UNIVERSIDAD DE GRANADA
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES Y DE GÉNERO

TESIS DOCTORAL

MASCULINIDADES Y SALUD PÚBLICA: PERSPECTIVAS CUALITATIVAS DESDE UN ENFOQUE SENSIBLE AL GÉNERO

Jorge Marcos Marcos

2015

Editor: Universidad de Granada.Tesis Doctorales
Autor: Jorge Marcos Marcos
ISBN: 978-81-9125-117-0
URI: http://hdl.handle.net/10481/40030

Autor: Jorge Marcos Marcos

Directoras: Dra. Nuria Romero Avilés
Dra. María del Mar García Calvente

Maquetación e impresión: Godel Impresiones Digitales S.L.

Universidad de Granada

Instituto Universitario de estudios de las mujeres y de género

Programa de Doctorado
«Estudios de las Mujeres y de Género»

TESIS DOCTORAL

MASCULINIDADES Y SALUD PÚBLICA: PERSPECTIVAS CUALITATIVAS DESDE UN ENFOQUE SENSIBLE AL GÉNERO

Jorge Marcos Marcos

Directoras:

Dra. Nuria Romo Avilés
Universidad de Granada

y

Dra. María del Mar García Calvente
Escuela Andaluza de Salud Pública

Granada, 2015

El doctorando, JORGE MARCOS MARCOS, y las directoras de la tesis, NURIA ROMO AVILÉS y MARÍA DEL MAR GARCÍA CALVENTE, garantizamos, al firmar esta Tesis Doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo nuestra dirección y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 5 de marzo 2015

Directoras de la Tesis:

Nuria Romo Avilés

María del Mar García Calvente

Doctorando:

Jorge Marcos Marcos

Como Directora de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza, el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctora, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 5 de marzo de 2015

Nuria Romo Avilés

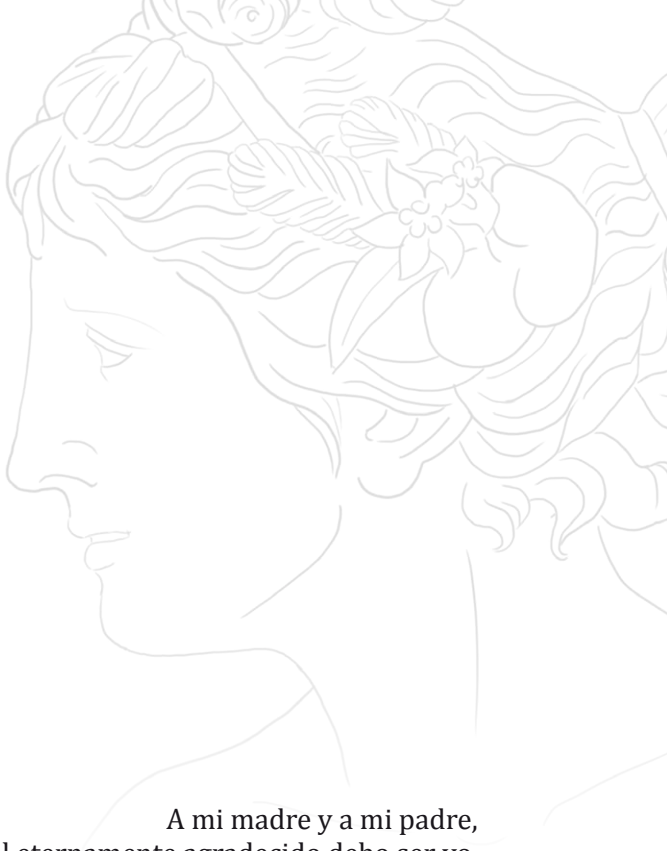
Como Directora de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza, el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctora, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 5 de marzo de 2015

María del Mar García Calvente

«Revisar una vida en vez de por los años según
sus contenidos, como: todos los terrores, todas las
sorpresas, todas las metamorfosis, todas las entradas
y salidas, todos los contrastes, todas las esperanzas,
todas las enemistades, todas las desgracias, todas
las satisfacciones, todos los castigos»

Elias Canetti, *Apuntes 1973-1984*



A mi madre y a mi padre,
porque el eternamente agradecido debo ser yo.

Para Kenza,
porque ambos sabemos que
aquella tarde *rbati* fue un acto de valentía,
de esperanza, de respeto, de ilusión
y hasta de locura (por mantenernos juntos).

Porque sé que sin ti
no habría sido lo mismo.
Esta tesis también es tuya, te pertenece.

Agradecimientos

En primer lugar, me siento profundamente agradecido a mis directoras, la Dra. Nuria Romo Avilés y la Dra. María del Mar García Calvente. En ellas encontré el hilo conductor que necesitaba, inspirando mi trabajo y canalizando mis inquietudes, y también la amistad, el apoyo y la ayuda en momentos duros (que también los hubo).

Se presenta esta tesis desde el convencimiento de que es fruto de muchos momentos compartidos, los cuales constituyen la esencia de la formación obtenida. Además de la labor y dedicación de mis directoras, esta tesis debe mucho al grupo de personas investigadoras que figuran como coautores y coautoras de los artículos que la compendian: Mariano Hernán, Andrés Cabrera, Ainhoa Rodríguez, Natalia Hidalgo, Gracia Maroto, Juan Palomares y, muy especialmente, a María del Río. A Juan y María, junto a Alfonso Marquina, les debo, además de su inestimable amistad, sus sugerencias y comentarios en versiones previas a este documento. No puedo olvidarme de Mariela Silveira, quien, desde la distancia, alentó este trabajo y, de paso, ha contribuido a que ciertas partes de esta tesis suenen menos "granadian" y más *british*; tampoco de Susana Espinosa, por su creatividad inspiradora en el diseño gráfico y el trabajo de edición del texto.

Esta investigación está en deuda con las personas que, de forma desinteresada, nos prestaron su tiempo, permitiendo conocerles a través de sus discursos. Los años de trabajo que hay detrás de esta tesis no habrían sido posibles sin el apoyo financiero de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía, el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Agradecimiento que hago extensible al Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres y de Género de la Universidad de Granada, así como a la Escuela Andaluza de Salud Pública, por ser las instituciones que, hasta el momento, más han influenciado de forma positiva mi vida profesional.

ÍNDICE

PRIMERA PARTE

SEGUNDA PARTE

TERCERA PARTE

Abreviaciones y Acrónimos

CDC Centers for Disease Control and Prevention

CDSS/CSDH Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

CIBERESP Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública

CRDSE Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España

DGPNSD Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

EAS Encuesta Andaluza de Salud

EASP Escuela Andaluza de Salud Pública

EDAD Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

ESTUDES Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias

EIGE European Institute for Gender Equality

ITS Infección de Transmisión Sexual

ICRW International Center for Research on Women

IMSERSO Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE Instituto Nacional de Estadística

OED Observatorio Español sobre Drogas

OECD/OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

ONU/UN Organización de las Naciones Unidas

PNSD Plan Nacional sobre Drogas

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SP Salud Pública

UNDP United Nations Development Programme

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WHO/OMS Organización Mundial de la Salud

Figuras y tablas

Resumen

Resumen

Esta tesis doctoral se presenta como compendio de artículos previamente publicados. Este proyecto fue concebido como una forma de contribuir a desarrollar en nuestro contexto el estudio de los varones y las masculinidades desde una perspectiva de género en salud. Concretamente, esta tesis fue diseñada para estudiar los significados y procesos de construcción de las masculinidades en varones andaluces en distintas etapas de su ciclo vital, analizando la forma en la que el género influencia las percepciones del riesgo y los procesos de salud/enfermedad. El análisis se centra en proporcionar un acercamiento a circunstancias, situaciones y prácticas cotidianas a través de las cuales las masculinidades son definidas y producidas.

La tesis está conformada por cuatro artículos científicos. En primer lugar, se presenta un ensayo crítico sobre el papel de la metodología cualitativa dentro de una investigación en salud pública sensible al género. Continúa con tres artículos originales de metodología cualitativa, singulares respecto a diseño, técnicas de recogida de información y procedimientos de análisis. La complementariedad y adecuación de cada uno de los diseños a los objetivos específicos del proyecto ha permitido una aproximación más amplia al objeto de estudio.

El ensayo crítico incluido como parte de los resultados de esta tesis se considera un elemento transversal dentro del conjunto de los resultados de la investigación. En este artículo teórico se ponen de manifiesto los principios vertebradores de la tesis desde el punto de vista metodo-

lógico-epistemológico: la importancia del análisis del sistema de género desde un enfoque más "experiencial" y cercano al "conocimiento no-experto", que permita un mejor entendimiento de cómo los procesos de salud/enfermedad, así como la exposición a determinados factores de riesgo, se inscriben en un entorno relacional. El segundo artículo dentro del esquema de presentación de los resultados, fue diseñado para analizar las implicaciones de la idea de masculinidad como parte del sistema de género, atendiendo a mujeres y varones adultos. Este análisis, planteado desde un enfoque fenomenológico en torno a la confluencia de una perspectiva individual, familiar y contextual, se centró en la extracción de significados de género atribuidos a circunstancias sociales y prácticas cotidianas. El tercero de los artículos de la tesis, centrado en personas jóvenes, fue diseñado siguiendo los principios de la teoría fundamentada. Esto permitió una primera aproximación a la percepción del riesgo y la deseabilidad social atribuidas a las masculinidades; aspectos que emergieron del análisis de distintos modelos de feminidad y la identificación de rupturas dentro del sistema de género. Finalmente, el último artículo que se presenta como parte de los resultados de esta tesis fue formulado para contrastar y profundizar en determinados temas y significados inscritos en las subjetividades masculinas.

Los resultados de esta tesis apuntan a que, a la hora de conceptualizar las relaciones entre género y salud en las etapas adultas del ciclo vital, adquieren especial relevancia las dinámicas que se establecen entre el ámbito laboral y el familiar. En el caso de los varones, el ámbito laboral se presenta como un espacio central en la representación de significados hegemónicos sobre la masculinidad. La asunción del papel de proveedores económicos principales de la unidad familiar, no solo condiciona la implicación dentro del ámbito reproductivo, sino que está conectado a valores y normas de género que influencian la exposición a riesgos ocupacionales. Se trata, por tanto, de un aspecto de orden social que parece condicionar el modo de afrontar y dar respuesta a determinadas situaciones y circunstancias cotidianas. Esto configura un "universo generizado" de expectativas, prioridades y prácticas, que también enmarcan las diferentes percepciones sobre el riesgo para la salud durante esta etapa del ciclo vital.

En el caso de los jóvenes, la relación entre masculinidad y salud fue principalmente definida en torno a explicaciones comportamentales con un claro componente performativo. De esta manera, las acciones de imprudencia vial o las conductas violentas llegaron a ser descritas como signos de virilidad. Sobre esta base se puso de manifiesto la existencia de "jerarquías de masculinidad" asociadas a versiones idealizadas o consideradas dominantes. Del mismo modo, diferentes rasgos simbólicos sirvieron para definir las masculinidades en relación a la imagen corporal, pero muy especialmente, en torno a consideraciones sobre la sexualidad y el consumo de sustancias recreativas. Áreas de estudio en torno a las que se identificaron los mayores cambios en lo que respecta a los códigos de identidad. Transformaciones con implicaciones para la salud de varones y mujeres.

En conjunto, los resultados de esta tesis permiten concluir que los procesos de salud/enfermedad están condicionados por las interacciones que se establecen entre varones y mujeres, así como entre los propios varones. Esquemas de pensamiento y de actuación que, por intermediación del sistema de género, se reflejan en situaciones y circunstancias que implican limitaciones, riesgos u oportunidades de salud. Esta tesis también pone en evidencia que los cambios en las masculinidades están, en el momento actual, principalmente vinculados a trans-

formaciones en los códigos de feminidad. Por último, los resultados de esta tesis contribuyen a dirigir la atención sobre los "actos de masculinidad", subrayando la importancia del carácter performativo de género en los procesos de construcción identitaria de los varones.

Las conclusiones que se desprenden de los resultados de esta tesis permiten establecer una serie de recomendaciones. Se presentan diferenciadas según su orientación a programas y políticas o a la investigación en salud pública. Entre las recomendaciones centradas en la formulación de políticas, se apunta a la necesidad de hacer un reconocimiento de las diferencias y desigualdades en salud que se establecen entre los propios varones. Abordar la salud de los varones como si se tratara de un grupo homogéneo, lleva a no tomar en consideración la heterogeneidad de sus experiencias vitales; algo que, de forma paralela, restringe la promoción de otras formas más positivas de masculinidad. En lo que respecta a las recomendaciones orientadas a la investigación, se apunta, entre otras, a la necesidad de potenciar perspectivas analíticas que no partan de la consideración de la salud/enfermedad de varones y mujeres como procesos antagónicos. Del mismo modo, también se pone de manifiesto la necesidad de profundizar en el entendimiento de las que, a la luz de nuestros resultados, se consideran las formas de masculinidad que constituyen los principales retos para la salud pública en la actualidad.

Abstract

Abstract

This doctoral thesis is submitted as a compendium of published journal articles. The project was conceived as a way of contributing to the development of the body of research in the study of males and masculinity in our context and from the perspective of gender-based health.

The thesis was designed to study the meaning and processes of how masculinity is constructed in Andalusian men at different life stages through the analysis of how gender influences the perception of health risks and the development of health/illness. Specifically, the analysis centers on addressing daily circumstances, situations and practices through which masculinity is defined and developed.

This thesis comprises for academic-scientific journal articles. Firstly, a critical essay on the role of qualitative methodology within public health gender-based research is presented. Three more original qualitative journal articles as regards research design, data collection methods and analysis follow. Each designed to suit the specific objectives of the project are complementary and have allowed a broader address of the study goal.

The essay covering the thesis' results is a cross-sectional study article in the body of the results. In this article the guiding principles of the thesis are presented from the methodological/epistemological view: the importance of gender-based analysis from a more experiential approach and closer to lay knowledge that allows a better understanding of how the health/illness processes and exposure to various risk factors are related. The first original article and second belonging to the results was designed to analyze the implications of the concept of masculinity in a gender-based system addressing both adult females and males.

This analysis is approached from a phenomenological perspective at the individual, familiar and contextual levels and focusses on drawing meaning attributed to daily practices and social circumstances. The third article of the thesis is the first of two addressing young populations

and was designed following grounded research theory. This allowed a first look at the perception of risk and the analysis of social acceptance around masculinity; aspects drawn from the analysis of various roles of femininity and the identification of gaps in the gender-based system. The last article presented as part of the results focusses on young males and was designed to compare and deepen the understanding of specific themes and meanings which form part of masculine subjectivity.

The results of the thesis indicate that in terms of gender-based concepts during the adult stage of life the established dynamics between workplace and family contexts carry special significance. In the case of males, the workplace becomes a central focus point in the representation of the hegemonic meaning of masculinity and the acknowledgment of the role of main provider in the family unit not only conditions the participation within the reproductive context but also plays a vital link to gender-based values and norms that influence the exposure to occupational health risks. Therefore it relates to an element of social nature that seems to condition the way to face and deal with specific situations and daily circumstances. These aspects that define a "gender-based universe" complete with expectations, priorities and practices that also frame different perceptions on health risks during this stage of life. In the case of young males the relationship between masculinity and health was mainly defined around behavioural explanations with a clear performance component. For example imprudent driving behaviour or violent conduct was described as manly behaviour. Consequently, it was evident the existence of "male hierarchies" associated with and idealized image and /or dominant male image.

Equally, different symbolic treats were used to define masculinity in relation to body image but especially around sexuality and the use of recreational drugs. These are areas where the most significant changes were identified in relation to identity codes. These changes bear implications for the health of males and females.

As a whole, the results lead to the conclusion that health/illness processes are connected to ways around which interactions between males and females develop as well as among males. Thought and behaviour processes are reflected in specific situations and circumstances mediated through a gender-based system and carry limitations, risks or opportunities for health. This thesis also provides evidence that changes in masculinity are at present principally associated to changes in femininity. Finally, the results contribute to address attention to the "manhood acts" underlining the importance of gender in the processes of identity building in males.

The conclusions drawn from the results of this work allow for the provision of a set of recommendations. These are divided according to whether addressing public health policies or programs or public health research. In relation to policies, the recommendation centers on the need to acknowledge the health differences and inequalities that exist among males. It is no wonder that broaching the health of males as if it were an homogenous group will lead to missing out on the heterogeneity of their core experiences. In parallel, this will restrict the promotion of more positive forms of masculinity. Among one of the recommendations that address research stands the need to potentiate analytical perspectives that do not stem from the idea that the health of males and females are antagonistic processes. Similarly, it is established that there is a need for further understanding of the forms of masculinity and that this represents the greatest challenge in public health at present.

«[…] Masculinidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas. Hemos llegado a conocer lo que significa ser un hombre en nuestra cultura al ubicar nuestras definiciones en oposición a un conjunto de otros: minorías raciales, minorías sexuales y, sobre todo, a las mujeres»

Michael Kimmel, *1997*

PRIMERA PARTE

1. Introducción

«[…] Algunas de las llamadas cuestiones de la salud de la mujer pueden ser enmarcadas en el contexto de las diferencias según género. Se puede aprender más sobre la mujer al comparar sus experiencias y respuestas a la enfermedad con las de los hombres, que si las estudiáramos aisladamente»

Lois M. Verbrugge, *1985*

1.1. Presentación de la tesis como compendio de publicaciones

Esta tesis doctoral, de acuerdo con el informe correspondiente, autorizado por las directoras de tesis y el órgano responsable del programa de doctorado, en base al Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de Doctorado y las normas reguladoras de las enseñanzas oficiales de Doctorado y del título de Doctor por la Universidad de Granada, se presenta como compendio de cuatro artículos originales previamente publicados.

A lo largo de este primer apartado, se muestran las referencias completas de los artículos que compendian la tesis, se explica la unidad y secuencia temática que siguen y se define la estructura de esta memoria de tesis.

1.1.1. Artículos que configuran la tesis

De los cuatro artículos que componen esta tesis, tres han sido publicados en revistas internacionales indexadas en *ISI Web of Knowledge,* todas con factor de impacto en el *Journal Citation Reports* (JCR). El cuarto artículo fue publicado en una de las revistas con mayor presti-

gio a nivel nacional en el ámbito de los estudios de género, indexada en *Latindex*. Las referencias bibliográficas de los artículos que compendian esta tesis son:

- García-Calvente, M., y **Marcos-Marcos, J.** (2011). Construir salud, construir género: ¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género? *Feminismo/s,* 18, 271-280. [Revista indexada en LATINDEX]

- García-Calvente, M., **Marcos-Marcos, J.**, del Río-Lozano, M., Hidalgo-Ruzzante, N., & Maroto-Navarro, G. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2225-2232. [Revista indexada en ISI Web of Knowledge; factor de impacto JCR 2013: 2.558]

- Romo-Avilés, N., **Marcos-Marcos, J.**, Rodríguez-García de Cortázar, A., Cabrera-León, A., & Hernán-García, M. (2009). Girl power: Risky sexual behaviour and gender identity amongst young Spanish recreational drug users. *Sexualities*, 12(3), 359-381. [Revista indexada en ISI Web of Knowledge; factor de impacto JCR 2013: 0.651]

- **Marcos-Marcos, J.**, Romo-Avilés, N., del Río-Lozano, M., Palomares-Cuadros, J., & García-Calvente, M. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of Spanish young men. *Global Health Action*, 6. doi: 10.3402/gha.v6i0.21134 [Revista indexada en ISI Web of Knowledge; factor de impacto JCR 2013: 1.646]

Se ha considerado oportuno que esta tesis doctoral se desarrollara según esta modalidad por varias razones. En primer lugar, porque permitía trasladar los resultados a la comunidad investigadora de una forma más inmediata, no teniendo que esperar a finalizar de forma íntegra el periodo de formación doctoral para comenzar el proceso de publicación. En segundo lugar, porque, en la actualidad, uno de los principales criterios para medir la calidad de un trabajo académico es a través del nivel de impacto en la comunidad científica de las revistas en que éste es publicado. Del mismo modo, se asumía que curtirse en los procesos de publicación de este tipo de revistas constituía una parte fundamental del periodo de formación doctoral.

1.1.2. Complementariedad y justificación teórica de los artículos

«El todo es más que la suma de sus partes»
Aristóteles, 384-322 a. C.

En nuestro contexto, a lo largo de las últimas décadas, ha habido un creciente interés en el análisis del género desde distintas áreas de conocimiento. Sin embargo, los estudios centrados en las experiencias vitales desde una perspectiva de género en salud son aún limitados. Esto es especialmente significativo en lo que respecta al estudio de los varones y las masculinidades.

Este proyecto de tesis fue concebido como forma de contribuir a esta línea de investigación. Los artículos que compendian los resultados de esta tesis forman parte de tres subproyectos desarrollados a lo largo de los últimos años (véase sección 1.2 de este capítulo). El diseño de dichos proyectos, basado en métodos cualitativos, partió de una inquietud general: El estudio de las masculinidades puede contribuir a mejorar el entendimiento de las diferencias y desigualdades de género en salud en nuestro contexto.

El tema se aborda poniendo énfasis en la continuidad de las experiencias entre varones y mujeres, en lugar de centrarse en describirlas de forma categórica como divisiones binarias. Es por ello que, la alusión a lo largo de esta tesis a varones y mujeres, no debe interpretarse como un rechazo o negación al amplio espectro en torno a las identidades de género. Esta tesis, por tanto, está desarrollada desde un enfoque relacional y sensible al género. Tomar en consideración dicho enfoque en sentido amplio, implica concebir el género como un elemento que conecta, al mismo tiempo, las relaciones sociales-económicas, afectivas, simbólicas y de poder, y opera de manera simultánea a nivel intra-personal, inter-personal e institucional (Connell, 2009). En nuestro caso, en la línea de la etnometodología de Candace West y Don H. Zimmerman (1987), el análisis está centrado de forma particular en el plano de lo personal, asumiendo que el género se construye fundamentalmente a través de procesos de interacción social. Se adopta dicho enfoque desde el convencimiento de que dar un paso más en el entendimiento de los procesos de salud/enfermedad de las personas, requiere atender a las sinergias que se establecen entre sus acciones. Esto implica que, aquellos aspectos de las vidas de los varones que se relacionan con el género, no solo influyen en su propia salud, sino también en la de otras personas, especialmente las mujeres (Sabo, 2000). No en vano, son en primera instancia las relaciones que se establecen entre varones y mujeres las que conforman el género como estructura social (Connell, 2012).

Desde una perspectiva social construccionista, y adoptando planteamientos cercanos al feminismo crítico, este trabajo asume que las diferencias de poder son claves en el desarrollo de las relaciones que se establecen entre varones y mujeres, pero también, entre los propios varones. Del mismo modo, se entiende que la identidad de género, así como los comportamientos que pudieran estar asociados, no son simplemente incorporados mediante procesos socializadores, sino que las personas participan activamente en la configuración de su identidad de género. Un aspecto clave subyace a este planteamiento: si las feminidades están sujetas a controversia, también pueden estarlo las masculinidades.

Para ello se han definido tres abordajes diferenciados, cuya complementariedad permite alcanzar el objetivo general de la tesis. Cada abordaje se corresponde con uno de los subproyectos. Tres fueron las líneas de estudio que se siguieron a la hora de definir cada uno de los protocolos de investigación:

(1) El primer análisis que se presenta como parte de los resultados de la tesis, está centrado en mujeres y varones adultos. La idea fue hacer una primera caracterización de las masculinidades, en contraste con las feminidades, adoptando el marco de los determinantes sociales de la salud. Ello ha permitido profundizar en cómo el sistema de género se inscribe en las normas socioculturales y factores estructurales en nuestro contexto,

promoviendo desigualdades de género en salud. En concreto, en la percepción de riesgos diferenciados para la salud y los procesos de construcción de identidades de género en torno a los significados de los ámbitos laboral y reproductivo.

Asumir la idea de la salud y sus determinantes sociales como un conjunto de fuerzas que se entrelazan (Marmot, 2005; Kleinman, 1980) y el género, como un conjunto de actividades micro-políticas cuyo sistema institucionalizado de prácticas opera en distintos niveles de una misma realidad cotidiana (Fenstermaker y West, 2002), llevó a plantear un estudio de corte fenomenológico basado en un diseño etnográfico centrado en tres dominios de la experiencia vital: personal, familiar y comunitaria. Este abordaje facilitaba entender la interacción entre las condiciones de vida externas y la percepción interna de dichas condiciones. En el contexto español, pocas investigaciones de naturaleza cualitativa se habían centrado en el estudio de los determinantes sociales de salud desde esta perspectiva. Esto permitió ahondar en cómo los varones entienden, representan y responden a sus condiciones particulares de vida, y cómo esto influencia las "estructuras de oportunidad" de los propios varones, condicionando al unísono las de otras personas.

(2) La siguiente aproximación a las masculinidades estuvo centrada en mujeres y varones jóvenes. El planteamiento general era enfrentar la idea de que las identidades de género emergentes podían estar alterando los modelos tradicionales de masculinidad, especialmente en lo concerniente a la adopción de estilos de vida que ponen en riesgo la salud. Para ello, se consideró que una forma de identificar percepciones y conocimientos establecidos sobre las masculinidades era partir del análisis de distintos modelos de feminidad.

En este artículo se partía de la idea de que el género, como categoría generadora de vínculos identitarios, tiene una gran relevancia a la hora de definir expectativas y roles sociales, los cuales pueden ser vistos como procesos de negociación entre las personas. Asumir esto implicaba que, a través de un análisis de género, no sólo se puede captar el paralelismo entre individuo e identidad, sino también, entre identidad y riesgo.

A la hora de definir el riesgo, el uso recreativo de sustancias ha sido descrito en la literatura científica como uno de los elementos clave para caracterizar los patrones de ocio de las personas jóvenes (Meneses-Falcón *et al*., 2012). Esta aceptación social del consumo de sustancias corre paralela a las transformaciones del sistema de género (Romo-Aviles *et al*., 2014). En el caso de las poblaciones jóvenes, los cambios de tendencia en el consumo de drogas recreativas pueden estar imbricados a las vivencias y valores asociados a la sexualidad. En nuestro contexto, el análisis de las mutaciones en las identidades de género había sido escasamente abordado desde esta perspectiva. De esta manera, a través de un análisis centrado en modelos de feminidad, este artículo nos brindaba la oportunidad de identificar concepciones asociadas a la masculinidad hegemónica, así como a nuevas formas de entender la masculinidad. En concreto, este artículo permitía analizar en qué medida cuestionarse y redefinir el sentido de lo que significa "ser mujer", puede implicar desestabilizar la supuesta frontera inmutable, que sirve de contraste y de límite, a partir de la cual los varones expresan su identidad.

(3) El último artículo de la tesis se centró exclusivamente en varones jóvenes. El objeto era profundizar en distintos discursos sobre la idea subjetiva de masculinidad, analizando la forma en que dichas concepciones conectaban con comportamientos y prácticas relacionadas con la salud.

Los resultados de los dos artículos anteriores, desde el análisis de la confluencia entre "lo masculino" y "lo femenino", permitían obtener una aproximación general a las masculinidades desde la consideración de la influencia del sistema de género en la salud de las personas, y por ende, de las conexiones existentes entre identidad de género y comportamiento social. Atendiendo a la investigación previa, el entendimiento de dichas conexiones era de especial interés en el caso de los varones jóvenes. Dicha consideración quedaba enmarcada por una idea: los mayores riesgos para la salud suelen ser el resultados de factores que podrían ser modificados (WHO, 2000a).

Si bien la literatura en este campo ha descrito proyectos y programas para mejorar la salud y el bienestar social de las personas desde una perspectiva de género (Barker *et al.,* 2007), muchas de estas intervenciones han estado centradas en una perspectiva de déficit que raramente han tomado en cuenta el punto de vista de los propios varones (WHO, 2000b). Este artículo tenía el propósito de contribuir a esto dentro de nuestro contexto, con un análisis más focalizado en la relación entre masculinidad y salud del que había sido desarrollado en los artículos previos.

Como se especificó anteriormente, de cada uno de los subproyectos se publicó uno de los artículos que compendian esta tesis. Cada uno de los cuales, con un planteamiento adaptado a los objetivos y resultados de cada uno de los proyectos. Esto llevó a plantear que, como forma de complementar los resultados de la tesis, resultaba pertinente trabajar de forma paralela en la publicación de un artículo en el que, a modo de reflexión metodológico-epistemológica, se resaltara el papel de la investigación cualitativa desde una perspectiva de género en salud (véase figura 1). Este artículo se considera transversal al conjunto de resultados de la tesis.

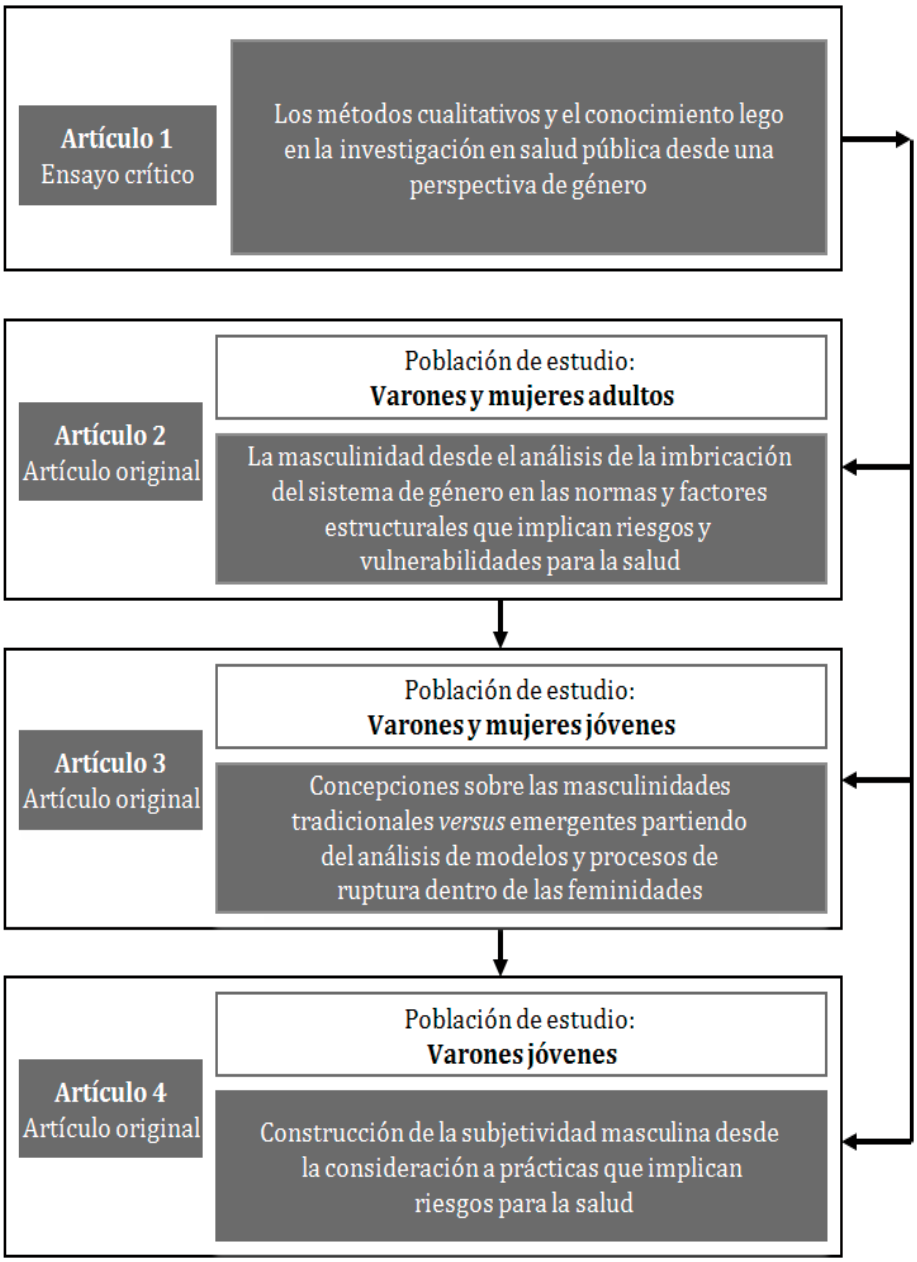


Figura 1. Secuencia temática de los artículos que compendian la tesis

1.1.3. Estructura de la tesis

Esta tesis se presenta dividida en tres partes. En la primera parte, se presentan los artículos que compendian los resultados de esta memoria, se justifica la complementariedad de los artí-

culos, se presenta brevemente la trayectoria investigadora del doctorando, se apuntan algunas ideas sobre la pertinencia del tema de estudio y se exponen las bases conceptuales del marco teórico. Este último epítome constituye el grueso de esta primera parte de la tesis.

El marco teórico aparece estructurado en dos grandes bloques. En el primero, se proporciona una aproximación general a la relación entre género y salud. Concretamente, en este primer bloque, se enmarca el género dentro del estudio de las desigualdades sociales en salud, se proporciona una síntesis en torno al papel de los métodos cualitativos dentro de la investigación de género en salud, y se introducen algunos elementos clave en torno a la relación que se establece entre salud, riesgo e identidad de género. Es a lo largo del segundo bloque del marco teórico en el que se aborda propiamente el estudio de los varones desde una perspectiva de género. Esta primera parte de la tesis se cierra con la presentación de los objetivos y la metodología de cada uno de los artículos que la compendian.

La segunda parte de la tesis se articula en torno a cuatro apartados. El primero de ellos es el de resultados. En este apartado, se proporciona una copia de cada uno de los artículos que compendian la tesis, en el formato original de las revistas en que fueron publicados. En el segundo apartado se aborda la discusión de los principales hallazgos. Dicha discusión se estructura en torno a tres epígrafes: (1) Género y percepción diferencial de riesgos para la salud: interacciones entre lo productivo y lo reproductivo, (2) Reforzando *versus* desafiando normas hegemónicas de masculinidad: el papel de la sexualidad y el consumo recreativo de sustancias, y (3) La masculinidad como *performance* (de poder) y sus riesgos para la salud. Dentro de esta segunda parte de la tesis, también aparecen formuladas las conclusiones y recomendaciones que de ella se desprenden, así como las fortalezas y limitaciones del proyecto.

La tercera y última parte de la tesis, está dedicada al capítulo de referencias bibliográficas y anexos, los cuales presentan información complementaria para la comprensión de la tesis. Dicha información ha sido dividida en cuatro anexos. En el primero, se proporcionan datos sobre el factor de impacto e indicios de calidad de las revistas en que han aparecido publicados los artículos. En el segundo anexo se presenta una declaración de autoría de cada uno de los artículos. El tercer anexo muestra otras publicaciones dentro de la línea de investigación en género y salud, de las que el doctorando ha formado parte durante este periodo de formación. En el último anexo se resume la participación del doctorando en la divulgación de resultados en foros científicos.

1.2. Presentación de la trayectoria de investigación

Se puede decir que el contexto español, y más concretamente, el andaluz, ha contribuido de forma reseñable al desarrollo de los estudios culturales sobre la masculinidad. Con los movimientos de apertura del franquismo, durante la segunda mitad del siglo pasado, numerosos investigadores anglosajones pusieron el foco de atención en la cultura española. Los estudios de Stanley Brandes (1980), Henk Driessen (1983) o David Gilmore (1987), por citar algunos de los centrados en la sociedad rural andaluza, constituyen ejemplos citados a nivel internacio-

nal dentro de este campo de investigación. En un artículo publicado en *Gender & Society*, Celia Valiente se hace eco de esta particularidad. En su artículo, el cual proporciona una panorámica general de la investigación sociológica sobre el género en España, muestra cómo en nuestro país los estudios sobre los varones no adquirieron cierto nivel de desarrollo hasta los años 90. Sin embargo, el número limitado de trabajos y temas explorados, le llevan a la conclusión de que el estudio de los varones aún está en una fase incipiente en España (Valiente, 2002).

Se trata de una afirmación particularmente significativa desde una perspectiva de género en salud, donde la mayoría de los trabajos han estado centrados (o suelen quedarse en) comparar indicadores de resultados en salud entre varones y mujeres. La trayectoria científica y peso investigador en estudios de género y salud de mis dos directoras, constituía una oportunidad para desarrollar una línea de investigación sobre masculinidades que pudiera contribuir a avanzar en el entendimiento de los procesos de salud/enfermedad y las desigualdades de género dentro de nuestro contexto.

El interés por esta línea de investigación se forjó durante mis estudios en Antropología Social. Durante el año 2004, cursando la asignatura en *Antropología de la Salud*, impartida por una de las directoras de esta tesis, la profa. Dra. Nuria Romo Avilés, me acerqué al estudio de algunas patologías que parecían estar especialmente vinculadas a ciertas circunstancias socioculturales. Esto me llevó a interesarme por la dismorfia muscular (también referida en la literatura científica como anorexia nerviosa inversa, complejo de Adonis o vigorexia) (Pope *et al*., 2000). Aproveché este interés para hacer un primer acercamiento al tema, elaborando, como parte de una asignatura en *Métodos y Técnicas de Investigación Etnográfica*, un protocolo de investigación sobre esta área de estudio. Inicialmente, el planteamiento teórico estaría muy en la línea de los "síndromes reactivos a la cultura". Fue la profa. Romo, en el marco de ese curso, la que me lanzaría la propuesta de introducir en el trabajo una perspectiva de género. Por entonces, mi idea sobre el significado e implicaciones de tal perspectiva eran ciertamente limitados.

Mi particular rito de iniciación tuvo como protagonista a Judith Butler. Leer en aquel momento *El género en disputa* (Butler, 2007), fue una especie de "shock cognitivo". Rebatía todos los planteamientos que limitaban las concepciones socialmente aceptadas sobre feminidad y masculinidad. Aquella primera lectura fue tan perturbadora como sugerente. Algunos comentarios de Butler me llevaron a *Las estructuras elementales del parentesco*, de Claude Lévi-Strauss (1998 [1949]), uno de los padres del estructuralismo y de la antropología moderna, y también, a conocer la obra de la antropóloga norteamericana Gayle Rubin. La lectura de *El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo,* me resultó en aquel momento reveladora como aproximación al binomio género/sexualidad (Rubin, 1975). Además de *Masculino y Femenino* de Margared Mead (1994 [1949]), lo primero que leí específicamente sobre los varones fue *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad* de David D. Gilmore (1990), considerado el primer estudio intercultural sobre las masculinidades. Todo esto contribuyó a generar mi interés por adentrarme en el estudio de los varones desde una perspectiva de género.

Ese mismo año 2004, la Universidad de Granada me concedía una «beca de iniciación a la investigación», cuyo trabajo no se desarrollaría propiamente en el Departamento de Antropología

Social, sino en colaboración para un proyecto de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Dicho proyecto, centrado en el estudio del «consumo de drogas no inyectables y conductas sexuales de riesgo de infección por VIH en adolescentes y jóvenes», financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Fundació Barcelona Sida 2002, tenía como investigador principal al prof. Mariano Hernán García. La presencia de la profa. Romo dentro del equipo, animó a incluir la perspectiva de género como parte del análisis. Aquella decisión supondría la primera piedra de esta tesis. De forma paralela, esto abrió la puerta a toda una serie de colaboraciones que, desde entonces, se han mantenido hasta la actualidad. Colaboraciones que no se vieron interrumpidas durante mis tres años de estancia en Marruecos, trabajando para la Consejería de Educación de la Embajada de España en Rabat. De hecho, la elaboración del manuscrito publicado en la revista *Sexualities* (el tercero que se compendia dentro de la tesis), se desarrollaría durante dicha estancia.

Mi regreso a España se produciría tras la concesión, por parte de la Consejería de Economía, Innovación y Ciencia de la Junta de Andalucía, de una "Beca Talentia". Esta beca me brindó la oportunidad de realizar el Máster Europeo Erasmus Mundus en Salud Pública - Europubhealth. Este hecho resultó determinante para retomar la idea de mi incorporación al programa de doctorado en «Estudios de las Mujeres y de Género», y definir más específicamente el plan de trabajo dentro de dicho programa. Esta nueva etapa formativa se desarrollaría entre la Universidad de Granada/Escuela Andaluza de Salud Pública, el Instituto de Salud Pública de la Universidad Jagellónica de Cracovia (Polonia) y la Escuela de Altos Estudios en Salud Pública de Rennes (Francia). Bajo la dirección de la profa. María del Mar García Calvente, defendí como tesis de Máster el proyecto *The construction of masculinity and its influence on health: qualitative data analysis in andalusians young males from 15 to 24 years old* (Marcos-Marcos, 2010).

Terminada esta etapa formativa, fui contratado por el CIBERESP para incorporarme como técnico-investigador al grupo de determinantes sociales de la salud. En concreto, dentro de la línea de género y salud, liderada por la profa. García Calvente en la EASP. Durante esta etapa colaboré en cuatro proyectos de investigación: (1) "Diferencias de género en la percepción del estado de salud y sus determinantes" (financiado por el Instituto de Salud Carlos III), (2) "Análisis del impacto de cuidar sobre la salud de mujeres y hombres desde la perspectiva de género y clase social: Explotación de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal, y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)" (financiado por el Observatorio de Salud de las Mujeres a través del CIBERESP), (3) "Desigualdades de Género en el cuidado informal y análisis de medidas de apoyo a cuidadoras y cuidadores en la atención sanitaria a la dependencia en Andalucía" (financiado por el Instituto de Salud Carlos III), y (4) "Diferencias en la implicación paterna y materna durante el proceso de nacimiento en la primera etapa de crianza" (financiado por el Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad). A esto hay que sumar mi incorporación como miembro del equipo investigador del "Atlas de las desigualdades de género en salud y sus determinantes sociales en Andalucía", proyecto de excelencia financiado por la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

1.3. La relevancia del estudio de las masculinidades para la salud pública

Hasta hace 35 años, por increíble que ahora parezca, la investigación sobre la salud de las mujeres era muy limitada. A excepción de cuestiones relacionadas con la salud reproductiva, sus problemas y necesidades eran considerados esencialmente los mismos que los de los varones. Esto contribuyó a perpetuar determinadas desigualdades en salud.

El desarrollo de la teoría del género, y su progresiva incorporación a las nuevas políticas y estrategias de salud pública, ha ido dando lugar a un enfoque que apunta a la necesidad de explorar más a fondo las interrelaciones entre los comportamientos y resultados de salud de mujeres y varones (Lohan, 2007). Concretamente, ello se ha ido traduciendo en un doble reconocimiento. Por un lado, en que avanzar en el entendimiento de la salud de las mujeres, implica adentrarse en el estudio de los propios varones. Por el otro, en la necesidad de no descuidar el análisis de la salud de los varones desde una perspectiva de género (Annandale y Riska, 2009). Dichos reconocimientos se hicieron particularmente evidentes con la entrada del nuevo siglo. Los dos hechos puntuales que se citan a continuación, resultan ilustrativos de cómo el estímulo político y la agenda investigadora centrada en las desigualdades de género en salud, han contribuido a reestructurar la forma en que es conceptualizada la salud de los varones.

En noviembre de 2001, en respuesta al reconocimiento de la OMS (2000b) de la necesidad de prestar mayor atención al entendimiento e implicaciones del rol social de los varones desde una perspectiva de género, un editorial del *British Medical Journal*, bajo el título *¿Están los hombres en peligro de extinción?*, reflexionaba sobre un tema emergente en la literatura: el futuro de los varones y su salud (Meryn y Jadad, 2001). Uno de los aspectos centrales que ponían de manifiesto los autores es que, a pesar de tener la mayoría de los determinantes sociales de la salud en su favor, los varones tienen mayores tasas de mortalidad. Ese mismo mes, se celebraba en Viena el primer *Congreso Mundial sobre la Salud de los Hombres*. Reunión que, entre otros asuntos, supondría la puesta en marcha de la *Sociedad Internacional para la Salud de los Hombres*. El citado editorial se hacía eco de estas iniciativas, expresando la esperanza de que sirvieran de plataformas para apoyar la investigación estratégica sobre la salud de los varones, generando un compromiso para desarrollar proyectos colaborativos entre las personas interesadas en la investigación en salud y género, y en general, sobre el papel del género en la sociedad (Meryn y Jadad, 2001).

El segundo hecho que se plantea remite a cuando la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS hace un llamamiento a construir un movimiento global por la equidad en salud (CSDH, 2007). Como parte de dicho movimiento, dentro del 54º periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, se abordaría la necesidad de involucrar a los hombres en la igualdad de género (Naciones Unidas, 2010). Dicho seminario estaría centrado, en gran medida, en analizar las implicaciones del informe *What Men Have to Do with it: Public Policies to Promote Gender Equality* (ICRW/Instituto Promundo, 2009).

Los estudios sobre las masculinidades son un campo relativamente reciente dentro del ámbito de los estudios de género. Si bien los varones siempre estuvieron presentes en la literatu-

ra como piezas centrales del patriarcado, y también fueron parte de las políticas de salud, ha sido a lo largo de la última década cuando se ha ido configurando todo un corpus de evidencias orientado a entender a los varones desde su situación y condición de género (Barker *et al*., 2007). Esto ha ido subrayando la importancia de considerar las diferencias, necesidades y particularidades biológicas de varones y mujeres. También ha supuesto un reconocimiento a la interacción de los factores socio-culturales imbricados al sistema de género, tanto en la construcción de identidades como en la asignación de roles y responsabilidades, los cuales se reflejan en los estados de salud de ambos sexos (Esteban, 2006). En el caso concreto de los varones, esto implica subrayar los riesgos y problemas de salud a los que se enfrentan como consecuencia de la interpretación de su papel social (Sabo, 2000). Las investigaciones centradas en el estudio de las masculinidades muestran cómo las inequidades de género influencian la forma en que los varones interactúan con sus parejas y familias en una amplia gama de temas que se relacionan con la salud (Barker *et al*., 2011).

Una de las grandes conclusiones de la literatura científica reciente, apunta a que el mayor riesgo de muerte prematura en los varones es causado por factores socio-culturales y, por tanto, evitables (White *et al*., 2011a). En España, la esperanza de vida al nacimiento de los varones se sitúa actualmente en 79,4 años, casi seis años inferior a la de las mujeres (INE, 2014). La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en personas menores de sesenta y cinco años, que recoge la mortalidad por enfermedades que se producen principalmente como resultado de los estilos de vida adoptados, es ampliamente desfavorable a los varones (Artazcoz *et al*., 2004a). A ello hay que sumar la mortalidad por causas externas (accidentes, caídas, agresiones, suicidios), especialmente los accidentes de tráfico: el 78,2% de estas muertes corresponden a varones, dándose los porcentajes más elevados entre los 16 y 24 años (INE, 2014). De esta manera, aunque hay suficiente información epidemiológica al respecto, todo ello apunta a la necesidad de un análisis que, desde una perspectiva de género en salud, permita dar mayor sentido a los datos existentes.

El análisis de la relación del sistema de género con los procesos de salud/enfermedad es especialmente complejo por las diversas formas en que se puede manifestar. En una sociedad como la actual, que ha experimentado profundos cambios sociodemográficos en un corto espacio de tiempo, el estudio de las identidades de género cobra un especial sentido. Permite un análisis más matizado de las diferencias y similitudes en los comportamientos y experiencias que influencian la salud de las personas. Esta tesis viene a ser una contribución al estudio de las relaciones de género en nuestro contexto, explorando la forma en que dichas relaciones se inscriben en modelos identitarios que influencian la salud de varones y mujeres.

2. Marco teórico-conceptual y antecedentes

2.1. Género y salud: una aproximación conceptual

«Si considerásemos la ciencia como una actividad plenamente social, empezaríamos a comprender las múltiples formas en las que, también ella, se estructura, de acuerdo con las expresiones de género. Todo lo que media entre nosotros y ese proyecto, son las teorías de género inadecuadas, los dogmas del empirismo y una importante proporción de lucha política».

Sandra Harding, 1996

A mediados del siglo pasado, la salud empezó a ser definida como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946). El objetivo era promover un discurso que fuera más allá del énfasis biomédico en la erradicación de la enfermedad (Foucault, 2007; Rodríguez-Ocaña, 1992). Más de medio siglo después, la investigación en ciencias de la salud sigue estando dominada por la búsqueda de características y consecuencias desde una perspectiva patológica (Levin y Browner, 2005).

Sin embargo, en la actualidad, en amplios sectores de la salud pública está aceptado que las enfermedades no dejan de responder a factores como la cultura, las relaciones sociales o los procesos políticos y económicos (Kleinman, 2010; Blaxter, 1997).

El desarrollo de paradigmas complementarios a los de la biomedicina, de la mano de disciplinas como la antropología médica, la sociología o la economía de la salud, han permitido conceptualizar los procesos de salud y enfermedad como fenómenos íntimamente conectados a las representaciones culturales y las estructuras sociales (Martínez-Hernáez, 2008; McElroy y Townsend, 1996). El concepto de salud ha ido adoptando una visión más sensible a lo local y particular, interpretando la etiología desde la consideración a redes multi-causales (Inhorn, 2010). De esta manera, si bien las diferencias en salud entre varones y mujeres han sido explicadas durante mucho tiempo desde concepciones biológicas, asumiéndolas como naturales (Krieger, 2003), en la actualidad no se suele caracterizar la enfermedad sin tomar en consideración las experiencias de las personas dentro del contexto en que se desarrolla sus vidas (Popay y Williams, 2009). Dicha consideración a las singularidades subjetivas, fue una de las claves para el desarrollo del género en el corpus científico de las ciencias de la salud. Estudiar el sistema de género desde la estrecha relación existente entre lo biológico y lo sociocultural (Lock *et al.*, 2001), lo convierte en un elemento fundamental en el estudio de las causas y los factores a través de los cuales las desigualdades de género se perpetúan en un determinado contexto (Sen y Östlin, 2007).

El término "género" irrumpió en el ámbito de las ciencias de la salud a partir de las aportaciones de John Money y Robert Stoller. En 1955, Money publica *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychological findings*, una primera aproximación a sus investigaciones sobre el hermafroditismo en relación a factores sociobiológicos asociados a la identidad masculina y femenina (Burín y Meler, 2000). Esto le llevaría a respaldar el efecto de las hormonas sexuales en los comportamientos atribuidos al rol de género. Dichas investigaciones, desarrolladas durante su etapa de profesor en pediatría y psicología médica en la Universidad Johns Hopkins, fueron las que le llevaron a proponer la utilización de una terminología diferenciada entre sexo y género: "El término sexo se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra y género se refiere a las diferencias de comportamientos según el sexo" (Money, 1985). Años después, en el XXIII Congreso Psicoanalítico Internacional de Estocolmo (julio de 1963), Robert Stoller, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de California, abordaría de forma explícita la distinción entre identidad sexual e identidad de género, al constatar el caso de un paciente biológicamente varón, pero criado como mujer tras la amputación de sus órganos genitales (Burín y Meler, 2000). El análisis de este caso, junto a su interés por el estudio de la transexualidad, la perversión y el erotismo, le llevaron a escribir *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity* (Stoller, 1968). En dicha obra, Stoller llega a la conclusión de que género es un término con más connotaciones psicológicas y culturales que biológicas, pudiendo ser los términos masculino y femenino independientes del sexo biológico. Esto no sólo fue un trampolín para asentar las bases del pensamiento categórico de género; también supuso el surgimiento de las teorías biológicas de la diferencia sexual. Teorías en las que los comportamientos de mujeres y varones eran principalmente descritos en torno a argumentos sobre las hormonas sexuales (Young *et al.*, 1965). Sea como fuere, los cimientos contemporáneos del género como categoría analítica hay que buscarlos con anterioridad a los citados referentes clínicos.

El género es un paradigma de pensamiento que puede ser contextualizado en base a fundamentos teóricos tanto manifiestos como latentes. Entre los referentes manifiestos, tradicionalmente se ha destacado la obra de Simone de Beauvoir. *El segundo sexo* (de Beauvoir, 1998 [1949]), es considerada la obra bisagra entre el "feminismo ilustrado" y la llamada "Segunda Ola del Movimiento Feminista" (Amorós, 2005). Por su parte, el estructuralismo de Claude Lévi-Strauss y el psicoanálisis de Sigmund Freud pueden ser considerados ejemplos de aportación latente al desarrollo del género como disciplina de conocimiento. Ninguno de estos autores concibió su trabajo desde una mirada de género, pero proporcionaron importantes instrumentos conceptuales para la conformación de la perspectiva feminista (Rubin, 1975).

Habría que esperar hasta la década de los 70 para que el género adquiriera fuerza en las ciencias sociales y los discursos feministas de la época. No sólo los "Estudios de Género" empezaron a formar parte de la tradición de los "Estudios Culturales", sino que con ello, de la mano de las epistemologías feministas, el género pasó a constituirse en un recurso conceptual clave en el análisis de la ciencia (Ortiz-Gómez, 1997). En este sentido, no hay que olvidar que los marcos conceptuales que constituyen la teoría feminista (sobre la base de la producción de conocimiento en torno a enfoques como los del constructivismo, psicoanálisis, estructuralismo o, más recientemente, en relación a la teoría *queer)*, han de ser entendidos en sí mismos como elementos que, inscritos en las teorías críticas, ponen el énfasis en la diferencia sexual como fuente de comprensión de los fenómenos humanos; en el sexo y sus significados (género) como potenciales factores explicativos de los procesos de salud/enfermedad. Un ejemplo de gran interés lo constituye la introducción dentro de la teoría social del término "sistema de género".

