salud es por terceras personas y no por atención personal, como es el caso de los padres que llevan a sus hijos a control o de los hijos que concurren con sus padres adultos mayores a controles de salud. Específicamente, las dificultades que para ellos constituyen barreras son: obtención de cupos de atención médica, largos tiempos de espera, escasa calidad y diversidad de medicamentos y falta de resolución en derivaciones a especialidad: “Como te lo dije más o menos no más, te dan una hora para meses después y después no servía si tenía que ser luego... entonces tuve que verme particular y eso genera gasto” (P5).

Conclusiones

A partir de lo expuesto, se puede concluir que los hombres han elaborado construcciones sociales dicotómicas en torno al estado de salud y enfermedad que no favorecen acciones promocionales y preventivas. Le otorgan significados al proceso salud enfermedad, que en algún caso los aproxima al cuidado de la salud, pero no los hace adherentes al sistema, dadas sus prioridades para ellos es fundamental la inmediatez en la atención de salud y no la adherencia a tratamientos. La etapa del ciclo vital y la intensa actividad laboral los distancia de la idea de prevención y promoción de la salud.

Las construcciones sociales de salud y enfermedad en general se encasillan más en un modelo de masculinidad tradicional, donde el cuidado de la salud es un valor asociado a lo femenino. Sin embargo, comienzan a visualizarse elementos de una nueva masculinidad, en especial la paternidad activa que los acerca más a los sistemas de salud.

Al ser tan preponderante para los hombres el factor laboral, se puede proyectar como una de las acciones para mejorar cuidado de la salud y la adherencia a los sistemas, la integración del sector salud y el sector laboral, desde las políticas públicas.

Por lo mismo, se presenta como una necesidad el que las políticas públicas releven la importancia de incorporar la salud ocupacional y la salud escolar en el quehacer de la salud pública.

Además, emerge como una necesidad el que desde el Ministerio de Salud se elabore un Programa de Salud Masculina considerando todas las particularidades que requiere la atención de hombres.

Desde el trabajo social como disciplina, se releva el rol que puede cumplir este profesional en la incorporación de la perspectiva masculina al área de salud. Específicamente, en esta investigación la ejecución de dos grupos focales con participación de hombres fue un aporte a la participación ciudadana en salud; toda vez que la presencia de hombres en este tipo de intervenciones es muy escasa, por lo tanto, es una acción sanitaria que debiese replicarse desde el trabajo social en los establecimientos de salud de tal manera de detectar oportunamente sus necesidades e incorporar sus aportes en la mejora del trato usuario desde una mirada masculina. Lo que se traduce en un aporte a la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario

La programación anual a nivel local requiere considerar la opinión de usuarios, por ejemplo, la planificación de operativos de salud preventiva en horarios y en espacios comunitarios acordes a la rutina diaria de hombres.

De este modo, la intervención del trabajo social en salud masculina abre nuevos escenarios para la educación sanitaria.

Bibliografía

1. **Adaay, M. H., Angulo, L. P., Sepúlveda, A. M. J., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., & Morales, J. V.** (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa*. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 33(3), 223–229. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
2. **Aguayo, F., & Nascimento, M.** (2016). *Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos*. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (22), 207–220. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>
3. **Berlinguer, G.** (1994). *La Enfermedad*. Buenos aires: Lugar Editorial.
4. **Bernales, M.** (2015, November 1). *Perspectiva de género y vulnerabilidad en salud: ¿cuándo empezamos a incluir a los hombres?* *Revista Medica de Chile*, Vol. 143, pp. 1494–1495. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015001100017>
5. **Caponi, S.** (1997). *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. *HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE*, IV(2).
6. **De Keijzer, B.** (1997). *El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. Retrieved from http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El_varon_como_factor_de_riesgo_0.pdf
7. **I. Municipalidad de Malloa.** (2015). *Plan de Desarrollo Comunal*. Malloa.