La referencia al sistema de género ha estado principalmente orientada a enfatizar al género como una institución; como una característica social y no únicamente como una característica de los individuos (Martin, 2004). Dicho término fue acuñado por Gayle Rubin en *The traffic in women: notes on the "political economy" of sex* (Rubin, 1975). El objetivo de este ensayo era llegar a una comprensión más desarrollada del binomio sexo/género a través de la lectura de Claude Lévi-Strauss y Sigmund Freud. Desde esta perspectiva, el sistema sexo/género fue fundamentalmente concebido como un conjunto de acuerdos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica, en un producto de la actividad humana. Concretamente, para Rubin, las dimensiones básicas de este sistema estaban relacionadas con el hecho de que la organización social del sexo estuviera basada en tres aspectos: *el género, la heterosexualidad obligatoria*, y *la restricción de la sexualidad femenina*. Se trata de una aportación que, junto a otras también contrarias a los enfoques categóricos y funcionalistas del género, ha contribuido a que éste sea cada vez más entendido como un sistema institucionalizado de prácticas sociales (Risman y Davis, 2013).

En gran medida, fue la crítica a la sociobiología el resorte para el surgimiento de la idea del cuerpo como un objeto natural moldeado por fuerzas sociales (Cabré-Pairet y Ortiz-Gómez, 2008). Hacia la segunda mitad del siglo pasado, el cuerpo pasó a ser entendido dentro de los ámbitos académicos como un campo político, no ajeno al establecimiento de relaciones de poder (Foucault, 2000). La idea del género como práctica social hunde sus raíces en el interaccionismo simbólico de Erving Goffman (1959), consolidándose dentro de la teoría social a través de la "teoría de la acción" de Pierre Bourdieu (1997). Dicha conceptualización del género, representada a través de interacciones y prácticas cotidianas, es lo que llevará a poner el acento

en la acción. Una acción definida, desde planteamientos post-estructuralistas, como un acto de género en sentido performativo (Butler, 2001). Esto resulta de especial interés en el análisis de ciertos comportamientos de riesgo, al permitir analizar las estructuras de género como puntos culturales de referencia.

En la actualidad, el sistema de género es descrito como un fenómeno social conformado por múltiples dimensiones o niveles. Esto también implica reconocer la existencia de diferentes acepciones dentro del término "género" (Ortiz-Gómez, 2002). Sandra Harding fue una de las primeras autoras en establecer una división en este sentido. En su caso, poniendo el acento en las relaciones que se establecen entre "simbolismo de género", "división del trabajo" e "identidad de género" (Harding, 1996). Por su parte, Raewyn Connell (2002), a través del término «gender order», analizará el sistema de género atendiendo a cuatro dimensiones: poder (tanto organizado e institucionalizado como difundido y discursivo), producción (referido a la división del trabajo según el sexo), emoción (relativo a las relaciones emocionales o de *cathexis* y los patrones sociales del deseo, los cuales conforman un sistema conjunto de prohibición y provocación), y simbolismo (el universo de conocimientos, implicaciones, matices y alusiones insertas en las palabras hombre y mujer y que opera en el lenguaje, la vestimenta, el maquillaje, las expresiones y en las artes). Más recientemente, otras autoras han subrayado que, de forma paralela a otros sistemas de desigualdad, el sistema de género se reproduce en tres niveles de la realidad social: en el nivel macro, mediante las creencias culturales y la distribución de recursos, en el nivel interaccional, mediante los patrones de comportamiento y las prácticas organizativas, y en el nivel individual, mediante la configuración de las identidades (Ridgeway y Correll, 2004).

A pesar de las múltiples maneras de conceptualizar el sistema de género, las investigadoras e investigadores coinciden en poner de manifiesto que se trata de un sistema con dos elementos fundamentales para su análisis. Por un lado, diferencia/dicotomía; por el otro, desigualdad/asimetría (Hirdman, 1991; citada por Backhans, 2011). Aunque se reconoce que ambas dimensiones son claves en cualquier análisis sobre igualdad/desigualdad de género en salud, la realidad es que el abordaje del binomio *género y salud* no cuenta con un único marco de referencia. De la confluencia de las teorías de la salud con las variaciones teóricas del feminismo, se pueden establecer tres enfoques principales que coexisten en la actualidad: salud de las mujeres, desigualdades de género y determinantes de género (Velasco, 2007).

La idea del género como elemento relacionado con la salud, emergió con fuerza en la literatura científica durante la segunda ola del feminismo. Dicha idea se desarrolló en primera instancia como preocupación por la "salud de las mujeres" (Arber y Thomas, 2001). En este enfoque, el interés se centra en subrayar las necesidades de atención y la morbilidad diferencial de las mujeres (Valls-Llobet, 2011). Esto llevó principalmente a criticar el modelo androcéntrico de la medicina, pero también, la atención a la salud reproductiva y la medicalización de su abordaje (Ortiz-Gómez, 2006; Riska, 2000).

A principios de la década de los 80 empezaron a ser explorados de forma más analítica los factores sociales subyacentes a los procesos de salud/enfermedad de las mujeres. Esto llevó a poner el acento tanto en las diferencias y desigualdades en el estado de salud, como en los

sesgos de género en la atención sanitaria (Ruiz-Cantero, 2009). Los estudios se diversificaron, no centrándose únicamente en la forma en que varones y mujeres percibían y experimentaban los procesos de salud/enfermedad, sino que también empezaron a ser considerados temas de interés la violencia contra las mujeres o los derechos de gais, lesbianas y personas transgénero (Velasco, 2007). Esta corriente supuso un impulso al desarrollo de investigaciones centradas en la "salud de los hombres". Desde mediados de los 70 del siglo pasado, algunos autores habían empezado a poner de manifiesto que la conformidad con normas tradicionales sobre la masculinidad parecía suponer un incremento de los riesgos para la salud física y un empobrecimiento emocional (Farrell, 1975; Feigen-Fasteau, 1974). Sobre la base de la teoría del rol sexual, esta tesis llegaría a afirmar que los varones, desde edades tempranas, aprenden ciertos comportamientos que aumentan su tendencia a padecer accidentes mortales o a sufrir determinadas enfermedades (Sabo, 2000).

A finales de la década de los 80, la creciente crítica a la teoría del rol sexual (por enfatizar la importancia de la primera infancia en la socialización de género, omitiendo cuestiones relativas a la estructura de privilegios), fue dando lugar a todo un corpus de conocimiento en torno a cómo los individuos interiorizan el género (Risman y Davis, 2013). De forma progresiva, el género empezó a ser incorporado como categoría analítica sobre la diferencia sexual y las relaciones entre varones y mujeres, y con ello, a ser tratado como determinante de la salud.

Partiendo de la consideración de la salud/enfermedad como un proceso no influenciado exclusivamente por la biología, el contexto social y la "experiencia vivida" fueron aspectos incorporados al análisis de género a través del estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir (Velasco, 2006). Que los condicionantes de género fueran descritos como factores de vulnerabilidad, llevó a poner el acento en el análisis de las mujeres, los varones y sus relaciones. Esto ha quedado claramente patente en el desarrollo de dos alternativas teóricas centradas en ir más allá de lo individual. Por un lado, quienes, poniendo el foco de interés en el análisis de las desigualdades, desarrollan lo que se conoce como "nuevo estructuralismo". Por el otro, quienes, trabajando desde planteamientos cercanos al interaccionismo, se suman a los preceptos de la teoría relacional a través del "doing gender" (Risman y Davis, 2013).

El libro de Rosabeth Moss Kanter, *Men and Women of the Corporation*, es reconocido como el primero en aplicar los preceptos del nuevo estructuralismo al análisis del género (Kanter, 1977). Su estudio de caso proporcionó evidencias de cómo las estructuras organizacionales, mediante formas de poder y oportunidad desiguales, estaban en el centro de las inequidades de género. Por su parte, diez años después, aparecía en la revista *Gender & Society* un artículo que subrayaba la idea del género como algo que hacemos, no algo que somos, dando lugar al nacimiento del enfoque "hacer género" (West y Zimmerman, 1987). Estas dos corrientes teóricas, desarrolladas de forma independiente, contribuirán al unísono a desplazar el interés por la salud de las mujeres y la salud de los varones hacia los estudios sobre "género y salud" (Arber y Thomas, 2001).

La primera mitad de la década de los 80 del siglo XX marcó un hito en las políticas e investigaciones en materia de género y salud (Read y Gorman, 2010). A ello contribuyó la irrupción

en la literatura científica de autoras como Lois M. Verbrugge, quien en 1985 publica *Gender and health: an update on hypotheses and evidence*, un artículo seminal en el que se describen los principales patrones, hipótesis y explicaciones de las diferencias de género en salud en Estados Unidos (Verbrugge, 1985). En el caso de los varones, los resultados resultan confirmatorios respecto a que sufren más enfermedades que ponen en riesgo sus vidas, las cuales conducen en mayor medida a situaciones de discapacidad permanente o muerte prematura. De forma paralela, esta publicación contribuyó a considerar el análisis de las desigualdades de género en salud como un fenómeno complejo.

La idea del género como uno de los ejes de desigualdad que más condicionan los procesos de salud/enfermedad de las personas, hunde sus raíces en diferentes teorías y modelos conceptuales en torno a los mecanismos de producción de las desigualdades sociales en salud. Dentro del ámbito de la salud pública, esto pasó a un primer plano tras la aparición del *Black Report*. Este informe analizaba en profundidad la información disponible sobre las desigualdades en mortalidad, morbilidad y utilización de servicios sanitarios en el Reino Unido (Black *et al*., 1980). Su impacto dentro de la comunidad científica se potenció tras la actualización realizada por Margaret Whitehead (1988). La idea de "desigualdad en salud" empezó a ser concebida, de forma inexorable, a las oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, lugar de residencia o condición étnica.

En España, el primer informe con el objeto de obtener una panorámica de la situación respecto a las desigualdades sociales en salud apareció en 1996 (Navarro *et al*., 1996). Elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos), describía desigualdades en mortalidad, salud percibida, conductas relacionadas con la salud y utilización de servicios sanitarios en España. Sin embargo, el informe tendría una pobre difusión y sus recomendaciones nunca llegarían a implementarse. La importancia concedida al género en el análisis de las desigualdades dentro de nuestro contexto, se puso de nuevo de manifiesto con *La salud pública en España desde la perspectiva de género y clase social* (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004), revisión realizada con motivo del Informe 2004 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Este informe supuso un importante impulso a la hora de considerar ambos ejes de desigualdad; especialmente, en lo relativo al impacto en la salud de los múltiples roles de las mujeres, y cómo varía su repercusión en función de la posición socioeconómica. Pero también, en lo que respecta a la salud de las personas adultas, el informe puso de manifiesto que la tasa de mortalidad resultante de la adopción de estilos de vida poco saludables (dietas desequilibradas, consumo de drogas ilegales, tabaco y alcohol), era desfavorable a los varones; a lo que se sumaba la mortalidad por accidentes, caídas, agresiones o suicidios (Artazcoz *et al*., 2004a).

2.1.1. Género y desigualdades sociales en salud

«Gender inequality damages the physical and mental
health of millions of girls and women across the globe,
and also of boys and men despite the many tangible benefits
it gives men through resources, power, authority and control»

Gita Sen y Piroska Östlin, 2007

El elemento común que comparten la perspectiva de género y la Salud Pública actual es su consideración social. Esto permite que el análisis de género pueda tener lugar en relación a problemas y situaciones de salud tanto de mujeres como de varones (Ruiz-Cantero, 2011). Es precisamente la asunción de dicha dimensión social, como diría Amartya Sen (2002a), la que obliga a poner a la enfermedad y la salud en un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social. El propio Nobel de Economía aludiría de forma explícita al mundo en que vivimos como un lugar "caracterizado por una distribución profundamente desigual del peso de las adversidades entre los hombres y las mujeres" (Sen, 2002b). En *La misoginia como problema de salud pública*, Sen pone de manifiesto que hablar de equidad de género es hacerlo de todo un conjunto de problemas distintos e interrelacionados. Esto no sólo obliga a tomar en consideración las desigualdades en mortalidad o en natalidad, sino también, las desigualdades en oportunidades básicas, las desigualdades profesionales o las que giran en torno al hogar. Entendida de esta manera, la equidad de género tiene que ver con justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades (Sen, 2002b). Son elementos clave a la hora de analizar distintas formas de entender la masculinidad.

Asumir que la realidad social tiene en cómo se articulan las relaciones humanas a uno de sus principios fundamentales, obliga necesariamente a destacar el papel descodificador que ha venido desempeñando la teoría feminista en la determinación del género como un eje fundamental sobre el que se construye la identidad de las personas. Es por ello que, en la actualidad, el género no sólo se entiende como un principio articulador de creencias, valores y costumbres, sino también, de diferencias en la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo (Krieger, 2003).

La literatura científica ha puesto de manifiesto que la salud de varones y mujeres no sólo es diferente, sino también desigual. Diferente porque existen factores biológicos que se manifiestan de manera distinta en la salud y en los riesgos de enfermar. Desigual porque hay factores de orden social, en parte explicados por el género, que influyen de una manera injusta, por ser evitables, en la salud de las personas (Braveman, 2006; Rohlfs *et al*., 2000; Whitehead, 1992). Es por ello que, la promoción de la equidad implica tanto un "proceso continuo de igualación", como un "proceso de abolición o disminución de privilegios" (Williams, 1983; citado por Krieger, 2001).

Las fuerzas sociales, económicas y políticas están entrelazadas a las experiencias locales de enfermedad y padecimiento (James y Corbett, 2009). Esto adquiere especial significación

cuando el cuerpo se sitúa en el centro del debate sobre la identidad sexual y de género (Ortiz-Gómez, 2006; Leacock, 1983). Desde esta perspectiva, los procesos sociales quedan inscritos de manera que no pueden ser reducidos a manifestaciones biomédicas de una enfermedad (Nguyen y Peschard, 2003; Sepelli, 2000). Analizar el género desde la toma en consideración de la estrecha relación existente entre lo biológico y lo sociocultural, lo convierte en un sistema de especial interés en el estudio de las causas y los factores a través de los cuales determinadas desigualdades en salud se manifiestan en un contexto dado (Lock *et al*., 2007).

En salud pública, la investigación sobre el género toma como elemento central la relación que se establece entre género y poder (Hammarströn *et al*., 2001). Sin embargo, tan erróneo es buscar la igualdad en la salud de varones y mujeres donde hay diferencias, como asumir diferencias donde no existen; hecho que predispone a generar modelos hegemónicos de producción de enfermedad que contribuyen a victimizar a las mujeres (García-Calvente *et al*., 2008). Es por ello que, a la hora de analizar las diferencias y semejanzas en la salud de las mujeres y los varones, resulta de interés distinguir entre posibles factores sociales y biológicos; tomando en consideración que las disparidades de género en salud rara vez son puramente de naturaleza biológica u orden social (Esteban, 2006).

La interrelación entre los factores biológicos y las relaciones de género se pone de manifiesto de múltiples formas. Por ejemplo, al considerar la infección por VIH/Sida de las mujeres a una edad más temprana que la de los varones, o su mayor mortalidad por violencia de género (Krieger, 2003). Sin embargo, aunque las mujeres sufren más enfermedades y su salud es peor, viven más que los varones en todos los países económicamente desarrollados. Se trata de un fenómeno ampliamente documentado del que diversas revisiones proporcionan descripciones de su magnitud y alcance (Valls-Llobet, 2011; Bird y Rieker, 2008; Phelan *et al*., 2004).

Las inequidades de género en morbilidad no son tan unívocas como las relativas a mortalidad. La brecha entre varones y mujeres varía según enfermedades específicas, atendiendo a la etapa del ciclo vital (Phillips, 2011; MacIntyre *et al*., 1996). En las edades más jóvenes, los varones tienden a involucrarse en comportamientos más perjudiciales para la salud, lo que aumenta el riesgo de muerte prematura por lesiones accidentales u homicidio (White *et al*., 2011a; Artazcoz *et al*., 2004a). Por el contrario, las mujeres son más propensas a sufrir procesos de naturaleza crónica que no necesariamente potencian la muerte prematura, pero tienen un gran impacto negativo en su calidad de vida (Valls-Llobet, 2003; Crimmins *et al*., 2002; Verbrugge, 1989).

Pero entonces, ¿qué significa/implica que los varones vivan menos años que las mujeres, pero pasen más años sin problemas de salud? Se trata de una cuestión recurrente en la investigación social sobre las desigualdades de género en salud. Por lo general, los datos muestran una combinación de condiciones y características biológicas, socio-estructurales, psicosociales y comportamentales que diferencian las vidas de varones y mujeres (Doyal, 2000; Verbrugge, 1985). Estamos ante categorías explicativas no mutuamente excluyentes que pueden ser enmarcadas en términos de "exposición diferencial" (varones y mujeres tienen diferentes niveles de exposición a condiciones que promueven buena salud) o "vulnerabilidad diferencial" (muje-

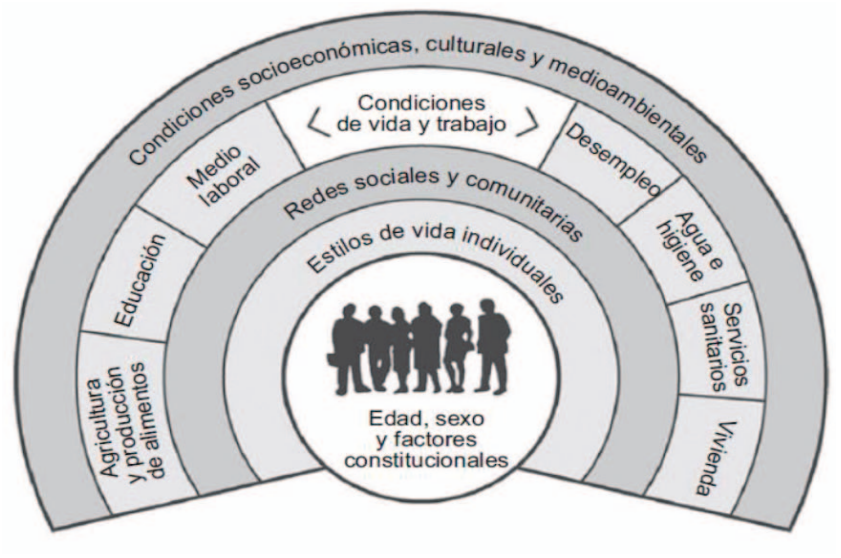
res y varones reaccionan de manera diferente a dichas condiciones de salud). Ambas perspectivas han recibido apoyo empírico (Denton *et al*., 2004).

Desde un punto de vista biológico, los varones son considerados más débiles que las mujeres. Esta afirmación suele ser apoyada por ideas tales como los niveles de estrógenos, los cuales contribuyen a reducir el riesgo de las mujeres en las enfermedades del corazón mediante la reducción de la circulación de colesterol nocivo. Por su parte, la testosterona pone a los varones en mayor riesgo de afecciones potencialmente mortales a causa de la inmunosupresión (Owens, 2002). Sin embargo, como se afirmaba anteriormente, los factores biológicos no explican por sí solos por qué las brechas de género en salud cambian en el tiempo y en distintos grupos sociales. Es por ello que, a la hora de analizar las desigualdades de género en salud, los estudios han tendido a centrarse en los factores sociales y contextuales que conforman el bienestar, la posición social y los patrones comportamentales de varones y mujeres.

Un aspecto clave en la literatura científica ha sido la consideración del estatus socioeconómico (Regidor, 2006; Marmot, 2005). A pesar de los avances que se han producido durante las últimas décadas en las sociedades económicamente desarrolladas, todavía los varones ostentan un posición de ventaja (Malmusi *et al*., 2014; House, 2002). Sin embargo, resulta necesario subrayar que, desde una perspectiva de género, no estamos sólo ante cuestiones de naturaleza puramente económica, sino también, como se apuntaba al comienzo del apartado, de poder y capacidad de toma de decisiones. En este sentido, los roles y la división sexual del trabajo han jugado, y juegan, un papel determinante. Esto se pone de manifiesto en los distintos modelos desarrollados para conceptualizar las desigualdades de género en salud. Entre los modelos más recurrentes se encuentran el desarrollado por el *Grupo de Género y Salud* de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (2000) y el de la *Red de Conocimiento sobre Mujeres y Equidad de Género* (Sen y Östlin, 2007).

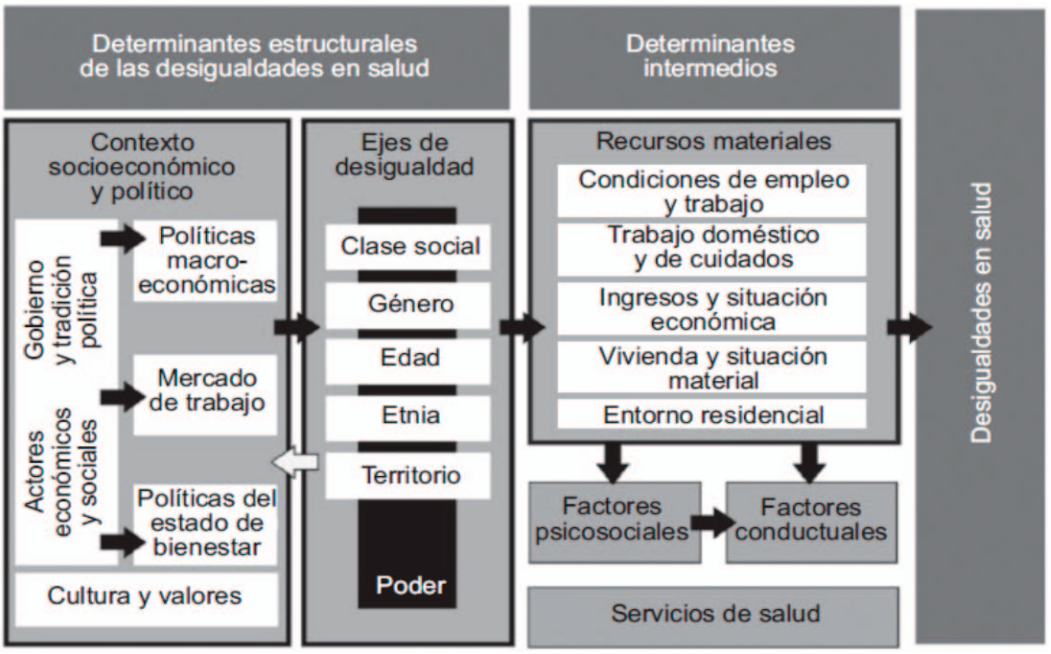
Para entender en toda su dimensión las características fundamentales de cada uno de estos modelos, se hace necesario tomar en consideración que, a su vez, se enmarcan en los modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud (véanse las figuras 2 y 3). Un ejemplo clásico es el modelo conceptual desarrollado por Dahlgreen y Whitehead (1991). Modelo que, en nuestro contexto, ha ido siendo sustituido por el de la *Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España* (CRDSE, 2010), desarrollado a partir de las aportaciones de Navarro (2004) e Irwin *et al*. (2006).

Figura 2. Modelo conceptual de los determinantes de la salud



Fuente: Dalghren y Whitehead (1991)

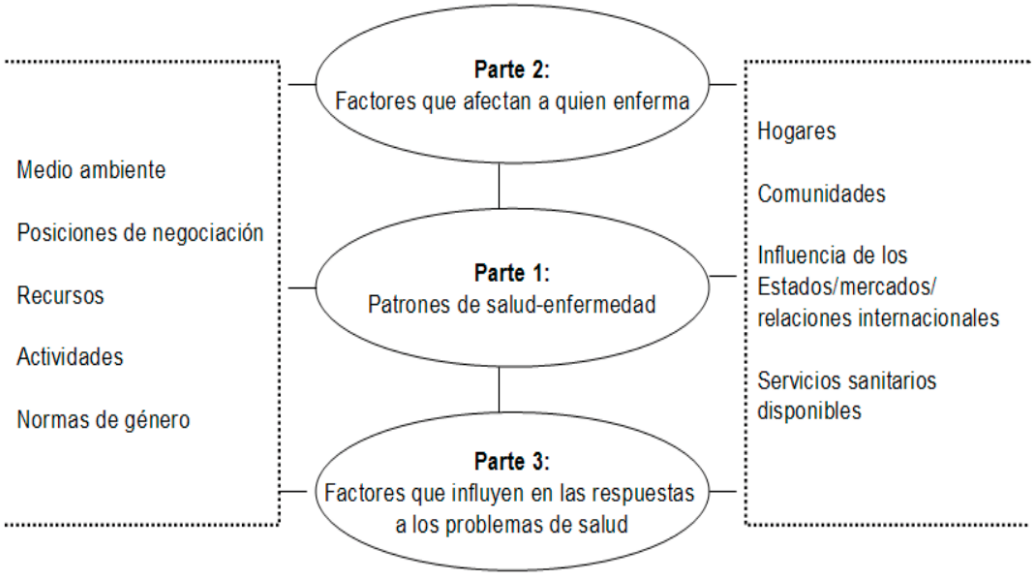
Figura 3. Determinantes sociales de las desigualdades en salud



Fuente: CRDSE (2010)

En el caso concreto de las desigualdades de género en salud, el modelo propuesto por el *Grupo de Género y Salud* de Liverpool (véase figura 4), permite establecer diferencias/semejanzas entre mujeres y varones partiendo de un conjunto de cuestiones. De forma general, el análisis se centra en tres aspectos. En primer lugar, las pautas de salud-enfermedad-atención, que permiten conocer quién, de qué, dónde y cuándo se enferma. En segundo lugar, los factores que afectan a quienes enferman. Por último, los factores que afectan a la respuesta frente al proceso de salud-enfermedad. Para abordar estas cuestiones, los factores se inscriben en su contexto social, económico, cultural y político, analizando si existen diferencias en cuanto a (1) la toma de decisiones, acceso y uso de los recursos, (2) roles y actividades y (3) normas de género en diversos niveles de la vida social: hogar, comunidad, sistema político, sistema económico y sistemas de atención a la salud.

Figura 4. Marco de análisis del género



Fuente: *Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine* (2000)

A pesar de las aportaciones del modelo citado, el modelo conceptual más utilizado durante los últimos años para explicar las desigualdades de género en salud ha sido el propuesto para la *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud* de la OMS, elaborado por la *Red de Conocimiento sobre Mujeres y Equidad de Género* (Sen y Östlin, 2007). Se trata de un modelo explicativo vertebrado por procesos de retroalimentación entre causas, factores y consecuencias (véase la figura 5). En torno a dichos procesos emergen tres consideraciones clave del papel del género como determinante de la salud.

(1) El ordenamiento social de lo femenino y lo masculino se refleja tanto en los sistemas de salud como en la propia investigación, introduciendo sesgos de género.

A la hora de conceptualizar la ciencia, la epistemología feminista ha puesto de manifiesto que muchas de sus aplicaciones, formas de definir los problemas de investigación, de diseñar los abordajes metodológicos y conferir significados a la investigación, se han desarrollado siguiendo un modelo androcéntrico y, por tanto, produciendo resultados sesgados (Harding, 1996). Dentro de la investigación en salud pública, se trata de un sesgo que puede ser definido como «un error sistemático en el enfoque de género relacionado con el constructor social, que erróneamente considera a hombres y mujeres iguales/diferentes tanto en la exposición a factores de riesgo como en la historia natural y social de la enfermedad» (Ruiz-Cantero *et al*., 2007). Esto invita a reflexionar sobre cómo los sesgos pueden darse al considerar que mujeres y varones son iguales cuando en realidad son diferentes, pero también, cuando se considera que son diferentes cuando realmente son iguales (Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997).

Se trata de un aspecto que ha revitalizado el énfasis en la importancia de analizar los programas y políticas sanitarias desde un enfoque sensible al género. Es decir, con capacidad de atender a las diferencias y necesidades específicas de mujeres y varones (Colomer-Revuelta *et al*., 2007; Doyal, 2001). Para ello, un aspecto determinante ha sido poner el punto de mira en el desarrollo de indicadores y sistemas de recogida de información. Esto implica contar con información cada vez más precisa sobre roles de género y la división sexual del trabajo como determinantes de la salud (Carrasco-Portiño *et al*., 2011). Al respecto, resulta de interés reseñar que fue la Encuesta Nacional de Salud 2006 la primera que en España planteó entre sus objetivos recopilar información que posibilitara un análisis de la salud de la población desde una perspectiva de género (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

La influencia del orden de género en los sistemas de salud no queda limitada a los aspectos señalados. Prueba de esta diversidad es la consideración a la influencia del género en el desarrollo profesional. Un aspecto de gran calado es la creciente "desmasculinización"/feminización de las profesiones sanitarias (Delgado *et al*., 2011; Ortiz-Gómez, 2007; McMurray *et al*., 2002).

(2) El género queda vinculado a diferentes determinantes estructurales que a corto, medio y/o largo plazo afectan la salud.

En línea con lo anteriormente descrito, el modelo pone de manifiesto que indicadores de posición social, como el nivel educativo o de ingresos, influencian la salud de las personas de manera desigual. No sólo los varones ocupan más cargos de poder en la mayoría de las categorías profesionales, especialmente en las ocupaciones de mayor prestigio social, sino que presentan un menor riesgo de sufrir situaciones de pobreza a lo largo de sus vidas (Moss, 2002; Sen, 1992). Esto se debe, entre otras razones, a que es más probable que tengan empleos estables, que trabajen a tiempo completo y que reciban un sala-

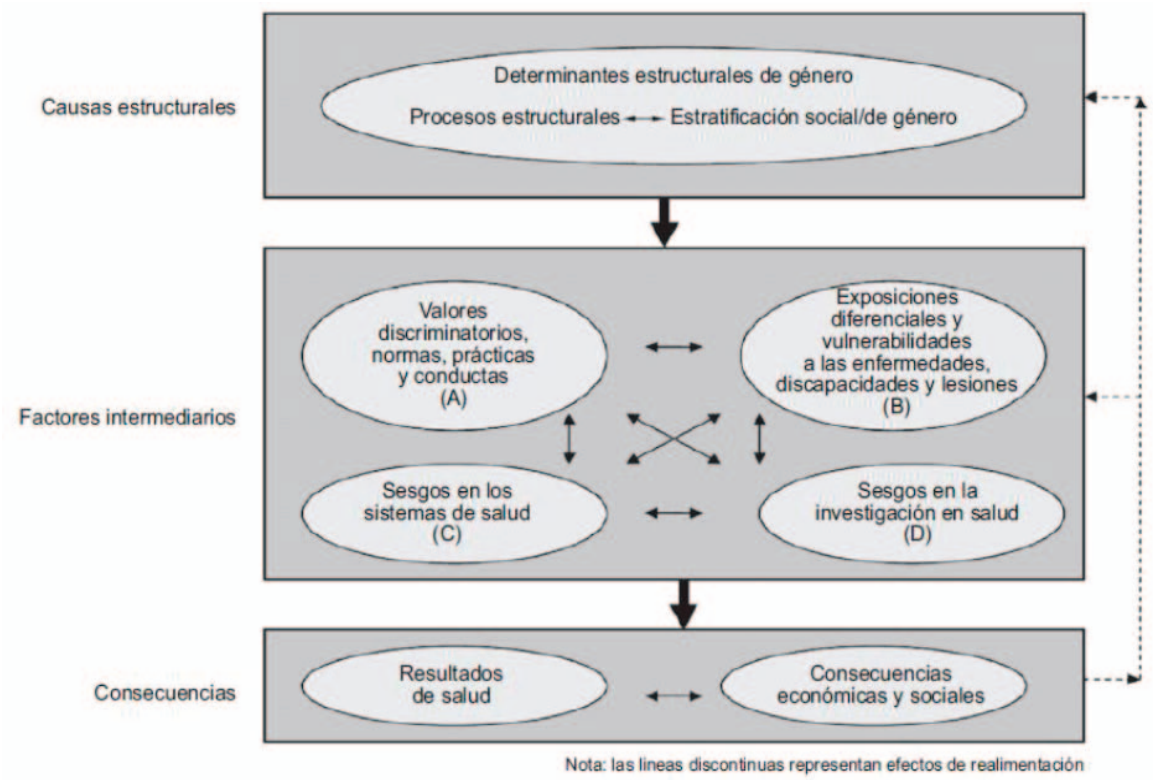
rio mayor que las mujeres por un trabajo similar (Benach *et al*., 2004). De esta manera, son los varones pertenecientes a clases sociales más favorecidas los que ostentan las condiciones laborales con mejores garantías para su salud (Read y Gorman, 2010; Artazcoz *et al*., 2004b). Del mismo modo, la incorporación de las mujeres al ámbito laboral no se ha traducido en una redistribución equitativa de las responsabilidades domésticas. La literatura científica nacional e internacional pone en evidencia que siguen siendo las mujeres las que asumen la mayor parte del trabajo reproductivo (Emslie y Hunt, 2009; Craig y Sawrikar, 2009; Larrañaga *et al*., 2004; La Parra, 2001).

Aunque se ha señalado que los varones suelen tener menores redes de apoyo (Fuhrer y Stansfeld, 2002; Umberson *et al*., 1996), teniendo dichas redes el potencial de mejorar el bienestar y/o amortiguar el impacto negativo de situaciones adversas (Chun *et al*., 2008; Chen *et al*., 2005), la evidencia científica no es concluyente al respecto. De hecho, las mujeres, en mayor medida que los varones, suelen reportar estresores crónicos (Masanet y La Parra, 2011; Van de Velde *et al*., 2010). En los varones, no compatibilizar en la misma medida que las mujeres la esfera productiva y reproductiva, y particularmente, en lo que respecta a la asunción de responsabilidades de cuidado informal, disminuye sus riesgos de padecer ciertos problemas de salud (García-Calvente *et al*., 2011; Neff y Karney, 2005). Estamos ante todo un conjunto de factores que resultan de especial interés cuando se analizan las masculinidades desde explicaciones materialista y psicosociales de las desigualdades en salud, tal y como se aborda en un apartado posterior (punto 2.2.3.).

(3) El género como categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo.

El género se manifiesta en la sociedad sobre el valor relativo que se concede a las mujeres frente a los varones; sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles; sobre quién tiene el derecho a tomar determinadas decisiones (Sen, *et al*., 2002). De esta manera, a través de factores intermediarios, el sistema de género ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que contribuyen a las diferencias en exposición y vulnerabilidad a determinados factores de riesgo para la salud (Sen y Östlin, 2007). El género influye, además, en cómo son experimentados e incorporados los procesos de salud/enfermedad (García-Calvente *et al*., 2012a; Emslie y Hunt, 2008). También en los estilos de vida y prácticas preventivas que se asumen, lo que genera riesgos diferenciales para la salud (Esteban, 2006; Sabo, 2000). En lo concerniente al estudio de las masculinidades, en consonancia con lo que se expondrá posteriormente, no hay que olvidar que buena parte de la investigación centrada en la salud de los varones se ha apoyado en la idea de "el varón como factor de riesgo" (de Keijzer, 1998); en conexión con la idea de la "masculinidad hegemónica" (Connell, 1995).

Figura 5. El papel del género como determinante social de la salud



Fuente: CDSS de la OMS (Sen y Östlin, 2007)

2.1.2. Género e investigación en salud pública: investigación cualitativa y "conocimiento no experto"

«If we separate the inside and outside of science...
we will be unable to understand the processes
involved. Science must be studied in the context
of the issue communities in which it is embedded»

Mel Bartley, 1990

La progresiva vinculación entre ciencias sociales y salud pública ha impulsado la utilización de métodos de investigación multidisciplinares. Esto es particularmente evidente en lo que respecta a la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos; entendido como un elemento de diseño cada vez más necesario para lograr una mejor comprensión de los patrones de salud/enfermedad, de sus determinantes y consecuencias (Bird y Rieker, 1999). La importancia concedida a la implementación de métodos mixtos ha supuesto un nuevo impulso a la investiga-

ción cualitativa dentro de las ciencias de la salud (Kuper *et al*., 2008; Axinn y Pearce, 2006). Un paso hacia adelante dentro del proceso de aceptación de este paradigma metodológico dentro del corpus de lo considerado científico. En dicho proceso, paralelo a la propia "historia de vida" de la salud pública, tiene un lugar destacado la confluencia de las teorías de la salud con la teoría del género (García-Calvente *et al*., 2010). Esto viene sustentado por el papel central que en la investigación feminista adquieren las relaciones humanas, la subjetividad y la reflexividad dentro de la propia investigación y el desarrollo teórico (Romo-Avilés, 2009).

La investigación en salud pública y la práctica clínica viven nuevos tiempos (Tulchinsky y Varavikova, 2010; Institute of Medicine, 2002). Las enfermedades crónico-degenerativas han ido reemplazando al cólera, la poliomielitis o la difteria como ejes de las preocupaciones sanitarias en muchos contextos. Esto ha contribuido a repensar la relación entre las dimensiones social-cultural y biológica en la salud de las personas (Hahn e Inhorn, 2010; Martínez-Hernáez, 2008; Robles *et al*., 2000). Se trata de una relación que en nuestros días parece evidente, pero que no siempre fue tenida en cuenta.

La epistemología de las ciencias de la salud se ha basado tradicionalmente en la idea de enfermedad como algo que puede ser tratado objetivamente, al margen de la consideración de las experiencias de los individuos sobre su realidad cotidiana (Wallace y Doebbling, 2007). La investigación biomédica ha sido un paradigma de conocimiento que ha reportado enormes beneficios sociales. Sin embargo, dicho modelo ha mostrado limitaciones en su capacidad de comprensión de las causas y consecuencias de los procesos de salud/enfermedad (Foucault, 2007 [1963]). Esto configuró en la literatura científica una idea fundamental: si la investigación en salud pública tiene como objetivo desarrollar explicaciones más sólidas e integrales sobre los patrones de salud/enfermedad, no puede renunciar al análisis de las experiencias de las personas; a los significados que atribuyen a la salud, la enfermedad, la discapacidad o el riesgo (Popay y Williams, 1996). De esta manera, la puesta en evidencia de la existencia de distintos patrones sociales de salud y enfermedad (es decir, el hecho de que algunos grupos de personas enfermen mientras otras permanecen sanas), fue impulsando la utilización de diferentes métodos y perspectivas disciplinarias, incluida la consideración al "conocimiento no experto" (Blaxter, 1983).

Esto contribuyó a que fuera calando la idea de que, para aumentar nuestra comprensión sobre por qué se producen variaciones en los resultados de salud (o por qué unos programas funcionan en unas poblaciones y en otras no), se hace necesario vincular la historia de las personas al contexto social en que desarrollan sus vidas (Popay *et al*., 1998). Dentro de las ciencias sociales, esta idea emerge al amparo de las teorías críticas de la salud, las cuales, a la hora de analizar los procesos de salud/enfermedad, ponen el acento en la comprensión del entorno social y la experiencia vivida. Entre las teorías de la salud que hunden sus raíces en estos postulados pueden destacarse, entre otras, la teoría ecosocial y la teoría biopsicosocial. Imbricadas en posiciones epistemológicas derivadas de la sociología del conocimiento, ambas tienen en la fenomenología y la etnometodología a algunos de sus grandes referentes (Velasco, 2002).

Dentro de la salud pública, la consideración hacia la influencia del género en la salud de las personas se constituyó en foco de atención en la investigación social a principios de la década

de los 70 del siglo XX; algo que corrió paralelo al desarrollo de enfoques para desafiar las bases teóricas y metodológicas que habían configurado el mundo académico-científico hasta el momento y desde las que analizar las relaciones de género (Ortiz-Gómez, 2002; Harding, 1987). La búsqueda de explicaciones para las diferencias en morbilidad y mortalidad de varones y mujeres se constituyó en una parte fundamental de los esfuerzos del feminismo para desafiar los efectos perniciosos del sistema patriarcal sobre la salud de las mujeres (Arber, 1990). Esto dio lugar a una línea de investigación que subrayaba las desigualdades arraigadas a las experiencias de mujeres y varones en las esferas conexas del trabajo remunerado y doméstico (Walby, 2011). De esta manera, los patrones de salud/enfermedad empezaron a ser conectados con las «transformaciones fundamentales» de las relaciones de género (Walby, 1997); cambios respecto al empleo, la educación, la estructura del hogar, el ocio o el consumo recreativo de sustancias psicoactivas; factores inscritos en la experiencia de ser varón o mujer (Annandale y Hunt, 2000).

Conocer cómo operan las relaciones de género resulta fundamental para la salud pública, ya que se trata de algo directamente relacionado con los resultados en salud de mujeres y varones (Emslie y Hunk, 2008; Durán, 2007). Inicialmente, la investigación feminista se concentró en las causas de la enfermedad de las mujeres. Con el auge del enfoque relacional del género, se empezó a poner de manifiesto que circunstancias sociales similares, no sólo pueden hacer vulnerables a varones y mujeres, sino que también pueden producir diferentes efectos. Esto evidenció la necesidad de construir una base de conocimiento en torno a las diferencias en varones y mujeres, pero también, sobre las que se dan entre los propios varones y las propias mujeres (Annandale y Clark, 1996).

La consideración a la complejidad de las relaciones de género puso en valor el uso de métodos cualitativos dentro de esta área de conocimiento. En el caso concreto de la investigación sobre el género y la salud, en primera instancia se destacó lo que estos métodos podían ofrecer a la hora de explorar las dinámicas entre "agencia humana" y "estructura social" (Popay y Groves, 2000). En este sentido, son numerosos los estudios que han subrayado la importancia del «conocimiento no-experto» en el entendimiento de dicha relación entre agencia y estructura; entre lo material, lo social y lo cognitivo. A modo ilustrativo, se hace referencia a un estudio que goza de gran reconocimiento en la investigación sobre las diferencias de género en salud. Concretamente, en relación a la expresión del dolor.

El hecho de que las encuestas epidemiológicas reportaran de forma consistente que las mujeres mostraban mayores niveles de dolor crónico e intermitente que los varones, llevó a Gillian Bendelow (1993) a desarrollar un estudio para explorar la relación entre las emociones y las expectativas sociales. Esto le llevó a hacer hincapié en el papel del género y los significados establecidos en la compresión del fenómeno del dolor. El análisis de los datos cualitativos reveló que tanto varones como mujeres expresaban la creencia de que el dolor era algo menos "normal" para ellos. Aunque el argumento central giraba en torno a la disposición biológico-reproductiva de las mujeres, esta idea emergió fundamentalmente sobre la consideración de las expectativas culturales y los procesos socializadores que instan a los varones a evitar las expresiones de dolor. De hecho, los hallazgos del estudio ponían de manifiesto que los varones tardaban más en admitir el dolor que las mujeres. Esto dio pie a sugerir que la prevalencia del

dolor reportada en los estudios podría estar sobreestimando las diferencias existentes. Ello obligaría a repensar los datos epidemiológicos hasta el momento existentes. Del mismo modo, este estudio, en paralelo a otros, como el llevado a cabo por Nancy Scheper-Hughes (1993), abriría la puerta para el desarrollo de nuevos enfoques en la comprensión de la intersección entre el género y el dolor, subrayando la idea de la represión emocional de los varones como un componente clave dentro de los cánones de masculinidad imperantes.

Esto es una muestra de la contribución de los enfoques metodológicos cualitativos al entendimiento del género como determinante de la salud. Contribución que ha proporcionado una panorámica más amplia dentro de las ciencias de la salud, haciendo confluir el conocimiento experto y el conocimiento no-experto. Ejemplo de ello es el creciente interés dentro de la salud pública por la *lay epidemiology* (epidemiología basada en el conocimiento de personas no expertas). Este enfoque, tal y como apuntaran Davison *et al*. (1991), se fundamenta en que "los campos médicos de la nosología, la etiología y la epidemiología tienen homólogos identificables en los pensamientos y acciones de personas ajenas a la comunidad médica formal". Sobre esta base conceptual, dentro de la salud pública, el conocimiento lego tiene que ver fundamentalmente con un proceso de interpretación de los riesgos para la salud a través de la consideración de las fuentes no tradicionales de información, procedentes de las redes personales y las experiencias cotidianas (Allmark y Tod, 2006; Frankel *et al*., 1991).

2.1.3. Salud, riesgo e identidad de género

«When applied to a person, their "at-riskness" becomes
linguistically and statistically a part of them»

Deborah Lupton, 1993

En la sociedad occidental contemporánea, la alusión al riesgo se ha convertido en una forma de subrayar la idea de peligro (Douglas, 1996). Dentro del ámbito de la salud pública, una de las principales aproximaciones al riesgo se desarrolló sobre la base de las consecuencias de los estilos de vida (Lupton, 1993). La publicación del *Informe Lalonde* supuso un importante impulso al marco conceptual de los determinantes de la salud (Lalonde, 1974). Sin embargo, su análisis de los estilos de vida y los factores de riesgo minimizaba el impacto de las estructuras socio-económicas y los procesos políticos. Sobre la base de los riesgos, la interpretación de los patrones de salud/enfermedad quedaba principalmente asociada a decisiones personales y, por tanto, a cuestiones de autocontrol y responsabilidad individual (Solar *et al*., 2009).

Uno de los grandes cambios de enfoque propugnados desde las ciencias sociales a lo largo de la pasada década, fue el hecho de plantear la necesidad de conjugar la perspectiva individual del riesgo, con el análisis de las relaciones, situaciones e interacciones sociales. Es por lo que se empezará a propugnar que, si se quiere comprender por qué una persona lleva a cabo determinadas conductas de riesgo, debería tenerse en cuenta que más que una decisión individual y racional, es producto de un proceso de interacción social (Rhodes, 2002). Desde

esta perspectiva, una limitación fundamental de las teorías psicológicas del riesgo tiene que ver con el hecho de describir los cambios comportamentales como "productos" de tomas de decisión cognitivo-individuales; esto es, considerar que las personas asumen de forma racional sus acciones basándose en la percepción de costos y beneficios. Sin embargo, una concepción clave en torno a esta idea es que las personas no suelen calcular los riesgos, sino que tienden a comportarse como lo esperan los grupos de referencia (Luhmann, 2006).

Las consideraciones sobre el riesgo adquieren especial significación cuando van referidas a las poblaciones jóvenes (Gil-García *et al*., 2010). Se trata de una etapa del ciclo vital caracterizada por la búsqueda de referentes (Perry y Pauletti, 2011); aspecto fundamental a la hora de analizar el papel del riesgo en la configuración de la identidad de género de los varones. Esto adquiere mayor sentido cuando se toma en cuenta que los mayores riesgos para la salud de los varones jóvenes son el resultados de factores y comportamientos que podrían ser modificados (WHO, 2000a). De forma recurrente, la literatura científica sugiere que la forma en que los varones configuran su concepto de masculinidad tiene importantes implicaciones identitarias conectadas a actitudes y conductas que se relacionan con su salud (Robertson, 2006). Es por ello que, sólo desde una perspectiva de género se puede entender que la mayor mortalidad o siniestralidad de los varones, o el que utilicen menos los servicios sanitarios preventivos, tiene que ver con concepciones y comportamientos asociados a la forma en que se construyen como tales, y se representan como dominantes (Courtenay, 2000). La fundamentación teórica de esta idea ha estado claramente dominada por una perspectiva social construccionista (de Visser, 2009). Esto implica que, en gran medida, el género reside en las transacciones sociales inscritas en las actividades cotidianas (Measham, 2002). En el caso concreto de los varones, la asunción de riesgos parece constituirse en una estrategia fundamental a la hora de cumplir con las expectativas sociales de lo que se considera 'ser un hombre' (Esteban, 2007).

La masculinidad ha sido fundamentalmente descrita en la literatura científica en sentido problemático (Frosh *et al*., 2002; Kimmel, 1997; Gilmore, 1990; Godelier, 1986; Kaufman, 1985). De forma consistente se ha puesto de manifiesto que los varones son más propensos a involucrarse en conductas que ponen en riesgo su salud -y la de otras personas- (Creighton y Oliffe, 2010). De ahí que los mayores niveles de mortalidad prematura, las tasas de accidentalidad y las estadísticas de lesiones hayan sido directamente relacionados con la adopción de prácticas y estilos de vida más perjudiciales (WHO, 2000b). Según esta lógica, una manera de mejorar la situación es incrementar el desarrollo de comportamientos promotores de salud. En cualquier caso, esto conduce de forma inevitable a una cuestión: ¿por qué los varones realizan en mayor medida actos que ponen en riesgo su salud?

En los últimos años, una perspectiva especialmente recurrente en torno a la relación que se establece entre masculinidad y salud ha sido la proporcionada por Will Courtenay (2000). Su trabajo puso en evidencia que las probabilidades de adquirir malos hábitos de salud son mayores en los varones que comparten creencias tradicionales sobre la hombría, siendo la reactividad cardiovascular ante las situaciones de estrés y los riesgos de sufrir depresión y fatiga nerviosa también mayores en estos varones. Desde planteamientos cercanos al construccionismo social, la tesis de Courtenay apunta a que, no sólo algunas conductas de riesgo son culturalmente definidas como "masculinas", sino que los varones pueden llegar a utilizarlas como forma de

definir su virilidad (Sabo, 2000). En sus propias palabras: «Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad» (Courtenay, 2000).

Esto ha generado todo un corpus de evidencias en las que los comportamientos promotores de salud han sido en mayor medida relacionados con lo femenino. Desde esta perspectiva, es la asociación con ciertos ideales de masculinidad lo que contribuye a algunas de las más importantes disparidades en salud entre mujeres y varones (Evans *et al*., 2011). De hecho, el riesgo asociado a la masculinidad ha sido ilustrado sugiriendo que los varones que no logran alcanzar el ideal proyectado, pueden llegar a sentirse estigmatizados. Esto hace que, a menudo, respondan con "conductas compensatorias" (alejadas de ideas de vulnerabilidad, dependencia y debilidad), que los hacen más propensos a sufrir accidentes, lesiones y ciertas enfermedades (Courtenay, 2003).

Recientemente, se ha vuelto a poner énfasis en describir ciertas formas de entender la masculinidad, como un estado de precariedad social que requiere continuas manifestaciones públicas en forma de prueba. Esta nueva línea teórica, conocida como de la "masculinidad precaria", se fundamenta en dos principios básicos. Por un lado, la masculinidad es descrita como un estatus social que, no sólo debe ganarse, sino que puede perderse (en contraste con la condición de mujer, percibida como un estado que fluye al son de cambios biológicos y que, una vez obtenida, no se corre el riesgo de perder). Por el otro, la masculinidad es principalmente confirmada por los demás y, por tanto, requiere de demostraciones públicas (Vandello y Bosson, 2013).

La literatura científica ha destacado el estudio de la sexualidad y el consumo de sustancias recreativas como dos áreas clave a la hora de validar la masculinidad mediante la adopción de prácticas de riesgos; también en un sentido inverso, en relación a los procesos de reformulación de las masculinidades. Procesos que, en buena medida, parecen estar mediadas por rupturas en el sistema de género, consecuencia de la incorporación de las mujeres a prácticas tradicionalmente consideradas propias de los varones. Desde esta perspectiva, la participación activa de las mujeres en la producción de sus propias identidades, ha ido progresivamente induciendo cambios de orden relacional. Rupturas que han contribuido a desafiar tanto las nociones tradiciones de masculinidad como de feminidad (Månsson, 2014; Measham, 2008).

En el caso de las personas jóvenes, el proceso de construcción identitaria adquiere una mayor significación en torno a la idea de riesgo por tratarse de una etapa de la vida en la que, no sólo lo prohibido puede resultar atractivo, sino que el hecho de que los mensajes normativos suelan provenir de una autoridad a desafiar, puede invitar a transgredirlos (Romo-Avilés, 2011; Martín-Criado, 1998). Paralelamente a la concepción del riesgo en sentido negativo, a lo largo de los últimos años, se ha venido poniendo en valor una connotación positiva. Descrito como algo consustancial al proceso vital (Lupton y Tulloch, 2002); un componente esencial en el autoconocimiento y el desarrollo socioafectivo y, por consiguiente, en la definición de la propia

identidad (France, 2000). Es precisamente desde esta concepción de las identidades desde la que se ha subrayado la importancia del género en el entendimiento de patrones de consumo de sustancias como el alcohol.

Las diferencias de género en el consumo de alcohol han sido consideradas como una de las más universales dentro del comportamiento social humano (Wilsnack *et al*., 2000). En muchos contextos culturales el alcohol es uno de los símbolos más poderosos a la hora de describir y regular las identidades de género (Romo-Avilés *et al*., 2014; Holmila y Raitasalo, 2005; Measham, 2002). Aunque el tamaño de las diferencias de género varía ampliamente de un contexto social a otro, el consumo de alcohol ha sido tradicionalmente relacionado con los estilos de vida de los varones. No sólo la investigación ha mostrado que en la amplia mayoría de las sociedades los varones son menos abstemios, suelen ser en mayor proporción 'grandes bebedores' y causar más problemas a raíz de dichos patrones de consumo intensivo (Wilsnack *et al*., 2000), sino que ello ha llegado a constituirse en medida de masculinidad (de Visser y McDonnell, 2007). Esto también se refleja en que el consumo problemático haya sido históricamente considerado un problema asociado a los varones (Gómez-Moya, 2007; Emslie *et al*., 2006).

Todo esto ha contribuido a hacer del género un sistema reforzado o desafiado a través de comportamientos ligados al consumo de alcohol (Peralta, 2007). Aspecto que, a lo largo de los últimos años, se ha visto acentuado por la constatación del aumento en el consumo entre las mujeres (Lyons y Willott, 2008; Day *et al*., 2004). En el caso concreto de España, los datos revelan que, a lo largo de la última década, las chicas adolescentes han ido igualando, e incluso superado, los niveles de consumo de los chicos (DGPNSD, 2014; Meneses-Falcón *et al*., 2009). Del mismo modo, también se ha puesto en evidencia el uso recreativo de otras sustancias por parte de las chicas, en situaciones similares a los varones y bajo sus mismos propósitos: como opción de libertad, independencia y búsqueda de placer (Romo-Avilés, 2004). Desde una perspectiva de género en salud, esto pone el foco de interés en el estudio de la evolución de las identidades de género. En especial, en lo relativo a sus formas de resistencia y rebeldía; o en lo que se ha venido a denominar la "hipótesis de convergencia": en la esfera pública los varones con roles igualitarios tienden a realizar prácticas protectoras para la salud, mientras las mujeres adquieren comportamientos de riesgo para la salud tradicionalmente "masculinos" (Møller-Leimkühler *et al*., 2002).

De forma paralela al sentido que adquiere el consumo de sustancias desde una perspectiva de género, se hace necesario describir el papel de la sexualidad en la construcción de la identidad. Las diferentes expectativas que el sistema de género proyecta en relación a las conductas consideradas apropiadas, tienen una gran influencia en el comportamiento sexual de las personas (Marston y King, 2006). En este sentido, la investigación ha destacado la vivencia de la masculinidad como un hecho social íntimamente ligada al ejercicio de la sexualidad (Hirsch *et al*., 2009); subrayando el papel de la heteronormatividad en dicho proceso de construcción identitaria (Richardson, 2010). Todo ello, imbricado tanto al establecimiento de relaciones de poder como a la asunción de comportamientos de riesgo (Gibbs *et al*., 2014; Holmes *et al*., 2008; Lowe, 2005). Sea como fuere, la literatura apunta a un cierto consenso respecto a una idea: los obstáculos a una conducta sexual segura no sólo vienen determinados por el comportamiento de los varones, ni de las diversas presiones sociales, sino que están enraizadas en las propias concepciones sobre masculinidad y feminidad. Significados que, partiendo de un

sentido dicotómico del género, llevan a dualismos tales como control/descontrol, cargados de contenido y construidos al hilo de las identidades sociales.

2.2. Género y salud en el estudio de los varones y las masculinidades

«El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y la contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad [...] La virilidad, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia (en la venganza sobre todo), es fundamentalmente una carga. Todo contribuye así a hacer del ideal imposible de la virilidad, el principio de una inmensa vulnerabilidad»

Pierre Bourdieu, 2000

Como en el caso de la feminidad, son diversos los enfoques adoptados a la hora de conceptualizar la masculinidad (Burin y Meler, 2000). Desde un punto de vista socioantropológico, la discusión ha estado dominada, en consonancia con la tesis de Gilmore (1990), por la idea de que la estereotipia de los roles de género, y la masculinidad en particular, ha formado parte de una estrategia de supervivencia de los grupos humanos. Desde esta perspectiva, los ideales de virilidad se entienden como una contribución indispensable para la continuidad de los sistemas sociales. Sería Foucault (1991 [1976]), a través de su *Historia de la sexualidad,* quien abriría de par en par la puerta al discurso sobre la dominación masculina sin tomar en consideración las tesis funcionalistas. A lo largo de las últimas décadas, esto ha alimentado el debate sobre hasta qué punto ciertos rasgos recurrentes de personalidad, asociados respectivamente a varones y mujeres, expresan los efectos de un condicionamiento cultural (Harris, 2006).

En la actualidad, la idea de masculinidad está descrita por un conjunto de significados cambiantes que construimos a través de nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos (Kimmel, 2006). Aproximación conceptual que subraya la complejidad de las vidas de los varones; que se aleja de nociones esencialista sobre lo masculino y pone el acento en los aspectos relacionales (Messner, 1998). Es por ello que, en lugar de intentar definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio, una norma), se hace necesario centrarse en los procesos por medio de los cuales las personas llevan sus vidas imbuidas en el género. Entendida de esta manera, la masculinidad es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales varones y mujeres se comprometen con esa posición, y los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura (Connell, 2009).

2.2.1. Masculinidad y salud: aproximación al ámbito de estudio

Desde principios del presente siglo ha habido una creciente preocupación por analizar la salud de los varones desde una perspectiva de género (Fitzpatrick, 2008; Meryn y Jadad, 2001). Este movimiento se vio favorecido por el reconocimiento de la OMS de la necesidad de prestar una mayor atención a su menor esperanza de vida. Esto también sirvió para subrayar el papel de las actitudes, expectativas y conductas de los varones como factores causales de primera magnitud en las desigualdades en salud de las mujeres (WHO, 2000b).

Aunque las investigaciones sobre los varones y las masculinidades son un campo de estudio relativamente reciente desde la perspectiva de género en salud (Lohan, 2007), sus bases conceptuales hunden sus raíces en una interesante confluencia de enfoques dentro de la teoría del género. Su eclosión puede situarse en la crítica feminista al paradigma funcionalista. Concretamente, en la crítica a la teoría de la socialización de los roles sexuales. Conceptualización que limitaba la comprensión del género al análisis de rasgos individuales de personalidad (Lorber, 1994). Esta fue una de las críticas fundamentales contenidas en *Toward a New Sociology of Masculinity* (Carrigan *et al*., 1985). Publicación que supuso un gran impulso para el desarrollo de los conocidos como «estudios críticos sobre los varones y las masculinidades»; mostró que la masculinidad tenía que ver con las relaciones de poder entre varones, no sólo entre varones y mujeres, iluminó la relación entre masculinidad y heterosexualidad, y trató la masculinidad como una configuración de prácticas colectivas (Connell, 1987).

Dentro de este ámbito de estudio está ampliamente reconocida la aproximación a las masculinidades de Connell (1995). Con la irrupción de la socióloga australiana en los estudios de género, la masculinidad empieza a ser definida en términos de construcciones y manifestaciones múltiples. Pero su trabajo no sólo ha abierto nuevos espacios en la concepción de las identidades y experiencias de los varones; también ha supuesto una gran contribución a la hora de examinar los factores sociales y políticos sobre los que se estructuran las relaciones de género (Crawshaw y Smith, 2009). Análisis del que emergería la idea de masculinidad hegemónica.

La masculinidad hegemónica, vista como una forma de poder que determina las relaciones sociales y políticas, puede abordarse como una causa fundamental de las desigualdades en salud. Implica la existencia de una forma dominante de masculinidad considerada promotora de prácticas poco saludables; caracterizada por actitudes de resistencia, agresividad, adopción de riesgos o "analfabetismo emocional" (de Visser, 2009). También se han considerado en torno al concepto de masculinidad hegemónica atributos positivos, tales como la fortaleza, la actitud protectora o la capacidad de toma de decisiones, así como valores de carácter más discutible, como el individualismo, la competitividad y la orientación práctica (Scott-Samuel, 2009a).

La idea de la masculinidad hegemónica se desarrolló en respuesta a un creciente consenso dentro de los estudios de género: los modelos tradicionales de masculinidad son excesivamente simplistas y deterministas, tanto en el entendimiento de los varones y el comportamiento masculino, como en su tentativa de deconstruir el fenómeno de la dominación masculina. De esta manera, se empieza a establecer que, no sólo las masculinidades son múltiples, sino que están mediadas por un complejo conjunto de factores. En el caso concreto del análisis llevado

a cabo por Connell (1987), esto le lleva a definir cuatro tipos de relaciones que se establecen entre las masculinidades: hegemonía, subordinación, complicidad y marginación.

La idea de hegemonía va referida a la dinámica por la cual los varones mantienen una posición de liderazgo en la vida social. Dentro de este marco, se establecen relaciones específicas de dominación y subordinación entre los propios varones. La complicidad tiene que ver con el hecho de beneficiarse del "dividendo patriarcal" que proporciona la masculinidad hegemónica; principalmente, de las ventajas que obtienen de la subordinación de las mujeres. La marginación se refiere a las masculinidades de los grupos subordinados a la masculinidad hegemónica. Ello implica que algunos varones también pueden experimentar subordinación, estigmatización y marginación. Desde esta perspectiva, la masculinidad opera como una ideología de género orientada a determinar tanto las relaciones entre varones y mujeres, como entre los propios varones (Scott-Samuel *et al*., 2009b).

La interacción entre las masculinidades hegemónicas y subordinadas es un complejo que subraya el hecho de que la experiencia de ser hombre no es uniforme. Esto invita a definir la masculinidad hegemónica como un proceso, y no sólo como un conjunto de rasgos atributivos (Jefferson, 2002). De esta manera, aunque la masculinidad hegemónica va referida a la forma de masculinidad dominante en un lugar y tiempo particular (en relación a otras formas subordinadas de masculinidad y feminidad), resulta simple afirmar que es únicamente el resultado de las actuaciones de los varones de forma individual. En este sentido, reconocer las formas de masculinidad como configuraciones de prácticas, que cambian dentro y entre los propios varones, tal y como también describiera Connell (1995), ha favorecido la comprensión, a menudo contradictoria, de las experiencias de ser hombre; también los desafíos inscritos en los estereotipos y expectativas sociales asociadas a lo masculino. Es por ello que, cuando se trata de abordar cuestiones relativas a los procesos de salud y enfermedad, una cuestión clave es reconocer que los rasgos de la identidad masculina pueden ser tanto positivos como destructivos en términos de bienestar (Williams *et al*., 2009).

A la hora de analizar las masculinidades es importante apuntar la existencia de razones para el optimismo. En primer lugar, hay una proporción creciente de varones que no se adecuan a las normas estereotípicas consideradas tradicionales; en cierto modo, también podrían ser considerados víctimas de la masculinidad hegemónica. En segundo lugar, los aspectos negativos de la masculinidad hegemónica son, al menos en principio, modificables. De hecho, desde una perspectiva en salud pública, lo que se requiere son evidencias y debate en torno a la idea de que la masculinidad hegemónica es una "patología prevenible" (Stanistreet *et al*., 2005). Que los efectos de este tipo de masculinidad no estén del todo reconocidos a nivel de políticas, hace de éste un tema de máximo interés en el entendimiento de las desigualdades en salud; un factor clave en la producción de «sufrimientos» a escala global (Scott-Samuel *et al*., 2009b).

Este debate ha contribuido a poner el estudio de los varones y las masculinidades en su línea actual. Sin embargo, puede que la gran acogida a las "masculinidades múltiples" haya llevado a los investigadores e investigadoras a centrarse en documentar las diversas formas de ser hombre, con una pérdida de atención a lo que dichas formas tienen en común (Jeffreys, 2005). En respuesta a esto, otras personas investigadoras del género han ido progresivamente

poniendo el foco de atención en cómo las prácticas de los varones crean desigualdad, prestando especial atención a las consecuencias de sus actos (Schrock y Schwalbe, 2009).

2.2.2. El género y su influencia en la salud de los varones

La toma de conciencia sobre la necesidad de formular políticas y actuaciones para abordar la salud de los varones tiene como hito la aparición de una serie de informes en el *Morbidity and Mortality Weekly Report* estadounidense. Estos informes aportaban evidencias de la diferencia en las tasas de mortalidad de varones y mujeres de entre 15 y 24 años en relación a las seis principales causas de muerte en Estados Unidos: accidentes de tráfico, suicidios, otros daños no-intencionados, homicidios, cáncer y enfermedades del corazón (CDC, 1994). A esto hay que sumar la relación de los varones con los servicios de salud, constituido en uno de los factores explicativos clave de sus tasas de enfermedad y mortalidad (O'Brien *et al*., 2007).

La investigación epidemiológica muestra de forma consistente que los varones acceden menos que las mujeres a los servicios de atención primaria (Noone y Stephens, 2008), y se involucran menos en iniciativas preventivas y de promoción de la salud (Robertson *et al*., 2008). Del mismo modo, la literatura no sólo advierte diferencias en cómo mujeres y varones definen y priorizan su salud (Emslie y Hunt 2008; Robertson, 2007), sino también, en cómo aplican la información sanitaria de la que disponen (Peerson y Saunders, 2011). Muchos de estos comportamientos emergen de patrones aprendidos durante la juventud, lo que sugiere la necesidad de un análisis especialmente centrado en esta etapa del ciclo vital.

A menudo desde la adolescencia, los jóvenes tienen que demostrar su hombría a las personas que conforman su círculo social. Se aprende de los padres y madres, del grupo de iguales, de los medios de comunicación y, en general, de la observación de los adultos, la definición de masculinidad del mundo al que se pertenece (WHO, 2000a). Desde esta perspectiva, la adopción de determinados ideales de masculinidad durante las primeras etapas de vida incrementa la posibilidad de desarrollar ciertos comportamientos de riesgo para la salud (Nobis y Sanden, 2009; Mahalik *et al*., 2007). Durante la última década, una prolífica línea de investigación ha sido la centrada en las implicaciones de la imagen corporal en el desarrollo de las identidades masculinas.

En las sociedades occidentales, la tenencia de un biotipo mesomórfico se ha convertido en un aspecto central del ideal corporal (McCabe y Ricciardelli, 2004). El bienestar psicológico de los varones, en relación a su imagen corporal, ha sido directamente asociado al grado de conformidad con la ideología masculina tradicional (Martin y Govender, 2011). Desde este punto de vista, la musculatura es descrita como un signo de representación de poder y fortaleza que puede llegar a desembocar en dietas extremas, consumo de sustancias ilegales y manifestaciones clínicas de dismorfia muscular (Grieve, 2007; Choi *et al*., 2002).

Anteriormente se aludía a que en la mayoría de las sociedades, ser considerado un hombre es una condición que se ha de ganar. Las muestras de aguante y la capacidad de conquista,

atribuidas al ideal masculino, han sido ampliamente relacionadas con los excesos en el uso de sustancias psicoactivas y la adopción de conductas sexuales de riesgo. Se trata de elementos característicos a través de los cuales los varones validan su masculinidad (Courtenay, 2003). En las personas jóvenes, además de los estos citados, la masculinidad es estrechamente vinculada a la accidentalidad vial y el desarrollo de comportamientos violentos.

La accidentalidad vial es una causa principal de morbilidad y mortalidad (Sethi *et al*., 2007). Las estadísticas destacan a los varones jóvenes como un grupo de riesgo (OECD, 2006). En el caso concreto de Europa, los datos muestran que tienen tres veces más probabilidad de muerte accidental que las mujeres (White *et al*., 2011a). En España, el 76% de los fallecidos son varones, siendo el índice de letalidad el doble que el de las mujeres (DGT, 2013). Algunos estudios realizados en España centrados en analizar las conductas temerarias en la conducción en adolescentes, muestran claramente estas diferencias por sexo en las conductas de riesgo y seguridad vial (Meneses-Falcón *et al*., 2010). Al margen de otras razones estructurales, la mayor propensión de los varones a, por ejemplo, superar límites de velocidad, suele ser relacionada con el hecho de que el riesgo haya sido en mayor medida naturalizado y promovido en ellos (Harre *et al*., 2005). Consideración que, además, ha sido conectada a ideas sobre la relación que se establece entre masculinidad, salud y violencia (Rolfe *et al*., 2006). El *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* de la OMS pone de manifiesto que, en todos los países, los varones de entre 15 y 45 años son tanto los principales perpetradores como los mayores damnificados por violencia autoinfligida, violencia interpersonal y violencia colectiva (Krug *et al*., 2002). Desde enfoques socio-antropológicos, el potencial de fuerza física de los varones es situado en el epicentro de la asociación entre masculinidad y agresión (Mosse, 1996). Algo que no sólo ha orientado el "adiestramiento" de los varones para ser dominantes, sino también, las estructuras simbólicas de poder social para perpetuar dicha dominación (Bourdieu, 2000).

Todo esto apunta a la importancia de reconocer las diferencias y particularidades biológicas de varones y mujeres, así como a entender la interacción de los roles de género tanto en la construcción de las identidades como en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto subraya los riesgos y problemas de salud que se enfrentan como consecuencia de la interpretación social del papel asignado (Sabo, 2005). De esta manera, reconocer la influencia de ciertas formas tradicionales de masculinidad en la salud de los varones no debería convertirse simplemente en una forma de culparles por su mal comportamiento, sino un aspecto que debe guiar el desarrollo de políticas de salud significativas e integrales (Saunders y Peerson, 2009). La investigación ha mostrado que las desigualdades de género influencian la forma en que los varones interactúan con los demás en una amplia gama de aspectos relacionados con la salud (Barker *et al*., 2010). La literatura científica también describe proyectos e intervenciones tendentes a lograr un fortalecimiento de la salud y el bienestar de varones y mujeres. Sin embargo, la amplia mayoría de los programas suelen estar enfocados desde una perspectiva de déficit, que rara vez ha partido del punto de vista de los propios varones, o tomado en consideración formas positivas de masculinidad (WHO, 2000b). Sea como fuere, el hecho de poner el foco de atención en la relación entre género y equidad, ha ido progresivamente introduciendo la cuestión de las masculinidades en el debate sobre los determinantes sociales de la salud. Aspecto íntimamente conectado al desarrollo de la nueva agenda en salud pública (Marmot, 2005). Esto ha mostrado cómo factores ligados al apoyo social, el rendimiento académico o las condiciones

de empleabilidad, pueden, por ejemplo, llegar a influenciar el compromiso de los varones con los servicios de salud; lo que invita a no centrar únicamente el análisis en culparles por no hacer uso de los mismos (Robertson, 2007).

Desde esta perspectiva, el dominio de ciertas nociones biomédicas, junto a los ideales neoliberales de las "elecciones personales" y los modelos psicológicos del cambio de comportamiento individual, han contribuido a generar discursos que pasan por alto la importancia del contexto, las relaciones y los determinantes sociales en la conformación de las experiencias en salud. En este sentido, distintas investigadoras e investigadores han analizado la orientación de las políticas en el abordaje de la salud, poniendo en evidencia la tendencia a fundamentar las disparidades en salud de los varones sobre la base de sus comportamientos individuales (Smith y Robertson, 2008; Macdonald, 2006). Aunque se trata de un enfoque de gran utilidad, en los últimos años se viene desarrollando de forma paralela una línea de trabajo en la que dichas explicaciones comportamentales son enmarcadas en un rango más amplio de variables determinantes de la salud. Dicho enfoque surge de la confluencia del marco de los "estudios críticos sobre los hombres" con el de las "desigualdades de género en salud".

2.2.3. La salud desde los estudios críticos sobre los hombres: marcos explicativos de las desigualdades en salud

Los conocidos como *critical studies on men* son una corriente surgida dentro del feminismo (Hearn, 2004). Dicha corriente descansa sobre tres principios básicos: la consideración del género como constructo social, el desafío a las relaciones de poder, y entender/enfrentar la hegemonía de los varones en la sociedad (Kimmel *et al*., 2005). Dentro del análisis de las desigualdades en salud, los estudios críticos sobre los hombres han proporcionado una visión más amplia a la hora de caracterizar las masculinidades y estudiar el estatus de salud de mujeres y varones. Entre otros aspectos, ello ha subrayado que la mayor brecha en morbilidad entre varones y mujeres se debe a diferencias comportamentales (White *et al*., 2011a; Stanistreet *et al*., 2005). Esto ha potenciado el interés por conectar el estudio de los varones y las masculinidades con las teorías de las desigualdades en salud (Lohan, 2007).

Los diferentes modelos explicativos de los determinantes sociales de la salud denotan todo un corpus de evidencias que contribuyen a describir las desigualdades de género desde un marco de referencia compartido. Se hace a continuación una aproximación a los estudios críticos sobre los hombres, centrando el análisis en cuatro de los enfoques explicativos de las desigualdades en salud dominantes en la literatura científica: enfoque estructural/materialista, enfoque psicosocial, enfoque comportamental/cultural y enfoque del curso vital (McDonough y Walters, 2001).

Explicaciones materialistas en los estudios críticos sobre los hombres

Dentro de la economía política de la salud, las desigualdades suelen ser descritas desde posiciones cercanas al neomaterialismo (Solar *et al*., 2009). Las personas investigadoras y defensoras de este enfoque no niegan las consecuencias psicosociales de las inequidades en los ingresos (Lynch, 2000). Sin embargo, consideran que en el análisis de las desigualdades en salud, se debe poner énfasis tanto en los procesos económicos y decisiones políticas que condicionan el acceso a los recursos como en los aspectos "puramente" materiales (Kawachi *et al*., 2002); especialmente en las infraestructuras públicas –educación, servicios sanitarios, regulaciones en la salud ocupacional,…–, por ser los elementos que conforman el complejo material de nuestra sociedad contemporánea (Navarro, 2004). De esta manera, la relación entre desigualdades en salud y desigualdades socio-económicas estaría especialmente mediada por aspectos como el nivel de ingresos, el nivel formativo, el estatus profesional o la situación laboral (Benach *et al*., 2010). Desde este planteamiento, las desigualdades de género en salud son principalmente el resultado de las disparidades en la posición socioeconómica de varones y mujeres. En la medida en que exista convergencia en dicha posición socioeconómica, debe haberla en relación al estado de salud (Borrell *et al*., 2014). Los estudios que han explorado a mujeres y varones bajo similares condiciones laborales y circunstancias socioeconómicas, muestran una reducción de la brecha de género en morbilidad (Emslie y Hunt, 2009; Arber y Cooper, 1999).

Desde una perspectiva crítica, los varones son reconocidos como el grupo más favorecido económica y socialmente. Sin embargo, las explicaciones materialistas sobre las desigualdades han sido poco utilizadas a la hora de analizar la salud de los propios varones. Quizá porque, mientras la desigualdad socioeconómica ha servido para explicar las desventajas en salud de las mujeres, no hay una teoría concluyente para explicar, por ejemplo, la menor esperanza de vida de los varones (Bird y Rieker, 1999). Aunque a lo largo de las últimas décadas se ha ido observando una reducción de la brecha en la esperanza de vida entre varones y mujeres, especialmente visible en aquellas sociedades en las que las mujeres muestran mayores niveles de emancipación, este fenómeno ha sido principalmente atribuido a la convergencia de comportamientos que ha acompañado al desarrollo social y económico (Oksuzyan *et al*., 2010). En este sentido, son limitados los estudios que, desde una perspectiva de género, se han centrado en analizar la salud de varones pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos desde posiciones de índole materialista (O'Brien *et al*., 2005).

Otra forma de ampliar el debate entre las desigualdades en salud y los estudios de los varones, ha sido describir los argumentos materialistas como una forma de representación simbólica de poder de la masculinidad sobre la feminidad, construido sobre la base de aspectos relativos al nivel de ingresos y la acumulación de riqueza. Desde una perspectiva crítica se pone de manifiesto que las asimetrías de poder existentes en las relaciones de género, forman parte del catálogo de motivaciones subyacentes a ciertas actitudes y comportamientos que a menudo conducen a los varones a dañar su propia salud (Connell, 2008; Schofield *et al*., 2000). Del mismo modo, los argumentos neomaterialistas pueden arrojar luz al considerar la interrelación entre prácticas generizadas hegemónicas y prácticas institucionalizadas, como tener que realizar largas jornadas laborales, hacer horas extraordinarias o no acogerse al derecho de permiso por paternidad. Prácticas con implicaciones en la salud que, además, refuerzan determinados roles entre varones y mujeres.

Explicaciones psicosociales en los estudios críticos sobre los hombres

Sobre la base de un estudio publicado por Cassel (1976), la corriente centrada en los factores psicosociales se centra en el análisis de las percepciones y experiencias personales en torno a los estados de estrés derivados de situaciones de desigualdad social. Según esta corriente, el estrés producido por el ambiente social en el que se vive altera las funciones neuroendocrinas, incrementando la vulnerabilidad del organismo a enfermar (Adamson *et al*., 2006; Wilkinson, 1997). Dentro de las explicaciones psicosociales, las "exposiciones adversas" juegan un papel determinante en los resultados en salud. El deterioro en la salud se intensifica cuanto más desigual es una sociedad (Marmot, 2004; Cattell, 2001). Se trata de factores con una gran influencia tanto a nivel individual como contextual. Sin embargo, a diferencia de los factores socio-estructurales, en los determinantes psicosociales de la salud cobra especial importancia el plano subjetivo-individual. Numerosas investigaciones han mostrado que las personas expuestas a eventos estresantes tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos y psiquiátricos, empobrecimiento de la salud física y/o abuso de sustancias (Schneiderman *et al*., 2005). Mientras gran parte de la investigación ha puesto el foco de atención en la exposición a determinados eventos, otros estudios han subrayado el papel de los estresores crónicos. Autoras como McDonough y Walters (2001) mostraron que la exposición a "estrés financiero", "estrés en las relaciones de pareja", "estrés ambiental", "estrés por la salud familiar" o "estrés laboral", estaban positivamente asociados a respuestas emocionales de angustia y, también, aunque en menor medida, a procesos de enfermedad crónicos.

Desde una perspectiva crítica, el debate sobre el impacto potencial de los factores psicosociales es uno de los más controvertidos en la investigación sobre las desigualdades en salud. En el caso de las masculinidades, las formas en que dichos factores traspasan el tamiz del género han sido escasamente tenidas en cuenta (Lohan, 2007). Desde este planteamiento, el efecto en los varones de considerarse económica y socialmente inferiores, podría relacionarse con una disminución en los niveles de autoestima; lo que directa o indirectamente afectaría a la percepción de bienestar y también contribuir a la aparición de determinadas prácticas de riesgo, tales como el consumo abusivo de sustancias psicoactivas (Robertson, 2003).

La investigación científica apunta a otra área de estudio de gran interés: la interacción del sistema de género entre salud mental y desempleo. Algunos estudios apuntan a que la asunción del rol de proveedor en los varones podría ejercer un efecto negativo superior sobre su salud, en caso de tener que enfrentar una situación de desempleo. Esto conecta con la hipótesis explicativa del estudio llevado a cabo por Artazcoz *et al*. (2004b). En este estudio, las responsabilidades familiares asumidas por las mujeres, especialmente en lo concerniente a la crianza de los hijos e hijas, parecía ejercer un efecto amortiguador en el impacto negativo en la salud mental tras la pérdida del empleo; efecto amortiguador no presente en la misma medida en los varones. Algunas autoras y autores también han destacado cómo la percepción de desigualdad social y económica puede impulsar a algunos varones a llevar a cabo actuaciones considerados "típicamente masculinas", tales como actos violentos o delictivos, con el objetivo de recuperar el estatus social perdido. Proceso que se produce como una forma de conexión con las "jerarquías de la masculinidad", en vez de con las "jerarquías de clase social" (O'Brien *et al*., 2005). Se trata de una idea que puede ser conectada con uno de los tema de máximo interés para la

comunidad internacional durante la última década: la violencia contra las mujeres por parte del compañero íntimo.

La literatura científica ha subrayado que ir a la raíz de este tipo de violencia implica cuestionar el conjunto de actitudes, creencias, prejuicios y mitos que tradicionalmente han servido para conceptualizar la masculinidad (Bonino, 2008; Jewkes, 2002). El avance de los movimientos de mujeres y el desarrollo de las teorías feministas también han servido para poner de manifiesto que la participación de las mujeres en la vida pública es tan importante como la participación de los hombres en la doméstica (England, 2010). Esto está llevando cada vez a más varones a examinar su papel en la familia y la crianza de los hijos e hijas. Para otros, sin embargo, esto ha sido considerado un ataque a su identidad de género, dando lugar en muchos casos a una "respuesta boomerang" que, no sólo ha aumentado las tasas de separación y divorcio, sino también, las de violencia contra la pareja (Vives-Cases, 2006; Ferguson *et al*., 2004).

A lo largo de los últimos años ha ido adquiriendo peso la idea de que uno de los valores añadidos de la incorporación de las explicaciones psicosociales a los estudios sobre la salud de los varones, tiene que ver con observar de forma simultánea los efectos psicosociales atendiendo a distintas jerarquías. Esto implica que el impacto de las masculinidades puede ser visto, por ejemplo, en relación a la clase social o el grupo étnico de pertenencia (lo que supone un guiño conceptual a la perspectiva interseccional). Del mismo modo, esto permite describir ciertos comportamientos negativos para la salud, como una forma de agencia desde la que superar otros formas de desigualdad presentes entre distintos grupos de varones (Lohan, 2007).

Explicaciones culturales en los estudios críticos sobre los hombres

Considerar el rol de la cultura en la salud no resulta menos complejo que en el caso de otros enfoques explicativos. Pese a que se asume que determinados procesos culturales están implicados en los resultados en salud, no podemos suponer que serán los mismos para todos los miembros de un grupo o comunidad, o que las normas sociales no variarán en relación a otros factores contextuales y materiales (Hruschka y Hadley, 2008). Desde este tipo de explicaciones, se subraya que las desigualdades en salud son, en parte, el resultado de diferentes actitudes culturales y comportamientos que se relacionan con la salud. Siguiendo a Sally Macintyre (1997), existen dos enfoques diferentes de acercarse a las explicaciones de orden cultural/comportamental: una versión "dura" y una versión "blanda". La versión dura sugiere que los comportamientos perjudiciales para la salud, libremente elegidos por individuos pertenecientes a distintas clases sociales, se justifican por los gradientes sociales. Esta versión dura se desarrolla desde la epidemiología como preocupación por la identificación de los factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades; esto supone que, abordar los comportamientos que ponen en riesgo la salud, es una forma efectiva de prevenir la enfermedad. La versión suave, por su parte, sugiere que los comportamientos perjudiciales para la salud se distribuyen de forma diferencial entre las clases sociales, lo que contribuye a los gradientes observados. Esta versión suave debe su origen al estudio de las desigualdades desde posiciones materialistas, desde las cuales se critica la idea de que las elecciones de estilos de vida de los individuos, se puedan separar del medio socio-cultural y económico en que se producen. Sin embargo, la

versión suave de las explicaciones centradas en los factores culturales se desmarca de posicionamientos materialistas en que, en vez de poner el énfasis en los niveles de renta y riqueza, lo hace en las actitudes, valores, creencias y comportamientos considerados normativos dentro de un determinado contexto.

Todo esto ha llevado a algunas autoras y autores a subrayar que, el enfoque empírico debe ponerse en primera instancia al servicio de la comprensión del entorno en que viven las personas, el cual proporciona la "racionalidad contextualizada" de los patrones de comportamiento saludable y no saludable (Williams, 2003). En otras palabras: el análisis de las hipótesis explicativas sobre las desigualdades en salud debe partir de la consideración al contexto local (Macintyre *et al*., 2002). Esto requiere que los factores materiales sean inscritos dentro de un determinado enclave geopolítico, que las discusiones sobre los determinantes biológicos estén abiertas a explorar toda la complejidad de las interacciones bio-sociales, y que las definiciones analíticas del capital social sean desarrolladas a partir de estudios empíricos que examinen la coproducción histórica y cultural de la inclusividad y la cohesión social (Nguyen y Peschard, 2003; Popay *et al.*, 1998). Es precisamente esto lo que ha contribuido a la aparición de enfoques de análisis como la perspectiva ecosocial.

Desde esta perspectiva, se estudia cómo el contexto (no sólo el social, sino también, el medio ambiente físico) interactúa con aspectos biológicos de la salud y la enfermedad, y cómo los individuos "incorporan", expresan en su cuerpo, sus circunstancias y condiciones de vida; proceso mediante el cual se configuran "estilos de vida colectivos" (Krieger, 2001). De esta manera, los estilos de vida son patrones de comportamiento principalmente influenciados por la escala de oportunidades definidas por el medio social (Cockerham, 2005). En este sentido, la visión de los procesos de salud/enfermedad como expresiones biológicas de relaciones sociales, idea clave dentro de la perspectiva ecosocial, ha ido de la mano del paradigma del *social embodiment*, especialmente adoptada por la antropología médica a lo largo de las últimas décadas (Lock *et al.*, 2007).

Desde la perspectiva crítica en el estudio de los hombres, se señala la relación entre el desarrollo de comportamientos que empobrecen la salud y la identificación con construcciones culturales hegemónicas sobre la masculinidad, frecuentemente definidas en términos de estoicismo (Robertson, 2003; Courtenay, 2000). Es por ello que, los estudios sobre la salud de los varones deberían reconocer la relativa estabilidad de las nociones culturales sobre masculinidad. Al mismo tiempo, los programas e intervenciones tendrían que contribuir a que los varones se distanciasen de "esencialismos culturales" asociados a lo masculino, tales como el desafío al riesgo o las muestras de agresividad (Lohan, 2007).

Para potenciar la visión de los aspectos culturales, un aspecto clave podría ser desarrollar investigaciones que pusieran el foco sobre la diversidad en que masculinidad y salud operan dentro de un mismo entorno social y económico (Robertson, 2006). Se trata de un enfoque contrario al tratamiento de la categoría 'hombre' como una característica cultural estática (Robertson *et al*., 2008). Los estudios críticos sobre la salud de los varones también pueden ser combinados con explicaciones culturales desde un enfoque más amplio. Por ejemplo, en consonancia con lo dicho anteriormente, relacionando el análisis de las desigualdades a tra-

vés del creciente interés por el *social embodiment* dentro del ámbito de la salud pública. Esto puede implicar analizar las masculinidades partiendo de la forma en que la sociedad maneja la sexualidad, la reproducción, la crianza de los hijos e hijas, la maternidad, la paternidad, y todo lo que está socialmente conectado a dichos procesos (Risman, 2009; Gil-García y Romo-Avilés, 2007). Desde esta posición, "la teoría del género debe reconocer tanto las dinámicas sociales y la agencia de los cuerpos, como pensar en ambos al unísono" (Connell, 2012). Esto supone explorar la forma en que los cuerpos son "experienciados" por los propios varones (Oliffe, 2006). Dentro de los enfoques culturalistas, esto ha llevado a que el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu también haya sido utilizado a la hora de teorizar sobre las desigualdades de género en salud. En el caso concreto de la salud de los varones desde posicionamientos críticos, puede considerarse un concepto recurrente para describir la forma en que los cuerpos masculinos llegan a ser conformados a través de prácticas inconscientes socialmente situadas y específicas de género (Robertson, 2006).

Explicaciones desde el enfoque del ciclo vital en los estudios críticos sobre los hombres

La toma en consideración de este enfoque para la comprensión de las diferencias y desigualdades de género en salud no implica necesariamente una orientación distinta a las anteriormente descritas. El enfoque del ciclo vital incorpora elementos tanto del materialismo como de las explicaciones culturales y psicosociales, pero extiende la cadena causal de dichas explicaciones (Lohan, 2007). De forma general, este enfoque sugiere que el estado de salud en una determinada edad, y para una cohorte concreta, no sólo refleja las condiciones actuales, sino también, las circunstancias vitales anteriores; desde el comienzo del proceso de desarrollo intrauterino (Kawachi *et al*., 2002). El enfoque del ciclo vital no supone simplemente la recogida de datos a lo largo del curso de toda una vida, sino que implica la comprensión de la ordenación temporal de las variables de exposición y sus interrelaciones (Ben-Shlomo y Kuh, 2002). Es por ello que incorpora una serie de modelos conceptuales para capturar estas relaciones temporales, los cuales comparten su atención a las "biografías de desventaja" (Graham, 2002).

Dentro de la salud pública, uno de los modelos más recurrentes en relación al enfoque del ciclo vital ha sido el de "efectos acumulativos". Según éste, la intensidad o la duración de la exposición a ambientes desfavorables en diferentes etapas de la vida tienen un efecto adverso acumulativo en la salud. En torno a esta línea, han sido especialmente prolíficos los estudios que han mostrado cómo el efecto acumulativo de tener que vivir con bajos ingresos, en combinación con otros indicadores de pobreza, como el bajo nivel educativo o las malas condiciones laborales, conforman importantes desigualdades en salud (Macintyre *et al*., 2005; Lynch *et al*., 1997). En España, a lo largo de los últimos años, este enfoque ha estado presente en el análisis de la atención a las situaciones de dependencia (Oliva *et al*., 2011).

Una constante en el estudio de los varones y las masculinidades ha sido el énfasis en explorar las dinámicas sociales en torno a las cuales las identidades son "negociadas" (Connell, 1995). Es por ello que, recientemente, algunos de los marcos teóricos más influyentes a la hora de abordar la salud de los varones han subrayado la necesidad de incorporar una perspectiva centrada en el ciclo vital (Evans *et al*., 2011). Esto está permitiendo establecer sinergias posi-

tivas entre la investigación orientada por este enfoque y los estudios de la salud de los varones desde una perspectiva crítica. En el desarrollo de este enfoque han sido de gran relevancia los estudios longitudinales, basados en el seguimiento de los procesos de salud/enfermedad en diferentes etapas del ciclo vital. En esta línea, existe un importante corpus de conocimiento sobre disparidades en los resultados en salud de mujeres bajo determinadas circunstancias sociales, como por ejemplo, en relación a su estado civil, su participación en el ámbito laboral o la edad de sus hijos e hijas (Artazcoz *et al*., 2011; Arber y Cooper, 2000). Sin embargo, en el caso concreto de los varones, son escasos, por ejemplo, los estudios sobre los procesos de transición a la paternidad o la jubilación, ya que el análisis centrado estrictamente en el criterio edad puede no captar en toda su extensión las dinámicas que se generan en torno a dichos procesos (Lohan, 2007). De esta manera, la incorporación del enfoque del ciclo vital debería facilitar una visión más profunda del efecto acumulativo del contexto en relación a eventos clave basados en procesos generizados. En relación a los procesos de salud/enfermedad, podría fortalecer el entendimiento de las masculinidades al explorarse la forma en que las concepciones hegemónicas cambian en el tiempo (Robertson, 2003), contribuyendo a ofrecer una mayor comprensión de los efectos del género en diferentes momentos del proyecto vital.

Como ha sido descrito a lo largo de este apartado, la adopción de una perspectiva crítica a la hora de abordar el estudio de las masculinidades ha supuesto una importante ampliación del punto de mira a la hora de analizar la salud de los varones, en paralelo al enfoque dominante del riesgo. Sin embargo, entender en toda su dimensión las implicaciones de este campo de estudio, requiere una aproximación a la forma en que este tema ha sido tratado en las políticas públicas.

2.2.4. Varones, desigualdades de género y políticas de salud pública

La idea de equidad de género en relación a la salud de los varones, incluyendo el desarrollo de políticas públicas de salud, empezó a ser tratada a nivel académico muy recientemente (Broom, 2009). Este debate ha contribuido a definir la equidad en un sentido más amplio. Se mantiene de forma acertada el énfasis en las relaciones de poder, pero no solo de los varones sobre las mujeres, sino también, de los varones sobre otros varones. Esto ha supuesto un nuevo impulso al análisis de los procesos de salud/enfermedad desde la adopción de una perspectiva relacional. Algo que también ha sido aprovechado para defender un enfoque transversal en el abordaje de la equidad de género en salud (Smith *et al*., 2010).

El estado de salud de los varones se convirtió de forma notoria en una preocupación de salud pública a principios del presente siglo. Sin embargo, pese a las formulaciones de la OMS para que las políticas de salud siguieran los principios del *gender mainstreaming*, en la actualidad, aún son escasos los marcos legislativos que han abordado la salud de los varones desde una perspectiva de género. Un ejemplo paradigmático es Canadá. Se trata de un país que ha ejercido a lo largo de las últimas décadas un importante liderazgo en el ámbito de las políticas de salud pública. De hecho, aunque la transversalidad de género pasó a ser reconocida internacionalmente tras la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (UN, 1996), ya en 1967 el gobierno federal canadiense formuló las primeras políticas para mejorar la situación de

las mujeres; incluyendo la implementación de algunas iniciativas para evaluar el impacto de dichas políticas (Hankivsky, 2008). Sin embargo, a pesar de este compromiso con la equidad, existen muy pocos estudios donde se hayan revisado desde una perspectiva de género, por ejemplo, servicios de salud considerados clave para los varones (Robertson *et al*., 2009). Que la promoción de la salud de los varones no haya sido prácticamente abordada dentro de este contexto, podría ser una explicación plausible de que los patrones de mortalidad y morbilidad en Canadá sean similares a los de otros países con un perfil socioeconómico comparable (Robertson *et al*., 2009).

A pesar de las similitudes en las prácticas y en los resultados en salud, las políticas que han empezado a considerar de forma explícita la salud de los varones desde una perspectiva de género presentan diferencias destacables (Smith *et al*., 2009). Como no podía ser de otra forma, una de las principales estrategias ha sido tomar como base una perspectiva transversal de género. Es el caso, por ejemplo, de España, a través del desarrollo de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (Gobierno de España, 2007), o del Reino Unido, donde el acceso a ciertos servicios sanitarios específicos por parte de varones y mujeres se han visto potenciados tras la sanción de la *Equality Act 2010* (Parliament of the United Kingdom, 2010). Un segundo enfoque ha sido el de aquellos países que han apostado por desarrollar planes de salud específicos para los varones. Australia, país también pionero en la incorporación de la transversalidad de género en la promoción de la equidad entre mujeres y varones, adoptó recientemente este enfoque poniendo en marcha una "Política Nacional para la Salud de los Hombres" (Commonwealth of Australia, 2010); plan elaborado para integrar de forma más efectiva la perspectiva transversal del género dentro de sus políticas. En este caso, se parte de la premisa de que dicha transversalidad es más efectiva cuando se reconoce por derecho propio la importancia de abordar de forma independiente los intereses y necesidades específicas de distintos grupos de personas. De esta manera, aunque no exento de controversias, se implantó una "estrategia por la salud de los hombres" que complementara a la "estrategia por la salud de las mujeres". En esta misma línea se sitúa la *National Men's Health Policy* desarrollada por el gobierno de Irlanda (Minister for Health and Children, 2008).

Para quienes se han posicionado en contra de la elaboración de planes específicos para los varones, la aplicación de políticas diferenciadas por sexo es fundamentalmente un reajuste injusto de los recursos de salud que perjudica la atención a las necesidades de las mujeres (Smith *et al*., 2010). Para otras investigadoras e investigadores, además de por sus necesidades de salud específicas, los varones deben ser incluidos en dichos planes por jugar un papel clave en la salud de las mujeres (White *et al*., 2011b). Esto es lo que ha llevado a afirmar que si la transversalidad de género se implementa como un enfoque puramente instrumental, el análisis de los varones no debe quedar al margen (Tolhurst *et al*., 2012). Esto implica abordar el género como un componente de la intersección de desigualdades estructurales más amplias.

Aunque es reconocida la contribución de la transversalidad de género al abordaje de las desigualdades en la esfera política y social, cada vez más voces han empezado a demandar la adopción de un nuevo enfoque estratégico, capaz de enfrentar la falta de conexión con la teoría feminista contemporánea mediante el reconocimiento de la diversidad del género y su intersección con otros ejes de desigualdad (Iyer *et al*., 2010; Hankivsky, 2005). Aplicar estos

principios presenta ciertos desafíos. Entre ellos destaca el hecho de que, más allá de los datos, el análisis interseccional de género requiere de un mayor desarrollo de las epistemologías y sus metodologías; sin olvidar los significados y las acciones inscritas en las experiencias de las personas (Dhamoon, 2011). En salud pública, el análisis interseccional puede ser considerado un nuevo orden de complejidad desde el que entender cómo el sexo y el género se entrecruzan con otras dimensiones de desigualdad, generando experiencias y procesos de salud/enfermedad singulares (Tolhurst *et al*., 2012).

En comparación con otros enfoques, la interseccionalidad se encuentra en una fase incipiente de desarrollo. Parte de una idea general: en la vida de las personas, siempre hay múltiples factores en juego. Su objetivo es lograr un cambio conceptual en la forma en que los investigadores e investigadoras entienden las categorías sociales, sus relaciones e interacciones, generando nuevas formas de interrogar los procesos y mecanismos que conforman las desigualdades de género en salud (Hankivsky, 2012). Sin embargo, se ha criticado que buena parte de los estudios que adoptan un enfoque interseccional se limiten a combinar un enfoque categórico, en relación a una dimensión de la diferencia, con el enfoque categórico de otra, lo que para algunas personas expertas no supone un avance significativo en la comprensión de las dinámicas sociales (Connell, 2012). Esta crítica es la que llevará a afirmar que, bien entendida, la interseccionalidad no debe ser interpretada como un enfoque aditivo. No estima el impacto colectivo de género, raza y clase social como la suma de sus efectos independientes; hacerlo desde un enfoque aditivo, lleva a una estratificación de varias opresiones simultáneas, sin interrogar los procesos mutuamente constituyentes (Dhamoon, 2011). Aspecto que entronca con un reciente debate surgido a raíz del "movimiento por la salud de los hombres".

No se puede afirmar que "todo" el movimiento en favor de la salud de los hombres esté buscando entender, en toda su dimensión, las dinámicas sociales que se establecen entre las masculinidades y las feminidades (Keleher, 2009). De hecho, una parte de este movimiento parece más centrado en generar en los varones un mayor compromiso, de forma exclusiva, con su propia salud. Se trata de un enfoque que puede estar contribuyendo a la creación de una nueva hegemonía ideológica en las políticas de salud pública, rescatando la tendencia a enfatizar las responsabilidades personales, sin tomar en consideración el contexto, las relaciones y los determinantes sociales que dan forma a las experiencias de salud/enfermedad; como contraparte a una concepción radicalmente individualista de la salud pública (Williams *et al*., 2009).

✸✸✸

Este último apartado abordado como parte del marco teórico, en el que se han proporcionado algunos apuntes sobre las políticas de salud con enfoque de género, nos permite tener una visión más integral desde la que entender el análisis de las disparidades en salud, pero especialmente, nos ofrece una panorámica ampliada de la complejidad e implicaciones del estudio de las masculinidades y la salud de los varones en el momento actual. Complejidad de la que surge el dilema sobre el lugar que han venido ocupando los varones dentro de las políticas formuladas desde un enfoque transversal de género; algo que se pone de manifiesto al estudiar las orientaciones adoptadas en algunos países considerados pioneros en la implementación

de dicho enfoque. Se trata de un tema cuyo interés ha ido paralelo, no sólo a la creciente preocupación por las necesidades y riesgos específicos en relación a la salud de los varones, sino también, al reconocimiento de la necesidad de involucrarlos en programas e intervenciones con capacidad de promover cambios positivos en el sistema de género. Cambios que tienen en su raíz la importancia de conocer, para poder transformar, la manera en que las sociedades "construyen" a sus varones. Es por ello que esta tesis está formulada desde el convencimiento de la pertinencia de acercarse al estudio de las masculinidades desde una perspectiva de género en salud.

El marco teórico-conceptual presentado a lo largo de esta primera parte de la tesis, ha tenido por objeto introducirnos en este campo de estudio de una manera que, partiendo del marco de los determinantes sociales y las desigualdades de género en salud, nos permitiera acercarnos a los procesos de salud/enfermedad de los varones sin perder de vista la interacción con los de las mujeres. Esto, entre otros aspectos, ha servido para poner de manifiesto que la salud de los varones está profundamente afectada por relaciones de poder. Así, por ejemplo, el enfoque de género contribuye a visibilizar cómo la intersección de las esferas productiva y reproductiva suele situar a los varones en una posición de ventaja en el acceso y control de recursos (materiales y no materiales) necesarios para mantener/mejorar los niveles de salud y bienestar. Elementos que se ponen en evidencia dentro del abordaje de 'los estudios críticos sobre los hombres'. Aproximación conceptual que, como hemos visto, complementa a otro de los enfoques clave a la hora de analizar los procesos de salud y enfermedad de los varones: el riesgo desde una perspectiva construccionista social. Enfoques que cobran especial sentido cuando se parte de una perspectiva relacional.

Desde los postulados de la teoría relacional, el género se construye a través de la interacción personal (West y Zimmerman, 2009). De forma paralela, la conceptualización de Butler (2004) se ha sumado a esta discusión desde una perspectiva fenomenológica de los "actos", centrando más la atención en el sentido performativo. Desde esta posición, el género puede ser entendido como una entidad que implica una repetición de actuaciones que definen la experiencia compartida. Es precisamente esta forma de representación de género, la que ha sido subrayada en la literatura científica como un elemento característico en el entendimiento de los varones, describiendo los actos de masculinidad como una forma de subjetividad que, no sólo generaría un sentido de pertenencia grupal, sino que también llevarían a afrontar determinados riesgos.

Todos estos elementos conceptuales, puestos de manifiesto a lo largo de este apartado introductorio, constituyen una declaración de intenciones que desembocan en los objetivos de esta tesis. Objetivos definidos para profundizar en cómo, en nuestro contexto, las normas de género, así como su reproducción en prácticas sociales, quedan vinculadas a actuaciones llevadas a cabo por los varones, y cómo éstas se relacionan con la salud.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Investigar los significados y procesos de construcción de las masculinidades en varones andaluces en distintas etapas de su ciclo vital, analizando la forma en la que el sistema de género influencia las percepciones del riesgo y los procesos de salud y enfermedad.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Reflexionar sobre los abordajes metodológicos cualitativos, profundizando en sus posibilidades para la investigación en salud pública desde una perspectiva de género.

3.2.2. Estudiar las características asociadas a la masculinidad en personas adultas, partiendo de las percepciones del riesgo para la salud que varones y mujeres tienen sobre sus condiciones de vida en relación a su identidad de género.

3.2.3. Analizar las relaciones que se establecen en los imaginarios de masculinidad y feminidad entre distintos grupos de varones y mujeres jóvenes, explorando la forma en que prácticas como el consumo de sustancias recreativas se vinculan con la sexualidad, contribuyendo a producir identidades de género.

3.2.4. Describir los significados inscritos en la idea subjetiva de masculinidad de varones jóvenes, identificando formas en las cuales dichas representaciones de género se relacionan con riesgos para la salud.

4. Métodos

Esta tesis está conformada por cuatro artículos científicos. Un ensayo crítico sobre el papel de la investigación cualitativa dentro de una salud pública sensible a la perspectiva de género, en el que se exponen los aspectos generales del enfoque epistemológico-metodológico de esta tesis, y tres artículos originales de naturaleza cualitativa, singulares respecto a su diseño, técnicas de recogida de datos y procedimientos de análisis.

El primero de los artículos originales, centrado en mujeres y varones adultos, fue diseñado para analizar las implicaciones de la idea de masculinidad como parte del sistema de género. Este análisis fue planteado desde la confluencia de lo individual, lo familiar y lo contextual, atendiendo a los significados atribuidos a prácticas cotidianas; según ciertas características de los enfoques fenomenológicos.

El segundo de los artículos originales, el primero de los dos centrados en poblaciones jóvenes, fue diseñado siguiendo los principios de la teoría fundamentada. Esto permitió, en primera instancia, centrar más la atención en la formulación de conceptos y la "producción teórica".

Por último, el tercer artículo original, producto de un estudio llevado a cabo en varones jóvenes, fue desarrollado para contrastar y profundizar en determinados temas y significados inscritos en la idea de masculinidad. Esta complementariedad y adecuación de cada uno de los

diseños cualitativos a los objetivos específicos del proyecto, facilitaron una aproximación más amplia al objeto de estudio.

La tabla 1 sintetiza los principales aspectos metodológicos contemplados para abordar cada uno de los objetivos específicos de la tesis. A continuación, se exponen de forma más detallada los aspectos metodológicos definidos para la consecución de los objetivos específicos de la tesis.

Tabla 1. Resumen de la metodología de los artículos que compendian la tesis

Objetivo	Tipo de artículo	Tipo de estudio, ámbito y población	Técnicas de recogida y análisis	Artículo (título)
Reflexionar sobre los abordajes metodológicos cualitativos, profundizando en sus posibilidades para la investigación en salud pública desde una perspectiva de género	Ensayo crítico			¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género?
Estudiar las características asociadas a la masculinidad en poblaciones adultas, partiendo de las percepciones del riesgo para la salud que mujeres y varones tienen sobre sus condiciones de vida en relación a su identidad de género	Artículo original	Estudio cualitativo desde enfoque fenomenológico que da cabida a tres niveles de análisis: personal, familiar y comunitario. Varones y mujeres adultos (25-65+ años) Ámbito local (Granada capital; barrios de distinto perfil socioeconómico)	Entrevistas en profundidad y grupos focales. Análisis hermenéutico (siguiendo el modelo propuesto por Diekelmann et al., 1989)	Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context
Analizar las relaciones que se establecen en los imaginarios de masculinidad y feminidad entre distintos grupos de varones y mujeres jóvenes, explorando la forma en que prácticas como el consumo de sustancias recreativas se vinculan con la sexualidad, contribuyendo a producir identidades de género	Artículo original	Estudio cualitativo siguiendo los principios de la *Teoría Fundamentada* Varones y mujeres jóvenes (16-29 años) Ámbito provincial (Granada; distintas localizaciones)	Entrevistas semi-estructuradas y grupos focales Método de comparación constante (siguiendo el modelo propuesto por Glaser y Strauss, 1967)	Girl power: Risky sexual behaviour and gender identity amongst young Spanish recreational drug users

Describir los significados inscritos en la idea subjetiva de masculinidad de varones jóvenes, identificando formas en las que dichas representaciones de género se relacionan con riesgos para la salud	Artículo original	Estudio cualitativo de método mixto Varones jóvenes (15-24 años) Ámbito regional (Granada, Cádiz y Jaén; distintas localizaciones)	Grupos focales, entrevistas semi-estructuradas, grupo de discusión, grupo triangular. Análisis de contenido manifiesto y latente (siguiendo a Graneheim y Lundman, 2004).	Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of Spanish young men.

4.1. Metodología de los artículos que compendian esta tesis

4.1.1. Metodología para la consecución del objetivo específico 1

Este artículo responde al primer objetivo específico de la tesis: "Reflexionar sobre los abordajes metodológicos cualitativos, profundizando sobre su utilidad para la investigación en salud pública desde una perspectiva de género". Aunque fue formulado como un objetivo transversal, se determinó la conveniencia de publicar un artículo que sirviera de reflexión epistemológica sobre algunos conceptos y líneas teóricas desarrolladas a lo largo de la tesis.

Materiales y método: descripción general

El artículo fue escrito para formar parte del número 18 de la *Revista Feminismo/s*, monográfico dedicado a la "Salud pública desde la perspectiva de género". Concretamente, fue estructurado para formar parte de la sección "Las expertas recomiendan lecturas sobre…". Dicha sección, ofrecía la oportunidad de, partiendo de la reseña de un artículo científico, exponer algunos elementos de interés sobre el potencial de los métodos cualitativos desde una perspectiva sensible al género.

Tomando como referencia el artículo de Carol Emslie y Kate Hunt, *The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study* (*Social Science & Medicine*, 67, 808–16; 2008), se identificaron las principales ideas desarrolladas por las autoras. Sus planteamientos se tomaron como base para hacer algunas reflexiones sobre las relaciones que se establecen entre las construcciones de género, la investigación en salud pública y los métodos cualitativos desde las epistemologías feministas.

Producto y contribución del doctorando

El que se cita es el producto específico del objetivo 1, transversal dentro del conjunto de esta tesis. Referencia completa:

- García-Calvente, M. y Marcos-Marcos, J. (2011). Construir salud, construir género: ¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género? *Feminismo/s,* 18, 271-280.

El doctorando contribuyó de manera sustancial en la redacción del mismo, participando en las revisiones requeridas hasta su aceptación y publicación.

4.1.2. Metodología para la consecución del objetivo específico 2

Este artículo da respuesta al segundo objetivo específico de la tesis: "Estudiar las características asociadas a la masculinidad en poblaciones adultas, partiendo de las percepciones del riesgo para la salud que mujeres y varones tienen sobre sus condiciones de vida en relación a su identidad de género".

Materiales y método: descripción general

El estudio que constituye la base de este artículo fue diseñado desde una perspectiva que da cabida al tratamiento de datos provenientes de tres niveles de análisis: personal, familiar y comunitario. El proceso de recolección de datos se desarrolló en tres fases complementarias (ver *Table 1*, artículo 2):

Fase 1. Durante la primera fase se llevó a cabo el trabajo de campo perteneciente al nivel individual de análisis. En esta fase se utilizó como técnica de recogida de datos la entrevista en profundidad. Participaron 20 mujeres y 20 varones adultos. Se establecieron tres criterios para asegurar la heterogeneidad de perfiles: edad (25-35; 45-55; 65 ó más); clase ocupacional (manual/no-manual); y situación laboral (económicamente activos, desempleados, jubilados/as y amas de casa).

Fase 2. La segunda fase correspondió a la recogida de datos provenientes del nivel hogar. La entrevista en profundidad fue también la técnica de recogida de datos durante esta fase. La muestra, compuesta por 9 varones y 9 mujeres, estuvo distribuida en 2 cabezas de familia monoparental y 8 parejas (entrevistadas por separado), pertenecientes a 4 familias nucleares y 4 familias extensas.

Fase 3. Durante la tercera fase fueron desarrollados 3 grupos focales mixtos de varones y mujeres, uno por cada barrio seleccionado de Granada capital. Los barrios fueron definidos según límites administrativo-geográficos y clasificados en alto, medio o

bajo nivel socio-económico según datos del censo local de 2001. En esta fase participaron 11 mujeres y 9 varones con edades comprendidas entre los 40-50 años.

La selección de informantes se llevó a cabo mediante muestreo intencional no-probabilístico. Para conferir una mayor validez externa al proceso se trató de maximizar el control de sesgos de selección accediendo a redes independientes por mediación de trabajadores/as sociales, animadores/as socioculturales y profesionales de la salud ajenos al proyecto, que colaboraron de forma desinteresada en la localización de los perfiles previamente definidos por el equipo de investigación. La recolección de información se efectuó siguiendo guiones adaptados. Esto permitió la caracterización de las masculinidades y feminidades desde la consideración de las condiciones de vida como determinantes de la salud. Para la caracterización del "contexto personal" y el "contexto hogar", las entrevistas se iniciaron a modo de relato biográfico.

Todas las entrevistas individuales y grupales fueron grabadas y transcritas de forma literal por personal ajeno a la investigación. Cada trascripción se completó con la utilización de las notas de campo de la persona entrevistadora. Posteriormente, y dado que el diseño estaba impregnado por un enfoque fenomenológico interesado en el entendimiento de las experiencias cotidianas, durante las fases de análisis se siguió el modelo propuesto por Diekelmann *et al.* (1989): (1) lectura general de las transcripciones para obtener un conocimiento general de la vida de las personas y sus situaciones; (2) lectura y relectura de todas las transcripciones para buscar categorías similares, identificando temas emergentes; (3) análisis de temas relacionados; y (4) análisis de patrones constitutivos que expresaban las relaciones entre los temas relacionados, a través de los cuales se describían las formas en las que la identidad de género se relacionaba con experiencias vitales y condiciones de vida que podían influenciar los procesos de salud/enfermedad. Con la utilización del programa QSR Nvivo, las categorías de análisis fueron definidas de forma independiente y trianguladas entre distintos miembros del equipo. Esta estrategia fue aplicada a cada uno de los niveles de estudio (individual, hogar y barrio), identificando en cada uno de ellos los aspectos considerados determinantes que influencian la salud y que, desde una perspectiva hermenéutica, se relacionaban directa o indirectamente con el género. Para facilitar dicho análisis, y la extracción de interrelaciones, se clasificaron los determinantes emergentes en cuatro categorías: determinantes socio-estructurales, comportamentales, simbólicos de género, y del entorno físico-social.

Producto del estudio y contribución del doctorando

Este estudio dio como resultado el segundo artículo que forma parte de esta tesis. Referencia completa:

- García-Calvente, M.M., Marcos-Marcos, J., del Río-Lozano, M., Hidalgo- Ruzzante, N. and Maroto-Navarro, G. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2225-2232.

El doctorando participó en el análisis e interpretación de resultados, así como en la redacción y revisiones requeridas por la revista hasta su publicación.

4.1.3. Metodología para la consecución del objetivo específico 3

Este artículo responde al tercer objetivo específico de la tesis: "Analizar las relaciones que se establecen en los imaginarios de masculinidad y feminidad entre distintos grupos de varones y mujeres jóvenes, explorando la forma en que prácticas como el consumo de sustancias recreativas se vincula con la sexualidad contribuyendo a producir identidades de género".

Materiales y método: descripción general

Para el trabajo de campo que está detrás de este artículo se siguieron procedimientos de muestreo teórico, orientando la selección hacia el acceso a una diversidad de opiniones procedentes de diferentes grupos de personas jóvenes. La muestra estuvo constituida tanto por varones y mujeres de entre 16 y 29 años residentes en Granada (a nivel provincial), como por profesionales que en ese momento trabajaban con estas poblaciones dentro del ámbito educativo, sanitario o asociativo. Se realizaron 14 grupos focales y 21 entrevistas semi-estructuradas (ver *table 1* y *table 2*, artículo 3). La combinación de estas dos técnicas permitió explorar los aspectos socioculturales relativos al grupo de iguales, así como cuestiones más personales sobre el objetivo del estudio. En concreto, las entrevistas semi-estructuradas favorecieron un acercamiento a las experiencias y percepciones de jóvenes que fueron definidos como informantes clave o de personas que trabajan en contacto directo con estas poblaciones. Por su parte, los grupos focales permitieron descubrir discursos socialmente establecidos sobre la influencia del sistema de género en la adopción de riesgos para la salud; concretamente, sobre las relaciones sexuales bajo el consumo de substancias psicoactivas.

El criterio general de inclusión en los grupos focales era tener entre 16 y 29 años, ser consumidor/a de alguna droga recreativa y haber mantenido relaciones sexuales. Como forma de facilitar el acceso a un conjunto heterogéneo de perfiles, se establecieron una serie de criterios de segmentación para enriquecer el proceso de análisis: sexo, edad, grupo étnico de pertenencia, tipo de substancias consumidas, nivel de estudios y situación laboral. Uno de los aspectos fundamentales del diseño de los grupos fue captar las diferencias/similitudes discursivas de varones y mujeres. Esto llevó a conformar grupos sólo de varones, grupos exclusivamente de mujeres, y grupos mixtos. Esta estrategia facilitó la identificación de aspectos relativos a la deseabilidad social en relación a las masculinidades, así como de aspectos de ruptura dentro del sistema de género.

Todas las entrevistas y grupos focales fueron transcritos literalmente por una persona ajena al proceso de investigación. El análisis estuvo orientado por los principios de la *Teoría Fundamentada* (Glaser y Strauss, 1967). Las dimensiones y subdimensiones de análisis fueron formuladas y aplicadas por tres miembros distintos del equipo investigador, estableciendo en

todo momento un proceso de comparación y triangulación sobre las mismas. Esto le confirió al análisis un mayor grado de fiabilidad. El proceso analítico se llevó a cabo con la utilización del programa ATLAS.ti.

Producto del estudio y contribución del doctorando

La consecución del objetivo específico 3 dio como resultado la siguiente publicación:

- Romo Avilés, N., Marcos Marcos, J., Rodríguez García de Cortázar, A., Cabrera León, A. and Hernán García, M. (2009). Girl power: Risky sexual behaviour and gender identity amongst young Spanish recreational drug users. *Sexualities*, 12(3), 359-381.

El doctorando colaboró en el análisis e interpretación de resultados, así como en la redacción y revisiones requeridas por la revista hasta su publicación.

4.1.4. Metodología para la consecución del objetivo específico 4

Este artículo se corresponde con el cuarto objetivo específico de la tesis: "Describir los significados inscritos en la idea subjetiva de masculinidad de varones jóvenes, identificando formas en las cuales dichas representaciones de género se relacionan con riesgos para la salud".

Materiales y método: descripción general

Este artículo estuvo basado en un diseño desarrollado entre marzo de 2009 y abril de 2010. Siguiendo un muestreo intencional no-probabilístico, 59 varones fueron reclutados en asociaciones juveniles e instituciones educativas a través de redes independientes. Se estableció como criterio general de inclusión ser varón de entre 15 y 24 años, nacido y criado en Andalucía. Para asegurar la heterogeneidad de los perfiles participantes (*Table 1*, artículo 3) se establecieron tres criterios generales: edad (15-17, 18-24 años), procedencia (urbano/rural) y nivel educativo (desde estudios primarios a universitarios).

Durante la fase de trabajo de campo se realizaron 9 entrevistas semi-estructuradas y 8 entrevistas grupales (1 grupo de discusión, 1 grupo triangular y 6 grupos focales). Durante este trabajo, grupo de discusión y grupo focal fueron considerados técnicas de recolección de datos distintas, diferenciadas por el nivel de estructuración del guión de entrevista y el grado de heterogeneidad de los perfiles participantes. El trabajo de campo se dividió en dos fases:

Fase 1. Esta fase fue conducida tomando en consideración los principios generales de la *Grounded Hermeneutic Approach* (Addison 1999). Durante dicha fase se llevó a cabo una entrevista individual y un grupo discusión. En el caso del grupo de discu-

sión, la selección de los participantes fue determinada de manera que sus perfiles contuviesen cierta heterogeneidad. Este criterio se estableció como forma de contrastar diferentes posiciones sobre el objeto de estudio. Durante esta primera fase, la discusión fue estimulada mediante la presentación de una serie de imágenes fotográficas relativas al mundo juvenil, dando la posibilidad a los participantes de expresar libremente sus ideas sobre cada una de ellas. El análisis de los datos recolectados durante esta primera fase del trabajo de campo permitió identificar temas significativos y discursos latentes que se tomaron como base para la elaboración del guión de entrevista con el que se desarrolló la segunda fase del trabajo de campo. Dicho guión se articuló en torno a diez dimensiones conceptuales: cosas de hombres, mujeres, juventud, salud, riesgo, violencia, sexualidad, imagen corporal, sentimientos, y homosexualidad.

Fase 2. El objetivo de esta fase fue el de explorar más en profundidad, mediante la combinación de técnicas de recogida de datos, los factores socio-culturales y aspectos personales en relación al objeto de estudio. Para ello, se realizaron ocho entrevistas semi-estructuradas, un grupo triangular y siete grupos focales. En esta fase los grupos fueron conformados para que involucraran a perfiles homogéneos. Los grupos focales fueron particularmente útiles en la identificación de expectativas sociales y comportamientos considerados apropiados. Las entrevistas individuales permitieron ahondar en conocimientos establecidos de los participantes. El grupo triangular, dando cabida a un rol más activo en la discusión por parte del entrevistador-investigador, se llevó a cabo en la última parte del trabajo de campo como forma de confrontar algunas ideas emergentes.

Todas las entrevistas fueron gradabas y transcritas de forma literal por un miembro del equipo investigador. Las transcripciones fueron completadas usando notas de campo del entrevistador. Tras la primera lectura general de las trascripciones, se identificaron los temas emergentes y se establecieron las dimensiones y sub-dimensiones de análisis. Dicha tarea fue realizada por el investigador principal en colaboración con un especialista en metodología cualitativa ajeno a la investigación. Los principales temas emergentes fueron: masculinidad/feminidad, salud y bienestar, sexualidad, imagen corporal, consumo de sustancias psicoactivas, conducción y violencia. La clasificación conceptual de las categorías de análisis se elaboró combinando procedimientos deductivos e inductivos. El proceso de codificación fue triangulado entre varios miembros del equipo de investigación, así como la identificación de temas interrelacionados. Se llevó a cabo un análisis de contenido manifiesto y contenido latente. El análisis se desarrolló con el apoyo del programa QSR NVivo.

Producto del estudio y contribución del doctorando

El abordaje de este objetivo específico dio como resultado la publicación del cuarto artículo que compendia esta tesis. Referencia bibliográfica:

- Marcos-Marcos, J., Romo-Avilés, N., del Río-Lozano, M., Palomares-Cuadros, J. and García-Calvente, M. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of Spanish young men. *Global Health Action*, 6. doi: 10.3402/gha.v6i0.21134

El doctorando participó de forma sustancial en todas las etapas del proceso, desde la fase de diseño hasta la publicación de los resultados.

4.2. Consideraciones éticas

Siguiendo la actual legislación española, los datos personales de todas las personas que participaron en los distintos trabajos de campo circunscritos a esta investigación, fueron guardados en ficheros de seguridad a fin de garantizar su anonimato, siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Gobierno de España, 1999). Todas las personas participaron en los estudios de forma voluntaria, recibiendo información sobre los objetivos del proyecto, las instituciones que los llevaban a cabo y las que lo financiaban. Todo ello quedó plasmado por escrito en un consentimiento informado en el que no sólo las personas informantes autorizaban al uso de la información, sino que el equipo investigador se comprometía a hacer uso de la misma para los fines declarados con el máximo rigor, respeto y confidencialidad. En el caso de las personas participantes menores de edad, dicho consentimiento también fue solicitado a las madres/padres o la persona que ejercía su tutela.

SEGUNDA PARTE

5. Resultados: Compendio de publicaciones

Este capítulo de resultados se presenta dividido en dos apartados. En el primero, se muestran los cuatro artículos que compendian los resultados de esta tesis. Se presentan siguiendo el orden establecido en la secuencia temática descrita en la figura 1, así como en el formato e idioma en que fueron publicados. Como se ha reseñado anteriormente, cada uno de los artículos da respuesta a uno de los objetivos específicos de esta tesis, constituyendo un resultado en sí mismo. Sin embargo, en este caso, adquiere especial significación ver los resultados desde una perspectiva sistémica en la que el todo sea considerado más que la suma de cada una de las partes. Esta visión integral es la que permite dar sentido al objetivo general de esta tesis.

En el segundo apartado se presenta una síntesis de los que se consideran los resultados más destacados. Además de contribuir a poner énfasis en algunos aspectos clave en relación al objeto de estudio, este apartado ha sido dispuesto como introducción al capítulo de discusión.

5.1. Artículos publicados que conforman los resultados de la tesis

5.1.1. Artículo 1

Construir salud, construir género: ¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género?

María del Mar García Calvente[1,*] y Jorge Marcos Marcos[2]

[1] Escuela Andaluza de Salud Pública
[2] CIBER Epidemiología y Salud Pública
[*] Autora de correspondencia

Feminismo/s 2011, 18: 271-280

CONSTRUIR SALUD, CONSTRUIR GÉNERO: ¿POR QUÉ LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA ES UNA METODOLOGÍA SENSIBLE AL GÉNERO?

MARIA DEL MAR GARCÍA CALVENTE
JORGE MARCOS MARCOS
Escuela Andaluza de Salud Pública y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Recibido/15/07/2011
Aceptado/25/09/2011

Referencia del artículo comentado

Carol Emslie, Kate Hunt. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Soc Sci Med* 2008; 67: 808-816.

Resumen

A pesar del creciente interés en género y salud, se han dejado de lado las percepciones no especializadas de las diferencias de género en la mortalidad. Tomando como base los datos semi-estructurados recogidos en encuestas de 45 hombres y mujeres de dos franjas de edad (nacidos a principios de los 50 y de los 70) en el Reino Unido, nosotras investigamos las explicaciones no especializadas sobre la mayor esperanza de vida de las mujeres. Nuestros datos sugieren que los encuestados estaban al tanto de la mayor longevidad de las mujeres, pero que encontraban esto difícil de explicar. Mientras que muchas aclaraciones atendían a múltiples factores, las explicaciones socioculturales eran más comunes. Diferentes explicaciones socioculturales (esto es, roles sociales de género, constreñimientos de tipo «macho» sobre los hombres y diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud) estaban vinculados a través de la percepción de que la esperanza de vida convergería a medida que las vidas de hombres y mujeres se volvieran más similares entre sí. Comportamientos relacionados con la salud como ir al médico o beber alcohol se situaban a menudo en contextos estructurales más amplios. Las encuestadas tendían a concentrarse en los roles reproductivos

Feminismo/s 18, diciembre 2011, pp. 271-280

y de cuidado de las mujeres, mientras que los encuestados tendían a concentrarse en cómo los hombres sufren la desventaja del rol del proveedor. Nosotras situamos estas aclaraciones dentro de debates académicos sobre la conceptualización del género, por ejemplo: «género como estructura» frente a «género como representación/performace «género como diferencia» frente a «género como diversidad».

> «La objetividad nunca ha podido ni podrá incrementarse mediante la neutralidad respecto a los valores. En cambio, los compromisos con los valores y proyectos antiautoritarios, antielitistas, participativos y emancipadores sí aumentan la objetividad de la ciencia.»
>
> Sandra Harding

1. Introducción

Los métodos de investigación no pueden ser utilizados sin una reflexión crítica. Como Sandra Harding argumenta, las metodologías configuran los tipos de preguntas que pueden ser respondidas, las formas de recoger los datos y la manera en que los resultados serán analizados[1]. Cómo conocemos, qué conocemos y sobre quién, son cuestiones críticas no sólo para la formulación de proyectos de investigación sobre la salud de las mujeres, sino también, para dibujar las formas en las que la investigación puede ser utilizada para empoderarlas en sus vidas cotidianas[2].

El artículo de Carol Emslie y Kate Hunt, *«The weaker sex? Exploring lay understanding of gender differences in life expectancy: A qualitative study»* [3], nos ofrece la oportunidad de plantear algunas reflexiones críticas acerca de las relaciones entre la investigación en salud pública, las construcciones de género, las epistemologías feministas y la metodología cualitativa. Emslie y Hunt exploran en este artículo las explicaciones «legas» (*lay explanations*) sobre la mayor esperanza de vida de las mujeres, e investigan si existen diferencias de género en estas percepciones. Utilizan para ello un diseño cualitativo, mediante entrevistas semi-estructuradas, realizadas a una muestra intencional compuesta por 22 hombres y 23 mujeres de dos generaciones diferentes,

1. Harding, Sandra. Is there a Feminist Method? En: S. Harding (ed.). Feminism and Methodology. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1987.
2. Ironstone-Catterall, Penelope. Feminist research methodology and women's health: A review of the literature. National Network on Environments and Womens Health,1998. Disponible en: http://www.cewh-cesf.ca/PDF/nnewh/feminist-research-meth.pdf
3. Emslie, Carol y Hunt, Kate. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*. 2008, 67(5), pp. 808-816.

Feminismo/s 18, diciembre 2011, pp. 271-280

diversa en términos de roles sociales, salud auto-percibida y orientación del rol de género. De los resultados destaca que, si bien todas las personas entrevistadas *sabían* que la esperanza de vida en mujeres es mayor, les resultaba difícil explicar *por qué*. Las justificaciones ofrecidas fueron multifactoriales, siendo las de tipo biológico (ligadas al papel de las mujeres en la reproducción) menos comunes y más tentativas que las de tipo socio-cultural. Los argumentos socio-culturales se basaron en la influencia de los roles de género tradicionales (rol masculino de sustentador, rol femenino de cuidadora), las conductas menos saludables de los hombres y la reticencia de estos a reconocer síntomas de enfermedad o consultar al médico.

El objetivo de este ensayo es reflexionar acerca de la utilidad de la investigación cualitativa para el trabajo en salud pública desde la perspectiva de género. Para ello abordaremos tres aspectos clave tratados en el artículo de Emslie y Hunt[4]: a) la importancia de la investigación sobre el *conocimiento lego (lay knowledge)* en salud pública; b) su relación con la perspectiva «*doing gender*» y c) la utilidad del abordaje cualitativo como metodología sensible al género.

2. El privilegio de la experiencia

El estudio de Emslie y Hunt[5] se inscribe en la línea de investigación sobre las percepciones del público no experto (*lay perceptions*) respecto a la salud y la enfermedad, cuyas primeras referencias podemos encontrar en los trabajos de Blaxter[6], realizados precisamente con mujeres. El término «epidemiología lega» (*lay epidemiology*), siguiendo a Davison, Smith y Frankel[7], puede definirse como el proceso por el cual se generan las percepciones de la población sobre los riesgos para su salud «a través de la observación rutinaria y la discusión de casos de enfermedad y muerte en las redes personales y en el ámbito público».

Popay y Williams[8] amplían este concepto, más allá de la percepción de riesgos para la salud, utilizando el término de «conocimiento lego» (*lay knowledge*). Argumentan que si la investigación en salud pública tiene como

4. Emslie, C. y Hunt, K. Op.cit.
5. Ibíd.
6. Blaxter, Mildred. The causes of disease. Women talking. *Social Science & Medicine*. 1983, 17(2), pp.59-69.
7. Davison, Charlie, Smith, George Davey y Frankel Stephen. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*. 1991, 13(1), pp.1-19.
8. Popay, Jennie y Williams, Gareth. Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*. 1996, 42(5), pp.759-68.

objetivo proporcionar explicaciones más sólidas y holísticas sobre los patrones de la salud y la enfermedad en la sociedad contemporánea, ello obliga a incorporar y desarrollar un cuerpo de conocimiento construido sobre la base de las percepciones y conocimientos establecidos por la gente, que nos ayude a comprender los significados que otorgan a la salud, la enfermedad, la discapacidad y los riesgos (así como a sus determinantes sociales). La validez de este conocimiento está fundamentada en *la experiencia*, que es sistemáticamente contrastada con los acontecimientos vitales, las circunstancias y la historia de cada persona. Estas autoras resumen en tres las dimensiones del conocimiento lego que son importantes para la salud pública:

1. *Las explicaciones aportadas sobre las relaciones entre comportamiento individual y circunstancias vitales.* Un buen ejemplo son los estudios que muestran que las mujeres que fuman más son aquellas que viven circunstancias más duras, de modo que utilizan el tabaco como método de aliviar el estrés.
2. *Las teorías generadas sobre la causalidad de los fenómenos de salud-enfermedad.* Como ejemplo aportan la relación entre la epidemiología de las desigualdades sociales en salud y la investigación sobre la perspectiva biográfica de la gente en el proceso salud-enfermedad.
3. *La capacidad de predicción de la salud futura a nivel individual.* En este punto se sitúan los estudios que muestran la relación entre salud auto-percibida y resultados en morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, Popay y Williams[9], nos recuerdan que en la investigación en salud sigue predominando una epistemología de la ciencia en la que el concepto de enfermedad es algo que puede ser tratado «objetivamente», sin tomar en consideración las experiencias individuales que conforman la vida cotidiana. Señalan, como uno de los factores por los que el *conocimiento lego* ha sido ignorado, «el papel prominente de las mujeres como guardianas informales de la salud pública». El hecho de que las mujeres a menudo sean las protagonistas de esta acción popular en salud, refuerza la tendencia de los científicos profesionales a devaluar este tipo de conocimiento.

3. La construcción del género y la salud

El segundo tema central que analizaremos en el artículo de Emslie y Hunt[10] es el argumento de que el género juega un papel clave en las percepciones

9. Popay, J. y Williams, G. Op.cit.
10. Emslie, C. y Hunt, K. Op.cit.

y prácticas de la gente sobre la salud. Utilizan en este punto el iluminador concepto «haciendo género» (*doing gender*) de Candace West y Don Zimmerman[11], quienes entienden el género como un «*logro* rutinario incrustado en la interacción cotidiana». Construir género supone un «complejo de actividades perceptivas, interaccionales y micropolíticas, socialmente guiadas, que proyectan acciones particulares como expresión de *naturaleza* masculina o femenina». Para West y Zimmerman, el género no es un conjunto de rasgos, ni una variable, ni un rol, sino el producto de *acciones sociales* de algún tipo. Género no es algo que *uno es*, sino algo que *uno hace* a través de la interacción cotidiana con los otros.

Tyler nos recuerda que, desde el marco explicativo del *doing gender*, el género no es simplemente algo que representamos como actores sociales, sino que es dicha representación la que nos permite identificarnos como sujetos[12]. Sin embargo, este marco no está exento de críticas. Algunas autoras feministas consideran que no presta suficiente atención a los nexos entre interacción social y cambio estructural que requiere la lucha contra las desigualdades de género[13]. En consonancia con Barbara Risman, no compartimos esta perspectiva, ya que entender el género como *logro,* al modo de West y Zimmerman, supone pasar de lo individual a lo interaccional y, en última instancia, a lo institucional[14].

Emslie y Hunt[15], partiendo de la afirmación de Saltonstall de que *«hacer salud es una forma de hacer género»*[16], aportan evidencia sobre cómo las formas de construir masculinidad y feminidad tienen impacto sobre la salud. El sistema de género, no sólo ordena valores, normas, costumbres y comportamientos, también contribuye a las diferencias en exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo para la salud de hombres y mujeres[17]. Los estudios sobre

11. West, Candace y Zimmerman, Don H. Doing gender. *Gender & Society*. 1987, 1(2), pp.125-151.
12. Tyler, Melissa. Postmodern feminism and organization studies: A marriage of inconvenience? En E. Jeanes, D. Knights and P. Martin (eds.). Handbook of Gender, Work and Organization. Oxford: Blackwell, 2011, pp. 9-24.
13. Deutsch, Francine M. Undoing gender. *Gender & Society*. 2007, 21(1), pp.106-127.
14. Risman, Barbara J. From doing to undoing: Gender as we know it. *Gender & Society.* 2009, 23(1), pp. 81-84.
15. Emslie C. y Hunt K. Op.cit.
16. Saltonstall, Robin. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*. 1993, 36(1), pp.7-14.
17. Sen, Gita y Östlin, Piroska. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Geneva: WHO, 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

las masculinidades son un reciente campo de desarrollo en el ámbito de los estudios sobre género y salud, con importantes aportaciones a este marco teórico[18]. Autores como Courtenay, nos recuerdan que sólo desde una perspectiva constructivista, relacional y feminista de la salud, se puede entender que la mayor mortalidad o siniestralidad de los hombres, o el que estos utilicen menos los centros de salud, tiene que ver con conceptos y comportamientos concretos respecto a la salud asociados a la forma en que los varones se construyen como tales, y se representan socialmente como dominantes[19].

4. Investigación cualitativa y punto de vista feminista

Las experiencias en salud de mujeres y hombres, base del conocimiento «lego» en salud, son tan diversas como lo son las formas de construir las feminidades y masculinidades. Aproximarse a una realidad tan compleja, requiere un enfoque metodológico que pueda dar cuenta de esta diversidad. Para tomar en serio, afirman Emslie y Hunt[20], este tipo de conocimiento, no sólo se hace necesario cuestionar el dominio de los métodos cuantitativos-estadísticos en salud pública, sino también, trasladar la propiedad y el control sobre los procesos de investigación desde los profesionales-expertos hacia la gente.

Las epistemologías del punto de vista feminista (*feminist standpoint epistemology*) aportan un marco conceptual para dar respaldo a este enfoque. Según Harding[21], la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial y perverso, mientras que una perspectiva construida por y desde la experiencia de las mujeres, abre la posibilidad de un conocimiento más completo y menos perverso. El *punto de vista feminista* no solo demanda que se tome en serio la experiencia de las mujeres como *conocedoras*, sino que traslademos el conocimiento de las mujeres a la práctica, que apliquemos lo que hemos aprendido de sus experiencias para el cambio social y la eliminación de la opresión, no solo de las mujeres, sino de todos los grupos marginados[22].

18. LOHAN, Maria. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2007, 65(3), pp. 493-504.
19. COURTENAY, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men´s well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000, 50(10), pp. 1385-1401.
20. EMSLIE, C. y HUNT, K. Op.cit.
21. HARDING, Sandra. Ciencia y feminismo. Madrid: Ediciones Morata, 1996.
22. BROOKS, Abigail. Feminist standpoint epistemology. Building knowledge and empowerment through women´s lived experience. En S.N. Hesse-Biber y P.L. Leavy (eds.). Feminist research practice. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007, pp. 53-82.

La investigación cualitativa ofrece metodologías idóneas para realizar este acercamiento a las experiencias en salud de las mujeres (y de los hombres) que permita «dar voz» a quienes habitualmente no la tienen. Aporta además la posibilidad de abordar la diversidad entre mujeres y entre hombres, para ayudarnos a superar el concepto de «mujer (u hombre) esencializada y universalizada», dando paso a las «mujeres (u hombres) situadas», con experiencias y conocimiento específico en *sus* contextos de división del trabajo, en *sus* sistemas de estratificación social[23].

En la investigación sobre salud de las mujeres, y sobre género y salud, el método feminista predominante ha sido la entrevista cualitativa. Esta técnica, utilizada por Emslie y Hunt en su investigación, ha sido especialmente valorada por su capacidad de dar visibilidad a las voces y las experiencias de las mujeres, «con sus propias palabras»[24]. La metodología cualitativa, y especialmente la entrevista en profundidad, nos permite acercarnos a la comprensión del mundo (de la salud y de la enfermedad) con los ojos de las personas participantes en la investigación. Posicionar a las mujeres como «expertas de sus propias vidas»[25], confiere además capacidades de empoderamiento que no proporcionan otro tipo de metodologías.

5. Conclusiones

La investigación cualitativa se revela como una metodología sensible al género con múltiples potencialidades en salud pública, especialmente para el estudio de las percepciones y conocimientos de la gente –mujeres y hombres– sobre las dinámicas de los procesos de salud-enfermedad y cómo estos impactan en sus vidas. Si bien «hacer salud es una forma de hacer género», también construir género es una manera de construir salud. El cuestionamiento del positivismo y la investigación «objetiva» y neutral en valores, junto a la evidencia de que la investigación dominante en salud tiende a excluir a las mujeres, da un sólido apoyo feminista a los métodos cualitativos.

23. Olesen, Virginia. Feminisms and Qualitative Research at and into the Millenium. En N.K. Denzim y Y.S. Lincoln (eds.). Handbook of Qualitative Research 2 nd ed, Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000, pp. 215-254.
24. Ironstone-Catterall. Op.cit.
25. Ibíd.

Referencias biográficas

BLAXTER, Mildred. The causes of disease. Women talking. *Social Science & Medicine*. 1983, 17(2), pp. 59-69.

BROOKS, Abigail. Feminist standpoint epistemology. Building knowledge and empowerment through women´s lived experience. En S.N. Hesse-Biber y P.L. Leavy (eds.). Feminist research practice. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007, pp. 53-82.

COURTENAY, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men´s well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000, 50(10), pp.1385-1401.

DAVISON, Charlie, SMITH, George Davey y FRANKEL Stephen. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*. 1991, 13(1), pp.1-19.

DEUTSCH, Francine M. Undoing gender. *Gender & Society*. 2007, 21(1), pp.106-127.

EMSLIE, Carol y HUNT, Kate. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*. 2008, 67(5), pp.808-816.

HARDING, Sandra. Is there a Feminist Method? En: S. Harding (ed.). Feminism and Methodology.Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1987.

HARDING, Sandra. Ciencia y feminismo. Madrid: Ediciones Morata, 1996.

IRONSTONE-CATTERALL, Penelope. Feminist research methodology and women's health: A review of the literature. National Network on Environments and Womens Health,1998. Disponible en: http://www.cewh-cesf.ca/PDF/nnewh/feminist-research-meth.pdf

LOHAN, Maria. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2007, 65(3), pp. 493-504.

OLESEN, Virginia. Feminisms and Qualitative Research at and into the Millenium. En N.K. Denzim y Y.S. Lincoln (eds.). Handbook of Qualitative Research 2 nd ed, Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000, pp. 215-254.

POPAY, Jennie y WILLIAMS, Gareth. Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*. 1996, 42(5), pp.759-68

RISMAN, Barbara J. From doing to undoing: Gender as we know it. *Gender & Society*. 2009, 23(1), pp. 81-84.

SALTONSTALL, Robin. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*. 1993, 36(1), pp.7-14.

SEN, Gita y ÖSTLIN, Piroska. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Geneva: WHO,

2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

TYLER, Melissa. Postmodern feminism and organization studies: A marriage of inconvenience? En E. Jeanes, D. Knights and P. Martin (eds.). Handbook of Gender, Work and Organization. Oxford: Blackwell, 2011, pp. 9-24.

WEST, Candace y ZIMMERMAN, Don H. Doing gender. *Gender & Society*. 1987, 1(2), pp.125-151.

5.1.2. Artículo 2

Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context

María del Mar García Calvente[1,*], Jorge Marcos Marcos[2], María del Río Lozano[1], Natalia Hidalgo Ruzzante[3], and Gracia Maroto Navarro[1]

[1] Andalusian School of Public Health, Granada, Spain
[2] Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain
[3] Department of Evolutionary Educational Psychology, University of Granada, Granada, Spain

[*] Corresponding Author

Social Science & Medicine 2012, 75: 2225-2232

Factor de Impacto
2013: 2.558
© Thomson Reuters
Journal Citation Reports, 2015

Social Science & Medicine 75 (2012) 2225–2232

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed

Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context

Mar García-Calvente [a,*], Jorge Marcos-Marcos [b], María del Río-Lozano [a], Natalia Hidalgo-Ruzzante [c], Gracia Maroto-Navarro [a]

[a] Andalusian School of Public Health, Granada, Spain
[b] Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Spain
[c] Department of Evolutionary Educational Psychology, University of Granada, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Available online 1 September 2012

Keywords:
Spain
Gender
Social determinants
Health inequalities
Lay knowledge
Emdodiment
Qualitative methods

ABSTRACT

Despite growing interest in the social determinants of health and contributions from studies focussing on the analysis of explanations to enhance our understanding of the interactions between gender identities, embodied experiences and structural inequalities between men and women, few research papers have devoted attention to this perspective in the Spanish context. This study is an empirical exploration of lay knowledge, for an enhanced understanding of health inequalities in this context, from an ethnographic standpoint based on a phenomenological approach. Specifically, our aim is to study the lay perceptions of men and women regarding their gender identity and living conditions as health determinants within different "contexts" of their everyday lives, namely: the personal context; the home context; and the neighbourhood context. Fifty eight in-depth interviews and three focus groups were held between January 2005 and January 2007, and analysed using a hermeneutic method. Our findings show how disease-coping strategies or the perceived loss of social cohesion are linked to the gender system. They also point to how the dynamics of social change have developed around a strong division between the productive and reproductive arenas. Approaching these issues from different "contexts" provides insights into the explanations for the gendered patterning of mortality and morbidity, as well as furthering our understanding of the basis for social embodiment of gender differences and health inequalities in the context studied. In the discussion of our findings, we place emphasis on the implications that informal caring has for these processes and also take into account contributions of the "lay approach" to study and understand social determinants and health inequalities.

Introduction

The Commission of Social Determinants of Health has furthered the debate on the relationship between inequalities and disease over the past few years, in particular favouring approaches that take into account the conditions in which people's lives unfold. This has indirectly led to contributions by disciplines such as anthropology and sociology over the past decades that examine not only social relations as health determinants but have also generated a corpus of knowledge that provides greater understanding of inequalities within the processes of global health. While the sociologist Robert Merton highlighted the unintended consequences of social action (cited by Kleinman, 2010), one of the crucial contributions from medical anthropology has been to reveal how certain health problems hold distinct cultural meanings in different scenarios (Inhorn, 2010).

From a biosocial standpoint, social, economic and political forces are all interlinked to local experiences of sickness and suffering (James & Corbett, 2009). This acquires particular significance when the body is the focal point of the debate on sexual identity and gender (Leacock, 1983). From this standpoint, enriched recently by the intersectionality perspective (Hankivsky, 2012), social processes are imprinted on the body in such a way that they cannot be reduced merely to biomedical manifestations of a disease (Nguyen & Peschard, 2003). If examined bearing in mind the close link between biological and socio-cultural aspects (Lock, 2001), then gender becomes a system of particular interest for the study of the structural causes and intermediate factors through which

* Corresponding author. Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio 4, 18080 Granada, Spain. Tel.: +34 958027400; fax: +34 958027559.
E-mail address: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es (M. García-Calvente).

0277-9536/$ – see front matter © 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Las páginas 113-118 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Social Science & Medicine. Versión completa del artículo accesible en http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Las páginas 113-118 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Social Science & Medicine. Versión completa del artículo accesible en http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Las páginas 113-118 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Social Science & Medicine. Versión completa del artículo accesible en http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Las páginas 113-118 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Social Science & Medicine. Versión completa del artículo accesible en http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Las páginas 113-118 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Social Science & Medicine. Versión completa del artículo accesible en http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Las páginas 113-118 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Social Science & Medicine. Versión completa del artículo accesible en http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.022

Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science & Medicine, 58*, 2585–2600.

Diekelmann, N., Allen, D., & Tanner, C. (1989). *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. New York: The National League for Nursing.

Dudgeon, M. R., & Inhorn, M. C. (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social Science & Medicine, 59*, 1379–1395.

Emslie, C., & Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study. *Social Science & Medicine, 67*(5), 808–816.

England, P. (2010). The gender revolution. Uneven and stalled. *Gender & Society, 24*(2), 149–166.

Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: Univ. Calif. Press.

Farrell, C., McAvoy, H., & Wilde, J. (2008). *Tackling health inequalities – An all-Ireland approach to social determinants*. Dublin: Combat Poverty Agency/Institute of Public Health in Ireland.

Fenstermaker, S., & West, C. (2002). *Doing gender, doing difference: Inequality, power, and institutional change*. New York: Routledge.

Ferlander, S., & Mäkinen, I. H. (2009). Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004. *Social Science & Medicine, 69*, 1323–1332.

Fuhrer, R., & Stansfeld, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple source of support from "close persons". *Social Science & Medicine, 54*, 811–825.

García-Calvente, M., Hidalgo-Ruzzante, N., del Rio-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martínez-Morante, E., Maroto-Navarro, G., et al. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness, 34*(6), 911–926.

García-Calvente, M. M., del Rio, M., & Marcos-Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria, 25*(S), 100–107.

García-Calvente, M. M., Delgado, A. M., Mateo, I., Maroto, G., & Bolívar, J. (2008). El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía. In Escolar. (Ed.), *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Cádiz: ADSP-A.

García-Calvente, M. M., del Río, M., & Eguiguren, A. P. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak, 44*, 291–308.

Harryson, L., Novo, M., & Hammarström, A. (2010). Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(3), 271–276.

Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Social Science & Medicine, 74*(11), 1712–1720.

Herrero, C., Soler, A., & Villar, A. (2010). *Desarrollo humano en España: 1980–2007. Ivie/FundaciónBancaja*. Available from http://obrasocial.bancaja.es/publicaciones/publicaciones-ficha.aspx?id=152 Accessed 20.05.11.

Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science & Medicine, 61*, 697–708.

INE. (2012). *Women and men in Spain*. Available from http://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalleGratuitas&c=INEPublicacion_C&p=1254735110672&param4=0cultar&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259924822888&L=1 Accessed 25.06.12.

Inhorn, M. C. (2010). Medical anthropology at the Intersections: celebrating 50 Years of Interdisciplinarity. *Medical Anthropology Quarterly, 24*(2), 263–269.

James, C. R., & Corbett, K. K. (2009). Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology, 38*, 167–183.

Kleinman, A. (2010). The art of medicine. Four social theories for global health. *The Lancet, 375*, 1518–1519.

Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2012). Mainstreaming gender into healthcare: a scoping exercise into policy transfer in England and Germany. *Current Sociology, 60*(4), 551–568.

Krantz, G., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2005). Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health, 15*(2), 209–214.

Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology, 32*(4), 652–657.

Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21century: ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology, 30*, 668–677.

Lahelma, E., Arber, S., Kivela, K., & Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the bearing of socio-economic circumstances. *Social Science & Medicine, 54*(5), 727–740.

Leacock, E. (1983). Interpreting the origins of gender inequality: conceptual and historical problems. *Dialectical Anthropology, 7*, 263–284.

Leonard, V. W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lewis, J., Campbell, M., & Huerta, C. (2008). Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy. *Journal of European Social Policy, 18*(1), 21–37.

Lock, M. (2001). The tempering of medical anthropology: troubling natural categories. *Medical Anthropology Quarterly, 15*(4), 478–492.

MacIntyre, S., & Hunt, K. (1997). Socioeconomic position, gender and health; how do they interact? *Journal of Health Psychology, 2*, 315–334.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet, 365*, 1099–1104.

Matheson, F. I., White, H. L., Moineddin, R., Dunn, J. R., & Glazier, R. H. (2010). Neighbourhood chronic stress and gender inequalities in hypertension among Canadian adults: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 64*, 705–713.

Mills, M. B. (2003). Gender and inequality in the global labor force. *Annual Review of Anthropology, 32*, 41–62.

Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine, 54*, 649–661.

Nguyen, V. K., & Peschard, K. (2003). Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annual Review of Anthopology, 32*, 447–474.

OECD. (2011). *Doing better for families*. Available from http://www.oecd.org/social/family/doingbetter Accessed 25.05.11.

Phillips, S. P. (2005). Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come. *International Journal for Equity in Health, 4*, 11.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 250–267.

Popay, J., & Groves, K. (2000). 'Narrative' in research on gender inequalities in health. In E. Annandale, & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.

Read, J. G., & Gorman, B. K. (2010). Gender and health inequality. *Annual Review of Sociology, 36*, 371–386.

Ridgeway, C. L., & Correll, S. J. (2004). Unpacking the gender system. A theoretical perspective on gender and beliefs and social relations. *Gender & Society, 18*(4), 510–531.

Rohlfs, I., Borrell, C., Artazcoz, L., & Escribá-Agüir, V. (2007). The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*(Suppl. II), ii20–ii25.

Sabo, D. (2005). The study of masculinities and men's health: an overview. In M. Kimmel, J. Hearn, & R. W. Connell (Eds.), *Handbook of studies on men and masculinities*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Salido, O., & Moreno, L. (2007). Bienestar y políticas familiares en España. *Política y Sociedad, 44*(2), 31–44.

Sánchez, L., & Hall, C. S. (1999). Traditional values and democratic impulses: the gender division of labor in contemporary Spain. *Journal of Comparative Family Studies, 30*, 659–685.

Sen, G., & Östlin, P. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*. Geneva: WHO, Available from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf Accessed 10.01.10.

Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). *Engendering health equity: A review of research and policy*. Cambridge: The MIT Press.

Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A., & Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Social Science & Medicine, 60*, 1681–1692.

Stanistreet, D., Bambra, C., & Scott-Samuel, A. (2005). Is patriarchy the source of men's higher mortality? *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 873–876.

Valiente, C. (2002). An overview of research on gender in Spanish society. *Gender & Society, 16*(6), 767–792.

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society, 9*(1), 8–37.

Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior, 45*(1), 81–98.

5.1.3. Artículo 3

Girl power: Risky sexual behaviour and gender identity amongst young Spanish recreational drug users

Nuria Romo Avilés[1,*], Jorge Marcos Marcos[1], Ainhoa Rodríguez García de Cortázar[2], Andrés Cabrera León[3], and Mariano Hernán García[3]

[1] University of Granada, Granada, Spain
[2] Andalusian Childhood Observatory, Granada, Spain
[3] Andalusian School of Public Health, Granada, Spain

[*] Corresponding Author

Sexualities 2009, 12: 359-381

Factor de Impacto
2013: 0.651
© Thomson Reuters
Journal Citation Reports, 2015

Sexualities
http://sex.sagepub.com/

Girl Power: Risky Sexual Behaviour and Gender Identity amongst Young Spanish Recreational Drug Users

Nuria Romo, Jorge Marcos, Ainhoa Rodríguez, Andrés Cabrera and Mariano Hernán

Sexualities 2009 12: 355
DOI: 10.1177/1363460709103895

The online version of this article can be found at:
http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Published by:
SAGE
http://www.sagepublications.com

Article

SEXUALITIES

Abstract Against a background of significant social change experienced by Spanish women from the 1960s onwards, new gender identities and conflicts have emerged. These factors have barely been taken into account in the research work done in Spain. This article looks into the conversations of young people concerning their relationship with risky sexual behaviour, recreational drug use and sexual identity. Drawing from a qualitative study of discussion groups and semi-structured interviews with young recreational drug users, the article suggests that there are at least two models of femininity among the recreational drug consumers that have taken part in this study. First there is a *traditional romantic model* whereby young women associated risky sexual behaviour with being in love or trusting in the partner. Here the young woman does not link her sexual behaviour to the effects of using recreational drugs but, rather, to the characteristics of her emotional relationship. Second, there is a model of *new values and gender roles* that are closer to those traditionally associated to males, where the young women use recreational drugs as a form of empowerment to take on new situations concerning their sexuality. The article analyses the perceptions of risk among the different identity groups, along with the negotiations to begin sexual relations and the use of the condom in these groups of recreational drug users. Issues for policy and practice are also briefly considered.

Keywords gender, gender identity, recreational drug use, risky sexual behaviour

Nuria Romo and Jorge Marcos
University of Granada, Spain
Ainhoa Rodríguez
Andalusian Childhood Observatory, Spain
Andrés Cabrera and Mariano Hernán
Andalusian School of Public Health, Spain

Girl Power: Risky Sexual Behaviour and Gender Identity amongst Young Spanish Recreational Drug Users

Sexualities http://sex.sagepub.com
(London, Thousand Oaks, CA, New Delhi, Singapore and Washington DC)
Vol 12(3): 355–377 DOI: 10.1177/1363460709103895

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

Las páginas 123-143 no se muestran, siguiendo los derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de Sexualities. Versión completa del artículo accesible en http://sex.sagepub.com/content/12/3/355

'Relative Power Between Sexual Partners and Condom Use among Adolescents', *Journal of Adolescent Health* 31(1): 17–25.
Waldby, C. (1996) *AIDS and the Body Politic: Biomedicine and Sexual Difference*. London and New York: Routledge.
WHO – World Health Organization (2000) *Boys in the Picture: Gender Based Programming in Adolescent Health and Development in Europe*, WHO, página web de Servicios Profesionales. URL (Consulted 15 June 2005): http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/Boys_Report/WHO_FCH_CAH_00.9.htm
Wolf, N. (1997) *Promiscuities*. New York: Random House.

Biographical Notes

Nuria Romo is an anthropologist and Professor of Anthropology of Health and Illness at the University of Granada in Spain. She specializes in gender and drug use and works as a member of the Institute for Women's Studies at the same university. *Address:* Nuria Romo, University of Granada. Institute for Women's Studies C/Rector López Argüeta, s/n 18071 Granada SPAIN.
[email: nromo@ugr.es]

Ainhoa Rodríguez is a sociologist and a projects specialist in the Andalusian Childhood Observatory (Spain), working in the area of infants and adolescents who are disadvantaged or at risk. Her major research interests include drug and sexual-risk behaviours and ethnic or population minorities.

Jorge Marcos is an anthropologist and is qualified in Education Science. He has been a research intern at the University of Granada. He currently works for the Education Council of the Spanish Embassy in Rabat (Morocco).

Andrés Cabrera is a statistician and Professor at the Andalusian School of Public Health. He is also a member of the Spanish Healthcare Research Fund's network on Health and Gender.

Mariano Hernán is a schoolteacher and Professor at the Andalusian School of Public Health. He is a specialist in the field of children and young people.

5.1.4. Artículo 4

Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men

Jorge Marcos Marcos[1,*], Nuria Romo Avilés[1], María del Río Lozano[2], Juan Palomares Cuadros[3], and María del Mar García Calvente[2,*]

[1] Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Spain
[2] Andalusian School of Public Health, Granada, Spain
[3] Department of Didactics of M.P. and Body Expression, Faculty of Education Sciences, University of Granada, Spain

[*] Corresponding Author

Global Health Action 2013, 6: 21134

Factor de Impacto
2013: 1.646
© Thomson Reuters
Journal Citation Reports, 2015

ORIGINAL ARTICLE FOR THE CLUSTER: GENDER AND HEALTH

COACTION PUBLISHING

Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men

Jorge Marcos Marcos[1], Nuria Romo Avilés[1], María del Río Lozano[2], Juan Palomares Cuadros[3] and María del Mar García Calvente[2]*

[1]Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain; [2]Andalusian School of Public Health, Granada, Spain; [3]Department of Didactics of M.P. and Body Expression, Faculty of Education Sciences, University of Granada, Granada, Spain

Background: The literature shows how gender mandates contribute to differences in exposure and vulnerability to certain health risk factors. This paper presents the results of a study developed in the south of Spain, where research aimed at understanding men from a gender perspective is still limited.
Objective: The aim of this paper is to explore the lay perceptions and meanings ascribed to the idea of masculinity, identifying ways in which gender displays are related to health.
Design: The study is based on a mixed-methods data collection strategy typical of qualitative research. We performed a qualitative content analysis focused on manifest and latent content.
Results: Our analysis showed that the relationship between masculinity and health was mainly defined with regard to behavioural explanations with an evident performative meaning. With regard to issues such as driving, the use of recreational drugs, aggressive behaviour, sexuality, and body image, important connections were established between manhood acts and health outcomes. Different ways of understanding and performing the male identity also emerged from the results. The findings revealed the implications of these aspects in the processes of change in the identity codes of men and women.
Conclusions: The study provides insights into how the category 'man' is highly dependent on collective practices and performative acts. Consideration of how males perform manhood acts might be required in guidance on the development of programmes and policies aimed at addressing gender inequalities in health in a particular local context.

Keywords: *gender*; *masculinity*; *men's health*; *young men*; *social theory*; *health inequalities*; *qualitative research*

*Correspondence to: María del Mar García Calvente, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio 4, Ap. correos 2070, 18080 Granada, Spain, Tel: +34 958 027 400, Fax: +34 958 027 503, Email: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Received: 16 April 2013; Revised: 15 August 2013; Accepted: 17 August 2013; Published: 16 September 2013

Nowadays, gender is considered to be largely a social construct with important direct implications for health. Thus, most social scientists agree that the definition of gender is not merely a personality trait but also a social system that restricts and influences patterned behaviour (1). This conception is widely connected with the development of explanatory models of inequalities in health research.

The study of gender inequalities received an important boost with the advent in the 1980s of the critical study of men and masculinity. This approach started as part of the feminist critique of sex role socialization theory, by not considering aspects of privilege and power within their analytical framework (2, 3). Similarly, the constructivist approaches began to establish that the constituent traits of masculinity may vary historically and culturally, which implies the discussion of multiple masculinities. This idea was primarily developed around the notion of hegemonic masculinity (4). While this has led many researchers to emphasize hegemonic masculinity as a cultural ideal, where the focus is placed on documenting the various ways of 'being a man', little research has been conducted on unpacking the interactional processes through which the most honoured way to be a man is locally constituted (5). That is, sight has been lost of the analysis of its consequences.

In recent decades, the understanding of gender and health issues has been widely favoured by the development of relational theory. The relational approach gives a central place to the patterned relations between men and

Citation: Glob Health Action 2013, **6**: 21134 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134
(page number not for citation purpose)

women (and among women and men) that constitute gender as a social structure (6). Within the terms of this approach, West and Zimmerman's 'doing gender' perspective emphasizes the way gender is accomplished in personal interaction (7). At the same time, Butler's conceptualization of gender, from a different ontological perspective regarding the possibility of a self, has added to the discussion of 'doing gender' in critical ways, helping to sharpen the focus on performativity (1). Thus, taking the phenomenological perspective of 'acts', gender may be understood as a constructed entity that involves the repetition of acts that define shared experience as a form of 'collective action' (8). It is precisely this kind of gender display that has been highlighted in the literature as a characteristic element in understanding men and masculinity, describing how manhood acts as a form of subjectivity. These 'manhood acts' not only imply a claim to membership of the privileged gender group but also may lead to health damage (9). From a public health perspective, this damage has often been particularly associated with the behavioural aspects of 'manhood acts'.

Scientific evidence shows that the largest gender gaps in morbidity and mortality are caused by behavioural differences between men and women (10). The literature emphasizes important differences between how men and women define and prioritize their health (11). In the case of men, one of the key factors in disease and death rates is related to their poor relationship with health care services (12, 13). Epidemiological research has consistently shown that men use health care services less than women (14) and that they are less involved in preventive and health-promoting initiatives (15). At the same time, the research has noted disparities in health literacy, in terms of how men and women access and apply the information available (16). The literature shows that many men are driven to not ask for help, as offering no sign of vulnerability is an essential trait of masculinity (6). Mental health is a significant case in point. Thus, for example, with regard to the symptoms of depression, men are often underdiagnosed and undertreated (12). This mental disorder is often associated with weakness and a loss of emotional control in men (17). At the same time, many men display their mental and emotional distress in a different way than women. This has been linked in the literature with the decline of social support networks (18), and especially with substance abuse.

In the vast majority of cultures, being considered to be 'a man' is a condition that must be 'achieved' (19). The excessive intake of recreational substances, especially alcohol, is a major cultural expression related to masculinity in the literature (20). Despite having a higher risk of falling into drug use, men of all ages perceive the risk of this activity as being significantly lower than women do (21). In parallel with drug use, masculinity has been also closely related to violent behaviour, unsafe driving, and risky sexual behaviour (22). More recently, within the studies on men's health, masculinity has been studied in relation to body image (23).

Self-confidence is strongly influenced by body image in youth populations (24). While this has been specifically studied in women, it is now also considered to be an important predictor of psychological well-being in young men (25). In Western societies, this has mainly been analysed from the perspective of the utilitarian symbolism of the muscular mesomorph. Thus, some researchers have shown a significant association between traditional masculine ideology, the pursuit of muscularity, and body image discrepancy (26). In this way, muscles become a representational sign of power and strength that, at the same time, can also lead to crash dieting, the consumption of nutritional supplements, and, in more extreme cases, the clinical symptoms of muscle dysmorphia (27).

Social expectations and stereotypes attached to gender in relation to the behaviour that is considered appropriate are factors with a great influence on the sexual behaviour of young men (28). The experience of masculinity is closely related to the exercise of sexuality (29), since heterosexuality is a key factor associated with hegemonic rules of masculinity (30). In this way, having an active sex life or 'luck with the ladies' may be interpreted as signs of possessing a masculine self, which has been described as being related to promiscuous behaviour and risky sexual practices (31, 32). Also, in Western societies, the vast majority of reckless drivers are young men (33). In Europe, statistics have shown that men are three times more likely to suffer an accidental death than women (34). Apart from other structural reasons, the greater tendency of men to, for example, exceed a speed limit is linked to the fact that risk is naturalized and promoted in men (35). Moreover, in all countries, men aged 15 to 45 years are both the main perpetrators and victims of homicide (36). In terms of socio-anthropological approaches, physical strength in males is at the epicentre of the association between masculinity and violence (37). The consideration of violence as a part of the global public health agenda, along with the development of ecological models of analysis, has reinforced the idea that this relationship is mainly the result of men's socialization to be dominant and the symbolic structures of the social power that perpetuate such domination (38). These last considerations gain special meaning in contexts such as the Spanish one.

After the early opening movements of the dictatorial Franco regime in the second half of the twentieth century, numerous Anglo-Saxon researchers focused on the study of society and Spanish culture. Their works constituted the basis of the study of masculinity in contemporaneous Spain (39–41). These studies, which focussed almost exclusively on rural Andalusia, described a strongly sexist masculinity where men were acknowledged as the only providers for the family unit. Men's reputations are

Citation: Glob Health Action 2013, **6**: 21134 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134

especially described around considerations of sexuality. Thus, for example, while honour is presented as a multidimensional feature of social life, it is often associated with sexual control over women in the family, including the insistence on virginity in single people, fidelity in marriage, and the sexual abstinence of the widow. Despite the existence of these works, the study of men is still considered to be at an embryonic stage (42). This is particularly significant with regard to the study of health from a gender perspective. The vast majority of the studies that have followed this approach have focussed on comparing indicators of illness outcomes among men and women.

In Spain, the life expectancy of males is 78.5 years, 6 years shorter than that of women (43). The mortality rate from chronic diseases in people under 75 years of age is highly unfavourable to men (44) and includes more mortality from diseases that occur mainly as a result of bad health habits (such as an unbalanced diet or the use of illegal drugs, tobacco, and/or alcohol). This higher rate of mortality is also the result of external causes, such as accidents, falls, aggression, or suicides. For instance, 78.2% of deaths resulting from motor vehicle accidents occur in males, with the highest percentages being between the ages of 16 and 24 years (43). These considerations connect with the main idea of the last report by the European Commission regarding the state of men's health: there is a high level of preventable premature morbidity and mortality in men, which will be addressed only by targeted activity across their lifespans (45).

The way in which men position themselves in relation to different discourses on masculinity has important implications for the social processes of health and disease (46). In the case of young people, this theoretical basis provides a context for the idea that the higher health risks faced by men are the result of factors and behaviours that could be modified (47). Although the literature describes numerous projects and interventions designed from a gender perspective aimed at improving the health and well-being of men and women, many of these programmes have rarely shown an interest in the point of view of the men themselves (48). This emphasizes the need for an investigation of the experience of the processes of health and disease in men in different contexts. Thus, bringing out the characteristics of masculinity is to be understood as a way of contributing to the identification of local, regional, and global interactions (49). This project was designed to explore through men's narratives, from a gender perspective, the complexity of young men's worldview (their 'lay knowledge') and its relationship to their health; such narratives include the stories that youths express about themselves and others. The project's research focus was on the diversity of how masculinity and other practices related to health operate in the daily lives of men. In terms of men's health studies, this article takes a critical approach by carrying out an analysis of practices identified as 'manhood acts'; that is, of what men do individually and collectively to signify their membership in the category of 'man' (9). This might be a useful way to reveal how men's health practices can be seen as mechanisms for constructing gender through a series of acts that are renewed, reviewed, and consolidated over time. Thus, the aim of this article is to describe the lay perceptions and meanings ascribed to the idea of masculinity, and identify ways in which young men relate gender displays to health.

Methods

This qualitative study is based on fieldwork developed between March 2009 and April 2010 in Andalusia in southern Spain. Following intentional non-probabilistic sampling, 59 participants were recruited from youth centres and educational institutions. From the beginning, the research team tried to bring about the greatest possible control of bias when choosing sample units. This required the pursuit of multiple independent networks, unrelated to the research team. The size of the sample was strictly related to the search for different profiles. The general inclusion criteria were being a man aged 15–24 years and being born and raised in Andalusia. The sons of immigrants and young men from the Roma community were not included since the presence of specific characteristics within their cultural framework was assumed. In order to ensure the heterogeneity of the participants' profiles, three criteria were established: age (15–17 or 18–24), origin (cities, towns, or villages), and level of education (ranging from primary education to university studies).

Nine individual interviews, eight focus group discussions, and a triangular group session were conducted. The combination of these methods enabled the sociocultural factors and personal aspects of the object of study to be explored more deeply. The focus groups were particularly useful for identifying the lay perceptions of the expectations and signs of social desirability and behaviour that are considered appropriate. The individual interviews enabled the lay knowledge of the participants to be explored in depth. In the later part of the fieldwork, we conducted a triangular group (50). This qualitative technique, which involves three participants, was introduced because it allowed us to create a more interactive group dynamic, in which even the researcher–interviewer may have a more active role during the course of the discussion. In a triangular group, there is usually more tension between the particular positions of each participant and the common elements (or consensus view) than in an orthodox discussion group. This allowed us to confront certain emerging perspectives more exhaustively. This mixed-methods data collection strategy promoted the use of multiple information sources and different approaches to gain new insights into the object of study.

The fieldwork was developed in two consecutive and complementary stages. The first one was designed with regard to some general principles of the grounded hermeneutic approach (51). During this phase, an individual interview and a focus discussion group were carried out. With regard to the focus group, the selection of the participants was determined so that their profiles would contain certain types of heterogeneity. This criterion was established so as to contrast different positions with regard to the object of study. During this first phase, the discussion was stimulated by presenting the participants with a sequence of photographs related to the world of youth that gave them the possibility of expressing their ideas about each of them. The preliminary analysis of the data collected during the first phase of the fieldwork enabled the identification of significant topics and dominant discourses that were a basis for the elaboration of the topic guide that was developed for the second phase of the fieldwork. This guide was formulated around 10 conceptual dimensions: 1) men's typical, 2) women, 3) youth, 4) health, 5) risk, 6) violence, 7) sexuality, 8) body image, 9) feelings, and 10) homosexuality. During the second phase of the fieldwork, eight semi-structured interviews, seven focus discussion groups, and a triangular group session were carried out. In this phase, the discussion groups were formed so that they would involve homogeneous profiles. The completion of the data collection process was determined according to the principle of saturation (52). All the interviews were recorded and transcribed literally by a member of the research team. The transcriptions were completed using the interviewer's field notes.

We carried out a qualitative content analysis. Because of the aims and theoretical perspective of the study, the research team decided from the beginning that the analysis process would extract not only the manifest content but also the underlying meanings (53). Thus, after a general reading of the transcriptions, the text about the men's behaviour as being gendered was extracted and brought together into one text, which constituted the unit of analysis. Later, the text was divided into units of meaning that were condensed. At the same time, the condensed meaning units were abstracted and labelled with a code. The dimensions and sub-dimensions proposed for the analysis were applied by different members of the research team so that there was agreement upon their definition and how they would be applied, thus lending reliability to the analysis process. The conceptual classification of codes and categories was constructed by using both a deductive research approach and an inductive procedure. Thus, the process of analysis began with a predetermined list of topics to be explored and a category system that had previously been defined after the first phase of the fieldwork. In the same way, any concepts, categories, or sub-categories that emerged from the examination of the data during the analysis process were integrated into the analysis.

The revision of concepts and categories and the encoding process were carried out by the main researcher in collaboration with a specialist in qualitative methodology external to the research. This procedure was not only part of the triangulation process but also a way of adding higher confidence to the analysis. The texts were sorted into seven conceptual areas, which constituted the basis of the manifest content: 1) femininity versus masculinity, 2) health and well-being, 3) sexuality, 4) body image, 5) substance abuse, 6) driving, and 7) violence. During the last phase of the analysis process, these elements were integrated into two themes: 1) representing power: body image and violence; and 2) typically masculine: driving, drugs, and sex.

To facilitate the dual process of interpretation (manifest and latent content), the analysis was developed with the support of the QSR NVivo 8 program and took a hermeneutic approach involving the following steps: 1) a general reading of the texts to obtain a sense of the whole; 2) the review of any topics and examples arising, with an analysis of shared and unshared content and their significance in light of each profile; 3) the identification of interrelated topics; and 4) an analysis of the ways in which gender identity was related to life experiences that influence health (54). In this sense, the research team focused on manhood acts – the ways to signify masculine selves. Thus, we interpreted the data by looking for what participants said about how men learned to perform "manhood acts," how and why these acts can vary, and how they can reproduce gender inequalities.

The research protocol that forms the basis of this article was approved by an internal commission established by the European Public Health Master 'Europubhealth'. According to the current Spanish law (Organic Law 15/1999 of 13 December), the personal data provided by the participants were stored and kept in a safe file, and real names were replaced by fictitious ones. Participation was voluntary, and the participants received information about the objectives of the study as well as about the institutions involved. All participants signed an informed consent form. Parents or guardians' consent was required for underage participants.

Results

Representing power: body image and violence

Body image and the aggressive use of force were aspects that were mainly linked to the social representation of power in men's actions. These were related to the perception of the body as a source for signifying manhood, emphasizing it as a tool for control, dominance, and activity. Men are socialized to use the body to symbolize manhood.

Citation: Glob Health Action 2013, **6**: 21134 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134

In this process, according to the participants, the practice of sport was considered central. From childhood, men are more exposed to playing competitive games based on physical performance, which encourages them to display fortitude, control the experience of physical pain, and endure intense effort. For instance, in the specific case of football, 'toughness', 'aggressiveness', and 'courage' were words used to justify why a sport was seen as being more suitable for men.

> CARLOS: If you are playing football and a player kicks you and you complain, somebody may tell you that this is a man's game. But the truth is that when you are participating in the competition you have to fight aggressively for the ball, because that can influence the final result. When somebody kicks you hard, rivalry arises. (Individual interview, town, 22 years old, enrolled at university)

These traits were considered to be factors with important health implications, especially in terms of risk-taking behaviour and the gender differences involved in coping with illness. With regard to the latter, reluctant attitudes towards the use of medicines and medical consultation were recognized by participants as behaviour traditionally embedded in ideologies of masculinity, which are related to physical and emotional toughness. Although some participants admitted to going to the doctor every time they perceived any anomaly in their health status, a large majority said that they only went 'when it is really necessary'. This was also an attitude that the participants associated with the idea of being a responsible user of health care services. The following excerpt not only is a good example of this view but also suggests how men's underutilisation of medical services may be considered a 'manhood act'.

> PEDRO: All the girls have a little bag full [of] medicines at home. And as soon as they have the slightest headache, they take a tablet; a stomach ache, one pill; another sort of pain, they go to the doctor. And I have to be really sick to go to the doctor. … it's also true that if a friend [boy] goes to the doctor every day, we say: 'What's wrong with this guy, he's always at the doctor! He gets sick so easily!' (Group interview, city, 20–23 years old, enrolled at university)

Disruptive behaviour and episodes of vandalism or physical aggression were especially considered to be recurrent actions by men. This was a generalized perception of the participants in the study, including those who, like Ricardo, emphasized the need for speaking about plural masculinities.

> RICARDO: You cannot really lump all men together. There are thousands of different types of men and each of them is different from the other. The only thing that differentiates us from women is physical appearance, but regarding attitudes, that depends on education. A man can be as crass as a woman. But it is true that I have seen boys jumping on cars or burning containers and I still haven't seen a woman doing that. I can't find an explanation as to why men have to fight and women don't. It's an attempt to show that I'm more than you are. For men, he who is the stronger is more so than the other. (Individual interview, town, 19 years old, enrolled at university)

During this study, references to violence against women were minimal. When they were made, the participants took positions of rejecting this type of violence. The more widely reported forms of violence were those that were established among men. Although most of the participants argued against the use of violence, they all declared that at some point they had witnessed a fight between men or had been directly involved in it. Violence was mainly described as a formula for proving superiority and gaining respect. Thus, the aggressive use of force reinforced the notion that to be a man is to be dominant. In this sense, violent behaviour was also connected with the idea of protection, widely considered to be a part of the masculine essence by the participants.

> ÓSCAR: Men fight more often. I might have seen a few girls pulling each other's hair, but that's it. But men fighting …. As for me, when I get into fights I don't stop until I see the other guy bleeding. Why? Because my balls are bigger than his. (Group interview, village, 15–17 years old, vocational training)

> RAÚL: I think we have the obligation to provide women with one thing: security. For instance, if I had a daughter with a boyfriend, and for any reason they came back home saying that they were mugged and I found out that he didn't do anything, he'll be in big trouble. He's the one who has to come back with a broken jaw. And the other way round too. If I found out that something happened to her and that my son did nothing! (Individual interview, village, 23 years old, musician)

Data suggest that concern about body image is a growing phenomenon among men within the context of the study. Whether for reasons of hygiene or aesthetics, references to practices such as depilation were common. Although these are still considered minority practices, the participants expressed the view that these customs are part of the social embodiment of contemporaneous masculinity. Less standardized practices were also identified, such as the use of make-up as a way to increase the possibilities of seduction. Thus, 'feminine' behaviour, such as cosmetic use, is acceptable by men if it has a performative function related to heterosexual conquest.

> GUSTAVO: Some of my friends get waxed and use make-up. I see it as faggoty, though I'm talking about guys who like girls! They feel more

> handsome and that it attracts girls. (Individual interview, town, 21 years old, primary studies, currently unemployed)

However, our findings indicate that when men are interested in improving their body image, they focus mainly on muscle development. Muscles were considered a key element within current masculine subjectivity, especially related by participants as an element of the representation of power and strength and characterized as a symbol of seduction. This was linked by participants to the perception of an increasingly widespread use of nutritional ergogenic aids among young men. The use of protein supplements was particularly reported. Although some participants expressed opposition to the use of this type of dietary supplement, the vast majority of participants described these products as harmless, and they considered professional consultation and/or prescription to be unnecessary. Participants also reported cases in which, as a way of achieving the desired muscle growth, some men had turned to the use of anabolic steroids. Although the participants considered the number of young men who accessed these products to be low, the lay perceptions that emerged from the analysis are of great interest. In spite of being products that can only be purchased legally under medical prescription, the perception of ease of access to them in gyms or shops that specialize in sports nutrition was general across our informants.

> JAVIER: Gyms supply proteins. There are many shops that sell them too. Proteins are legal, not anabolic steroids or any other chemical substances, but if you wanted them, you could get them easily. You can get them from your monitor in the gym. I'm sure he is a wrestler and he deals with this stuff. It is the same as if you are a police officer who knows where to go to get cocaine; isn't it? (Group interview, city, 20–23 years old, enrolled at university)

Typically masculine: driving, drugs, and sex

During this research, the risks associated with driving were those most directly related to health. 'Caution' was a term that was widely used to define women's attitudes toward driving motor vehicles. Exceeding speed limits, driving under the influence of alcohol or (in the case of motorcycles) without a helmet, and showing skills like driving on a single wheel were described as typically male forms of behaviour; that is, forms of social representation of manhood through which men seek attention and recognition from their peer group.

> CARLOS: We do wheelies because someone always starts – first to show off in front of us and then, if there are any girls around, to show off in front of them. It is a way of proving that you are the fittest or the cockiest; the most daring, because you don't ride like the rest. If everybody did it, it wouldn't be cool. It's like you have to try and do something different. (Individual interview, town, 22 years old, enrolled at university)

When participants referred to the consumption of recreational substances, their statements were dominated by references to alcohol, and more specifically to *botellón*.[1] All the participants in the study, including minors, referred to *botellón* as being a common practice in their leisure time. Some young men showed resistance to traditional gender traits, positioning themselves as being in favour of responsible use and/or expressing awareness of the health risks of alcohol abuse; for others, those risks were not so obvious. Thus, heavy drinking per se was not considered risky. It was only seen as such when combined with other risky forms of behaviour.

> FERNADO: I see that all of us got drunk but that's not risky, is it? Well, it is risky if you are drunk and you are riding a motorbike, which is quite dangerous. (Group interview, town, 15–17 years old, enrolled at high school)

Most of the participants acknowledged that alcohol abuse is still judged by society differently for men and women. Despite this double standard for alcohol use, the data indicated the existence of an established perception among participants: girls have become involved in a 'masculinization' process regarding alcohol abuse at weekends. On the other hand, binge drinking is a practice rooted in the process of construction of the meaning of 'being a man'. It is seen as a practice symbolizing manhood; a performance of *until the body gives up* closely related to the process of achieving a feeling of belonging to a peer group. In some cases, as described by Raúl, the heavy consumption of alcohol as a 'manhood act' becomes a 'revised' gendered act over time.

> RAÚL: When you were younger and went to a 'botellón' on an empty stomach you'd have seven or eight drinks. That's definitely no good for your health and you know it, but whether you want to or not, you do it because everybody does. I never drank as much as the others did because I didn't like it, but I drank because everybody else did. Now, when we go to play football, everybody drinks a pint of beer. I don't. I drink a Coca-Cola. Still today everyone goes: 'Come on. You're a guy!' Now I don't care, but when I was 16 . . .. (Individual interviews, village, 23 years old, musician)

With regard to expressions like *we men are more vicious*, the participants revealed their belief that the use of other recreational drugs is also a habit that is more prevalent

[1] *Botellón* refers to a social phenomenon that has become popular in public spaces in Spain since the end of the twentieth century. This consists of mass meetings of young people, mainly to chat while consuming some type of drink (55).

Citation: Glob Health Action 2013, **6**: 21134 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134

among men. Of special significance were the references made to marijuana and hashish consumption. These recreational substances were considered to be in widespread use among young Andalusian men. Participants also expressed the opinion that the harmful effects of these substances were not significant. The idea of risk with regard to the use of psychoactive substances was particularly associated with 'synthetic drugs'. Overall, the perception of participants was that the use of these types of substances was increasing. These drugs were connected to having a lack of inhibition and were described as being facilitators of casual relationships. The only informant who openly expressed having used the drug ecstasy throughout this research declared that he had done it as a way of experiencing new feelings during sex.

Sexuality was considered by the participants as being of vital importance to the construction of male subjectivity. Participants focused their attention on the tensions between the cultural and biological explanations of men's behaviour. The core element of the discussion revolved around the sexual appetite. Those who believed that sexual desire is greater in men resorted to arguments with a biological background by using concepts such as *instinct*, *essence*, or *nature*. However, other participants considered that if such beliefs are socially established, it is because men tend to be expected to be more open about their sexual desires. While for a man such openness is considered to be a sign of manhood, women tend to care more about such conduct since it may lead them to be judged more negatively by society in terms of their morality. Although our findings show that many girls no longer play the passive role that traditionally characterized them when establishing a relationship, the participants expressed the view that they are generally the ones who take the initiative, or they are aware that girls pretend not to do so in order that they are not labelled as 'easy'.

> LUIS: I think we have a sexual drive, I don't know if it's because of our age or because we are men, it's just not normal!
> JUAN: But don't get me wrong; it's both men and women, isn't it? What happens is that women are more reserved than we are. We show it more openly. We're cheekier and chicks know it. (Focus group, 19–21 years old, enrolled at university)

The results point to a widespread lay perception that men live their sexuality in a less emotional and more genital-based way. This was frequently related to other perceptions: 1) the importance of satisfying the sexual expectations of a partner (either stable or occasional), and 2) the greater promiscuity of men. With regard to this, different ways of living one's sexuality and characterizing masculinity were expressed. The results highlight the need to consider multiple forms of masculinity in relation to sexual life. In fact, some participants distanced themselves from 'masculine' predatory heterosexuality, while others contributed to reinforcing it. These two opposing positions can be deduced from the words of Marcos, Víctor, and Pablo:

> MARCOS: I think sex is the same as eating, it's a basic need. Why not do it if the occasion arises one night with a girl that you know wants what you want?
> VÍCTOR: I don't like to sleep with a different girl every night. It's as if it were a jacket instead of a chick. It might sound a bit backwards, but I have my morals. When I was 16 I, like my friends, used to go for the first one that came by. Now I look for other things in a woman, not just sex. (Triangular group, 19–22, different educational background)

> PABLO: I had a girlfriend until about three weeks ago, and I wasn't going around saying: 'I screw her this way and that!' But when I go out and get laid, the first thing I think of is to call a buddy to tell him about it. It's like if you don't tell anyone, it's as if it didn't happen. (Individual interview, 20 years old, electrician)

From a sexual point of view, all these considerations around men's identity were closely connected to issues related to risky sexual behaviour and the possible power relations between males and females. Although some participants mentioned the prevention of sexually transmitted diseases, the idea of risk in this field was mainly associated with potential pregnancy. Likewise, the debate about whether or not to use a condom was usually linked to the distinction between being a stable partner or an occasional partner. Not only were condoms associated with a loss of sensitivity, but also not using them was associated with a leap of confidence in an intimate relationship. Having unprotected sex was described as a sign of manhood among the peer group, and this was sometimes seen as an added motivation for not using a condom:

> GUILLERMO: Men also use this behaviour as a way of asserting masculine superiority. If I tell some friends that I have never done it [without a condom,] they feel 'superior', and they boast that they do it without a condom. That's the reason for them to take the initiative to start doing it without a condom. (Individual interview, 24 years old, enrolled at university)

Moreover, during this work, most participants showed that with an occasional partner they tend to use a condom, but many of them (including some minors) admitted to having had unprotected sex at some point.

> DAVID: With my regular partner, I have done it without a condom. Well, I've also done it with a girl I met on a trip. We did it without a condom because

she was taking those pills every day. And I believed that. It seemed like the girl came from a good family. (Focus group, 18–22 years old, vocational training)

Discussion

This article, which is based on a qualitative study of young Andalusian men, has explored the lay perceptions and meanings ascribed to the idea of masculinity, identifying ways in which gender practices are related to health. The gender differences in health outcomes between men and women are mainly linked to men's display patterns. Thus, a lower level of use of both health services and pharmaceutical drugs, as well as a greater tendency to practise physical activities and sports, were some of the core aspects of the behaviour of the participating men. The relationship between masculinity and health is mainly defined according to behavioural explanations with a clear performative character. Ideas about reckless driving and violent behaviour established important connections between the perceptions of health and 'manhood acts'. In addition, different ways of understanding and performing men's identity were revealed through the data gathered on the attitudes to practices regarding male body image, the exercise of sexuality, and the use of recreational substances. There was also a clear relationship to the processes of change in the identity codes of men and women. Such changes appeared to have health implications and some significance in terms of the development of gender inequalities.

Our findings are consistent with those studies that identify muscle development as the main source of concern about body image among men (56). The literature shows that through muscle development, the male body image becomes a symbolic asset in the social representation of the hegemonic traits of masculinity (57). With regard to our findings, this is of special significance when aggressive behaviour is associated with a perception that supremacy is related to the tendency to demonstrate personal strength and protective ability. Our results also emphasize the importance of peer groups, and above all women, in this social representation process. For those who are labelled as 'winners', especially in practices of seduction and conquest, the mesomorphic body type is a source of respect and prestige, which has health implications for men. In this case, the findings have called attention to the increased consumption of nutritional ergogenic aids, particularly protein supplements and what have in recent years commonly come to be called *fat burners*. The use of anabolic steroids was also identified. This synthetic substance, designed to imitate the effects of testosterone, is associated with considerable risks for the reproductive and cardiovascular systems (58). The literature also describes how the difficulty of legal access to these substances often leads to the use of the black market, where products are purchased without any health and safety assessment (59). This is an issue of great interest in the public health field that has been barely studied. This is especially true if, as our findings indicate, easy access to this type of substance is widely assumed.

If gender is a historically and culturally constructed social category, and risk taking is understood as an element in this process, the use of substances should be a core aspect of this. This aspect has traditionally been emphasized as a trait that is close to the essence of what is considered masculine, especially in relation to alcohol consumption (60). Our findings show that the health risks arising from alcohol use are related not only to excesses but also to the sexual abuses and violent forms of behaviour that can ensue. Likewise, the results reveal the inverse functionality of alcohol to the identities of men and women. In Spain, some of the recent literature has shown how men interpret the assumption by women of lifestyles that have been considered traditionally more appropriate for men, such as ways of achieving a higher level of social equality and personal freedom (61). Recent studies have demonstrated that the traditional links between gender and alcohol consumption may be under revision (60, 62). In this way, while this process of the 'behavioural migration' of women is especially noticeable when it comes to alcohol use (63), the increase in the use of other psychoactive substances is another issue of interest in our context (64). Thus, for women, the development of consumption patterns similar to those of men could be considered to be a way of undoing gender, or of changing social interactions (65) by creating new forms of femininity that involve complicity with 'manhood acts'. Using this approach, the dichotomy between doing and undoing gender could involve carrying out practices that for some people indicate perpetuating values and dominant beliefs, while others take them as a basis for contributing to their transgressions. According to our findings, the functioning of this gender differential is present not only in relation to the use of recreational substances but also in a proactive role in sex.

The study has identified the common lay perceptions of a type of sexuality in which men have less need for emotional intimacy. It has also indicated that sending signs of willingness to have sex is a 'manhood act' rooted in what is believed to be expected from a man. While the participants in the study have described a new form of femininity characterized by the expression of a more explicit and active form of sexual identity, the literature shows that when men want to regain the initiative and/or preserve their dominant position they often try to limit the sexual advances of women (66). This is another relevant issue with health implications for future research in this area, including research into the perspectives of the subjects involved – women and men alike. The literature highlights the influence of this on the social imagination, particularly with regard to the fact that men

Citation: Glob Health Action 2013, **6**: 21134 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134

have generally been represented as being more proactive, that behaviour such as infidelity has been considered part of their biological essence, and that having unprotected sex is categorized as a 'manhood act' (9). These are practices that could be playing an important role as performative acts in the identity reaffirmation of heterosexual men, and in the development of power relations between males and females.

Conclusion

This qualitative exploratory study provides information on the knowledge, attitudes, and practices that characterize young men's identities in the current Spanish context. The findings show that the category 'man' as a social construct is highly dependent on collective practice. Thus, focusing on 'manhood acts' from the point of view of their performative character provides the key to understanding men's health in a more holistic way, and it also helps to explain the inequalities in health between women and men. Similarly, information about forms of behaviour and ways of signifying masculinity that challenge the traditional codes has emerged. More research is needed, however, into how these non-hegemonic modes develop and operate in society, particularly with regard to how some young men establish a masculine identity while still rejecting 'typically male' stoic attitudes, dominant practices, and risky behaviour. In other words, their thoughts and practices do not act as mechanisms that signify and reproduce traditional manhood. This clearly also has implications for health outcomes in men and women.

The 'manhood act' perspective might provide a useful framework for the analysis of gender inequalities in health, using a life course approach. Our article highlights the importance of social representation in the public sphere in shaping masculinity. The way in which power relations are shaped and are at the root of gender inequalities has been described extensively in the literature; this reinforces the relevance of analysing not only the acts of the 'builders of masculinity' in a given context, but also how the notions and behaviours that constitute the meanings of masculinity are subject to change over time. From the perspective of a critical explanatory framework of men's health that is focused on 'manhood acts', the joint consideration of 'practice' and 'performativity' – in the terms described by Pierre Bourdieu and Judith Butler – may reinforce the relevance of studying how daily acts are gendered and socially located, and this could provide new insights in future research into how inequalities in health are embodied by men and women within a society. Some recent literature has emphasized that a key factor in advancing the understanding of men's health is located in the development of gendered epidemiology, so that through this we can begin to unpack how men's health practices can be mechanisms for 'doing gender' (67). With regard to this, our findings might improve the interpretation of epidemiological data in our particular context. In addition, the approach taken in this article, by directing attention to how men perform 'manhood acts', may facilitate awareness both of the complexity of the links between men, masculinity, and health, and of the norms, power dynamics, and practices that perpetuate health inequalities. We consider that the health sector can play a key role in the processes of social engineering to address these disparities. In this sense, it is important that health professionals are as responsive to the singular needs of men (and women) as they are to the gender-based barriers faced by them with regard to their health. In the same way, our findings suggest that although the practitioners have an important role in promoting male access and use of health care services, this engagement should go beyond simply giving attention to preventive physical health and lifestyle advice. It should address wider issues related to gender norms and social practices that perpetuate inequalities; that is, promoting responsible fathering and parenting, engaging men as caregivers, addressing gender-based violence, and so on. Thus, in order to increase the effectiveness of programmes and interventions that promote the questioning of attitudes and behaviours related to 'unhealthy masculinity', policies must facilitate the integrated development of gender that is mainstreamed into different social settings, without forgetting the health care system.

Acknowledgements

We owe our deepest gratitude to prof. dr hab. Beata Tobiasz Adamczy (Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland) and to prof. Dr. José Miguel Morales Asencio (Faculty of Health Sciences, University of Malaga, Malaga, Spain) for their comments on the conceptual basis of this research. The authors are also grateful for all the useful comments and suggestions received on earlier drafts of this paper by the anonymous reviewers of the journal.

Conflict of interest and funding

The authors declare that they do not have any competing interests. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors. However, we had the opportunity to write this paper with the financial support from the European Regional Development Fund (FEDER) and the Andalusian Government's Economy, Innovation and Science Department (Exp P08-CTS-4321).

References

1. Risman RJ, Davis G. From sex roles to gender structure. Curr Sociol 2013; 61: 733–55.
2. Lorber J. Paradoxes of gender. New Haven, CT: Yale University Press; 1994.

3. Carrigan T, Connell B, Lee J. Toward a new sociology of masculinity. Theory Soc 1985; 14: 551–604.
4. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. Gen Soc 2005; 19: 829–59.
5. Schrock D, Padavic I. Negotiating hegemonic masculinity in a batterer intervention program. Gen Soc 2007; 21: 625–49.
6. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL. Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. J Am Coll Health 2000; 48: 247–56.
7. West C, Zimmerman DH. Doing gender. Gen Soc 1987; 1: 125–51.
8. Butler J. Performative acts and gender constitution. In: Bial H, ed. The performance studies reader. New York: Routledge; 2004. pp. 519–31.
9. Schrock D, Schwalbe M. Men, masculinity, and manhood acts. Annu Rev Sociol 2009; 35: 277–95.
10. Stanistreet D, Bambra C, Scott-Samuel A. Is patriarchy the source of men's higher mortality? J Epidemiol Community Health 2005; 59: 873–6.
11. Emslie C, Hunt K. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study. Soc Sci Med 2008; 67: 808–16.
12. Farrimond H. Beyond the caveman: rethinking masculinity in relation to men's help-seeking. Health 2011; 16: 208–25.
13. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. Soc Sci Med 2005; 61: 503–16.
14. Noone JH, Stepherns C. Men, masculine identities and health care utilisation. Sociol Health Illn 2008; 30: 711–25.
15. Robertson LM, Douglas F, Ludbrook A, Reid G, van Teijlingen E. What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. BMC Health Serv Res 2008; 8: 141.
16. Peerson A, Saunders M. Men's health literacy in Australia: in search of a gender lens. Int J Men's Health 2011; 10: 111–35.
17. Emslie C, Damien R, Ziebland S, Hunt K. Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? Soc Sci Med 2006; 62: 2246–57.
18. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science 1988; 241: 540–5.
19. Frosh S, Phoenix A, Pattman R. Young masculinities: understanding boys in contemporary society. London: Palgrave; 2002.
20. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med 2000; 50: 1385–401.
21. Petersen A. Research on men and masculinities. Some implications of recent theory for future work. Men Masc 2003; 6: 54–69.
22. Robertson S. Understanding men and health: masculinities, identity and well-being. London: Open University Press; 2007.
23. Kimmel SB, Mahalik JR. Measuring masculine body ideal distress: development of a measure. Int J Men's Health 2004; 3: 1–10.
24. Perry DG, Pauletti RE. Gender and adolescent development. J Res Adolesc 2011; 21: 61–74.
25. Tager D, Good GE, Bauer Morrison J. Our bodies, ourselves revisited: male body image and psychological well-being. Int J Men's Health 2006; 5: 228–37.
26. Martin J, Govender K. "Making muscle junkies": investigating traditional masculine ideology, body image discrepancy, and the pursuit of muscularity in adolescent males. Int J Men's Health 2011; 10: 220–39.
27. Grieve FG. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. Eat Disord 2007; 15: 63–80.
28. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. Lancet 2006; 368: 1581–6.
29. Hirsch JS, Muñoz-Laboy M, Nyhus CM, Yount KM, Bauermeister JA. They "miss more than anything their normal life back home": masculinity and extramarital sex among Mexican migrants in Atlanta. Perspect Sex Reprod Health 2009; 41: 23–32.
30. Phillips DA. Masculinity, male development, gender, and identity: modern and postmodern meanings. Issues Ment Health Nurs 2006; 27: 403–23.
31. Lowe P. Contraception and heterosex: an intimate relationship. Sexualities 2005; 8: 75–92.
32. Holmes D, Gastaldo D, O'Byrne P, Lombardo A. Bareback sex: a conflation of risk and masculinity. Int J Men's Health 2008; 7: 171–91.
33. OECD. Young drivers: the road to safety; 2006. Available from: http://www.internationaltransportforum.org/jtrc/safety/YDpolicyBrief.pdf [cited 20 November 2011].
34. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. J Men Health Gend 2011; 8: 7–15.
35. Harre N, Foster S, O'Neill M. Self-enhancement, crash-risk optimism and the impact of safety advertisements on young drivers. Br J Psychol 2005; 96: 215–30.
36. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
37. Mosse GL. The image of man: the creation of modern masculinity. New York: Oxford University Press; 1996.
38. Bourdieu P. Masculine domination. Stanford, CA: Stanford University Press; 2001.
39. Brandes S. Metaphors of masculinity: sex and status in Andalusian folklore. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1980.
40. Driessen H. Male sociability and rituals of masculinity in rural Andalusia. Anthropol Q 1983; 56: 125–33.
41. Gilmore DD. Aggression and community: paradoxes of Andalusian culture. New Haven: Yale University Press; 1987.
42. Valiente C. An overview of research on gender in Spanish society. Gend Soc 2002; 16: 767–92.
43. INE – Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España; 2011. Available from: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110606&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&tittema=Sociedad [cited 15 January 2012] (In Spanish)
44. Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de los adultos. Gac Sanit 2004; 18(Suppl 1): 56–68.
45. White A, de Sousa B, de Visser RO, Hogston R, Madsen SA, Makara P, et al. The state of men's health in Europe. Brussels: European Commission; 2011.
46. Robertson S. 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. Health 2006; 10: 175–89.
47. World Health Organization (2000). Boys in the picture: gender based programming in adolescent health and development in Europe. Geneva: WHO.
48. Barker G, Ricardo C, Nascimento M. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions. Geneva: World Health Organization; 2007.
49. Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. Soc Sci Med 2012; 74: 1675–83.
50. Conde F. Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en

Huelva. In: Gordo López AJ, Serrano Pascual A, eds. Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social. Madrid: Pearson Educación; 2008. pp. 155–88.
51. Addison RB. A grounded hermeneutic editing approach. In: Crabtree BF, Miller WL, eds. Doing qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999. pp. 145–88.
52. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
53. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24: 105–12.
54. Diekelmann N, Allen D, Tanner C. The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: a critical hermeneutic analysis. New York: National League for Nursing; 1989.
55. Elzo J, Laespada MT, Pallarés J. Más allá del botellón: análisis socioantropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes. Madrid: Agencia Antidroga; 2003.
56. McCabe MP, Ricciardelli LA. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. J Psychosom Res 2004; 56: 675–85.
57. Kimmel MS, Hearn J, Connell RW. Handbook of studies on men and masculinities. London: Sage; 2005.
58. Özdemir E, Gültürk S. Physiological and medical responses to anabolic androgenic steroids: review. J Med Sci 2008; 28: 923–32.
59. Choi PY, Pope HG, Olivardia R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. J Sports Med 2002; 36: 375–6.
60. de Visser RO, McDonnell EJ. "That's OK. He's a guy": a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. Psychol Health 2012; 27: 618–39.
61. García-Calvente M, Marcos-Marcos J, del Río-Lozano M, Hidalgo-Ruzzante N, Maroto-Navarro G. Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. Soc Sci Med 2012; 75: 2225–32.
62. Lyons A, Willott SA. Alcohol consumption, gender identities and women's changing social positions. Sex Roles 2008; 59: 694–712.
63. EMCDDA – European Monitorin Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). National report 2010: Spain. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index142386EN.html, data last [cited 15 May 2012].
64. Romo N, Marcos J, Rodríguez A, Cabrera A, Hernán M. Girl Power: Risky Sexual Behaviour and Gender Identity amongst Young Spanish Recreational Drug Users. Sexualities 2009; 12: 359–81.
65. Deutsch FM. Undoing gender. Gend Soc 2007; 21: 106–27.
66. Fagen J, Anderson PB. Constructing masculinity in response to women's sexual advances. Arch Sex Behav 2012; 41: 261–70.
67. White A, Richardson N. Gendered epidemiology: making men's health visible in epidemiological research. Public Health 2011; 125: 407–10.

5.2. Síntesis de los resultados

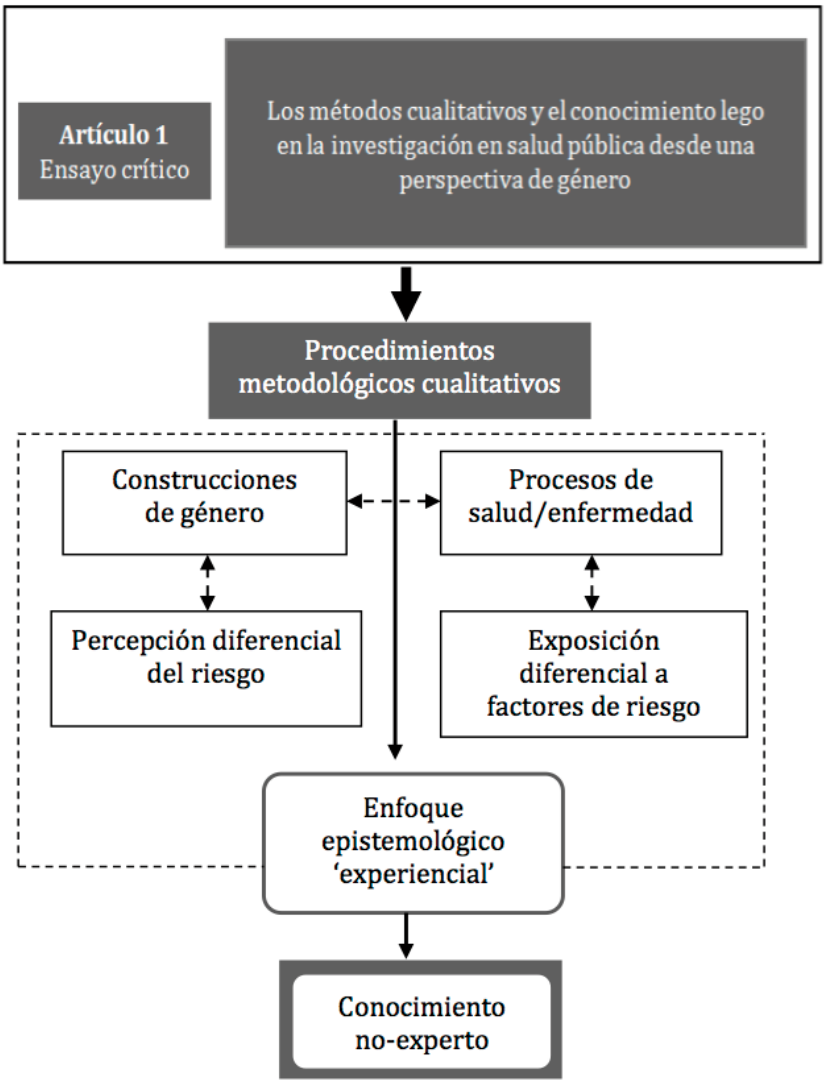
Artículo 1

El artículo 1 (véase figura 6) sienta las bases metodológicas y epistemológicas de esta tesis. Gira en torno al papel de los métodos cualitativos y el conocimiento no experto en la investigación en salud pública desde una perspectiva de género. El artículo adopta una visión construccionista social que pone en valor la influencia de la teoría feminista como teoría social crítica con el *estatu quo* de género.

Desde el ámbito de la salud, las epistemologías y metodologías propias surgidas dentro del movimiento feminista, llevaron a resaltar, entre otros aspectos, el papel de los planteamientos estructuralistas y post-estructuralistas. El primero, por introducir el concepto de género como categoría de análisis, desarrollando el enfoque de género como determinante de la salud. El segundo, por su deconstrucción de las generalizaciones, introduciendo la visión de los determinantes sociales de la salud como singularidades subjetivas. A lo largo de esta tesis, estos planteamientos han permitido ofrecer elementos explicativos del "género como estructura" y del "género como representación". El abordaje adoptado en este artículo nos lleva a subrayar al género como algo que hacemos en oposición a algo que tenemos o somos. Perspectiva desde la que adquiere especial sentido una idea: las distintas formas de hacer género producen nociones de masculinidad y feminidad en el imaginario social que contribuyen a naturalizar los aspectos que influencian los resultados en salud según el modo en que varones y mujeres conforman sus relaciones y orientas sus actuaciones.

El artículo parte de la asunción de que proporcionar un entendimiento de los problemas contemporáneos de una forma más sólida y holística, obliga a la investigación en salud pública a no descuidar el desarrollo de un cuerpo de evidencias narrativas sobre el papel del género en la conformación de las percepciones y conocimientos en torno al binomio salud/enfermedad. Se trata de una cuestión de índole metodológica que contribuye a mejorar el entendimiento de dichos procesos, incluyendo el modo en que, de forma diferencial, se produce la exposición a determinados factores de riesgo.

Figura 6. Esquema-resumen: resultados artículo 1



Artículo 2

El artículo 2 (véase figura 7), centrado en una muestra de mujeres y varones adultos, nos ha proporcionado una primera aproximación a las masculinidades desde el análisis del sistema de género. Concretamente, poniendo el acento en la identificación de normas y factores que implican riesgos y vulnerabilidades para la salud.

Los resultados muestran que durante la adultez, los varones manifiestan aspectos singulares tanto en la representación de sus masculinidades como en la forma en que sus prácticas quedan conectadas a otros determinantes de la salud. La división sexual del trabajo queda en la raíz de algunos de los más importantes efectos del binomio género/salud. En concreto, las relaciones de género emergen fuertemente condicionadas por la intersección entre los ámbitos productivo y reproductivo.

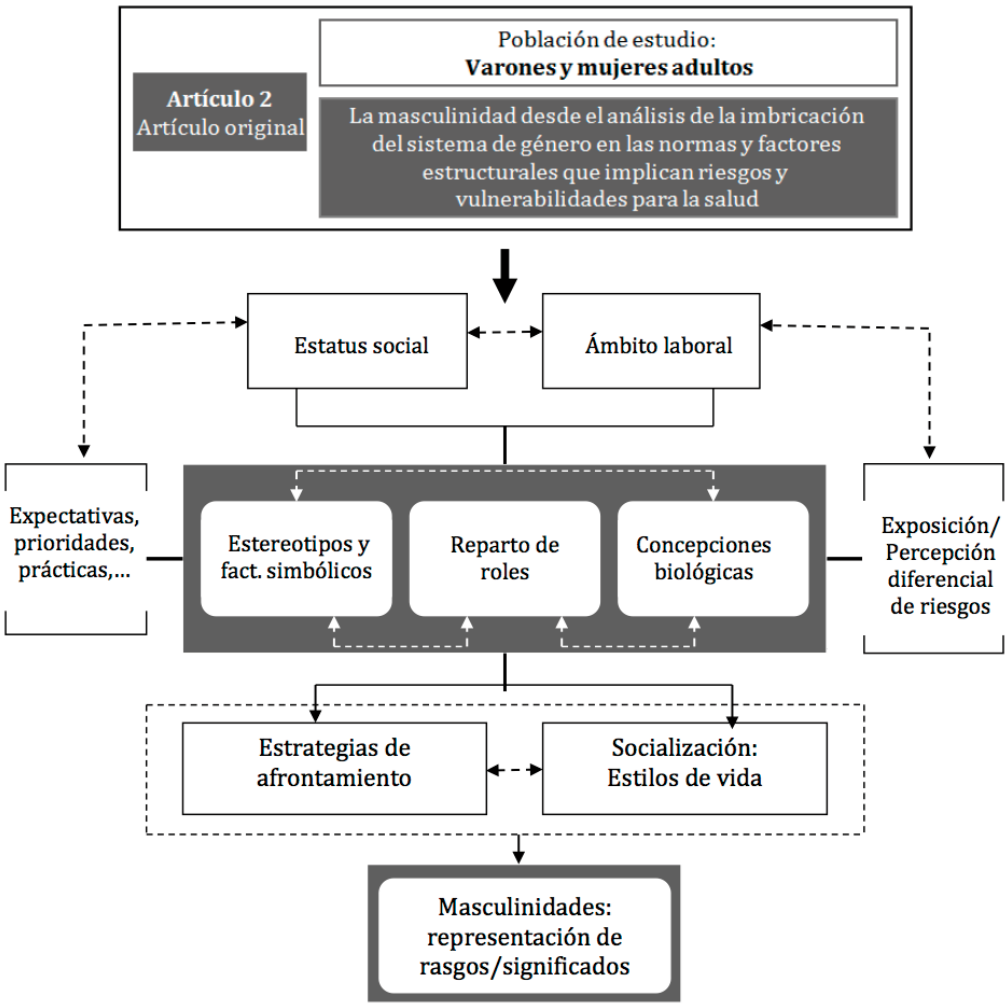
Durante esta etapa del ciclo vital, el mundo laboral se convierte en un lugar clave en la producción de las masculinidades. A la luz de nuestros resultados, esto se relaciona de forma particular con la idea de estatus social, principalmente vinculada en el caso de los varones a poder adquisitivo. Esto enmarca todo un conjunto de expectativas, prioridades y prácticas descritas en torno a los usos del tiempo. La importancia concedida a la esfera pública como espacio de realización personal, se muestra conectada a la adscripción a un modelo por el que los varones asumen el papel de proveedores económicos principales de la unidad familiar, con independencia de que la pareja también participe en el ámbito laboral.

Los resultados apuntan a la importancia otorgada a las explicaciones de naturaleza biológica en la asignación de funciones y responsabilidades subyacentes al sistema de género. Explicaciones que contribuyen a fomentar estereotipos y factores simbólicos de género en el imaginario social. Los resultados subrayan al hecho de definir la esencia de la masculinidad en torno a ideas de competitividad, fortaleza y carácter protector. Significados que están en la base de los conocimientos establecidos sobre la influencia de la socialización en la configuración de los rasgos atributivos de feminidad y masculinidad. Sobre dichos aspectos, no sólo se asientan los argumentos que justifican la forma diferencial de afrontar y dar respuesta a determinadas situaciones cotidianas; también están en la raíz de algunas de las dicotomías que se establecen entre la esfera pública y privada. De este modo, los discursos de las mujeres y varones adultos consultados coinciden en señalar que el papel de los varones en la reproducción biológica les confiere menores capacidades para asumir tareas de cuidado y organización familiar. Hecho que, además, puede llegar a condicionar las estrategias de afrontamiento durante los procesos de salud/enfermedad. Entre otros aspectos, esto se identifica en asunción de que los varones tienen menos conocimientos y capacidades para actuar ante el cuidado de la salud de los demás; pero también, en conexión con ideales de fortaleza física y emocional, en las actitudes de reticencia hacia el uso de medicamentos o en la tendencia a rehusar la utilización de los servicios sanitarios (especialmente los de carácter preventivo).

En relación a la exposición diferencial a ciertos riesgos para la salud, la amplia mayoría de los varones consultados se centran en poner énfasis en la accidentalidad y exposición a riesgos ocupacionales. Los varones únicamente se refieren a vulnerabilidad y riesgo psicológico en las situaciones de estrés financiero por la falta o pérdida de empleo; en conexión con sus prioridades orientadas al ámbito laboral. En cualquier caso, el género no sólo se relaciona con la exposición diferencial a determinados factores de riesgo. La conquista de mayores cotas de libertad personal por parte de las mujeres conecta las estrategias de afrontamiento con los procesos

de socialización de los estilos de vida. Un aspecto central es la consideración al "mundo de los excesos". Esto se advierte en una percepción ampliamente establecida: los varones, en mayor medida que las mujeres, tienden a canalizar sus problemas y frustraciones refugiándose en ciertas adicciones y evitando pedir ayuda; lo que deriva en una mayor tendencia a la aparición de situaciones de frustración y/o aislamiento, a menudo por falta de tratamiento de estados depresivos, y que, en ocasiones, también llevan a la adopción de medidas más radicales: violencia infringida contra los demás (como en el caso de la violencia de género) o contra ellos mismos (auto-lesiones y suicidio). Aspectos que, conectados a la percepción de control y resistencia (estoicismo), forman parte del imaginario hegemónico de la masculinidad. Por tanto, la forma en que son asumidos dichos significados de masculinidad, puede situarse en la base de las diferencias que los varones establecen en relación a su identidad de género, condicionando su relación con ellos mismos y con los demás.

Figura 7. Esquema-resumen: resultados artículo 2



Artículo 3

El artículo 3 (véase figura 8) fue concebido para analizar concepciones sobre masculinidades tradicionales y emergentes partiendo del estudio de modelos y procesos de ruptura asociados a las feminidades.

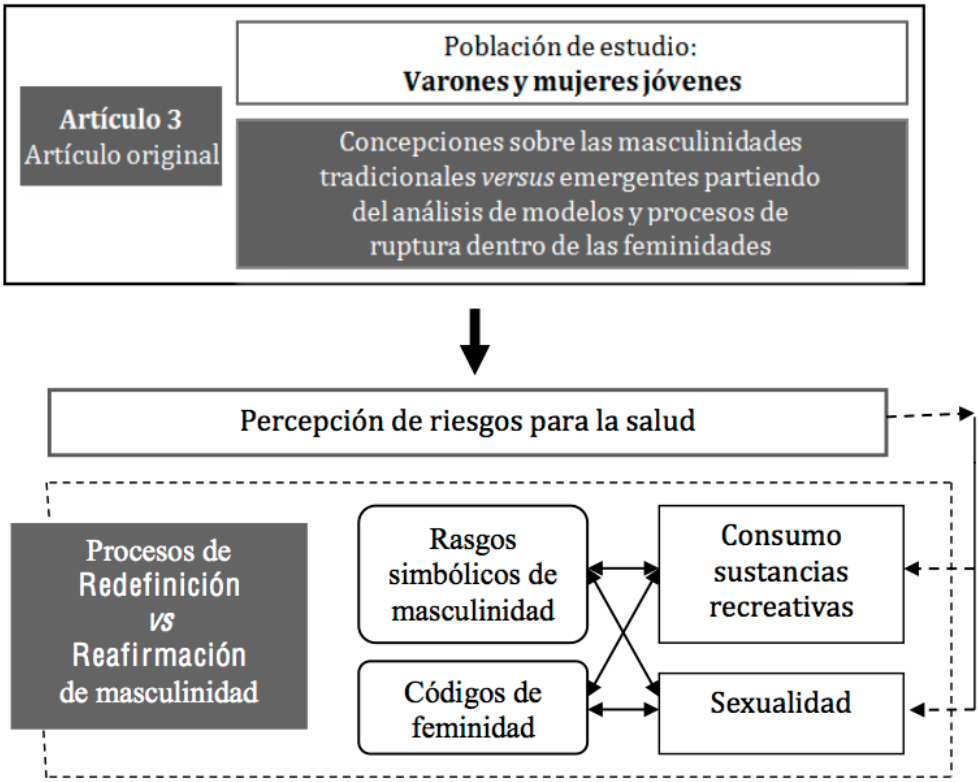
A lo largo de este artículo se muestra cómo la consideración a la percepción de riesgos para la salud, conduce a concepciones en torno al sistema de género sobre los que se construyen argumentos conexos a un determinado modelo de masculinidad. Esto lleva a centrar los discursos sobre dos ámbitos de estudio, los cuales emergen inextricablemente conectados a ideas sobre los procesos de construcción de la feminidad: las relaciones afectivo-sexuales y el consumo de sustancias recreativas.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas, los discursos se centran fundamentalmente en el papel del consumo de alcohol; sustancia en torno a la que se muestran actitudes y conductas fuertemente conectadas en los varones al desarrollo del sentido de pertenencia con el grupo de iguales. Del mismo modo, los resultados apuntan a una percepción manifiesta: las chicas están rompiendo con las brechas existentes en relación a dicho uso y abuso recreativo de sustancias.

De la consideración a un modelo de feminidad principalmente caracterizado por la experimentación de niveles de consumo de sustancias psicoactivas tradicionalmente asociados a los varones, derivan todo un conjunto de elementos de conflicto de género, puestos de manifiesto a través de discursos tanto de reafirmación de los ideales hegemónicos de masculinidad como de redefinición de los mismos. En este sentido, la relación *doing/undoing gender* lleva a la adopción de comportamientos que para unas personas tienen el significado de perpetuar ciertos valores y significados de género considerados normativos, mientras que para otras constituyen la base para quebrantarlos. Es el caso de aquellos varones jóvenes que manifiestan un cambio a la hora de definirse como hombres. Entre otros aspectos, esto les lleva a distintas formas de definir la masculinidad desde la consideración a lo afectivo-sexual. De esta manera, mientras algunos jóvenes contribuyen a poner énfasis en el ideal de "heterosexualidad depredadora" como elemento básico para caracterizar el ideal de masculinidad, otros lo rechazan abiertamente.

Los resultados ponen de manifiesto que en el centro de dichos procesos de reafirmación/redefinición de la masculinidad se encuentran aquellas chicas que llegan a admitir el consumo de sustancias como una forma de empoderamiento para tomar la iniciativa en la proposición de relaciones sexuales; es decir, adoptando una conducta considerada más propia de lo masculino.

Figura 8. Esquema-resumen: resultados artículo 3



Artículo 4

El artículo 4 (véase figura 9) fue concebido para analizar en mayor profundidad la construcción de la subjetividad de los varones en relación a comportamientos que implican riesgos para la salud. Los resultados apuntan a que analizar los distintos significados atribuidos a la idea de masculinidad requiere poner el acento en el conjunto de relaciones y procesos de socialización experimentados; aspectos en torno a los que, en gran medida, se configura la subjetividad de género de los varones. Desde una perspectiva analítica, dichos procesos de configuración pueden llegar a adquirir mayor sentido desde la consideración al establecimiento de "jerarquías identitarias".

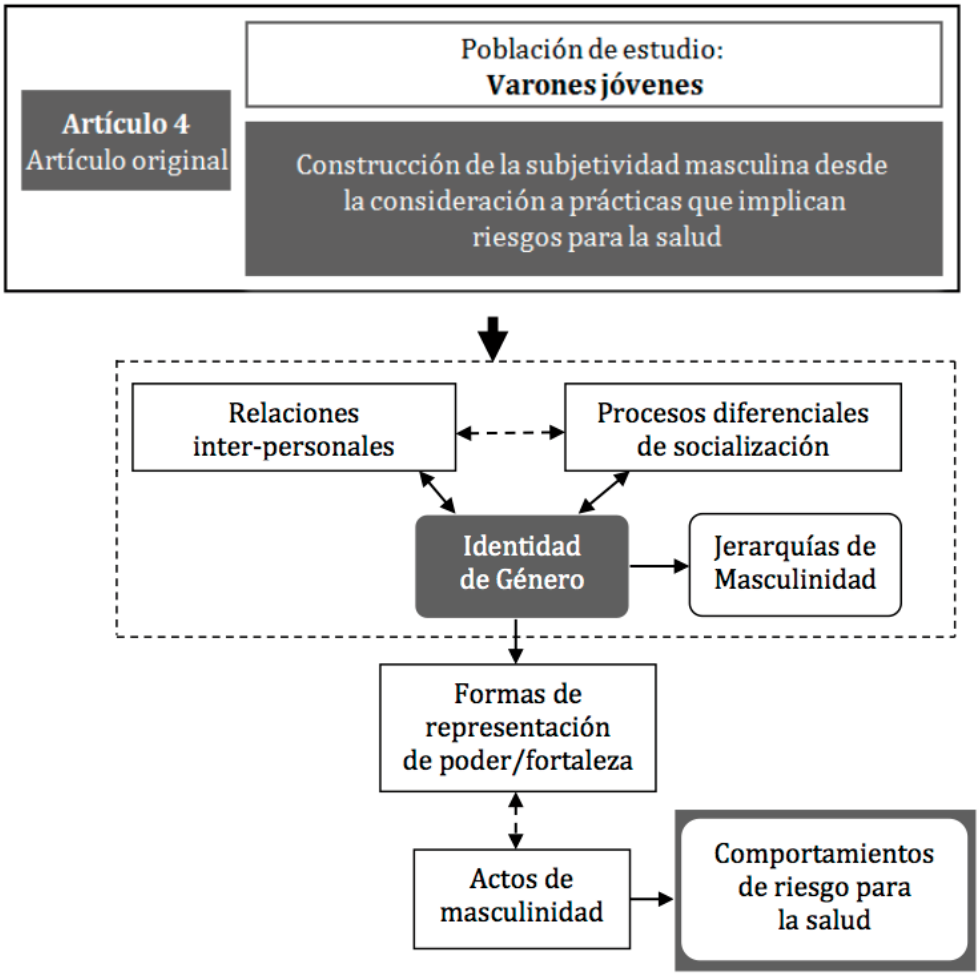
Los resultados subrayan que la identidad de los varones jóvenes tiene un importante componente performativo. Esto permite entender ciertas prácticas de riesgo como actos de masculinidad, los cuales actúan como formas de construcción de la subjetividad de género. Los resultados apuntan de forma particularmente manifiesta a aspectos imbricados a distintas formas de representación de poder y/o dominación entre los propios varones; destacando el papel de tres aspectos: la imagen corporal, las imprudencias viales y las actitudes violentas.

Nuestros resultados apuntan a que cuando los varones están interesados en mejorar su imagen corporal, existe la tendencia a poner el acento en el desarrollo muscular; considerado un elemento clave como símbolo de seducción, así como de representación de poder. Los resultados constatan que la insatisfacción dentro de este aspecto de la subjetividad de género está fuertemente asociada a la adopción de prácticas de riesgo para la salud.

Entre las prácticas identificadas a lo largo de este trabajo destaca la utilización de esteroides anabolizantes sin prescripción médica. Por otro lado, a la descripción del cuerpo masculino como herramienta para la acción y la representación de poder, contribuye la consideración a la fortaleza física y la agresividad como componentes de la esencia de la masculinidad. Desde esta perspectiva, la práctica físico-deportiva emerge como un elemento central en el análisis de las interacciones sociales que intervienen en la producción y el refuerzo de determinados valores asociados a la masculinidad; como el hecho de desarrollar actitudes de "dureza", "agresividad" o "control emocional".

A lo largo de este trabajo, los valores atribuidos a la masculinidad hegemónica adquieren especial significación cuando la violencia es asociada a la idea de supremacía y poder. Esto lleva a algunos participantes a conectar el uso agresivo de la fuerza con otra de las esencias atribuidas a la masculinidad: ser dominante y/o protector. Por otro lado, los riesgos asociados a la circulación vial son los más directamente relacionados con la salud por parte de los varones jóvenes consultados. Esto les lleva a definir los comportamientos de riesgo como algo "típicamente masculino", subrayando el valor performativo de cara al grupo de iguales.

Figura 9. Esquema-resumen: resultados artículo 4



6. Discusión

6.1. Discusión de los resultados

Esta tesis fue diseñada para explorar percepciones y conocimientos establecidos sobre cómo el sistema de género opera a lo largo del ciclo vital, identificando prácticas que generan vulnerabilidades y suponen riesgos potenciales para la salud. Concretamente, este trabajo se ha centrado en proporcionar un acercamiento a situaciones y prácticas cotidianas a través de las cuales las masculinidades son definidas y producidas.

Sobre la base de procedimientos metodológicos cualitativos, esta tesis aporta evidencias sobre cómo las construcciones y representaciones de la masculinidad se relacionan con procesos de salud/enfermedad dentro de nuestro actual contexto sociocultural. Los resultados de esta tesis invitan a pensar que los cambios en las estructuras de funcionamiento de una sociedad se pueden impulsar de forma más efectiva cuando la "visión científica" de una determinada realidad, parte del análisis que las personas realizan de sus propias circunstancias y condiciones de vida.

Desde el punto de vista de cómo son incorporadas (*embodied*) las diferencias y desigualdades de género en salud en las etapas adultas del ciclo vital, los resultados de esta tesis apuntan principalmente a dinámicas sociales que se establecen entre trabajo remunerado y vida

familiar. En el caso de los varones, el ámbito laboral se muestra como un espacio central en la representación de significados hegemónicos sobre la masculinidad. La asunción del papel de proveedores económicos principales de la unidad familiar condiciona la implicación dentro del ámbito reproductivo, lo que está conectado a su vez con valores y normas de género que influencian la exposición a determinados riesgos ocupacionales. Por tanto, se trata de un aspecto de orden social que parece condicionar el modo de afrontar y dar respuesta a situaciones cotidianas. Todo ello configura un universo generizado de expectativas, prioridades y prácticas, que también enmarcan las diferentes percepciones sobre el riesgo durante esta etapa del ciclo vital.

El menor acceso a servicios sanitarios preventivos y uso de medicamentos, o la mayor tendencia a practicar actividades físico-deportivas, son algunos aspectos considerados característicos de los varones según las personas participantes en el estudio. En el caso de los jóvenes, la relación entre masculinidad y salud es principalmente definida en torno a explicaciones comportamentales con un claro componente performativo. De esta manera, las acciones de imprudencia vial o las conductas violentas llegan a ser descritas como 'actos de masculinidad'. Sobre esta base se pone de manifiesto la existencia de 'jerarquías de masculinidad' asociadas a versiones idealizadas y/o consideradas dominantes. Del mismo modo, diferentes rasgos simbólicos sirven para definir las masculinidades en relación a la imagen corporal, pero muy especialmente, en torno a consideraciones sobre la sexualidad y el consumo de sustancias recreativas. Áreas en torno a las que se identifican los mayores cambios de valores y actitudes en los códigos de identidad de género. Transformaciones con implicaciones para la salud tanto de varones como de mujeres.

A continuación, se discuten aspectos surgidos de los resultados y que, en conjunto, contribuyen a situar el estudio de los varones y las masculinidades dentro de una perspectiva de género (en clave de salud pública). Los temas que se discuten subrayan distintas formas de "hacer género". Formas que generan nociones de masculinidad en el imaginario social que llevan a naturalizar determinados aspectos que influencian la salud, según el modo en que los varones conforman sus relaciones y orientan sus actuaciones. Esto refuerza la importancia de analizar las prácticas que contribuyen a instaurar significados hegemónicos de masculinidad en un determinado contexto; también implica considerar que dichos significados y prácticas están sujetos a cambios en el tiempo. Como forma de ordenar la discusión y facilitar la comprensión de la lógica interna de las relaciones establecidas entre los distintos temas, los puntos a tratar se enmarcan en los objetivos específicos de la tesis a los que se da respuesta en cada caso.

Género y percepción "diferencial" de riesgos para la salud: interacciones entre lo productivo y reproductivo

En las poblaciones adultas, la percepción de riesgos para la salud, en conexión con las dinámicas de género, se inscriben en torno a una fuerte fragmentación entre los ámbitos laboral y familiar. Estas dinámicas sociales inducen algunas explicaciones sobre las disparidades en salud de varones y mujeres, así como sobre los procesos en torno a los que se "materializan" las

desigualdades de género en nuestro contexto. Esto apunta a la estrecha relación existente entre el "género como estructura" y el "género como representación" (Hunt, 2007).

Los resultados de esta tesis subrayan que, entender los mecanismos y procesos sobre los que se asientan las desigualdades de género en salud, comienza por considerar el papel de las explicaciones de naturaleza biológica en los discursos sobre la construcción de las identidades de género. Dichas explicaciones, a modo de esquemas de predisposición, parecen actuar como catalizadoras de la asignación diferencial de funciones y responsabilidades subyacentes al sistema de género. Sin embargo, este "hecho biológico" no parece actuar únicamente como un material simbólico organizador de la vida social; también genera una dialéctica inversa en relación a los procesos de salud/enfermedad: los varones son menos vulnerables, al estar menos sujetos que las mujeres al ciclo biológico, pero al mismo tiempo, están menos capacitados para afrontar el dolor y la enfermedad.

Entre las mujeres y varones adultos participantes en el estudio, competitividad, agresividad y fortaleza son, al igual que en las personas jóvenes, las cualidades en mayor medida asociadas a la idea de masculinidad; sensibilidad y empatía, las más relacionadas con la feminidad. Sobre la base de estas características, no sólo se construyen a lo largo de esta tesis argumentos que justifican la forma diferencial de afrontar y dar respuesta a determinadas situaciones de la vida diaria; también están en la raíz de las dicotomías establecidas entre la esfera pública y privada. Entre otros aspectos, esto se evidencia en la idea conceptual de estatus social: mientras los varones lo vinculan casi exclusivamente a poder adquisitivo, las mujeres consultadas, en mayor medida, lo asocian a las posibilidades de tiempo de dedicación personal. En el caso de los varones adultos, la importancia concedida a la esfera pública está claramente conectada a ideas sobre un modelo de 'ser hombre' que subraya su papel como proveedores económicos principales de la unidad familiar. Aspecto claramente conectado a la percepción diferencial de riesgos entre varones y mujeres; elemento clave en la encarnación (*embodiment*) de las desigualdades sociales en salud dentro de nuestro contexto.

La literatura científica ha puesto de manifiesto la multiplicidad de aspectos que conectan el género con los estados diferenciales de salud de varones y mujeres (Kuhlmann y Annandale, 2012; Colomer, 2007). A lo largo de esta tesis, del análisis de los procesos de interacción en las poblaciones adultas emerge un modelo explicativo de las desigualdades de género en salud que, en conexión con la propuesta de Arber (1997), subraya al género como un sistema de ordenación social en el que la relación mercado laboral/ámbito reproductivo trasciende lo estructural.

Para la amplia mayoría de los varones adultos participantes en el estudio, la idea de pérdida de salud está centrada en la accidentalidad y exposición a riesgos dentro del ámbito laboral. Del mismo modo, únicamente se refieren a vulnerabilidad y riesgo psicológico en las situaciones de estrés financiero por la pérdida o falta de empleo. Esto apunta a uno de los temas de interés dentro del estudio de los varones y las masculinidades: las interacciones del sistema de género en las relaciones que se establecen entre la situación ocupacional y la salud mental. De la literatura científica se extraen diversas conexiones con interesantes aplicaciones para futuros estudios y líneas de actuación. Así por ejemplo, un estudio desarrollado en Cataluña puso de

manifiesto que el desempleo tenía un mayor impacto negativo sobre la salud mental de los varones que de las mujeres. En ellas, las responsabilidades familiares y, especialmente, la crianza de los hijos e hijas, moderaba el efecto perjudicial sobre la salud (Artazcoz *et al*., 2004b).

Nuestros resultados son una contribución a la idea de que los roles de género actúan en la forma en que se enfrentan los procesos de salud/enfermedad. Esto se advierte en una percepción establecida a lo largo de este trabajo: los varones, en mayor medida que las mujeres, tienden a canalizar sus problemas y frustraciones refugiándose en adicciones o ignorando la necesidad de tratamiento médico. Es por ello que la literatura advierte que los síntomas de depresión en los varones quedan con frecuencia sin ser diagnosticados (Emslie *et al*., 2006). Esto ha sido principalmente conectado a una hipótesis: el fracaso que para los varones supone reconocer problemas de salud mental contribuye a que sus tasas de suicidio sean significativamente más elevadas (Oliffe *et al*., 2012). Al hecho de que los varones se vean impulsados a no pedir ayuda, o a negar estados de malestar, por ser considerados "síntomas" de debilidad y vulnerabilidad, se añaden otros aspectos en relación a trastornos como la depresión: los criterios de diagnóstico se suelen polarizar hacia signos tradicionalmente "femeninos" de dicha enfermedad, tales como la expresión de tristeza o melancolía, en lugar de ira, insensibilidad emocional, abuso de sustancias o empobrecimiento de las relaciones interpersonales, a menudo síntomas más característicos en los casos de depresión de los varones (Oliffe y Phillips, 2008).

Los resultados de esta tesis también apuntan a las responsabilidades domésticas como un elemento clave a la hora de conceptualizar la percepción diferencial de riesgos para la salud. De hecho, la mayoría de los varones adultos consultados no aluden a los riesgos y daños psicosomáticos que se derivan de dichas responsabilidades dentro del ámbito familiar.

En la actualidad, las responsabilidades domésticas siguen recayendo en menor medida sobre los varones (Lewis, 2008). España presenta la sexta mayor brecha de género entre los países miembros de la OCDE en lo que respecta a la división entre trabajo remunerado y no remunerado; con menos de la mitad de horas de dedicación diaria al trabajo doméstico por parte de los varones en comparación con las mujeres (OCDE, 2011). A ello hay que sumar, el menor protagonismo de los varones en el cuidado informal y la atención a las situaciones de dependencia, constituido en los últimos años en uno de los más importantes debates en torno a las políticas de bienestar social en nuestro país (García-Calvente y del Río, 2012b; Covas, 2009).

El cuidado informal es una de las áreas clave en el estudio de las desigualdades de género en salud (Arber y Venn, 2011; Hirst, 2005; Pinquart y Sorensen, 2003). Área frecuentemente inscrita en un debate más amplio: el análisis de los beneficios y problemas de salud que genera la compatibilidad de la vida laboral y familiar (Backhans *et al*., 2007; Krantz *et al*., 2005; Artazcoz *et al*., 2001). De hecho, en relación a este aspecto, algunos varones adultos consultados en esta tesis manifiestan explícitamente no entender el interés de las mujeres por acceder al mercado laboral, reconociendo la sobrecarga y las repercusiones para la salud que ello supone.

Las mujeres adultas con trabajo remunerado participantes en el estudio, hacen hincapié en las tensiones generadas por el cumplimiento de su rol de género. Sin embargo, los resultados, en línea con otros estudios, apuntan a un apoyo mayoritario a la "hipótesis de la expansión"

(Lahelma *et al*., 2002). La sensación de independencia económica difumina las consideraciones negativas asociadas a la percepción de sobrecarga por las dificultades para la compatibilidad de roles. En el contexto en el que se inscribe este trabajo, la importancia concedida a dicha autonomía económica por parte de las mujeres, podría considerarse un indicador resultante de los cambios sociales asimétricos acaecidos en España durante las últimas décadas (Salido y Moreno, 2007; Sánchez y Hall, 1999). De dichos cambios se derivan, en consonancia con las tesis de England (2010), políticas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral en las que las mujeres se han visto incentivadas para la incorporación a espacios tradicionalmente "masculinos", al tiempo que los varones no han tenido los mismos incentivos para tomar parte en las tareas tradicionalmente "femeninas".

Junto a la necesidad de incorporar a los varones a las tareas de cuidado (Hirst, 2005; Navaie-Waliser *et al*., 2002), la literatura científica ha puesto recientemente el foco de atención en el estudio de la implicación paterna con los hijos e hijas (Plantin *et al*., 2011; Dolan y Coe, 2011); líneas de investigación que también están teniendo un progresivo desarrollo dentro de nuestro contexto (Maroto Navarro *et al*., 2013; Rodríguez, 2009; Alberdi y Escario, 2007). Esto no supone dejar de considerar el papel central que las mujeres siguen teniendo en la salud de la familia y, en general, la persistencia de brechas de género en lo que a desigualdades se refiere. Más bien, subraya la importancia de implementar políticas capaces de generar cambios positivos en las relaciones de género. Algo que, en los últimos años, ha empezado a verse reflejado en la mayor aplicación de la perspectiva de género en el abordaje de actuaciones para involucrar a los varones en programas de equidad en salud (EIGE, 2012; Baker *et al*., 2001; Bonino, 2001), mejorar la promoción de la salud de los propios varones (Smith *et al*., 2010) o considerar las implicaciones de la alfabetización en salud en los procesos de construcción de las masculinidades (Peerson y Saunders, 2011).

Todo esto pone de manifiesto que, aunque las relaciones de género están cambiando, resulta esencial considerar la forma en que distintos aspectos influencian las formas de vivir la masculinidad, tanto en las creencias en salud como en las prácticas que se adoptan. Aspectos que aún han sido escasamente abordados en nuestro contexto.

Reafirmando *versus* desafiando normas hegemónicas de masculinidad: el papel de la sexualidad y el consumo recreativo de sustancias

En los varones jóvenes consultados, los discursos sobre la percepción de riesgos para la salud sirven para identificar ideas y experiencias para redefinir o reafirmar un determinado modelo de masculinidad. Destacan dos aspectos: por un lado, el papel jugado por el consumo recreativo de sustancias; por el otro, el ámbito de lo afectivo-sexual. En ambos casos, las conexiones con la idea de feminidad son manifiestas.

A lo largo de este trabajo, expresiones como "los hombres somos más viciosos", muestran la creencia de que el consumo de drogas es un terreno especialmente masculino. A la hora de conectar dicho consumo de sustancias psicoactivas a los procesos de construcción de la identidad

de género, el alcohol emerge como un elemento clave. El consumo intensivo de alcohol se inscribe en narrativas de "hasta que el cuerpo aguante". Actitudes y conductas fundamentalmente conectadas al sentido de pertenencia con el grupo de iguales. Por otro lado, para la amplia mayoría de los varones consultados en esta investigación, las chicas están llevando a cabo un proceso de "masculinización" en el consumo de alcohol. De hecho, de los resultados aflora un modelo de feminidad caracterizado por la realización de prácticas asociadas a lo tradicionalmente descrito como masculino. Chicas en las que el consumo de alcohol (y de otras sustancias recreativas) es considerado una forma de empoderamiento para dejar de actuar como sujetos pasivos en lo afectivo-sexual. En torno a estos elementos de conflicto de género se identifican los principales discursos de (re)afirmación y (re)definición de las identidades masculinas.

El alcohol ha sido descrito en la bibliografía como un destacado "símbolo de género" (Eriksen, 1999). La relación entre alcohol e identidad de género es especialmente manifiesta en relación a los varones (de Visser y McDonnell, 2012). Sin embargo, el que la literatura científica reciente haya dado un nuevo impulso a la idea de ir más allá de enfoques binarios de género, ha permitido centrar más la atención en la diversidad de experiencias que confluyen en torno al consumo de alcohol, subrayando las distintas masculinidades asociadas a los estilos de consumo (Mullen *et al*., 2007). Aunque los resultados de esta tesis apuntan en esta misma línea, los hallazgos subrayan de forma especial la funcionalidad inversa del alcohol en la construcción de las identidades de género.

Nuestros resultados, en consonancia con otros estudios, apuntan a que la participación activa de las mujeres en la producción de sus propias identidades, contribuye a crear versiones de feminidad cómplices con, en lugar de subordinadas a, los varones (Lyons y Willott, 2008). Desde esta perspectiva, el mayor consumo de sustancias de las jóvenes de la generación actual, podría interpretarse como una estrategia para reducir las diferencias de género, introduciendo cambios en las interacciones sociales (Deutsch, 2007). Cambios de orden relacional a través de los cuales se desafían las nociones tradiciones de masculinidad y feminidad (Romo-Avilés *et al*., 2014; Measham, 2008). De esta manera, la apropiación por parte de las mujeres de comportamientos tradicionalmente vinculados a los varones puede considerarse una prueba de la reducción de la brecha de desigualdad de género. Desde este punto de vista, la dicotomía "hacer/deshacer género" implicaría la realización de prácticas que, mientras para unas personas tienen el significado de perpetuar valores, normas y creencias en torno a una determinada identidad de género, para otras, constituye la base para transgredirlas. Es el caso de las chicas que describen adoptar patrones "masculinizados" de consumo, pero también de los chicos que expresan un cambio de visión respecto a aspectos como la embriaguez y, en general, el rechazo a definir su masculinidad en torno a la adopción de riesgos. Esto indica que las conductas que se relacionan con la salud resultan claves a la hora de definir las identidades de género, pudiendo ser utilizadas tanto para reforzar como para resistir los códigos sociales normativos (Courtenay, 2000). Los resultados de esta tesis señalan que dicha funcionalidad diferencial de género, además de en relación al consumo de sustancias psicoactivas, también se da en relación a la sexualidad.

La sexualidad es considerada por las mujeres y varones jóvenes consultados una parcela de vital importancia en la construcción y representación de la identidad de género. La literatura científica ha descrito cómo el comportamiento sexual de las personas está fuertemente influen-

ciado por las expectativas en torno a lo que se considera apropiado para cada sexo (Stombler *et al*., 2010; Marston y Kins, 2006). Los resultados de la tesis apuntan a que la idea hegemónica de masculinidad es descrita en torno a dos percepciones ampliamente establecidas. Por un lado, la menor necesidad de implicación emocional. Por el otro, el mayor interés por las relaciones sexuales esporádicas.

A la hora de explicar el comportamiento general de los varones en lo afectivo-sexual, los resultados apuntan a dos líneas discursivas diferenciadas. Mientras unos recurren a explicaciones de naturaleza biológica, otros subrayan la influencia de aspectos de orden social-cultural. Un elemento central de dicha dicotomía es la consideración del deseo sexual. De esta manera, quienes expresan que la libido es mayor en los varones, utilizan de forma recurrente términos como "instinto", "esencia" o "naturaleza". Para otros jóvenes consultados, por el contrario, si está extendida la creencia sobre el mayor deseo sexual de los varones es porque está normalizado que lo muestren más abiertamente.

En la línea descrita por otros estudios, los resultados de esta tesis apuntan al significativo papel atribuido a la heterosexualidad en la construcción de las masculinidades, así como a la importancia de dejar constancia de dicha orientación sexual a través de actos de cara al grupo de iguales (Richardson, 2010). Del mismo modo, la investigación ha subrayado la influencia de que los varones hayan sido representados como activos y dominantes tanto en distintas disciplinas académicas como en la cultura popular (Harris, 2006; Marston y King, 2006; Foucault, 1991). Esto ha llevado a que comportamientos como la promiscuidad sexual, hayan sido considerados una cuestión de predisposición biológica (Phillips, 2006). En este sentido, aunque nuestros resultados apuntan hacia la creencia de que los varones viven su sexualidad de una forma "más genital", con menor necesidad de implicación emocional, algunos discursos ponen claramente de manifiesto que, en ocasiones, se ven impulsados a emitir señales de predisposición a mantener relaciones; no sólo por ser considerado un signo de hombría, sino también por ser lo que se espera de ellos. A esto se añade una cuestión también descrita en la literatura científica: cuando mantener relaciones sin protección llega a considerarse una expresión de virilidad (Kimmel, 2012; Robertson, 2006). Aspecto que puede jugar un importante papel en la configuración de las relaciones de poder durante los procesos de negociación de las relaciones sexuales (Lowe, 2005).

Esta tesis subraya la necesidad de considerar diversas formas de caracterizar la masculinidad en relación al ámbito afectivo-sexual. Mientras algunos participantes se distancian de la idea de "heterosexualidad depredadora", otros contribuyen a reforzarla. Del mismo modo, algunas chicas participantes en el estudio se refieren explícitamente a varones jóvenes con nuevas formas de concebir su masculinidad. Varones a los que no les supone un problema dejar que una chica lleve la iniciativa, que comparten la responsabilidad de usar el preservativo, e incluso, que demandan su uso. Sea como fuere, el debate sobre la utilización o no de preservativo emerge en nuestros resultados principalmente vinculado a la distinción entre pareja estable u ocasional. Las creencias y valores en torno a esta distinción constituyen un aspecto de interés a la hora de formular concepciones sobre la masculinidad.

Algunos estudios han puesto de manifiesto la importancia del cumplimiento de las expectativas/deseos en relación al uso del preservativo. En el caso de Tschann *et al*. (2002), son los varones y mujeres que tienen un menor deseo o necesidad de intimidad emocional los que tienen mayores probabilidades de terminar imponiendo su criterio en los procesos de negociación. Esta consideración es, en parte, coincidente con nuestros resultados. Lo que estos autores describen como menor necesidad de implicación emocional, es una de las características clave que en esta tesis se han definido para la "nueva mujer". Mujeres jóvenes que, como se expresaba anteriormente, además admiten el uso de sustancias psicoactivas como forma de empoderamiento y desinhibición para llevar la iniciativa. Se trata de un aspecto a analizar de forma más exhaustiva en futuros estudios dentro de nuestro contexto. No sólo por el hecho de que sean estas chicas las que se auto-perciben en una posición dominante en los procesos de negociación, sino también por cómo dichas dinámicas interpersonales influencian el modo en que los varones reafirman o redefinen su ideal de masculinidad.

Por otra parte, las chicas que a la luz de los resultados son incluidas dentro del "modelo tradicional" de feminidad, se muestran más partidarias de dejar la iniciativa a los chicos, así como de mantener relaciones con parejas estables. El sentimiento de amor y confianza con la pareja se identifica como la principal razón para la aceptación de riesgos. Desde esta perspectiva, es la asunción de la pasividad como una cualidad de la "feminidad apropiada", lo que puede estar induciendo a algunas jóvenes, paradójicamente, a llevar a cabo conductas sexuales de riesgo para satisfacer los deseos de la pareja (Ryan, 2000). Estudios llevados a cabo en España, y en otros contextos afines, han mostrado que el riesgo de contraer una ITS se relaciona, entre otros factores, con el tipo de relación afectiva que se tiene con la pareja sexual (Ferguson *et al*., 2004; Rodríguez San Julián, 2003; Lameiras y Failde, 1997; Holland *et al*., 1992). Este fue uno de los aspectos destacados por Cochran y Maysn (1990), quienes pusieron en evidencia que la implicación afectiva con la otra persona, definida como pareja estable, solía llevar consigo la percepción de ausencia de riesgo. En España, según sugieren algunas autoras y autores, lo que sucede es que la categoría "pareja estable" suele ser aplicada con facilidad por parte de las personas jóvenes. Aunque haya parejas consecutivas, en cada momento son consideradas estables, siguiendo patrones de "monogamia seriada" (Lucas-Marín, 2010; Bayés *et al*., 1996).

La masculinidad como *performance* y sus riesgos para la salud

Los resultados de esta tesis ponen de manifiesto que la identidad de género de los varones se relaciona de múltiples formas con la salud. Junto a consideraciones sobre las experiencias socializadoras diferenciadas de varones y mujeres, los resultados apuntan especialmente a aspectos imbricados a formas de representación de poder entre los propios varones. Los discursos subrayan el papel de tres aspectos: la imagen corporal, las imprudencias viales y las actitudes violentas.

Imagen corporal: activo simbólico de representación social de masculinidad

Esta tesis muestra que la preocupación por la imagen corporal es un fenómeno creciente entre los varones jóvenes. Las alusiones a la depilación son una prueba de ello. Aunque se considera una práctica estética aún minoritaria, los discursos denotan que cada vez está más incorporada al ideario de las masculinidades contemporáneas. A lo largo del estudio también se identifican prácticas consideradas menos normalizadas, caso de la utilización de maquillaje por parte de algunos varones. El análisis indica que dicha práctica es únicamente aceptada como masculina cuando es utilizada con el objeto de aumentar las posibilidades de conquista de chicas. En este sentido, la conexión con la heteronormatividad actúa como "factor protector" del ideal de masculinidad. Sea como fuere, cuando los varones están interesados en mejorar su imagen corporal, tienden a centrarse principalmente en el desarrollo muscular. La musculatura es considerada un elemento de gran significación para la subjetividad masculina. Los participantes en el estudio llegan a describirla no sólo como un elemento de representación de poder y fortaleza, sino también como un símbolo de seducción. Esto es directamente relacionado con la percepción de un uso cada vez más generalizado de ayudas ergogénicas nutricionales, especialmente de suplementos a base de proteínas y aminoácidos. Los discursos de las personas participantes en la investigación también indican que, en ocasiones, se recurre a agentes hormonales como los esteroides anabolizantes.

Aunque ha sido especialmente estudiada en mujeres, la literatura subraya que la autoconfianza está fuertemente condicionada por la imagen corporal con independencia del sexo (Harter, 2006); y es considerada por ello un importante "predictor" de bienestar psicológico (Tager *et al*., 2006). En el caso de los varones jóvenes, los estudios apuntan a que dicha satisfacción con la imagen corporal está íntimamente asociada a su capacidad de agencia sexual (McCabe y Ricciardelli, 2004). Nuestra tesis apunta a que el análisis de la imagen corporal en los varones tiene distintas conexiones teóricas. Tratar de explicarlas ha llevado tradicionalmente a la teoría de la comparación social de Festinger (1954) o la teoría sociocultural de Vygotsky (1978). Sin embargo, cuando el análisis de la imagen corporal se ha centrado propiamente en los varones, raramente se ha hecho desde un enfoque performativo sobre la identidad de género. Siguiendo esta línea teórica, tampoco hay que olvidar que, en relación a lo discursivo, los postulados post-estructuralistas sostienen que los actos performativos son declaraciones que tienen la capacidad de producir lo que dicen (Butler, 2004). Aunque sin partir de estos supuestos epistemológicos, la literatura científica se ha hecho eco del potencial impacto en los estados de insatisfacción corporal de los varones de la exposición a mensajes e imágenes idealizadas a través de los medios de comunicación (Bartlett *et al*., 2008; Tiggemann, 2005; Stibbe, 2004). Si bien nuestros resultados describen el papel de los medios de comunicación, el acento se pone, en mayor medida, en el carácter "representacional" del cuerpo. La comparación con quienes son calificados como triunfadores en los procesos de seducción y conquista, convierte a la musculatura en un activo en la adquisición de prestigio dentro del grupo de iguales.

La insatisfacción con este aspecto de la subjetividad de género está fuertemente asociada a la aparición de comportamientos de riesgo para la salud (Perry y Pauletti, 2011; Martínez-Benlloch, 2001). Los resultados de la tesis ponen el foco de atención en el consumo de aminoácidos como la L-carnitina, pero especialmente en los suplementos a base de proteínas. Consumo

que, en cantidades superiores a las recomendadas, puede llegar a ser muy perjudicial cuando el organismo no es capaz de eliminar los excesos de nitrógeno (Williams, 2005). A lo largo de esta investigación, el uso de esteroides anabolizantes también se ha identificado como una fórmula para adquirir el desarrollo muscular deseado. Se trata de sustancias diseñadas para imitar los efectos de la testosterona, y que, administrada sin control médico, pueden tener graves consecuencias para el sistema reproductor y entrañar riesgos coronarios (Adis International, 2005), esto último, debido a la disminución de las lipoproteínas de alta densidad y el incremento de la presión sanguínea que su consumo supone (Özdemir y Gültürk, 2008). De forma paralela, la literatura científica ha descrito cómo la dificultad de acceso legal a sustancias como los esteroides anabolizantes, los cuales requieren de prescripción médica, puede llevar a la utilización del mercado negro, donde son adquiridos sin garantías sanitarias (Soulliere y Blair, 2006; Choi *et al*., 2002). Se trata de un tema que dentro del ámbito de la salud pública aún no ha sido suficientemente abordado en España.

Demostraciones de estoicismo y conductas violentas como arrebatos de virilidad

A lo largo de este trabajo, las manifestaciones de fortaleza física y agresividad son asociadas principalmente a los varones. Esto es conectado, en primer lugar, con la idea del cuerpo masculino como una herramienta para la acción y la representación de poder. Según nuestros resultados, algunos de los aspectos que están en la base de los comportamientos y actitudes que ponen en riesgo la salud de los varones se relacionan con la forma en que son socializados desde edades tempranas. El deporte parece jugar un papel central en la transmisión de dichos valores, por lo que se muestra como un espacio privilegiado para el análisis de las interacciones sociales que intervienen en la producción y el refuerzo de códigos simbólicos asociados a la masculinidad.

Sin cuestionar los beneficios físicos y psicológicos de la actividad física, los varones consultados coinciden en caracterizar la práctica deportiva como un espacio competitivo donde poner de manifiesto actitudes de “dureza”, “agresividad” y “control del dolor físico”. Estos son, junto al control emocional, algunos de los aspectos sobre los que la investigación ha puesto un mayor énfasis al caracterizar la relación entre deporte y virilidad (Robertson, 2003; Messner, 1992). Desde este punto de vista, la actividad físico-deportiva no sólo adquiere interés para el análisis de las relaciones de poder que se establecen entre los varones, sino también por su papel como acto performativo en la socialización “generizada” de los sexos. Nuestros resultados subrayan este aspecto. De hecho, apuntan a la socialización como principal factor explicativo de una percepción ampliamente establecida: los varones hacen más actividad físico-deportiva que las mujeres. Esta idea, descrita en la literatura científica sobre las masculinidades (Evans *et al*., 2011), ha llevado también a un creciente interés dentro de la investigación epidemiológica por los factores que subyacen a este hecho en las personas jóvenes (Jago, 2011).

Según los resultados de esta tesis, las muestras de resistencia, dureza y control emocional, desarrolladas en buena medida a través de juegos competitivos basados en el rendimiento físico, son rasgos cuyo análisis latente determina otro tipo de implicaciones para la salud. Especialmente recurrentes resultan las consideraciones hacia las diferencias de género en el

afrontamiento de los procesos de salud/enfermedad. Así por ejemplo, las actitudes de reticencia hacia el uso de medicamentos y de utilización de la consulta médica se describen, a lo largo de esta investigación, como conductas tradicionalmente inscritas en las ideologías masculinas, en conexión con los ideales de fortaleza física y emocional. En este sentido, la mayoría de los varones consultados aluden a acudir al médico "sólo cuando es realmente necesario". Actitud que, en algunos casos, les lleva a considerarse a sí mismos usuarios más responsables en la utilización de los servicios sanitarios.

La consideración de los valores atribuidos a la idea hegemónica de masculinidad adquiere especial significación cuando la violencia queda asociada a la idea de supremacía y poder. Dentro de esta tesis, la forma más reportada de violencia es la que se establece entre los propios varones, descrita fundamentalmente como una fórmula de demostración de superioridad y logro de respeto; en conexión con el ideal de ser dominante y/o protector, consideradas las cualidades esencia de la masculinidad.

La investigación socio-antropológica ha descrito cómo el ideario de masculinidad tiene en muchos grupos humanos un impacto significativo en la propensión hacia la violencia, siendo mayor en aquellas sociedades donde el machismo, la represión de sentimientos, la negación del dolor y del miedo son rasgos definitorios de su masculinidad (Harris, 2006; Bourdieu, 2000; Gilmore, 1991). Son elementos que, en conexión con la idea de patriarcado, han sido utilizados para explicar las mayores tasas de mortalidad de los varones (Stanistreet *et al*., 2005).

Todos los jóvenes participantes en este trabajo declaran haber presenciado una pelea entre varones o haber estado implicados directamente en ella. En la misma línea descrita por otros estudios, las consideraciones hacia las conductas violentas emergen principalmente asociadas a situaciones mediadas por el consumo de alcohol (Bellis *et al.*, 2008; Rolfe *et al*., 2006). Por otro lado, cabe destacar que, si bien la implicación de dos varones en una disputa violenta es en muchos casos interpretada como una conducta "normal", cuyo grado de justificación depende de las circunstancias que dan origen a la situación, la agresión hacia una mujer es mayoritariamente considerada un abuso por parte del varón. Se trata de un tema de gran interés que requeriría un abordaje en mayor profundidad atendiendo a las poblaciones más jóvenes. La propia Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, constituida en un referente legislativo sobre el abordaje de la violencia de género en la política sanitaria en España, asume que las raíces de este tipo de violencia están imbricadas en la propia sociedad; en la transmisión intergeneracional de valores acerca del sentido de supremacía masculino (Gobierno de España, 2004). Esto sugiere que lo que debería ser cuestionado en primera instancia es el conjunto de actitudes, creencias y prejuicios que legitiman la subordinación de las mujeres y el uso de la violencia por parte de los varones como recurso para mantener "el orden de género" (Lorente-Acosta, 2006).

Masculinidad y riesgo: elementos para la comprensión de la siniestralidad vial

A lo largo de esta tesis, los riesgos asociados a la conducción son los más directamente relacionados con la salud de los varones. "Precaución" es un término ampliamente utilizado para definir las actitudes de las mujeres en este ámbito. Exceder los límites de velocidad, conducir bajo los efectos del alcohol o, en el caso de las motocicletas, sin casco o mostrando habilidades como circular con una sola rueda, son considerados comportamientos "típicamente masculinos".

El análisis de la accidentalidad vial desde una perspectiva de género ha ido recibiendo una atención creciente. Las estadísticas muestran que el mayor riesgo potencial corresponde a los varones jóvenes (Meneses-Falcón *et al*., 2010; Aarts y Van Schagen, 2006; Begg y Langley, 2001). La identificación con atributos tradicionales de género es uno de los argumentos más sólidos puestos de manifiesto en la investigación a la hora de explicar la asunción de riesgos por parte de los varones en relación a la conducta vial (Schmid-Mast *et al*., 2008; Courtenay, 2000). En el caso concreto de los jóvenes, los resultados inciden en el valor performativo de cara al grupo de iguales. Actos de masculinidad que tienden a perder progresivamente relevancia a medida que van cumpliendo la función de facilitar el conocimiento de pertenencia a un grupo (Tobin *et al*., 2010). Esto subraya que, en vez de ser analizado meramente como un rasgo atributivo, el riesgo debe ser tratado como un aspecto de la identidad de género marcado por un componente relacional (Scott-Samuel *et al*., 2009a). Se trata de un argumento que conecta con algunas hipótesis clásicas de la teoría cultural, representadas en las ideas sobre la "seguridad ontológica" de Giddens, el "habitus" de Bourdieu o la "socialización" según Berger (Tansey y O'Riordan, 1999). En cualquier caso, que los varones de todas las edades sean conductores más imprudentes y presenten mayores tasas de accidentalidad y mortalidad (OECD, 2006), también lleva inevitablemente a explicaciones sobre la baja percepción del riesgo. En este sentido, esta tesis contiene elementos que apoyan que dicha percepción del riesgo está impregnada por un sentido de "inmunidad subjetiva", descrito por Mary Douglas (1996) como la tendencia a minimizar los peligros considerados poco comunes o de baja probabilidad.

6.2. Comentarios finales

En esta tesis se ha desarrollado una aproximación al estudio de los varones y las masculinidades desde una perspectiva de género en salud. Los resultados que han sido discutidos introducen elementos para el debate que suponen una aportación novedosa a esta línea de investigación dentro de nuestro contexto.

Esta investigación plantea la necesidad de un cambio de unidad de análisis, desde el individuo a las relaciones, situaciones e interacciones sociales en la comprensión de los comportamientos de riesgo. También supone la consideración del riesgo como un elemento transversal a la construcción de las identidades de género. Desde esta perspectiva, los resultados plantean cuestiones de interés sobre la reafirmación y redefinición de las identidades masculinas a raíz de la ampliación de los "códigos normativos de lo femenino".

Los resultados de esta tesis son una contribución a la idea del género como una entidad construida y definida, en buena medida, a través de la "acción colectiva". Esto refuerza la importancia de las representaciones sociales en la esfera pública en la conformación de las masculinidades. En el caso de los varones jóvenes, permite entender los actos de masculinidad como una forma de desarrollo de la subjetividad de género. Se trata de una perspectiva que, a lo largo de esta tesis, ha proporciona un marco útil para el análisis de la influencia del género en la salud.

La consideración conjunta de "performatividad" y "práctica" refuerza la conveniencia de profundizar en la forma en que los actos cotidianos son generizados. Este enfoque analítico también puede contribuir a entender mejor la manera en que los varones hacen género; incluyendo aquellos comportamientos llevados a cabo como forma de enfrentar patrones identitarios tradicionales. Asumir que la identidad de los varones tiene un importante componente performativo, implica que para algunos, mostrar ciertas características asociadas a identidades hegemónicas puede constituirse en sí mismo en un reto. Se trata de un aspecto que, en primera instancia, tiene implicaciones para la salud de aquellos varones con "formas negativas" de entender su masculinidad.

Los resultados de esta tesis pueden considerarse una contribución a aquellas perspectivas que critican la clasificación de los varones como la suma de sus comportamientos individuales, en vez de analizarlos como individuos inscritos en un conjunto de relaciones sociales. Desde esta perspectiva, las masculinidades deberían ser entendidas como identidades complejas, pudiendo ser las diferencias entre los propios varones tanto o más significativas que aquellas que se establecen entre varones y mujeres.

6.3. Fortalezas y limitaciones de la tesis

Esta tesis implica la consideración a ciertas fortalezas y limitaciones.

Fortalezas

Entender la salud como un complejo conjunto de fuerzas que se entrelazan, y la realidad cotidiana en sí misma como un sistema en el que el género es un eje fundamental sobre el que se asientan las identidades intersubjetivas, llevó a un proceso de adecuación metodológica de cada uno de los procedimientos cualitativos empleados. Es por ello que se considera una fortaleza que el enfoque epistemológico del conjunto de artículos que conforman esta tesis estén enfocados a "lo experiencial".

Como consecuencia de lo mencionado con anterioridad, esta tesis se ha desarrollado en torno a estudios complementarios de naturaleza metodológica cualitativa, singulares respecto a diseño, empleo de técnicas de recogida de información y procedimientos de análisis. Esto ha dado como resultado dos aspectos clave. Por un lado, un mejor entendimiento de cómo los procesos de salud/enfermedad, así como la exposición a determinados factores de riesgo, se

inscriben en un entorno relacional. Por el otro, una aproximación más holística a los varones desde una perspectiva de género en salud, proporcionado ideas desde las que explicar ciertos patrones de morbilidad diferencial dentro de nuestro contexto.

Por último, aunque los artículos fueran publicados siguiendo un orden cronológico distinto al de la lógica interna aplicada a la hora de presentar los resultados de esta tesis (véase figura 1), consideramos que esto ha facilitado la comprensión, tanto de aspectos generales sobre el enfoque epistemológico-metodológico que ha guiado el diseño, como cuestiones más específicas desde las que entender el papel de los riesgos para la salud en la construcción de las subjetividades masculinas.

Limitaciones

Los artículos que forman parte de esta tesis presentan algunas limitaciones. Se hace referencia a algunas de las consideradas más significativas, especialmente en relación a distintos aspectos de carácter metodológico.

El primer artículo, publicado en *Feminismo/s*, está orientado a presentar las líneas generales del enfoque epistemológico de la tesis. Sin embargo, determinadas cuestiones editoriales para este tipo de artículos, obligaron a restringir la propuesta teórica del enfoque presentado. El hecho de centrarlo de forma general en el estudio de las normas de género a través de las relaciones interpersonales, llevó a poner el acento en la consideración al enfoque "hacer género". De esta manera, no se abordó de forma explícita la acción en sentido performativo, que emergió de los resultados con una implicación de gran interés a la hora de analizar las masculinidades.

En el segundo artículo, publicado en *Social Science & Medicine*, el universo muestral se centró en edades adultas. Esto se definió como forma de explorar el sistema de género atendiendo a personas en las que los roles productivo y reproductivo estuvieran más claramente definidos. Sin embargo, la investigación se circunscribió al ámbito urbano de una única ciudad. Aunque se considerada una limitación, esto permite plantear para el futuro nuevos interrogantes dentro de esta línea de investigación. De esta manera, hacer extensible el trabajo de campo a otras localizaciones, como el medio rural o ciudades medias de interior, e incluir a colectivos pertenecientes a minorías étnicas o a grupos de edad más jóvenes, permitiría extraer más evidencias de la influencia en la salud de distintas formas de entender la masculinidad, así como de la interacción del género con otros ejes de desigualdad.

En el caso del artículo publicado en *Sexualities*, el tercero dentro del conjunto de esta tesis, existieron limitaciones presupuestarias para profundizar en algunos aspectos de interés que habían emergido tras las primeras fases de análisis. Así por ejemplo, hubiera resultado pertinente haber realizado un mayor número de entrevistas en profundidad para contrastar trayectorias y percepciones sobre determinadas prácticas sexuales. En concreto, hubiera resultado pertinente explorar con más determinación las diferencias de poder que se establecen durante los procesos de negociación afectivo-sexuales, especialmente sobre los mecanismos que entran en juego en varones que mantenían relaciones con chicas de menor edad.

Finalmente, en lo que respecta al último artículo presentado como parte de esta tesis, el publicado en *Global Health Action*, se pueden apuntar algunas limitaciones en lo concerniente al acceso a determinados perfiles informantes. Concretamente, en relación a varones con una orientación no-heterosexual declarada. El escaso resultado de las estrategias de reclutamiento adoptadas, plantea como reto futuro el abordaje de este colectivo de personas en investigaciones centradas en el estudio de los varones desde una perspectiva de género dentro de nuestro contexto. Ello permitiría profundizar en las normas y discursos hegemónicos sobre las masculinidades en el momento actual, así como el modo en que dichas concepciones se relacionan con la salud/enfermedad y los procesos de ruptura de la heteronormatividad se articulan con otros ejes de diferenciación social.

7. Conclusiones

1. Los resultados subrayan la pertinencia de potenciar el desarrollo de marcos explicativos sobre la salud de los varones capaces de ir más allá de enfoques limitados a nivel individual. Esto implica, considerar las prácticas que ponen en riesgo la salud dentro del contexto social y las circunstancias en las que las identidades de género son producidas.

2. Durante la edad adulta, la asunción de determinados significados y valores atribuidos a la idea de masculinidad, relativos a las representaciones de fortaleza e invulnerabilidad, se manifiestan en conductas como el menor acceso a servicios sanitarios preventivos y uso de medicamentos, o la mayor tendencia a realizar actividades físico-deportivas.

3. En la etapa adulta, la capacidad de asumir el rol de proveedor económico de la familia se considera una manifestación clave de hombría. Desde esta perspectiva, los resultados de esta tesis apuntan al género como un determinante para la salud de los varones en un doble sentido. Por un lado, en los procesos de deterioro de la salud física por la exposición a ciertas condiciones de trabajo. Por el otro, predisponiendo a trastornos psicológicos por la falta o pérdida de empleo. Procesos de salud/enfermedad imbricados al sistema de género a través de la fragmentación entre los ámbitos productivo y reproductivo.

4. El impacto sobre la salud de tener que compatibilizar el empleo remunerado con las responsabilidades de atención y organización de la vida familiar, resultan fundamentales para entender uno de los ejes centrales de las desigualdades de género en salud en nuestro contexto. Esto pone de manifiesto que algunos de los procesos de salud/enfermedad de varones y mujeres están conectados, por cuanto la forma en que se desarrollan las relaciones interpersonales se refleja en las limitaciones y oportunidades de salud de ambos sexos.

5. Los resultados enfatizan la importancia de los aspectos comportamentales a la hora de analizar los significados que los varones atribuyen a su masculinidad. Esta dimensión adquiere especial significación durante la adolescencia y juventud, tendiendo a perder peso en favor de los determinantes socio-estructurales a medida que se avanza en el ciclo vital.

6. Durante las edades jóvenes, la relación entre masculinidad y salud está fundamentalmente definida en torno a prácticas colectivas. Durante esta etapa, la idea subjetiva de masculinidad parece actuar como una identidad social que debe ganarse, en buena medida, mediante prácticas que implican riesgos para la salud. La no adopción de dichas prácticas introduce elementos de ruptura dentro de las identidades masculinas consideradas hegemónicas.

7. Los resultados ponen en evidencia que los cambios socio-culturales en las masculinidades están principalmente asociados a transformaciones en los códigos normativos de las feminidades. Los hallazgos subrayan el significativo papel que en dichos procesos adquiere el análisis de los usos y abusos de sustancias recreativas por parte de las chicas jóvenes, en conexión con la sexualidad, a la hora de reforzar o desafiar un determinado modelo de masculinidad.

8. Los resultados de esta tesis subrayan el carácter performativo de conductas consideradas hegemónicas a la hora de describir "lo masculino". Las conductas violentas entre los propios varones o ciertos comportamientos de imprudencia vial, son algunos de los "actos de masculinidad" descritos en esta tesis. A medida que se avanza en el ciclo vital, parece existir una tendencia a que dichas conductas pierdan el carácter representacional de cara al grupo de iguales.

9. Esta tesis pone de manifiesto que, a la hora de analizar diferentes formas de entender y representar la idea de masculinidad, el análisis de la imagen corporal se configura un elemento clave. Los resultados de esta investigación lo caracterizan como un elemento con importantes implicaciones directas para la salud de los varones, además de un componente identitario con un significativo papel tanto en los procesos de ruptura de las masculinidades hegemónicas como en la configuración de relaciones de poder/dominación.

10. Esta tesis contribuye a dirigir la atención sobre los "actos de masculinidad" desde la perspectiva de la performatividad del género. Esto puede facilitar el conocimiento de las relaciones que se establecen entre las masculinidades y los procesos de salud/enfermedad. También puede contribuir a facilitar el análisis de las estructuras simbólicas de los mandatos de género, las dinámicas de poder que configuran las relaciones interpersonales y las prácticas cotidianas que perpetúan determinadas desigualdades de género en salud dentro de nuestro contexto.

8. Conclusions

1. This thesis underlines how pertinent it is to include the development of frameworks to understand men's health beyond the individual focus. This encompasses the study of practices that put health at risk in a social context and also the circumstances in which gender identities are formed.

2. During adulthood, the uptake of specific meanings and values attributed to the idea of masculinity, related to representations of strength and invulnerability, are seen in behaviours including less access to medical preventative services and to medicines or a greater tendency to play sport

3. In the adult stage of life, the capacity to take up the role of family provider is regarded as a key manifestation of manhood. From this perspective, the results of this thesis point to gender as a risk factor for health in a double sense. On the one hand, the processes in health deterioration through exposure to specific working conditions. On the other hand, a predisposition to mental illness due to lack of employment or losing a job. Health and illness processes intertwine into the gender system through fragmentation between the productive and reproductive contexts.

4. The need to juggle work responsibilities with taking care of a family and its impact on health become one of the fundamental keys to understand gender inequalities in health in our context. This evidences that some health/illness processes in males and females are intrinsically interwoven so that the way in which relationships develop between them reflect the limitations and opportunities for both.

5. The results of this thesis emphasize the importance of behavioural aspects when analysing the meaning males attach to masculinity. This acquires special meaning when reaching adolescence and youth, loosing importance in favor of social and structural aspects as the life cycle evolves.

6. During youth, the relationship between masculinity and health revolves around collective actions. During this stage, the subjective idea of masculinity acts as a social identity that must be earned, to a large extent, through actions that imply health risks. Not carrying out these actions leads to a breakdown from the masculine identities that are dominant and hegemonic.

7. This thesis lays the evidence that socio-cultural changes in masculinity are associated to transformations in the normative codes of femeninity. Findings underscore the significant role that substance use and abuse play in connection to the experience of sexuality when reinforcing or challenging a particular model of masculinity.

8. The results underline the performative nature of hegemonic behaviours when describing masculinity. Violent behaviour in male groups or imprudent driving behaviours are some of the "manhood acts" described in this thesis. There seems to be a tendency for these behaviours to loose their representational nature in the peer group as the life cycle progressess.

9. This research evidences that when analysing different ways of understanding and representing masculinity, the analysis of body image is a key element. Results identifying body image as having important implications in the health of males, being an identity component and playing a significant role in teh processess of breaking away from masculinity as well as in the establishment of power/domination relations.

10. This thesis contributes to address "manhood acts" from the perspective of gender performance. This can assist towards knowledge of the relationships established among masculinities and the processes of health/illness. It can also contribute towards and easier analysis of the symbolic structures of gender mandates, power dynamics that configure interpersonal relationships and daily practices that perpertuate certain gender inequalities in health in our context.

9. Recomendaciones

Este trabajo debe servir para estimular el debate sobre la influencia del género en la salud de los varones, desarrollando análisis más complejos sobre sus implicaciones y consecuencias. Esto debe contribuir a repensar las estrategias de actuación para mejorar la salud de los varones, pero de una forma que, paralelamente, facilite la puesta en marca de abordajes tendentes a cerrar las brechas existentes en lo que respecta a las desigualdades de género en salud dentro de nuestro contexto.

Se formulan a continuación, a modo de reflexiones finales, una serie de recomendaciones tanto a nivel de políticas y programas como de investigación en salud pública. Estas líneas de actuación surgen, en gran medida, del proceso de confrontación de los resultados de este trabajo con la literatura académico-científica consultada.

Recomendaciones orientadas a los programas y políticas en salud pública

- Avanzar en equidad de género es un aspecto fundamental para mejorar los resultados en salud de las poblaciones. Se trata de un principio que debe considerarse básico en la formulación de las políticas en salud. Sin embargo, para que las actuaciones sean aún más integrales se requiere ampliar el significado de equidad dentro del ámbito de la sa-

lud pública. Esto implica partir del reconocimiento de que la equidad de género en salud tiene que ver, fundamentalmente, con un conjunto de relaciones, y no únicamente con el hecho de que unas políticas prevalezcan sobre otras.

- Se requiere impulsar transformaciones en la sociedad, capaces de afrontar de forma más efectiva cambios en las desigualdades en salud. Para ello, las agendas políticas deben priorizar la lucha contra las desigualdades de género. Una de las fórmulas debe ser evaluar y difundir políticas (y ejemplos de buenas prácticas), orientadas a promover la salud de los varones de una forma que también contribuya a mejorar la de las mujeres. Esto se hace particularmente necesario en lo que respecta a desigualdades relacionadas con las responsabilidades dentro de la esfera doméstica. Principalmente, la asunción por parte de los varones del cuidado informal de familiares dependientes o la forma de afrontar la paternidad y la crianza de los hijos e hijas.

- Se requiere desarrollar y difundir más ejemplos de cómo la transversalidad de género puede ser aplicada de forma pragmática, incidiendo positivamente también en aquellos grupos de varones con necesidades específicas en salud; especialmente de aquellos varones que muestran una mayor conformidad con los ideales tradicionales de masculinidad. Esto debe contribuir a que los servicios de salud se adapten mejor a las diferencias y necesidades particulares tanto de varones como de mujeres.

- Los enfoques centrados exclusivamente en los comportamientos negativos (comportamientos de "riesgo") de los varones, como base para el diseño de políticas y prestación de servicios de salud, contribuyen a fortalecer un abordaje de género conceptualmente restrictivo; en particular, en lo que respecta a los vínculos que se establecen entre las construcciones de la masculinidad y la exposición a determinados factores sociales-económicos. Las políticas y programas deberían incorporar un enfoque más amplio a la hora de analizar y hacer frente a la salud de los varones desde una perspectiva de género.

- Se hace necesario hacer un reconocimiento de las desigualdades en salud existentes entre los propios varones. Abordar la salud de los varones como si se tratara de un grupo homogéneo es una estrategia que implica no tener en cuenta la heterogeneidad de sus experiencias vitales; esto contribuye a no promocionar otras formas más positivas de masculinidad. Impulsar, desde una perspectiva de género, un movimiento en favor de la salud de los varones (desde un enfoque integrado con el de las mujeres), debe comenzar por un análisis más crítico de las complejidades en la conformación de las identidades de género, así como de su relación con la adopción de determinados riesgos y estilos de vida.

Recomendaciones orientadas a la investigación en salud pública

- Se hace necesario potenciar una perspectiva comparativa y colaborativa que aborde la salud de varones y mujeres. Esto es, no analizar los procesos de salud/enfermedad como

meros procesos antagónicos. Una visión relacional e integradora puede facilitar el estudio de los comportamientos, creencias y conocimientos de varones y mujeres, mejorando la formulación de propuestas preventivas de determinados problemas de salud.

- Se recomienda proporcionar un análisis más detallado de las características, condiciones de vida y circunstancias sociales de aquellos varones que se sienten presionados/impulsados a perpetuar, mediante prácticas que ponen en riesgo su salud, formas consideradas parte de su ideario de masculinidad; principalmente, actitudes de estoicismo y fortaleza contrarias a las manifestaciones de vulnerabilidad/debilidad. Este abordaje y manera de entender el estudio de las masculinidades constituye uno de los retos de la salud pública en la actualidad.

- Se requiere analizar otras formas de entender la masculinidad, contrarias a los significados tradicionales hegemónicos. Esto debe contribuir a visibilizar aquellas manifestaciones pertenecientes a un ideario de masculinidad más positivo. Concretamente, en lo que respecta a aquellos aspectos críticos que están dando lugar a la aparición de nuevas formas de entender la masculinidad, resulta de especial interés estudiar cómo las concepciones no hegemónicas influencian la salud de los propios varones (y de las mujeres).

- Dentro del análisis de las circunstancias, experiencias y procesos vitales que están llevando a algunos varones a repensar los significados asociados a su identidad de género, puede ser particularmente de interés atender al caso de aquellos varones jóvenes que, como reacción al hecho de no compartir los valores y comportamientos del grupo de iguales, inician una aproximación a grupos sociales en los que sus concepciones y prácticas se ven reforzadas.

TERCERA PARTE

10. Bibliografía

Aarts L., & Van Schagen, I. (2006). Driving speed and the risk of road crashes: a review. *Accident Analysis & Prevention*, 38, 215–224.

Adamson, J.A., Ebrahim, S., & Hunt, K. (2006). The psychosocial versus material hypothesis to explain observed inequality in disability among older adults: Data from the West of Scotland Twenty-07 Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(11), 974–980.

Addison, R.B. (1999). A grounded hermeneutic editing approach. En B.F. Crabtree, & W.L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 145-188). Thousand Oaks: CA: Sage.

Adis International Limited (2005). Performance enhancement is not the only effect of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Drugs & Therapy Perspectives*, 21(8), 19-22.

Alberdi, I., y Escario, P. (2007). *Los hombres jóvenes y la paternidad*. Bilbao: Fundación BBVA.

Allmark, P., & Tod, A. (2006). How should public health professionals engage with lay epidemiology? *Journal of Medical Ethics*, 32(8), 460–463.

Amorós, C. (2005). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para las luchas de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Annandale, E., & Riska, E. (2009). New Connections: Towards a Gender-Inclusive Approach to Women's and Men's Health. *Current Sociology*, 57(2), 123-133.

Annandale, E., & Hunt, K. (2000). *Gender inequalities in health*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Annandale, E., & Clark, J. (1996). What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health & Illness*, 18(1), 17–44.

Arber, S., & Venn, S. (2011). 'Caregiving at night: Understanding the impact on carers'. *Journal of Aging Studies*, 25, 155-165.

Arber, S., & Thomas, H. (2001). From women's health to a gender analysis of health. En W.C. Cockerham (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology*. (pp. 94–113). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: A new paradox? *Social Science & Medicine*, 48(1), 61 – 76.

Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, 44, 773-787.

Arber, S. (1990). Opening the 'black box': Inequalities in women's health. En P. Abbott & G. Payne (Eds.), *New Directions in the Sociology of Health* (pp. 37-56). London: Falmer.

Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant L. (2011). Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine*, 72(4), 600-7.

Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., y Pont, P. (2004a). La salud de los adultos. *Gaceta Sanitaria*, 18(Suppl 1), 56-68.

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004b). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82–88.

Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 639–647.

Axinn, W.G., & Pearce, L.D. (2006). *Mixed method data collection strategies*. New York: Cambridge University Press.

Backhans, M. (2011). *Gender policy and gender equality in a public health perspective. Investigating morbidity and mortality in Sweden and 22 OECD countries*. Stockholm: Karolinska Institute.

Backhans, M.C., Lundberg, M., & Månsdotter, A. (2007). Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1892-1903.

Baker, P. (2001). The international men´s health movement. *British Medical Journal,* 323, 1014-15.

Barker, G., Contreras, J.M., Heilman, B., Singh, A.K., Verma, R.K., & Nascimento, M. (2011). *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW) & Rio de Janeiro: Instituto Promundo.

Barker, G., Greene, M.E., Goldstein-Siegel, E., Nascimento, M., Segundo, M., Ricardo, C., Figueroa, J.G., Franzoni, J., Redpath, J., Morrell, R., Jewkes, R., Peacock, D., Aguayo, F., Sadler, M., Das, A., Singh, S.K., Pawar, A., & Pawlak, P. (2010). *What men have to do with it: Public policies to promote gender equality*. International Center for Research on Women & Instituto Promundo. Recuperado el 12 de mayo de 2010, de http://www.icrw.org/publications/what-men-have-do-it

Barker, G., Ricardo, C., & Nascimento, M. (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Recuperado el 15 de mayo de 2011, de http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf

Bartley, M. (1990). Do we need a strong programme in medical sociology? *Sociology of Health and Illness*, 12(4), 371–90.

Bayés, R., Pastells, S., y Tuldrá, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 24-31.

Begg, D., & Langley, J. (2001). Changes in risky driving behavior from age 21 to 26 years. *Journal of Safety Research*, 32, 491–499.

Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramón, A., Rodríguez, J.A., Mendes, F., Schnitzer, S., & Phillips-Howard, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8:155. doi:10.1186/1471-2458-8-155

Benach, J., Daponte, A., Borrell, C., Artazcoz, L., y Fernández, E. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En V. Navarro (Coord.) *El estado de bienestar en España*. Madrid: Tecnos.

Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., y Quinlan, M. (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Barcelona: Icaria Editorial.

Bendelow, G. (1993). Pain perceptions, emotion, and gender. *Sociology of Health & Illness*, 15(3), 273–94.

Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A lifecourse approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285–293.

Bird, C.E., & Rieker, P.P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York: Cambridge Univ. Press

Bird, C.E., & Rieker P.P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine*, 48(6), 745-755.

Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *Inequalities in health: report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.

Blaxter, M. (1997). Who fault is it? People's own conceptions of the reason for health inequalities. *Social Science & Medicine*, 44(6), 747-756.

Blaxter M. (1983). The causes of disease. Women talking. *Social Science & Medicine*, 17(2), 59-69.

Bonino, L. (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Igualdad.

Bonino, L. (2001). Los varones hacia la paridad en lo doméstico, discursos sociales y prácticas masculinas. En C. Sanchez-Palencia, y J.C. Hidalgo (Eds.), *Masculino plural: construcciones de la masculinidad.* LLeida: Universidad de LLeida.

Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D., & O'Campo, P. (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 31-48.

Borrell, C., García-Calvente, M.M., y Martí-Boscá, J.V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 2-6.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Brandes, S. (1980). *Metaphors of Masculinity: Sex and Status in Andalusian Folklore*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and

Measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167-194.

Broom, D.H. (2009). Men's health and women's health–deadly enemies or strategic allies. *Critical Public Health*, 19(3-4), 269-277.

Burín, M., y Meler, I. (2000). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Butler, J. (2004). Performative acts and gender constitution. En H. Bial (Ed.), *The Performance Studies Reader* (pp. 154-166). Nueva York: Routledge.

Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Cabré-Pairet, M., y Ortiz-Gómez, T. (Eds.) (2008). Significados científicos del cuerpo de mujer. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 60(1), 9-18.

Carrasco Portiño, M., Papí Gálvez, N., Ruiz Cantero, M.T., Clemente, V., y Fernández, J. (2011). La Encuesta Nacional de Salud como herramienta de medición de la doble carga y sobrecarga de trabajo en España: comparación con la Encuesta de Población Activa. *Feminismo/s*, 18, 155-171.

Carrigan, T., Connell, B., & Lee, J. (1985). Toward a new sociology of masculinity. *Theory & Society*, 14(5), 551–604.

Cassell, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501-1516.

CDC (1994). *Morbidity and Mortality Weekly Reports from 1994*. Recuperado el 25 de mayo de 2010, de http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/mmwr/1994.htm

Chen, Y.Y., Subramanian, S.V., Acevedo García, D., & Kawachi, I. (2005). Women´s status and depressive symptoms: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 60, 49-60.

Choi, P.Y., Pope, H.G., & Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *Journal Sports Medicine*, 36(5), 375-6.

Chun, H., Khang, Y.H., Kim, I.L., & Cho, S.I. (2008). Explaining gender differences in ill-health in South Korea: The roles of socio-structural, pyschological, and behavioral factors. *Social Science & Medicine*, 67, 988-1001.

Cochran, S.D., & Mays, V.M. (1990). Sex, lies and HIV. *New England Journal of Medicine*, 322(11), 774-775.

Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.

Commonwealth of Australia (2010). *National male health policy*: *building on the strengths of Australian males.* Recuperado el 22 de mayo de 2010, de http://www.health.gov.au/malehealthpolicy

Colomer Revuelta, C., Peiró Pérez, R., López Rodríguez, R.M., Espiga López, I., Sáiz Martínez Acitores, I., & Soriano Villarroel, I. (2007). Policies, politics and gender research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(Suppl 2), ii2–ii3.

Colomer Revuelta, C. (2007). El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 91-93.

Connell, R.W. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74, 1675-1683.

Connell, R.W. (2009). *Gender: In world perspective*. Cambridge: Polity.

Connell, R.W. (2008). A Thousand Miles from Kind: Men, Masculinities and Modern Institutions. *The Journal of Men's Studies*, 16(3), 237-252.

Connell, R.W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity Press.

Connell, R.W. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press in association with Blackwell.

Connell, R.W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*. Standford CA: Standford University Press.

Courtenay, W.H. (2003). Key determinants of the health and the well-being of men and boys. *International Journal of Men´s Helath*, 2(1), 1-30.

Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men´s well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.

Covas, S. (2009). Los hombres y el cuidado de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado el 4 de mayo de 2011, de http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf

CRDSE – Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010). *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Craig, L., & Sawrikar, P. (2009). Work and Family: How Does the (Gender) Balance Change as Children Grow? *Gender, Work and Organization*, 16(6), 684–709.

Crawshaw, P., & Smith, J. (2009). Men's health: practice, policy, research and theory. *Critical Public Health*, 19(3-4), 261-267.

Creighton, G., & Oliffe, J.L. (2010). Theorising masculinities and men's health: A brief history with a view to practice. *Health Sociology Review*, 19, 409-418.

Crimmins, E.M., Kim, J.K., & Hagedorn, A. (2002). Life with and without disease: women experience more of both. *Journal of Women Aging*, 14, 47–59.

CSDH (2007). *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. Geneva: WHO.

Dahlgreen, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Davison, C., Smith, D.G., & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: The implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*, 13(1), 1–19.

Day, K., Gough, B., y McFadden, M. (2004). 'Warning! Alcohol can seriously damage your feminine health': A discourse analysis of recent British newspaper coverage of women and drinking. *Feminist Media Studies*, *4*(2), 165–183.

De Beauvoir, S. (1998). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.

De Keijzer, B. (1998). La masculinidad como factor de riesgo. En E. Tuñon (Ed.), *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR y U. A. de Tabasco.

Delgado, A., Saletti Cuesta, L., López Fernández, L.A., de Dios Luna, J., & Mateo Rodríguez I. (2011). Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Services Research*, 11. doi:10.1186/1472-6963-11-51

de Visser, R.O., & McDonnell, E.J. (2012). "That's OK. He's a guy": a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. *Psychology & Health*, *27*, 618-639.

de Visser, R.O. (2009). I'm not a very manly man. Qualitative insights into young men's masculine subjectivity. *Men and Masculinities*, 11(3), 367–71.

de Visser, R.O., & Smith, J. (2007). Alcohol Consumption and Masculine Identity among Men. *Psychology and Health,* 22, 595–614.

Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, 2585-2600.

Deutsch, F.M. (2007). Undoing Gender. *Gender & Society*, 21(1), 106-127.

DGPNSD (2014). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundaria (ESTUDES) 2012/2013*. Recuperado el 13 de marzo de 2014, de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf

DGT – Dirección General de Tráfico (2013). *Las principales cifras de la siniestralidad vial. España 2013*. Recuperado el 22 de agosto de 2014, de http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/

Dhamoon, R. (2011). Considerations in mainstreaming intersectionality as an analytic approach. *Political Research Quarterly*, 64(1), 230-243.

Diekelmann, N., Allen, D., & Tanner, C. (1989). *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. New York: The National League for Nursing.

Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Madrid: Paidós.

Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health and Illness*, 33, 1019–1034.

Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1060-3.

Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine,* 51, 931-939.

Driessen, H. (1983). Male sociability and rituals of masculinity in rural Andalusia. *Anthropological Quarterly*, 56, 125-133.

Durán, M.A. (2007). Tiempo de salud, tiempo de enfermedad: diferencias de edad, género y clase social. *Inguruak: Revista vasca de sociología y ciencia política*, 44, 229-248.

EIGE (2012). *The involvement of men in gender equality Initiatives in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado el 5 de diciembre de 2012, de http://eige.europa.eu/sites/default/files/The%20involvement%20of%20men%20in%20gender%20equality%20Initiatives%20in%20the%20EU.pdf

Emslie, C., & Hunt, K. (2009). Live to work or work to live? A qualitative study of gender and work-life balance among men and women in mid-life. *Gender, work and organization*, 16(1), 151-72.

Emslie, C., & Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 67(5), 808-816.

Emslie, C., Damien, R., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine,* 62, 2246–2257.

England, P. (2010). The gender revolution. Uneven and stalled. *Gender & Society*, 24(2), 149-166.

Eriksen, S. (1999). Alcohol as a Gender Symbol. *Scandinavian Journal of History*, 24 (1), 45-73.

Esteban, M.L. (2007). Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud. En M.L. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 55-71). Bilbao: OSALDE.

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.

Evans, J., Frank, B., Oliffe, J.L., & Gregory, D. (2011). Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health & Gender*, 8(1), 7-15.

Farrell, W. (1975). *The liberated man: Beyond Masculinity*. New York: Random House.

Feigen Fasteau, M. (1974). *The male machine*. New York: McGraw-Hill.

Fenstermaker, S., & West, C. (2002). *Doing gender, doing difference: Inequality, power, and institutional change*. New York: Routledge.

Ferguson, H., Hearn, J., Gullvag-Holter, O., Jalmert, L., Kimmel, M., Lang, J., & Morrell, R. (2004). *Ending Gender-Based Violence: A Call for Global Action to Involve Men*. Estocolmo: Västra Aros.

Ferguson, A., Pere, M., Morris, C., Ngugi, E., & Moses, S. (2004). Sexual patterning and condom use among a group of HIV vulnerable men in Thika, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6), 435–9.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations,* 7, 117-140.

Fitzpatrick M. (2008) The men's health movement: a morbid symptom. *Journal of Men's Health and Gender*, 3(3), 258–262.

Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada medica*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (2000). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial.

Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

France, A. (2000). Towards a sociological understanding of youth and their risk-taking. *Journal of Youth Studies*, 3(3), 317–331.

Frankel, S., Davison, C., & Smith, G.D. (1991). Lay epidemiology and the rationality of responses to health education. *British Journal of General Practice*, 41, 428-30.

Frosh, S., Phoenix, A., & Pattman, R. (2002). *Young masculinities: Understanding boys in contemporary society*. London: Palgrave.

Fuhrer, R., & Stansfeld, S.A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple source of support from "close persons". *Social Science and Medicine*, 54, 811-825.

García-Calvente, M.M., Hidalgo, N., del Río-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martínez, E., Maroto-Navarro, G., Mateo, I., & Gil-García, E. (2012a). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34(6), 911-926.

García-Calvente, M.M., y del Río-Lozano, M. (2012b). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quiénes cuidan*? Actas de la Dependencia*, 6, 99-117.

García-Calvente, M.M., del Rio-Lozano, M., & Marcos-Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(S), 100-107.

García-Calvente, M.M., Jiménez-Rodrigo, M.L., y Martínez-Morante, E. (2010). *Guía para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

García-Calvente, M.M., del Río-Lozano, M., Maroto-Navarro, G., Matero Rodríguez, I. (2008). Desigualdades de género en salud. En A. Daponte, J. Bolívar, y M.M. García-Calvente (Eds.), *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine (2000) *Guidelines for the analysis of Gender and Health.* Liverpool: University of Liverpool. Recuperado el 15 de marzo de 2012, de http://www.lstmliverpool.ac.uk/research/departments/international-public-health/gender-and-health-group/guidelines/

Gibbs, A., Sikweyiya, Y., Jewkes, R. (2014). 'Men value their dignity': securing respect and identity construction in urban informal settlements in South Africa. *Global Health Action*, 7. doi: http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23676.

Gil-García, E., González, J.R., y Meneses-Falcón, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-308.

Gil-García, E., y Romo-Avilés, N. (2007). Reflexiones en torno a la importancia de la perspectiva de género para comprender los procesos de salud y enfermedad. En M.J. Cruz Blanca, y P. Fernández Pantoja (Eds.), *Igualdad de Oportunidades y Conciliación: una Visión Multidisciplinar.* (pp. 33-44). Jaén: Universidad de Jaén.

Gilmore, D.D. (1990). *Hacerse hombre: Concepciones culturales de la masculinidad*. Madrid: Paidós Ibérica.

Gilmore, D.D. (1987). *Aggression and community: Paradoxes of Andalusian culture*. New Haven: Yale University Press.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York: Aldine Publishing Company.

Gobierno de España (2007). Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Recuperado el 20 de octubre de 2013, de http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115

Gobierno de España (2004). Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Recuperado el 15 de septiembre de 2011, de http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760

Gobierno de España (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Recuperado el 20 de noviembre de 2013, de http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750

Godelier, M. (1986). *La producción de grandes hombres*. Madrid: Akal.

Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor Books.

Gómez Moya, J. (2007). El alcoholismo desde una perspectiva de género: un discurso que permanece a lo largo de 30 años*. Revista Española de Drogodependencias*, 2, 126-130.

Graham, H. (2002). Building an Inter-disciplinary science of health inequalities: The example of life-course research. *Social Science & Medicine*, 55(11), 2006–2016.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-12.

Grieve, F.G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorder*, 15, 63-80.

Hahn, R.A., & Inhorn, M. (2010). *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. New York: Oxford University Press.

Hammarström, A., Härenstam, A., & Östlin, P. (2001). Gender and health: concepts and explanatory models. En Ö. Piroska, M. Danielson, D. Finn, A. Härenstem, & G. Lindberg (Eds.), *Gender inequalities in health. A Swedish Perspective*. Cambridge, MA: Harvard Centre for Population and Development Studies, with Harvard University Press.

Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712-1720.

Hankivsky, O. (2008). Gender mainstreaming in Canada and Australia: A comparative analysis. *Policy and Society*, 27, 69–81.

Hankivsky, O. (2005). Gender vs. diversity mainstreaming: A preliminary examination of the role and transformative potential of feminist theory. *Canadian Journal of Political Science*, 38(4), 977-1001.

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

Harding, S. (1987). Is there a Feminist Method? En S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.

Harré, N., Foster, S., O'Neill, M. (2005). Self-enhancement, crash-risk optimism and the impact of safety advertisements on young drivers. *British Psychological Society*, 96, 215–230.

Harris, M. (2006). *Nuestra especie*. Madrid: Alianza Editorial.

Harter, S. (2006). The development of self-esteem. En M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 144–150). York, NY: Psychology Press

Hearn, J. (2004). From hegemonic masculinity to the hegemony of men. *Feminist Theory*, 5(1), 97–120.

Hirsch, J.S., Muñoz-Laboy, M., Nyhus, C.M., Yount, K.M., & Bauermeister, J.A. (2009). They 'Miss More than Anything Their Normal Life Back Home': Masculinity and Extramarital Sex among Mexican Migrants in Atlanta. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 23-32.

Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61, 697–708.

Holmes, D., Gastaldo, D., O'Byrne, P., & Lombardo, A. (2008). Bareback Sex: A Conflation of Risk and Masculinity. *International Journal of Men's Health*, 7(2), 171-191.

Holmila, M., & Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction,* 100, 1763–1769.

Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S., & Thomson, R. (1992). Risk, power and the possibility of pleasure: young women and safer sex. *AIDS Care,* 4(3), 273–83.

House, J.S. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behabiour*, 43(2), 125-142.

Hruschka, D.J., & Hadley, C. (2008). A glossary of culture in epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(11), 947-51.

Hunt, K. (2007). *Understanding gender and health: systematically comparing the health and health experiences of men and women*. MRC Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow: University of Glasgow.

INE (2014). *España en cifras 2014*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2014/index.html

Inhorn, M.C. (2010). Medical anthropology at the Intersections: celebrating 50 Years of Interdisciplinarity. *Medical Anthropology Quarterly*, 24(2), 263-269.

Institute of Medicine (2002). *The Future of the Public's Health in the 21 Century*. Washington: National Academy of Science.

ICRW/Instituto Promundo (2009). *What Men Have to Do with it: Public Policies to Promote Gender Equality*. Recuperado el 25 de agosto de 2014, de http://www.icrw.org/files/publications/What-Men-Have-to-Do-With-It.pdf

Irwin, A., Valentine, N., Brown, C., Loewenson, R., Solar, O., Brown, H., Koller, T., & Vega, J. (2006). The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PLoS Medicine* 3(6), e106. doi:10.1371/journal.pmed.0030106.

Iyer, A., Sen, G., & Östlin, P. (2010). Inequalities and intersections in health: a review of the evidence. En G. Sen & P. Ostlin (Eds.), *Gender equity in health: The shifting frontiers of evidence and action*. New York: Routledge.

Jago, R. (2011). Commentary: Age-related decline in physical activity during adolescence - an opportunity to reflect on intervention design and key research gaps. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 699-700.

James, C.R., & Corbett, K.K. (2009). Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology*, 38, 167-83.

Jefferson, T. (2002). Subordinating hegemonic masculinity. *Theoretical Criminology*, 6(1), 63–88.

Jeffreys, S. (2005). *Beauty and Misogyn*. New York: Routledge.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet,* 359, 1423-9.

Kanter, R.M. (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.

Kaufman, M. (1985). The Construction of Masculinity and the Triad of Men's Violence. En M. Kaufman (Ed.), *Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change*. Toronto: Oxford University Press.

Kawachi, I., Subramanian, S.V., & Almeida Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647–652.

Keleher, H. (2009). Making men's health policy relevant for the 21st century. *Health Promotion Journal of Australia*, 20(2), 83-4.

Kimmel, M.S. (2012). *The gender of desire: essays on male sexuality*. New York: SUNY Press.

Kimmel, M.S. (2006). *Manhood in America: A Cultural History*. New York: Oxford University Press.

Kimmel, M.S., Hearn, J., & Connell, R.W. (2005). *Handbook of studies on men and masculinities*. London: Sage.

Kimmel, M.S. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En T. Valdés & J. Olavarría (Eds.), *Masculinidad/es: poder y crisis*. ISIS-FLACSO/Ediciones de las Mujeres 24.

Kleinman, A. (1997). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, CA: University of California Press.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the Context of Culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (2010). Four social theories for global health. *Lancet*, 375(9725), 1518-9.

Krantz, G., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2005). Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health*, 15(2), 209-214.

Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 350-355.

Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–657.

Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-77.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2012). Mainstreaming gender into healthcare: a scoping exercise into policy transfer in England and Germany. *Current Sociology*, 60(4), 551-568.

Kuper, A., Reeves, S., & Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *British Medical Journal*, 337. doi:10.1136/bmj.a288

Lahelma, E., Arber, S., Kivela, K., & Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the bearing of socio-economic circumstances. *Social Science & Medicine*, 54(5), 727-740.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document.* Ottawa: Government of Canada.

Lameiras, M., y Failde, J.M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 27-63.

La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y de los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15(6), 498-505.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J.M., Valderrama, M.J., y Arregi B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-50.

Larrañaga, I., Arregui, B., y Arpal, J. (2004). El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 31-37.

Leacock, E. (1983). Interpreting the origins of gender inequality: conceptual and historical problems. *Dialectical Anthropology*, 7, 263-284.

Lévi-Strauss, C. (1998). *Las estructuras elementales del parentesco.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Levin, B.W., & Browner, C.H. (2005). The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology. *Social Science & Medicine*, 61, 745–750.

Lewis, J., Campbell, M., & Huerta, C. (2008). Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy. *Journal of European Social Policy*, 18(1), 21-37.

Lock, M., Freeman, J., Chilibeck, G., Beveridge, B., & Padolsky, M. (2007). Susceptibility genes and the question of embodied identity. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(3), 256-276.

Lock, M. (2001). The tempering of Medical Anthropology: Troubling natural categories. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 478-492.

Lohan, M. (2007). How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 65, 493–504.

Lorber, J. (1994). *Paradoxes of Gender*. New Haven, CT: Yale University Press.

Lorente-Acosta, M. (2006). *El rompecabezas: anatomía del maltratador*. Barcelona: Editorial Crítica.

Lowe, P. (2005). Contraception and heterosex: an intimate relationship. *Sexualities*, 8(1), 75–92.

Lucas-Marín, A. (2010). *La realidad social: transformaciones recientes en España*. EUNSA: Ediciones Universidad de Navarra S.A.

Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo*. México: Universidad Iberoamericana.

Lupton, D., & Tulloch, J. (2002). "Risk is part of your life": Risk Epistemologies among a Group of Australians. *Sociology*, 36(2), 317-334.

Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425-435.

Lynch, J. (2000). Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science & Medicine*, 51, 1001-5.

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., & Salonen, J.T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of socioeconomic life-course. *Social Science & Medicine*, 44(6), 809–819.

Lyons, A.C., & Willott, S.A. (2008). Alcohol Consumption, Gender Identities and Women's Changing Social Positions. *Sex Roles*, 59, 694–712.

Macdonald, J. (2006). Shifting paradigms: a social determinants approach to solving problems in men's health policy and practice. *Medical Journal of Australia*, 185(8), 456–458.

Macintyre, S., McKay, L., & Ellaway, A. (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 60, 313-317.

Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-39.

Macintyre, S. (1997). The black report and beyond what are the issues? *Social Science & Medicine*, 44(6), 723–745.

Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42(4), 617-624.

Mahalik, J.R., Burns, S.M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201–2209.

Malmusi, D., Vives, A., Benach, J., & Borrell, C. (2014) Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Global Health Action*, 7. http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23189

Marcos-Marcos, J. (2010). *The construction of masculinity and its influence on health: qualitative data analysis in andalusians young males from 15 to 24 years old* (Tesis de Máster). Universidad de Granada, Granada, España/ Universidad Jaguelónica, Cracovia, Polonia. Recuperada el 15 de agosto de 2014, de http://digibug.ugr.es/handle/10481/22953#.VNjmMfmG98E

Månsson, E. (2014). Drinking as a Feminine Practice: Post-Feminist images of women's drinking in Swedish women's magazines. *Feminist Media Studies*, 14(1), 56-72.

Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York: Times Books.

Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365 (9464), 1099–1104.

Maroto-Navarro, G., Pastor-Moreno, G., Ocaña-Riola, R., Benítez-Hidalgo, V., García-Calvente, M.M., Gutiérrez-Cuadra, P., Gijón, M.T., del Río-Lozano, M., & Marcos-Marcos, J. (2013). Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *Journal of Clinical Nursing,* 22(21-22), 3071-3083.

Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet*, 368, 1581-1586.

Martin, J., & Govender, K. (2011). "Making muscle junkies": Investigating traditional masculine ideology, body image discrepancy, and the pursuit of muscularity in adolescent males. *International Journal of Men's Health*, 10(3), 220-239.

Martin, P.Y. (2004). Gender as social institution. *Social Forces*, 82(4), 1249-1273.

Martín-Criado, E. (1998). *Producir la juventud. Crítica de la sociología de la juventud*. Madrid: Istmo.

Martínez-Benlloch, I. (Coord.) (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Martínez-Hernáez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Masanet, E., y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública,* 85, 257-266.

McCabe, M.P., & Ricciardelli, LA. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.

McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52, 547-559.

McElroy, A., & Townsend, P.K. (1996). *Medical anthropology in ecological perspective*. Boulder, CO: Westview.

McMurray, J.E., Cohen, M., Angus, G., Harding, J., Gavel, P., Horvath, J., Paice, E., Schmittdiel, J., & Grumbach, K. (2002). Women in medicine: a four-nation comparison. *Journal of the American Medical Women's Association*, 57(4), 185-190.

Mead, M. (1994). *Masculino y Femenino*. Madrid: Minerva.

Measham, F. (2008). A History of Intoxication: Changing Attitudes to Drunkenness and Excess in the United Kingdom. En M. Martinic & F. Measham (Eds.), *Swimming With Crocodiles: The Culture of Extreme Drinking* (pp. 13-36). New York and Abingdon: Routledge.

Measham, F. (2002). "Doing gender" – "doing drugs": Conceptualising the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29(2), 335-373.

Meneses-Falcón, C., Rúa, A., Romo-Avilés, N., Gil-García, E., Uroz, J., y Markez, I. (2012). *Co*-occurrence of risk behaviors among Spanish adolescents*. Revista Internacional de Sociología*, 70(3), 665-689.

Meneses-Falcón, C., Gil-García, E., y Romo-Avilés, N. (2010). Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. *Atención Primaria*, 42(9), 452–462.

Meneses-Falcón, C., Romo-Avilés, N., Uroz, J., Gil-García, E., Markez, I., Giménez, S., y Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 51-63.

Meryn, S., & Jadad, A.R. (2001). The future of men and their health. Are men in danger of extinction? *British Medical Journal*, 323(7320), 1013–1014.

Messner, M.A. (1992). *Power at play: Sports and the problem of masculinity*. Boston, MA: Beacon Press.

Messner, M. (1998). The limits of the male sex role: an analysis of the men's liberation and men's rights movements' discourse. *Gender & Society*, 12(3), 255–76.

Minister for Health and Children (2008). *National Men's Health Policy 2008-2013: Working with Men in Ireland to Achieve Optimum Health and Wellbeing*. Recuperado el 10 de mayo de 2011, de http://www.mhfi.org/menshealthpolicy.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social (2006). *Encuesta Nacional de Salud año 2006: Metodología*. Recuperado el 18 de agosto de 2014, de http://www.msps.es/estadEstudios/ estadisticas/ encuestaNacional/encuestaNac2006/metodENS2006.pdf

Money, J. (1985). Gender: history, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(2), 71-79.

Moss, N.E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science and Medicine*, 54, 649–661.

Mosse, G.L. (1996). *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity*. New York: Oxford University Press.

Möller-Leimkühler, A.M., Schwarz, R., Burtscheidt, W., & Gaebel, W. (2002). Alcohol dependenced and gender-role orientation. *European Journal of Psychiatry*; 17, 1-8.

Mullen, K., Watson, J., Swift, J., & Black, D. (2007). Young men, masculinity and alcohol. *Drugs: Education, Prevention, and Policy,* 14(2), 151-165.

Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P.H. (2002). Informal caregiving, Differential experiences by gender. *Medical Care*, 40(12), 1249–59.

Naciones Unidas (2010). Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer Informe sobre el 54° período de sesiones. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/beijing/mas15/informe54csw.pdf

Navarro, V. (2004). *The political and social context of health*. New York: Baywood Publishing Company.

Navarro, V., Benach, J., y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España (1996). *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, The Johns Hopkins University.

Neff, L.A., & Karney, B.R. (2005). Gender differences in social support: a question of skill or responsiveness? *Journal of Personality and Social Psychology,* 88(1), 79–90.

Nguyen, V.K., & Peschard, K. (2003). Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annual Review of Anthopology*, 32, 447-474.

Nobis, R., & Sanden, I. (2009). Young men's health: a balance between self-reliance and vulnerability in the light of hegemonic masculinity. *Contemporary Nurse*, 33(1), 94-94.

Noone, J.H., & Stepherns, C. (2008). Men, masculine identities and health care utilisation. *Sociology of Health &Illness*, 30(5), 711-25.

O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2007). Standing out from the herd: men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness. *International Journal of Men's Health*, 6(3), 178-200.

O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help-seeking. *Social Science & Medicine*, 61(3), 503–516.

OECD (2006). *Young Drivers: The Road to Safety*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, de http://www.internationaltransportforum.org/jtrc/safety/YDpolicyBrief.pdf

OECD (2011). *Doing better for families*. Recuperado el 25 de mayo de 2011, de http://www.oecd.org/social/family/doingbetter

Oksuzyan, A., Brønnum-Hansen, H., & Jeune, B. (2010). Gender gap in health expectancy. *European Journal of Ageing*, 7(4), 213–218.

Oliffe, J.L., Ogrodniczuk, J.S., Bottorff, J.L., Johnson, J.L., & Hoyak, K. (2012). "You feel like you can't live anymore": suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. *Social Science & Medicine*, 74(4), 506-14.

Oliffe, J.L., & Phillips, M.J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5(3), 194–202.

Oliffe, J. (2006). Embodied masculinity and androgen deprivation therapy. *Sociology of Health & Illness*, 28(4), 410–432.

Oliva, J., Zunzunegui, M.V., García-Gómez, P., y Herrera, E. (2011). Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Síntesis. *Gaceta Sanitaria*, 25(S), 1-4.

Ortiz-Gómez, T. (2007). La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidon*. *Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, 23, 61-65.

Ortiz-Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.

Ortiz-Gómez, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En E. Ramos (Ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp. 30-41). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.

Ortiz-Gómez, T. (1997). Feminismo, mujeres y ciencia. En F.J. Rodríguez Alcázar, R.M. Medina Doménech & J.A. Sánchez Cazorla (Eds.), *Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz* (pp. 185-202). Granada: Universidad de Granada.

Owens, I.P.F. (2002). Sex differences in mortality rate. *Science*, 297, 2008–9.

Özdemir, E., & Gültürk, S. (2008). Physiological and medical responses to anabolic androgenic steroids: review. *Journal of Medical Science*, 28, 923-32.

Parliament of the United Kingdom (2010). *Equality Act 2010*. Recuperado el 15 de marzo de 2012, de http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/enacted

Peerson, A., & Saunders, M. (2011). Men's health literacy in Australia: In search of a gender lens. *International Journal of Men's Health*, 10(2), 111-135.

Peralta, R.L. (2007). College alcohol use and the embodiment of hegemonic masculinity among european american men. *Sex Roles*, 56, 741–756.

Perry, D.G., & Pauletti, R.E. (2011). Gender and Adolescent Development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61–74.

Phelan, J.C., Link, B.G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). Fundamental causes of social inequalities in mortality: Test of the theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 265-285.

Phillips, D.A. (2006). Masculinity, male development, gender, and identity: Modern and postmodern meanings. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 403–23.

Phillips, S.P. (2011). Including Gender in Public Health Research. *Public Health Reports*, 126(Suppl 3), 16–21.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-67.

Plantin, L., Olukoya, A.A., & Pernillan, N. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. *Fathering*, 9(1), 87–102.

Popay, J., & Williams, G. (2009). Equalizing the people's health: a sociological perspective. En J. Gabe & M. Calnan (Eds.), *The new sociology of the health service* (pp. 222-244). London: Routledge.

Popay, J., & Groves, K. (2000). 'Narrative' in research on gender inequalities in health. En E. Annandale, & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health*. (pp. 64–89). Buckingham: Open University Press.

Popay, J., Williams, G., Thomas, C., & Gattrell, A. (1998). Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 619-44.

Popay, J., & Williams, G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science & Medicine*, 42(5), 759-768.

Pope, H.G., Phillips, K.A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York : Free Press.

Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 246-252.

Read J.G., y Gorman B.K. (2010) Gender and health inequality. *Annual Review of Sociology*, 36: 371-86.

Regidor, E. (2006). Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(10), 896-901.

Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85-94.

Richardson, D. (2010). Youth masculinities: compelling male Heterosexuality. *British Journal of Sociology*, 61(4), 737-56.

Richardson, C.G., & Ratner, P.A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(11), 979-984.

Ridgeway, C., & Correll, S. (2004). Unpacking the gender system: A theoretical perspective on gender beliefs and social relations. *Gender & Society*, 28(4), 510-531.

Riska, E. (2000). Women's health: issues and prospects. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 84-87.

Risman, R.J., & Davis, G. (2013). From sex roles to gender structure. *Current Sociology Review*, 61(5-6), 733-55.

Risman, B.J. (2009). From doing to undoing: gender as we know it. *Gender & Society,* 23(1), 81-84.

Robertson, S., Galdas, P.M., McCreary, D.R., Oliffe, J.L., & Tremblay, G. (2009). Men's health promotion in Canada: Current context and future direction. *Health Education Journal*, 68(4), 266–272.

Robertson, L.M., Douglas, F., Ludbrook, A., Reid, G., & van Teijlingen, E. (2008). What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Services Research*, 8. doi: 10.1186/1472-6963-8-141.

Robertson, S. (2007). *Understanding men and health: Masculinities, identity and well-being*. London: Open University Press.

Robertson, S. (2006). 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health*, 10(2), 175–189.

Robertson, S. (2003). Men managing health. *Men's Health Journal*, 2(4), 111–113.

Robles, E., Perdiguero, E., y Bernabeu, J. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales desde la demografía y la epidemiología históricas. En E. Perdiguero, y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 33-44). Bellaterra: Barcelona.

Rodríguez, M.C. (2009). Nuevos cambios familiares: la participación paternal en el cuidado infantil. *Estudios de Psicología*, 30(3), 331–343.

Rodríguez San Julián, E. (2003). Sexo y riesgo. La dialéctica entre el placer y la razón. *Estudios de Juventud, 63(3),* 27–36.

Rodríguez-Ocaña E., y Martínez-Navarro F. (2009). *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Rodríguez-Ocaña, E. (1992). *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Editoril Akal.

Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria,* 14(supl. 3), 60-71.

Rolfe, A., Dalton, S., Krishnan, M., Orford, J., Mehdikhani, M., Cawley, J., & Ferrins-Brown, M. (2006). Alcohol, gender, aggression and violence: findings from the Birmingham Untreated Heavy Drinkers Project. *Journal of Substance Use*, 11(5), 343-358.

Romo-Avilés, N., Meneses-Falcón, C., & Gil-García, E. (2014). "Learning to be a girl". Gender, risks and legal drugs amongs Spanish teenagers. En T. Ortiz-Gómez, & M.J. Santesmases (Eds.), *Gendered Drugs and Medicine: Historical and Socio-Cultural Perspectives* (pp. 217-235). Farnham: Ashgate.

Romo-Avilés, N. (2011). Cannabis, juventud y género: nuevos patrones de consumo, nuevos modelos de intervención. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 91-93.

Romo-Avilés, N. (2009). Debates en torno a la metodología feminista y su aplicación en la investigación de la salud. En M.E Fernández Frailes., N. Romo Avilés, N. Bonaccorsi, y C. Lagunas (Eds.), *Los estudios de las mujeres de España y Argentina* (pp. 55-73)*. Propuesta para el debate*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.

Romo-Avilés, N. (2004). *Género y uso de droga: la invisibilidad de las mujeres*. Barcelona: Fundación medicina y humanidades médicas.

Rubin, G. (1975). The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex. En R. Reiter (Ed.), *Toward an Anthropology of Women* (pp.157-210). New York: Monthly Review Press.

Ruiz-Cantero, M.T. (2011). Salud pública desde la perspectiva de género: hitos e innovación. *Feminismo/s*, 18, 11-14.

Ruiz-Cantero, M.T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ruiz-Cantero, M.T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García-Calvente, M.M., Miqueo, C., Montero, I., Ortiz, R., Ronda, E., Ruiz, I., & Valls-Llobet, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(Suppl 2), ii46-53.

Ruiz-Cantero, M.T., & Verbrugge, L.M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 51(2), 106–109.

Ryan, A. (2000). Feminism and sexual freedom in an age of AIDS. *Sexualities*, 4(1), 91–107.

Sabo, D. (2005). The study of masculinities and men's health: An overview. En M. Kimmel, J. Hearn, & R.W. Connell (Eds.), *Handbook of studies on men and masculinities* (pp. 326-353). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sabo, D. (2000). *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género*. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Population & Development Studies.

Salido, O., y Moreno, L. (2007). Bienestar y políticas familiares en España. *Política y Sociedad*, 44(2), 31-44.

Sánchez, L., & Hall, C.S. (1999). Traditional values and democratic impulses: the gender division of labor in contemporary Spain. *Journal of Comparative Family Studies*, 30, 659-685.

Saunders, M, & Peerson, A. (2009). Australia's national men's health policy: Masculinity matters. *Health Promotion Journal of Australia*, 20(2), 92-97.

Scheper-Hughes, N. (1993). *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil.* Berkeley: University of California Press.

Schmid-Mast, M., Sieverding, M., Esslen, M., Graber, K., Jäncke, L. (2008). Masculinity causes speeding in young men. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 840–842.

Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S.D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.

Schofield, T., Connell, R.W., Walker, L., Wood, J., & Butland, D. (2000). Understanding men's health: A gender relations approach to masculinity health and illness. *Journal of American College of Health*, 48(6), 247-56.

Schrock, D., & Schwalbe, M. (2009). Men, masculinity, and manhood acts. *Annual Review of Sociology*, 35, 277-95.

Scott J., Dowsett G., & Minichiello V. (2010) Growing men's health: Broadening the conceptual and practical agenda. *Health Sociology Review*, 19(4), 403-408.

Scott-Samuel, A. (2009a). Patriarchy, masculinities and health inequalities. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 159-160.

Scott-Samuel, A., Stanistreet, D., & Crawshawb, P. (2009b). Hegemonic masculinity, structural violence and health inequalities. *Critical Public Health*, 19(3), 287-292.

Sen, G., & Östlin, P. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Geneva: WHO.

Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering Health Equity: A review of research and policy. En G. Sen, A. George, P. Östlin (Eds.), *Engendering International Health. The Challenge of Equity* (pp. 1-34). Cambridge: The MIT Press.

Sen, A. (2002a). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11(5/6), 302-309.

Sen, A. (2002b). Desigualdad de Género: la misoginia como problema de salud pública. *Letras libres*, 40, 12-18.

Sen, A. (1992). *Inequality reexamined*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sepelli, T. (2000). ¿De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud? En E. Perdiguero, & J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina.* (pp. 33-44). Bellaterra: Barcelona.

Sethi, D., Racioppi, F., Hitis, F. (2007). Youth and road safety in Europe. Rome: WHO European Centre for Environment and Health. Recuperado el 20 de agosto de 2014, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98454/E90142.pdf

Smith, J.A., Robertson, S., & Richardson, N. (2010). Understanding gender equity in the context of men's health policy development. *Health Promotion Journal of Australia*, 21(1), 76-77.

Smith, J.A., White, A.K., Richardson, N., Robertson, S., & Ward, M. (2009). The men's health policy contexts in Australia, the UK and Ireland: advancement or abandonment? *Critical Public Health*, 19(3-4), 427-440.

Smith, J.A., & Robertson, S. (2008). Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? *Health Promotion International*, 23(3), 283–289.

Solar, O., Irwin, A., & Vega, J. (2009). Determinants of health disease: overview and framework. En R. Detels, R. Beaglehole, M.A. Lansang, & M. Gulliford (Eds.), *Textbook of Public Health.* (pp. 101-119). Oxford: Oxford University Press.

Soulliere, D.M. & Blair, J.A. (2006). Muscle-mania: The male body ideal in professional wrestling. *International Journal of Men's Health*, 5(3), 268-286.

Stanistreet, D., Bambra, C., & Scott-Samuel, A. (2005). Is patriarchy the source of men's higher mortality? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 873-876.

Stibbe, A. (2004). Health and the social construction of masculinity in men's health magazine. *Men and Masculinities*, 7(1), 31-51.

Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.

Stombler, M., Baunach, D.M., Burgess, E.O., Donnelly, D., Simonds, W., & Windsor, E.J. (Eds.) (2010), *Sex matters: The sexuality and society reader*. Boston: Allyn & Bacon.

Tager, D., Good, G.E., & Bauer-Morrison, J. (2006). Our bodies, ourselves revisited: male body image and psychological well-being. *International Journal of Men's Health*, 5, 228-37.

Tansey, J., & O'Riordan, T. (1999). Cultural theory and risk: a review. *Health, risk and society*, 1(1), 71-90.

Tiggemann, M. (2005). Television and adolescent body image: The role of program content and viewing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 361–381

Tobin, D.D., Menon, M., Menon, M., Spatta, B.C., Hodges, E.V., Perry, D.G. (2010). The intrapsychics of gender: A model of self-socialization. *Psychological Review*, 117(2), 601–622.

Tolhurst, R., Leach, B., Price, J., Robinson, J., Ettore, E., Scott-Samuel, A., Kilonzo, N., Sabuni, L.P., Robertson, S., Kapilashrami, A., Bristow, K., Romao, F., Theobald, S., & Lang, R. (2012). Intersectionality and gender mainstreaming in international health: Using a feminist participatory action research process to analyse voices and debates from the global south and north. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1825-1832.

Tschann, J.M., Adler, N.E., Millstein, S.G., Gurvey, J.E., & Ellen, J.M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health,* 31(1), 17–25.

Tulchinsky, T.H., & Varavikova, E.A. (2010). What is the "New Public Health"? *Public Health Reviews*, 32, 25-53.

Umberson, D., Chen, M.D., House, J.S., Hopkins, K., Slaten, E. (1996). The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? *American Sociological Review*, 61, 837–57.

UN (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf

Valiente, C. (2002). An overview of research on gender in Spanish society. *Gender & Society*, 16(6), 767-792.

Valls-Llobet, C. (2011). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s*, 18, 281-290.

Valls-Llobet, C. (2003). Dolor crónico y fatiga crónica: una asignatura pendiente. *Med Clin (Barc)*, 121(11), 412-13.

Vandello, J.A., & Bosson, J.K. (2013). Hard won and easily lost: a review and synthesis of theory and research on precarious manhood. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(2), 101–113.

Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-313.

Velasco, S. (2007). *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de Salud Pública y Género*. Recuperado el 5 de febrero de 2011, de http:// www.mtas.es/Mujer/programas/salud/instituto.html

Velasco, S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Velasco S. (2002). *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid: Instituto de la mujer.

Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health & Social Behavior*, 26(3), 156-182.

Verbrugge, L.M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health & Social Behavior*, 30, 282-304.

Vives Cases, C. (2006). Intimate partner violence against women in Spain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 652-53.

Vygotsky, L.S. (1978). Interaction between learning and development. En M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman (Eds.), *Mind in society: The development of higher psychological processes* (pp. 79-91). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Walby, S. (2011). The impact of feminism on sociology. *Sociological Research Online*, 16. doi: 10.5153/sro.2373

Walby, S. (1997). *Gender Transformations*. London: Routledge.

Wallace, R.B., & Doebbeling, B.N. (2007). *Public health and preventive medicine*. New York: McGraw Hill.

West, C., & Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 9(1), 8-37.

West, C., & Zimmerman, D.H. (2009). Accounting for Doing Gender. *Gender & Society*, 23(1), 112-122.

White, A., de Sousa, B., de Visser, R.O., Hogston, R., Madsen, S.A., Makara, P., Richardson, N., & Zatonski, W. (2011a). *The State of Men's Health in Europe*. Brussels: European Commission.

White, A., McKee, M., Richardson, N., de Visser, R.O., Madsen, S.A., de Sousa, B., Hogston, R., Zatonski, W., & Makara, P. (2011b). Europe's men need their own health strategy. *British Medical Journal*, 343. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d7397

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22, 429-45.

Whitehead, M. (1988). The Health Divide. En P. Towsend, N. Davidson, M. Whitehead (Eds.), *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide* (pp. 219-400). London: Penguin Books.

Wilkinson, R.G. (1997). Income, inequality and social cohesion. *American Journal of Public Health*, 87, 1504-06.

Williams, R., Robertson, S., & Hewison, A. (2009). Men's health, inequalities and policy: contradictions, masculinities and public health in England. *Critical Public Health*, 19(3-4), 475-488.

Williams, M.H. (2005). *Nutrición para la salud: Condición física y deporte*. México: McGraw-Hill/ Interamericana de México.

Williams, GH. (2003). The determinants of health: Structure, context and agency. *Sociology of Health and Illness*, 25, 131–154.

Wilsnack, R.W., Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C, & Harris, R.T. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95, 251–265.

WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization. Recuperado el 13 de octubre de 2013, de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

WHO (2000a). *What about boys? A literature Review on the Health and Development of Adolescent Boys*. Recuperado el 22 de abril de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.7.pdf

WHO (2000b). *Boys in the picture: gender based programming in adolescent health and development in Europe*. Recuperado el 22 de abril de 2012, de http://apps.who.int/iris/mobile//bitstream/handle/10665/108663/E70882.pdf?sequence=1

WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. Recuperado el 5 de agosto de 2014, de http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/Constitution-en.pdf

Young, W.C., Goy, R.W., & Phoenix, C.H. (1965). Hormones and sexual behavior. En J. Money (Ed.), *Sex Research: New Developments* (pp. 176-196). New York: Holt, Rinehart and Winston.

11. Anexos

11.1. Factor de impacto e indicios de calidad de los artículos presentados

Los resultados que forman parte de esta tesis doctoral han sido publicados en revistas científicas de prestigio nacional e internacional. De las cuatro revistas, una de ellas se encuentra indexada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Las otras tres están indexadas, entre otros índices, en *Social Sciences Citation Index* (ISI Web of Knowledge), y cuentan con factor de impacto en el Journal Citation Reports (JCR).

La tabla 2 resume las principales características de las revistas en las han sido publicados los resultados de esta tesis. A lo largo de este apartado, también se ofrece información más detallada de cada una de las revistas.

Tabla 2. Características de las revistas en las que han sido publicados los resultados

Título del artículo	Revista científica	Indexación	Factor impacto (JCR 2013)
Construir salud, construir género: ¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género?	Feminismo/s	Latindex	-
Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context	Social Science & Medicine	ISI Web of Knowledge	2.558
Girl power: Risky sexual behaviour and gender identity amongst young Spanish recreational drug users	Sexualities	ISI Web of Knowledge	0.651
Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of Spanish young men	Global Health Action	ISI Web of Knowledge	1.646

1.1.1. *Feminismo/s*

Información general de la revista

La revista *Feminismo/s* está editada por el Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante. La revista ofrece un espacio de expresión y debate crítico en el ámbito de los estudios de género y de la teoría feminista. El equipo editorial expone de forma explícita que su creación respondió a la necesidad de examinar desde las perspectivas teórica y práctica, qué relaciones de poder subyacen a la discriminación por razones de género y cómo éstas se configuran y materializan en la vida cotidiana. *Feminismo/s* tiene un carácter interdisciplinar, proporcionando herramientas de análisis en la interpretación de las relaciones de género en el ámbito socio-cultural contemporáneo, sin dejar a un lado la perspectiva histórica. La organización editorial se articula en torno a números monográficos, aunque también se publican algunos números siguiendo un modelo de miscelánea de artículos.

Dentro de la Clasificación Integrada de Revistas Científicas – CIRC, que clasifica las revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas consideradas positivamente por diferentes agencias de evaluación nacionales, tales como CNEAI y ANECA, *Feminismo/s* se encuentra en el Grupo B (criterio B2): revistas Indexadas en DICE (Grupo EPUB) y que cumplen con el requisito de contar con evaluación por personas expertas y estar presente en el Catálogo Latindex.

Concretamente, *Feminismo/s* se encuentra indexada en la base de datos del ISOC (CINDOC), LATINDEX, ERIH (European Reference Index for the Humanities), IN-RECS (Índice de impacto de las revistas españolas de Ciencias Sociales) y DICE (Difusión de las Revistas Españolas de Ciencias Sociales y Humanas, herramienta creada por el Instituto de Estudios Documentales sobre Ciencia y Tecnología del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC).

Feminismo/s: Latindex

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

latindex 15 años

Descripción/Description/Descrição

La revista está abierta a los aportes dol personal investigador que compone el Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante, así como a toda la comunidad académica. La organización editorial se realiza a través de números monográficos, estando prevista también la publicación de algunos números en los que se presente una miscelánea de artículos. El carácter de la publicación, al igual que la del Centro de Estudios sobre la Mujer, es multidisciplinar.

The jorunal is encourages contributions from researchers at he Centre for Women's Studies of the University of Alicante, as well as from the academic community as a whole. The journal is generally published in issues devoted to a single subject, although occasional issues containing articles on a range of subjects may also be published. both the journal and the Centre for Women's Studies are multidisciplinary in nature.

En catálogo.

Características cumplidas/Cumpridas/Standards met: 31
Características no cumplidas/Não cumpridos/Standards not met: 2

Folio	13098
Acopio	España
Fecha de Alta	2003-11-27
Fecha de Modificación	2009-05-28
Tipo de Registro	Modificado
Título	Feminismo/s. Revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante
Título Abreviado	Feminismo/s
País	España
Situación	Vigente
Año Inicio	2003
Año Terminación	9999
Frecuencia	Semestral
Tipo de Publicación	Publicación periódica
Soporte	Impreso en papel
Idioma(s)	Español
ISSN	1696-8166
Temas	Multidisciplinarias
Clasificación Decimal Universal	3,009
Lugar	Campus de San Vicent del Raspeig
Editorial	Universidad de Alicante, Centro de Estudios sobre la Mujer
Responsables	Mónica Moreno Seco
Ciudad	Alicante
País Editor	España
Código Postal	03080
Apartado Postal	99
Email	cem@ua.es
Enlace Electrónico Parcial	http://www.ua.es/cem/publicaciones/revista.htm

11.1.2. *Social Science and Medicine*

Información general de la revista

Social Science & Medicine es una revista perteneciente al grupo editorial ELSEVIER. Es considerada uno de los principales foros internacionales en la difusión de investigación en ciencias sociales y salud. La revista aborda una amplia gama de temas relacionados con la salud y enfermedad desde el enfoque de distintas disciplinas de las ciencias sociales (antropología, economía, epidemiología, geografía, política, psicología y sociología). Del mismo modo, también publica trabajos de interés para la comunidad internacional desde la perspectiva de las personas que, como profesionales, se ocupan de la salud física y mental, el cuidado, la práctica clínica o la política y gestión sanitaria.

Social Science & Medicine se encuentra en los siguientes índices: ASSIA, Abstracts in Hygiene and Communicable Diseases, BIOSIS, Elsevier BIOBASE, CINAHL, Current Contents/Health Services Administration, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, MEDLINE, EMBASE, Geographical Abstracts, Hyg Abstr, PASCAL/CNRS, Psychology Abstracts, Research Alert, Social Sciences Citation Index, Sociological Abstracts, Tropical Diseases Bulletin, Scopus.

Social Science & Medicine: JCR Social Science Edition 2013

ISI Web of Knowledge℠

Journal Citation Reports®

WELCOME | HELP | RETURN TO LIST

Journal: SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

Mark	Journal Title	ISSN	Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor
☐	SOC SCI MED	0277-9536	29254	2.558	3.568

Cited Journal | Citing Journal | Source Data | Journal Self Cites

CITED JOURNAL DATA | CITING JOURNAL DATA | IMPACT FACTOR TREND | RELATED JOURNALS

Journal Information

Full Journal Title: SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
ISO Abbrev. Title: Soc. Sci. Med.
JCR Abbrev. Title: SOC SCI MED
ISSN: 0277-9536
Issues/Year: 24
Language: ENGLISH
Journal Country/Territory: ENGLAND
Publisher: PERGAMON-ELSEVIER SCIENCE LTD
Publisher Address: THE BOULEVARD, LANGFORD LANE, KIDLINGTON, OXFORD OX5 1GB, ENGLAND
Subject Categories: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH | SCOPE NOTE | VIEW JOURNAL SUMMARY LIST | VIEW CATEGORY DATA
SOCIAL SCIENCES, BIOMEDICAL | SCOPE NOTE | VIEW JOURNAL SUMMARY LIST | VIEW CATEGORY DATA

Journal Rank in Categories: JOURNAL RANKING

Journal Impact Factor

Cites in 2013 to items published in: 2012 = 1179, 2011 = 1397, Sum: 2576
Number of items published in: 2012 = 548, 2011 = 459, Sum: 1007

Calculation: Cites to recent items / Number of recent items = 2576 / 1007 = **2.558**

5-Year Journal Impact Factor

Cites in {2013} to items published in: 2012 = 1179, 2011 = 1397, 2010 = 1989, 2009 = 2146, 2008 = 1985, Sum: 8696
Number of items published in: 2012 = 548, 2011 = 459, 2010 = 508, 2009 = 493, 2008 = 429, Sum: 2437

Calculation: Cites to recent items / Number of recent items = 8696 / 2437 = **3.568**

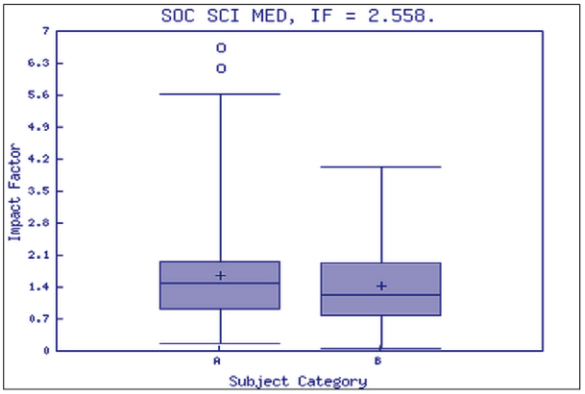
Rank in Category: SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

Journal Ranking

For **2013**, the journal **SOCIAL SCIENCE & MEDICINE** has an Impact Factor of **2.558**.

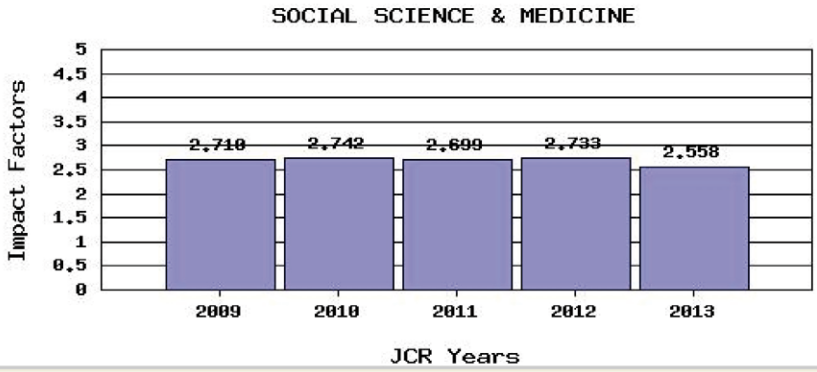
This table shows the ranking of this journal in its subject categories based on Impact Factor.

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	136	19	Q1
SOCIAL SCIENCES, BIOMEDICAL	37	4	Q1



Key
A - PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH
B - SOCIAL SCIENCES, BIOMEDICAL

Impact Factor Trend Graph: SOCIAL SCIENCE & MEDICINE



2013 Impact Factor

Cites in 2013 to articles published in: 2012 = 1179 Number of articles published in: 2012 = 548
2011 = 1397 2011 = 459
Sum: 2576 Sum: 1007

Calculation: Cites to recent articles 2576 = **2.558**
Number of recent articles 1007

11.1.3. Sexualities

Información general de la revista

Sexualities es una revista internacional perteneciente al grupo editorial SAGE, centrada en la publicación de artículos, reseñas y comentarios académicos sobre la naturaleza cambiante de las sexualidades humanas. *Sexualities* adopta una perspectiva amplia que abarca la totalidad de las ciencias sociales, la historia cultural, la antropología cultural y la geografía social, así como el feminismo, los estudios de género, los estudios culturales y los estudios de gays y lesbianas. Es considerada una de las principales revistas en el abordaje de las sexualidades humanas desde una perspectiva interdisciplinar. *Sexualities* publica trabajos de carácter analítico y etnográfico que describen, analizan, teorizan y proporcionan una crítica sobre la naturaleza cambiante de la organización social de la experiencia sexual humana. Concretamente, busca informar acerca de la 'vida vivida' y de 'acontecimientos del mundo real' como forma de estimular el debate y la discusión sobre controversias alrededor de las sexualidades contemporáneas.

Sexualities está incluida, entre otros, en los siguientes índices: Anthropological Index Online, Applied Social Sciences Index & Abstracts, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature CINAHL, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, e-Psyche, Educational Research Abstracts Online, Family Index Database, PsycINFO, Scopus, Social Sciences Citation Index, Sociological Abstracts, Studies on Women & Gender Abstracts.

Sexualities: JCR Social Science Edition 2013

ISI Web of Knowledge℠

Journal Citation Reports®

WELCOME | HELP | RETURN TO LIST

Journal: Sexualities

Mark	Journal Title	ISSN	Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor
	SEXUALITIES	1363-4607	564	0.651	1.032

Cited Journal | Citing Journal | Source Data | Journal Self Cites

Journal Information

Full Journal Title: Sexualities
ISO Abbrev. Title: Sexualities
JCR Abbrev. Title: SEXUALITIES
ISSN: 1363-4607
Issues/Year: 6
Language: ENGLISH
Journal Country/Territory: ENGLAND
Publisher: SAGE PUBLICATIONS INC
Publisher Address: 2455 TELLER RD, THOUSAND OAKS, CA 91320
Subject Categories: SOCIOLOGY SCOPE NOTE | VIEW JOURNAL SUMMARY LIST | VIEW CATEGORY DATA

Journal Rank in Categories: JOURNAL RANKING

Journal Impact Factor

Cites in 2013 to items published in: 2012 = 15, 2011 = 41, Sum: 56
Number of items published in: 2012 = 53, 2011 = 33, Sum: 86

Calculation: Cites to recent items / Number of recent items = 56 / 86 = **0.651**

5-Year Journal Impact Factor

Cites in {2013} to items published in: 2012 = 15, 2011 = 41, 2010 = 46, 2009 = 41, 2008 = 49, Sum: 192
Number of items published in: 2012 = 53, 2011 = 33, 2010 = 38, 2009 = 36, 2008 = 26, Sum: 186

Calculation: Cites to recent items / Number of recent items = 192 / 186 = **1.032**

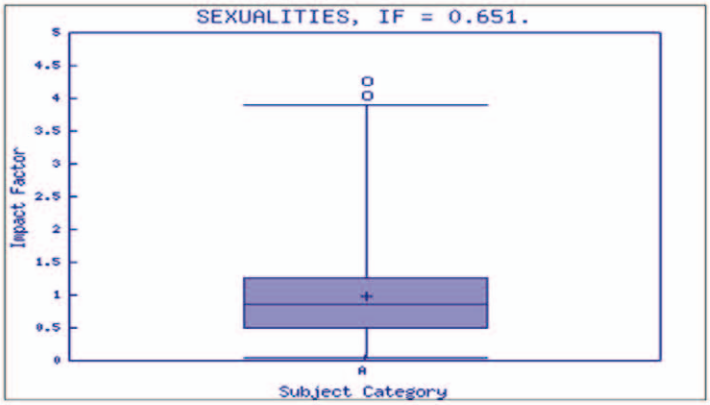
Rank in Category: Sexualities

Journal Ranking

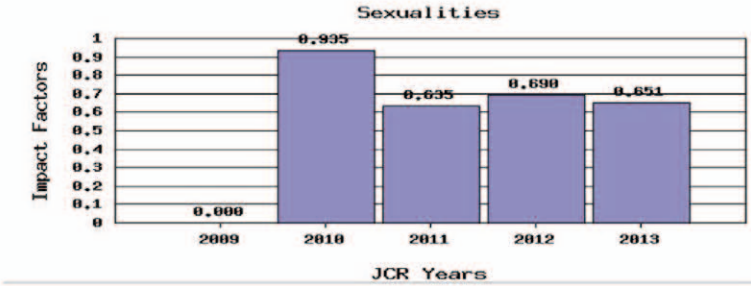
For **2013**, the journal **Sexualities** has an Impact Factor of **0.651**.

This table shows the ranking of this journal in its subject categories based on Impact Factor.

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
SOCIOLOGY	137	85	Q3



Impact Factor Trend Graph: Sexualities



2013 Impact Factor

Cites in 2013 to articles published in: 2012 = 15 Number of articles published in: 2012 = 53
2011 = 41 2011 = 33
Sum: 56 Sum: 86

Calculation: Cites to recent articles 56 = **0.651**
Number of recent articles 86

2012 Impact Factor

Cites in 2012 to articles published in: 2011 = 22 Number of articles published in: 2011 = 33
2010 = 27 2010 = 38
Sum: 49 Sum: 71

Calculation: Cites to recent articles 49 = **0.690**
Number of recent articles 71

11.1.4. *Global Health Action*

Información general de la revista

Global Health Action es una revista internacional de acceso libre afiliada al Centro para la Investigación en Salud Global de la Universidad de Umeå (Suecia), perteneciente al grupo CO-ACTION Publishing. La revista es un foro orientado a abordar los retos de la salud pública en un contexto global. Concretamente, el objetivo de *Global Health Action* es contribuir a desarrollar un enfoque más concreto y práctico sobre determinados aspectos que se relacionan con la salud y resulten de interés para una agenda global. Es por ello que la revista destaca por su énfasis en la implementación y en las orientaciones políticas.

Global Health Action se encuentra en los siguientes índices: CABI Global Health Collection, CINAHL, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, DOAJ, EMCare, Google Scholar, HINARI, Intute: Health and Life Sciences collection, J-gate, Journal Citation Reports/Science Edition, Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, JournalSeek, Medline, PubMed, Science Citation Index Expanded, SCIMago, Scopus, Social Sciences Citation Index, Social SciSearch y Ulrich's Periodical Directory.

Global Health Action: JCR Social Science Edition 2013

ISI Web of Knowledge℠

Journal Citation Reports®

WELCOME | HELP | RETURN TO LIST

Journal: Global Health Action

Mark	Journal Title	ISSN	Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor
	GLOBAL HEALTH ACTION	1654-9880	566	1.646	2.302

Cited Journal | Citing Journal | Source Data | Journal Self Cites

Journal Information

Full Journal Title: Global Health Action
ISO Abbrev. Title: Glob. Health Action
JCR Abbrev. Title: GLOBAL HEALTH ACTION
ISSN: 1654-9880
Issues/Year: 0
Language: ENGLISH
Journal Country/Territory: SWEDEN
Publisher: CO-ACTION PUBLISHING
Publisher Address: RIPVAGEN 7, JARFALLA SE-175 64, SWEDEN
Subject Categories: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH

SCOPE NOTE | VIEW JOURNAL SUMMARY LIST | VIEW CATEGORY DATA

Journal Impact Factor

Cites in 2013 to items published in: 2012 = 77, 2011 = 81, Sum: 158

Number of items published in: 2012 = 53, 2011 = 43, Sum: 96

Calculation: Cites to recent items / Number of recent items = 158 / 96 = **1.646**

5-Year Journal Impact Factor

Cites in {2013} to items published in: 2012 = 77, 2011 = 81, 2010 = 149, 2009 = 154, 2008 = 4, Sum: 465

Number of items published in: 2012 = 53, 2011 = 43, 2010 = 53, 2009 = 48, 2008 = 5, Sum: 202

Calculation: Cites to recent items / Number of recent items = 465 / 202 = **2.302**

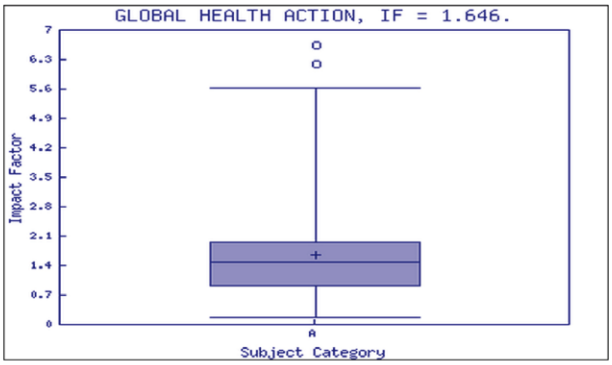
Rank in Category: Global Health Action

Journal Ranking

For **2013**, the journal **Global Health Action** has an Impact Factor of **1.646**.

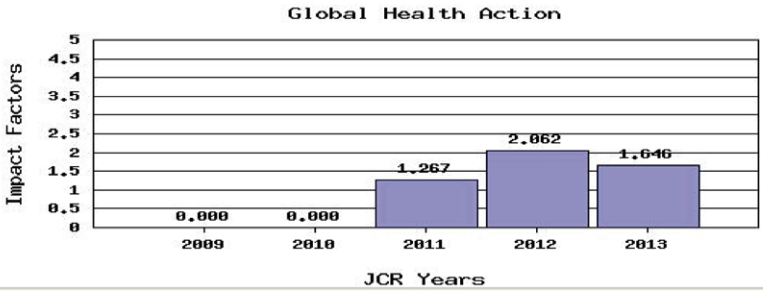
This table shows the ranking of this journal in its subject categories based on Impact Factor.

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	136	54	Q2



Key
A - PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH

Impact Factor Trend Graph: Global Health Action



2013 Impact Factor

Cites in 2013 to articles published in: 2012 = 77, 2011 = 81, Sum: 158

Number of articles published in: 2012 = 53, 2011 = 43, Sum: 96

Calculation: Cites to recent articles / Number of recent articles = 158 / 96 = **1.646**

2012 Impact Factor

Cites in 2012 to articles published in: 2011 = 62, 2010 = 136, Sum: 198

Number of articles published in: 2011 = 43, 2010 = 53, Sum: 96

Calculation: Cites to recent articles / Number of recent articles = 198 / 96 = **2.062**

11.2. Declaración de autoría de los artículos

Declaración de autoría: Artículo 1

La persona abajo firmante, como coautora del artículo «Construir salud, construir género: ¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género?», publicado en la revista *Feminismo/s*, acepta que Jorge Marcos Marcos presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral. Declara que Jorge Marcos Marcos ha participado en el proceso de redacción del manuscrito. Así mismo, la coautora declara que no se ha presentado dicha publicación como parte de otra tesis doctoral.

Firmado:

María del Mar García Calvente

Declaración de autoría: Artículo 2

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context», publicado en la revista *Social Science & Medicine*, aceptan que Jorge Marcos Marcos presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral. Declaran que Jorge Marcos Marcos ha participado en el estudio al que hace referencia el artículo, ha realizado tareas específicas en lo que respecta al análisis e interpretación de los resultados, y ha sido parte activa en el proceso de redacción del manuscrito. Así mismo, las coautoras y coautores declaran que no han presentado dicha publicación como parte de otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

Firmado:

María del Mar García Calvente

María del Río Lozano

Natalia Hidalgo Ruzzante

Gracia Maroto Navarro

Declaración de autoría: Artículo 3

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Girl power: Risky sexual behaviour and gender identity amongst young Spanish recreational drug users», publicado en la revista *Sexualities*, aceptan que Jorge Marcos Marcos presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral. Declaran que Jorge Marcos Marcos ha participado en el estudio al que hace referencia el artículo, ha realizado tareas específicas en lo que respecta al análisis e interpretación de los resultados, y ha sido parte activa en el proceso de redacción del manuscrito. Así mismo, las coautoras y coautores declaran que no han presentado dicha publicación como parte de otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

Firmado:

Mariano Hernán García

Ainhoa Rodríguez García de Cortázar

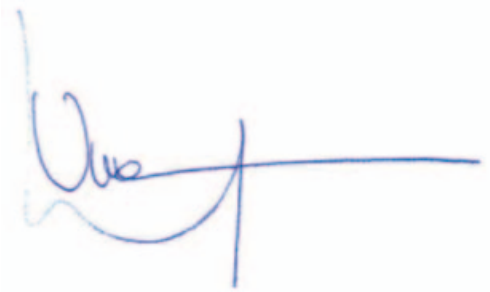
Andrés Cabrera León

Nuria Romo Avilés

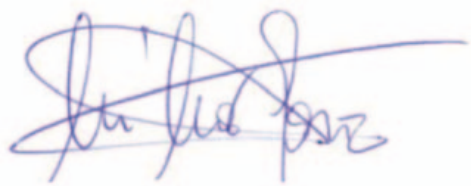
Declaración de autoría: Artículo 4

Las personas abajo firmantes, como coautoras del artículo «Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of Spanish young men», publicado en la revista *Global Health Action*, aceptan que Jorge Marcos Marcos presente el citado artículo como parte de su tesis doctoral. Declaran que Jorge Marcos Marcos ha participado en el estudio al que hace referencia el artículo, ha realizado tareas específicas en lo que respecta al análisis e interpretación de los resultados, y ha sido parte activa en el proceso de redacción del manuscrito. Así mismo, las coautoras y coautores declaran que no han presentado dicha publicación como parte de otra tesis doctoral y que, en el caso de no ser doctores/as en la fecha de esta declaración, renuncian a hacerlo en un futuro.

Firmado:



Nuria Romo Avilés



María del Mar García Calvente

María del Río Lozano

Juan Palomares Cuadros

11.3. Participación en otras publicaciones de la línea en género y salud

Además de los artículos que compendian los resultados de esta Tesis Doctoral, se hace referencia a otras publicaciones en las que el doctorando participa como coautor y que, dentro de la línea de investigación en género y salud, son el resultado de distintas colaboraciones realizadas durante el periodo de formación doctoral. Junto a la referencia completa, se aportan los resúmenes de los artículos en el formato original de las revistas científicas en las que aparecen publicados, así como las primeras páginas de la monografía en la que también se participa en calidad de autor. Del mismo modo, se hace referencia a dos manuscritos que en este momento se encuentran en proceso de revisión.

Artículos originales publicados en revistas científicas

- Del Río-Lozano, M., García-Calvente, M.M., **Marcos-Marcos, J.,** & Maroto-Navarro, G. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish caregivers. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1506 – 1520.

- Maroto-Navarro, G., Pastor-Moreno, G., Ocaña-Riola, R., Benítez- Hidalgo, V., García-Calvente, M.M., Gutiérrez-Cuadra, P., Gijón, M.T., del Río-Lozano, M., & **Marcos-Marcos, J.** (2013). Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3071-3083.

- García-Calvente, M.M., del Río-Lozano, M., Hidalgo-Ruzzante, N., **Marcos-Marcos, J.**, Castaño, E., Maroto-Navarro, G., Mateo, I., & Gil García, E. (2012). Exhausted women, tough men: A qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34(6), 911-26.

- García-Calvente, M.M., del Río-Lozano, M., y **Marcos-Marcos, J.** (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria,* 25(S), 100-107.

Libros o monografías sobre género y salud

- García-Calvente, M.M., del Río-Lozano, M., **Marcos-Marcos J.,** Maroto-Navarro, G., Ocaña-Riola, R., Sánchez-Villegas, P., y Ruiz-Cantero, M.T. (2015). *Atlas de desigualdades de género en salud en Andalucía*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- García-Calvente, M.M., del Río-Lozano, M., y **Marcos-Marcos J.** (2013). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Manuscritos originales en proceso de publicación

- Romo-Avilés, N., **Marcos-Marcos, J.,** Gil-García, E., Marquina-Márquez, A., & Tarragona-Camacho, A. Meanings and motivations of alcohol consumption among Spanish adolescents: breaking gender norms. *Journal of Youth Studies* (under review).

- Romo-Avilés, N., **Marcos-Marcos, J.,** Gil-García, E., Marquina-Márquez, A., y Tarragona-Camacho, A. Consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias* (en proceso de revisión).

Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers

María del Río Lozano[1], María del Mar García Calvente[1,*], Jorge Marcos Marcos[2], Francisco Entrena Durán[2], and Gracia Maroto Navarro[1]

[1] Andalusian School of Public Health, Granada, Spain
[2] University of Granada, Granada, Spain

[*] Corresponding Author

Qualitative Health Research 2013, 23(11): 1506 – 1520

Article

Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers

Qualitative Health Research
23(11) 1506–1520

DOI: 10.1177/1049732313507
qhr.sagepub.com
SAGE

María del Río-Lozano[1], María del Mar García-Calvente[1], Jorge Marcos-Marcos[2], Francisco Entrena-Durán[2], and Gracia Maroto-Navarro[1]

Abstract

We examined the influence of gender identity on men's and women's perceptions of assuming the caregive to identify different coping strategies and the effects on caregiver health and quality of life. The study, perform Andalusia, Spain, was based on a sociological analysis of the narratives produced during semistructured inter with primary informal caregivers (16 men and 16 women) of different profiles. We observed a cultural assum that women should assume the caregiver role and found that women shouldered the bulk of caregiving responsib and did not usually seek support. This might explain the high prevalence of chronic health disorders, stress, an depression, neglect of health, and social isolation we observed among women caregivers. Because the caregive was not socially imposed on men in our setting, men caregivers adopted a flexible attitude and tended to seek ex support before their health and quality of life were seriously affected.

Keywords

caregivers / caregiving; gender; health and well-being; interviews, semistructured; quality of life

Informal care, defined as the unpaid provision of care to a dependent person by family members or friends, has been considered the backbone of any long-term care system (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011). In Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 10% of adults provide some type of care to a relative (Colombo et al.). In Spain, 3,850,000 disabled people (8.5% of the population) live at home and more than half of these need personal care assistance or supervision (Esparza, 2011). Spain has been described as one of the countries where informal care is most common and formal support most lacking (Pickard, 2011). There is also evidence that most caregivers in southern Europe are high-intensity caregivers, particularly in Spain, where one in two caregivers spends more than 20 hours a week looking after a dependent person (Pickard).

Informal caregivers in Spain have a well-defined profile: 76% are women and the vast majority live with and are close relatives of the care recipient; 50% are aged 45 to 64 years and are not in paid employment because they are prevailingly housewives and retired men. In the case of care recipients under age 18, the profile changes, with an increase in the proportion of women caregivers and a decrease in mean age (Esparza, 2011). Conversely, when the care recipients are elderly, the proportion of men caregivers increases, as does mean age (Jiménez-Martín & Vilaplana, 2012). In this context, thus, it is particularly important to understand how gender roles and id influence men's and women's perceptions of careg and how this experience affects their health and qua life.

There are evident differences between male female informal caregivers in terms of the types of they perform and the time they devote to careg Women most frequently provide personal and instru tal care, keep the care recipient company, and pe supervisory tasks (Hirst, 2005). In addition, there i dence that, compared with men, women are more to provide higher-intensity care and have more di ties with care provision and with balancing worl family with their caregiving responsibilities (N Waliser, Spriggs, & Feldman, 2002). As stated by M (2001), "Women thrust into caregiving must de strategies to handle the multiple pressures of thei sonal life, domestic and family responsibilities, and and professional life within a context of inflexible and private services" (p. 20).

[1]Andalusian School of Public Health, Granada, Spain
[2]University of Granada, Granada, Spain

Corresponding Author:
María del Mar García-Calvente, Escuela Andaluza de Salud Públi Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4, Granada, 18080 Spain.
Email: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Male and female involvement in the birth and child-rearing process

Gracia Maroto Navarro[1,*], Guadalupe Pastor Moreno[1], Ricardo Ocaña Riola[1], Vivian Benítez Hidalgo[1], María del Mar García Calvente[1], María del Pilar Gutiérrez Cuadra[2], María Teresa Gijón Sánchez[3], María del Río Lozano[1], and Jorge Marcos Marcos[4]

[1] Andalusian School of Public Health, Granada, Spain
[2] Virgen de las Nieves Hospital, Granada, Spain University of Malaga, Malaga, Spain
[3] University of Malaga, Malaga, Spain
[4] Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain

[*] Corresponding Author

***Journal of Clinical Nursing 2013,* 22(21-22): 3071-3083**

JCN Journal of Clinical Nursing

Journal of Clinical Nursing

CLINICAL ISSUES

Male and female involvement in the birth and child-rearing process

Gracia Maroto-Navarro, Guadalupe Pastor-Moreno, Ricardo Ocaña-Riola, Vivian Benítez-Hidalgo, María del Mar García-Calvente, María del Pilar Gutiérrez-Cuadra, María T Gijón-Sánchez, María del Río-Lozano and Jorge Marcos-Marcos

Aims and objectives. To know the male involvement during pregnancy and childbirth, with special attention to their participation in public services of perinatal health and the impact that this participation has on their subsequent involvement in child-rearing, to compare the male and female involvement in child-rearing and to identify the factors associated with a greater male involvement.

Background. Most of the research on male involvement in birth and child-rearing comes from Anglo-Saxon and Scandinavian countries. These studies show a lower involvement of men in relation to women, even in countries with instruments to promote gender shared responsibility. The Spanish Ministry of Health has developed strategies to improve the male involvement in the public services of perinatal health to advance in gender equality. This is a suitable context to contribute to the lack of information about fatherhood and the gender inequalities in the Spanish context.

Design. Transversal design.

Methods. A questionnaire was administered to 150 fathers and 157 mothers residing in Granada, with at least one biological child aged 2 months to 3 years.

Results. A minority of the men attended the childbirth education whereas most of them attended pregnancy check-ups and were present at birth. Women spent more time with their children and took charge of tasks of child-rearing to a larger extent. The profile of an involved father is a man with a higher level of education, not married, his partner has a full-time employment, born in Spain and attended to the childbirth education classes.

Conclusion. This study shows gender inequalities in the reproductive field beyond the biological conditions.

Relevance to clinical practice. The challenge of the health services is to promote social change and identify areas for improvement to include the father figure in public services of perinatal health.

Key words: gender perspective, health promotion, inequalities in health, parenting, perinatal care, reproductive health

Accepted for publication: 24 October 2012

Introduction

At the Cairo Conference (United Nations 1995), for the first time and from a bio-psycho-social approach, men were designated as reinforcing agents of the reproductive health of women, and the role they played in the achievement of gender equality when they take part in the household responsibilities and family care was recognised. It was also

Authors: *Gracia Maroto-Navarro*, ScD, Lecturer, Andalusian School of Public Health, Granada and CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERSP), Madrid, Spain; *Guadalupe Pastor-Moreno*, ScD, Research Specialist, Andalusian School of Public Health, Granada; *Ricardo Ocaña-Riola*, PhD, Lecturer, Andalusian School of Public Health, Granada; *Vivian Benítez-Hidalgo*, ScD, Research Specialist, Andalusian School of Public Health, Granada; *María del Mar García-Calvente*, PhD, MD, Lecturer, Andalusian School of Public Health, Granada; *María del Pilar Gutiérrez-Cuadra*, ScD, System Information Director, Virgen de las Nieves Hospital, Granada; *María T Gijón-Sánchez*, PhD, Lecturer, University of Malaga, Málaga; *María del Río-Lozano*, ScD, Research Specialist, Andalusian School of Public Health, Granada; *Jorge Marcos-Marcos*, ScD, Research Specialist, Institute for Women's and Gender Studies, University of Granada, Granada, Spain

Correspondence: Gracia Maroto Navarro, Lecturer, Cuesta del Observatorio s/n, 18080, Granada, Spain. Telephone: + 34 958 027400.

E-mail: gracia.maroto.easp@juntadeandalucia.es

Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain

María del Mar García Calvente[1,2,*], Natalia Hidalgo Ruzzante[2], María del Río Lozano[1], Jorge Marcos Marcos[2], Emilia Martínez Morante[1], Gracia Maroto Navarro[1,2], Inmaculada Mateo Rodríguez[1,2], and Eugenia Gil García[3]

[1] Andalusian School of Public Health, Spain
[2] CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain
[3] University of Seville, Spain

[*] Corresponding Author

Sociology of Health & Illness 2012, 34(6): 911–926

SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS

Sociology of Health & Illness Vol. 34 No. 6 2012 ISSN 0141–9889, pp. 911–926
doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x

Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain

María del Mar García-Calvente[1,2], Natalia Hidalgo-Ruzzante[2], María del Río-Lozano[1], Jorge Marcos-Marcos[2], Emilia Martínez-Morante[1], Gracia Maroto-Navarro[1,2], Inmaculada Mateo-Rodríguez[1,2] and Eugenia Gil-García[3]

[1]*Andalusian School of Public Health, Spain*
[2]*CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain*
[3]*University of Seville, Spain*

Abstract This study analyses different perceptions by women and men, from different social backgrounds and ages, regarding their health, vulnerability and coping with illness, and describes the main models provided by both sexes to explain determinants for gender inequalities in health. The qualitative study involved in-depth interviews with women and men resident in Granada (Spain). The women rated their health worse than men, associating it with feelings of exhaustion. However, men tended to overrate their health, hiding their problems behind the 'tough guy' stereotype associated with masculinity. Both women and men shared the belief that women are more vulnerable, while men are weaker at coping with illness. The explanatory models offered for this paradox of 'weak but strong women' and 'tough but weak men' were different for each sex. Men used biological arguments more than women, centred on the female reproductive cycle. Women used more cultural models and identified determinants relating to social stratification, gender roles and power imbalances. In conclusion, gender constructions affect the health perceptions of both women and men at any social level or age. 'Exhausted' women and 'tough' men should form preferential target groups for intervention to reduce gender inequalities in health.

Keywords: gender identity, women's health, men's health, lay accounts, qualitative research

Introduction

Many of the differences in women's and men's health outcomes cannot be attributed to biological differences (Phillips 2005). It is necessary to stress the importance of gender in such differences that are in permanent interaction with all elements that shape social reality (Courtenay 2000a, Macintyre *et al.* 2005). This research forms part of the study of gender

Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España

María del Mar García Calvente[1,2,*], María del Río Lozano[1], y Jorge Marcos Marcos[2]

[1] Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España
[2] CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Granada, España

[*]Autora de correspondencia

Gaceta Sanitaria 2011, 25(S): 100-107

Gac Sanit. 2011;25(S):100–107

Original

Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España

Mar García Calvente[a,b,*], María del Río Lozano[a] y Jorge Marcos Marcos[b]

[a] Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España
[b] CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 13 de junio de 2011
Aceptado el 20 de septiembre de 2011
On-line el 16 de noviembre de 2011

Palabras clave:
Cuidado informal
Desigualdades de género
Deterioro de la salud
Dependencia

RESUMEN

Objetivos: Analizar las diferencias en las características del cuidado que prestan mujeres y hombres a personas dependientes, y su asociación con la percepción del deterioro de la salud como consecuencia de cuidar.
Métodos: Estudio epidemiológico transversal de ámbito nacional sobre la muestra de 7.512 personas cuidadoras principales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia 2008. Se realizó un análisis descriptivo de características del cuidado (tareas realizadas, intensidad, frecuencia y duración) según sexo. Mediante regresión logística multivariada se analizó la asociación entre la percepción de deterioro de la salud y las variables de cuidado, ajustando por características sociodemográficas.
Resultados: El 74% de las personas cuidadoras son mujeres y perciben con mayor frecuencia que los varones un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar (37% y 21%, respectivamente). Ellas prestan un cuidado de mayor intensidad y asumen con mayor frecuencia tareas de ayuda para el aseo personal, comer y vestirse, asociadas a un mayor riesgo de percepción de deterioro de la salud. Los hombres realizan más tareas de cuidado fuera del hogar (ir al médico, hacer compras y gestiones), que resultan protectoras para la percepción de deterioro de la salud. La intensidad del cuidado es un factor de riesgo para la percepción de deterioro de la salud en ambos sexos, y en las mujeres se añaden la frecuencia y duración.
Conclusiones: El mayor deterioro de la salud derivado del cuidado que perciben las mujeres está relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado. Las intervenciones orientadas a personas cuidadoras deberían ser sensibles a las desigualdades de género existentes en el cuidado informal.

Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain

Keywords:
Informal care
Gender inequalities
Health deterioration
Dependency

ABSTRACT

Objectives: To analyze differences in the characteristics of care provided by women and men to dependent persons, and their association with the perception of health deterioration in both sexes.
Methods: We performed a nationwide cross-sectional study with data obtained from the 2008 Spanish Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependence, based on a sample size of 7,512 principal caregivers. A descriptive analysis was performed of the characteristics of the care provided (tasks performed, intensity, frequency and duration) by sex. A multivariate logistic regression analysis was carried out to explore the association between the caregivers' perceptions of deteriorated health and the variables related to care, adjusted by sociodemographic characteristics.
Results: Most (74%) of the caregivers in the sample were women. Women more frequently perceived a deterioration in their health as a result of providing care than did men (37% and 21%, respectively). Women provided care with greater intensity and more frequently performed the tasks most associated with deteriorated health (personal hygiene, assistance in feeding, etc.). Men more frequently carried out tasks related to care outside the home (going to the doctor, shopping, etc.), all of which acted as a protective factor against health deterioration. The intensity of care was a risk factor for the perception of health deterioration in both sexes, while frequency and duration were also risk factors in women.
Conclusions: The greater health deterioration perceived by women is related to gender inequalities in the characteristics of the care provided. Interventions in informal caregivers should be sensitive to these gender inequalities.

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es (M. García Calvente).

0213-9111/$ – see front matter © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.006

Atlas de desigualdades de género en salud en Andalucía

Editoras
María del Mar García Calvente
María del Río Lozano

Autoría
María del Mar García Calvente (IP)
María del Río Lozano
Jorge Marcos Marcos
Gracia Maroto Navarro
Ricardo Ocaña Riola
Pablo Sánchez Villegas
María Teresa Ruiz Cantero

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública
2015

www.desigualdadesdegeneroensalud.org

Atlas de desigualdades de género en salud en Andalucía

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

EDITORAS
MARÍA DEL MAR GARCÍA CALVENTE
MARÍA DEL RÍO LOZANO

Júpiter y Juno, James Barry (1773). Detalle

EDITORAS
María del Mar García Calvente
María del Río Lozano

AUTORÍA
María del Mar García Calvente (Investigadora principal)
María del Río Lozano
Jorge Marcos Marcos
Gracia Maroto Navarro
Ricardo Ocaña Riola
Pablo Sánchez Villegas
María Teresa Ruiz Cantero

EDITA
Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es

DEPÓSITO LEGAL
X

ISBN
X

El presente informe se ha elaborado en el marco del proyecto denominado "Atlas de desigualdades de género en salud en Andalucía", financiado por la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Exp. P08-CTS-4321).

Índice

Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes

Autoría
María del Mar García Calvente
María del Río Lozano
Jorge Marcos Marcos

Grupo de Trabajo
María del Mar García Calvente (IP)
María del Río Lozano
Jorge Marcos Marcos
Raquel Cantos Vicent
Gracia Maroto Navarro
Ricardo Ocaña Riola
María Teresa Ruiz Cantero

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública
2013
(ISBN: 978-84-695-7988-6)

www.desigualdadesdegeneroensalud.org

GUÍA DE INDICADORES PARA MEDIR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y SUS DETERMINANTES

JUNTA DE ANDALUCIA
Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

El presente informe se ha elaborado en el marco del proyecto denominado "ATLAS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES EN ANDALUCÍA", financiado por la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Exp. P08-CTS-4321).

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es
2013
ISBN: 978-84-695-7988-6

Autoría

María del Mar García Calvente

María del Río Lozano

Jorge Marcos Marcos

Grupo de trabajo para la elaboración del documento

María del Mar García Calvente (Investigadora principal)

María del Río Lozano

Jorge Marcos Marcos

Raquel Cantos Vicent

Gracia Maroto Navarro

Ricardo Ocaña Riola

María Teresa Ruiz Cantero

Agradecimientos

A todas las personas expertas que han colaborado en la consulta realizada, prestando su tiempo y dedicación a este proyecto: Lucía Mazarrasa Alvear (Escuela Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III); Rosa López Rodríguez (Observatorio de Salud de las Mujeres); Daniel La Parra Casado, Carlos Álvarez Dardet y Mercedes Carrasco Portiño (Universidad de Alicante); Eugenia Gil García y María Luisa Jiménez Rodrigo (Universidad de Sevilla); Ángeles Cabria García (Observatorio de Salud Pública de Cantabria); Isabel Larrañaga Padilla (Osakidetza, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco); Thelma Gálvez (Comisión Económica para América Latina, CEPAL); Ana Pamela Eguiguren (Observatorio de Equidad de Género en Salud, Chile); Lilia Jara (Organización Panamericana de la Salud, OPS).

A la Unidad de Publicaciones de la EASP, por su revisión final al documento.

Este proyecto ha recibido financiación de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía y del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Expediente P08-CTS-4321).

ÍNDICE

Meanings and motivations of alcohol consumption among Spanish adolescents: breaking gender norms

Nuria Romo Avilés[1,*], Jorge Marcos Marcos[1], Eugenia Gil García[2], Alfonso Marquina Márquez[3] y Alicia Tarragona Camacho[1].

[1]Universidad de Granada
[2] Universidad de Sevilla
[3] Universidad de Málaga

[*]Autora de correspondencia

Journal of Youth Studies

(under review)

Journal of Youth Studies

Meanings and motivations of alcohol consumption among Spanish adolescents: breaking gender norms

Journal:	*Journal of Youth Studies*
Manuscript ID:	CJYS-2014-0316
Manuscript Type:	Article
Keywords:	Alcohol, Gender, Gender Identity, Adolescents

URL: http:/mc.manuscriptcentral.com/cjys Email: a.furlong@mgt.gla.ac.uk

Meanings and motivations of alcohol consumption among Spanish adolescents: breaking gender norms

Abstract

Public debate on the consumption of alcohol by adolescents has grown over recent years. It has intensified in Spain after epidemiological reports of a significant increase in alcohol consumption among adolescent girls. The present study was designed to identify cues for comprehending this new trend from a gender perspective. The objective was to understand the meanings and motivations attributed to alcohol consumption by adolescents. A qualitative study was undertaken in 66 adolescents aged between 14 and 17 yrs using focus groups. Summative content analysis was performed to analyze their discourses. The results show how the attributed meanings of disinhibition and having a good time may be contributing to the generation of new expectations and demands in relation to femininity and masculinity codes and breaks with the gender system. Results are discussed in terms of the implications for gender roles enacted among peers.

INTRODUCTION

Excessive alcohol consumption is considered one of the main health risk factors worldwide. The publication in 2010 of a global strategy by the WHO to reduce the harmful use of alcohol triggered increased action to reduce the morbi-mortality and social consequences of its consumption (WHO, 2010). There has been an especially intensive debate on public policy in relation to alcohol consumption by adolescents.

There has been a change in the pattern of alcohol use in Spain over the past decade, with an increase among young people aged between 14 and 15 yrs and an increasingly frequent consumption by the females. According to a recent government survey in a representative sample of secondary school students aged between 14 and 18 yrs (*Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundaria;* ESTUDES), 82% consumed alcohol during the previous year and, among the 14- to 16-yr-olds, a higher percentage of females than males reported "binge drinking" (DGPNSD, 2014). In Spain, adolescents are accustomed to the consumption of shop-bought alcohol in open-air public spaces in an event known as a *"botellon"*[1]. There is a

Consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes

Nuria Romo Avilés[1,*], Jorge Marcos Marcos[1], Eugenia Gil García[2], Alfonso Marquina Márquez[3] y Alicia Tarragona Camacho[1].

[1]Universidad de Granada
[2] Universidad de Sevilla
[3] Universidad de Málaga

[*]Autora de correspondencia

Revista Española de Drogodependencias

(en proceso de revisión)

REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESTUDIOS EN DROGODEPENDENCIAS
Tel. 96 394 19 32 · www.aesed.com

EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS

Fecha: 04/02/2015

Título	Código
Consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes	**Ref. 218**

Resumen

La información epidemiológica en España pone en evidencia los cambios que se vienen sucediendo en los patrones de consumo de alcohol en las poblaciones adolescentes. Estos son especialmente significativos en relación a la reducción de la brecha en los consumos intensivos de alcohol por parte de las chicas. Este artículo tiene como objetivo describir algunos elementos que, imbricados al sistema de género, muestran tendencias de lo que está sucediendo en relación al consumo de alcohol en las poblaciones adolescentes. Para ello fue diseñado un estudio cualitativo en base a grupos focales con chicas y chicos de 14 a 17 años. Los discursos de los 66 adolescentes andaluces participantes en el estudio fueron tratados siguiendo un procedimiento de análisis de contenido. Los resultados ponen de manifiesto tanto aspectos diferenciados como compartidos entre chicos y chicas en relación a los procesos de inicio al consumo de alcohol, experiencias de consumo intensivo y control de riesgos. Los resultados se discuten en torno al papel del consumo de alcohol a la hora de definir y reforzar ciertos valores y significados atribuidos a lo masculino y lo femenino. Especialmente, en relación a los procesos de ruptura dentro del sistema de género provocados por las prácticas de consumo intensivo de alcohol en el espacio público por parte de chicas.

Epidemiological data available in Spain highlights the changes that are happening in the patterns of alcohol consumption in adolescent populations. These are especially significant in relation to reducing the gap in intensive consumption of alcohol by girls. This article aims to describe some elements that related to the gender system, show what is happening in relation to alcohol consumption in adolescent populations. For it was designed a qualitative study based on focus groups with girls and boys of 14-17 years. The speeches of the 66 Andalusian adolescents in the study were treated following a procedure of content analysis. The results highlight different aspects shared between boys and girls in relation to consumption, intensive experience and risk control in alcohol consumption. The results are discussed on the role of alcohol have in the definition and reinforcement of certain values and meanings attributed to the masculine and the feminine identity and especially in relation to the processes of rupture within the gender system caused by intensive practices alcohol in public space by girls.

Palabras clave: Alcohol, género, adolescencia, investigación cualitativa
Alcohol, gender, adolescents, qualitative research

REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS
Avda. de la Plata, 20 - 46013 Valencia | www.aesed.com | sec_red@aesed.com

11.4. Participación en (otros) foros científicos para la divulgación de resultados dentro de la línea en género y salud

Comunicaciones y ponencias

La tabla 3 muestra la participación del doctorando en foros académicos- científicos, dentro de la línea en género y salud, durante el periodo de formación doctoral.

Tabla 3. Comunicaciones y ponencias dentro de la línea en género y salud

Título	*Guide to indicators for measuring gender inequalities in health and its determinants in the Spanish context*
Autoría	Gracia Maroto Navarro, María del Río Lozano, **Jorge Marcos Marcos**, Ricardo Ocaña Riola, María Teresa Ruiz Cantero, y María del Mar García Calvente
Reunión	Gender Summit 4 Europe 2014
Lugar	Bruselas, Junio de 2014

Título	*Influencia del género en los patrones de uso y abuso de alcohol en adolescentes andaluces*
Autoría	Eugenia Gil García, Nuria Romo Avilés, **Jorge Marcos Marcos**, Alfonso Marquina Márquez, Alicia Tarragona Camacho
Reunión	III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud
Lugar	Sevilla, noviembre de 2014

Título	*Desigualdades sociales, género y consumo de drogas en Andalucía*
Autoría	Nuria Romo Avilés, Eugenia Gil García, **Jorge Marcos Marcos,** Alfonso Marquína Marquez y Alicia Tarragona Camacho
Reunión	XLI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol
Lugar	Sevilla, abril de 2014

Título	*Brechas de género en calidad de vida relacionada con salud: determinantes estructurales y de cuidados*
Autoría	María del Mar García-Calvente, **Jorge Marcos Marcos**, María del Río Lozano, Gabriel Babio Pereira, Ricardo Ocaña Riola, Gracia Maroto Navarro, Carme Borrell Thió, y Maica Rodríguez Sanz
Reunión	Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública
Lugar	Granada, Septiembre de 2013

Título	*Identidad de Género en el cuidado informal y consecuencias en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras*
Autoría	María del Río Lozano, Mar García-Calvente, **Jorge Marcos Marcos**, y Gracia Maroto Navarro
Reunión	IX Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política
Lugar	Bilbao, julio de 2012

Título	*Enfoque de género en la planificación y ejecución de las actuaciones sanitarias dirigidas a personas cuidadoras*
Autoría	María del Río Lozano, María del Mar García Calvente, **Jorge Marcos Marcos**, Gracia Maroto Navarro, y Ana Delgado Sánchez
Reunión	Congreso Internacional para el Impulso de Políticas de Igualdad de Mujeres y Hombres
Lugar	Bilbao, octubre de 2012

Título	*Participación masculina en los servicios de atención perinatal durante el embarazo y parto*
Autoría	Gracia Maroto Navarro, Guadalupe Pastor Moreno, Ricardo Ocaña Riola, Vivian Benítez Hidalgo, María del Mar García Calvente, María del Pilar Gutiérrez Cuadra, María Teresa Gijón Sánchez, María del Río Lozano, **Jorge Marcos Marcos**, y Blanca Botello Díaz
Reunión	I Simposio de Promoción de la Salud en el Arco Mediterráneo
Lugar	Gerona, mayo de 2012

Título	*Masculinidad y salud: Estudio cualitativo en varones andaluces de 15 a 24 años*
Autoría	**Jorge Marcos Marcos**, María del Mar García Calvente, y María del Río Lozano
Reunión	XXIX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Lugar	Madrid, octubre de 2011

Pósteres científicos

La tabla 4 resume la contribución del doctorando en foros académicos- científicos, dentro de la línea en género y salud, durante el periodo de formación doctoral.

Tabla 4. Pósteres científicos dentro de la línea en género y salud

Título	*Participación de los padres en los servicios sanitarios de atención perinatal de la ciudad de Granada*
Autoría	Gracia Maroto Navarro, Guadalupe Pastor Moreno, Ricardo Ocaña Riola, María del Mar García Calvente, María del Río Lozano, **Jorge Marcos Marcos**, Vivian Benítez Hidalgo, María del Pilar Gutiérrez Cuadra, y María Teresa Gijón Sánchez
Reunión	Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública
Lugar	Granada, Septiembre de 2013

Título	*Identidad de género en el cuidado informal, búsqueda de ayuda e impacto en la salud*
Autoría	María del Río Lozano, María del Mar García Calvente, **Jorge Marcos Marcos**, Francisco Entrena Durán, y Gracia Maroto Navarro
Reunión	Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública
Lugar	Granada, Septiembre de 2013

Título	*Enfoque de género en las actuaciones del Sistema Sanitario Público Andaluz para personas cuidadoras*
Autoría	María del Río Lozano, María del Mar García Calvente, **Jorge Marcos Marcos**, Ana Delgado Sánchez, Elena Gonzalo, Gracia Maroto Navarro, Inmaculada Mateo, y Esther Castaño
Reunión	XXIX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Lugar	Madrid, octubre de 2011

Título	*Desigualdades de género en el impacto del cuidado sobre la salud: Análisis de la encuesta EDAD 2008*
Autoría	María del Río Lozano, María del Mar García Calvente, y **Jorge Marcos Marcos**
Reunión	XXIX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Lugar	Madrid, octubre de 2011

Título	*The construction of masculinity and its influence on health: qualitative data analysis in andalusians males between 15 and 24 years old*
Autoría	**Jorge Marcos Marcos** y María del Mar García Calvente
Reunión	Second Annual International Conference on Male Studies
Lugar	Nueva York, abril de 2011