



MASCULINIDAD Y DEMANDA DE AYUDA EN CAMPESINOS ADULTOS MAYORES

Oscar Labra¹, Carol Castro², Danielle Maltais³
y Robin Wright⁴

RESUMEN

Investigación cualitativa en un grupo de hombres adultos mayores expuestos a un desastre natural. Los resultados permiten afirmar que el grupo de hombres de más edad (65 años en adelante) se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social después del terremoto de febrero de 2010, que aquellos de 57 a 64 años. Lo anterior podría explicarse tanto por su avanzada edad como por su asimilación a los valores tradicionales asociados a la masculinidad tradicional, la cual inhibe la demanda de ayuda en un contexto de ruralidad. De lo anterior se sugiere que desarrollen políticas públicas que tomen en consideración la realidad particular que viven los hombres adultos mayores en términos de implementar programas de apoyo basados en aspectos que favorezcan la salud de los hombres expuestos a experiencias altamente estresantes, por ejemplo: fortalecer sus redes sociales y familiares, y adecuación de las intervenciones a los códigos de la masculinidad.

Palabras claves: Hombres adultos mayores; Masculinidad, Servicios psicosociales, Desastre natural

ABSTRACTS

The article describes a qualitative study involving a group of senior men exposed to a natural disaster. The results indicate that older men (aged 65 years and over) were more socially vulnerable than a younger group (aged 57 to 64) in the aftermath of a major earthquake in Chile, in February 2010. Possible factors include the effects of advanced age and by older men's identification with traditional values of masculinity that inhibit help seeking. Based on the results, the authors argue that public policies should take into consideration the specific realities lived by older men in order to implement support programs that address the health of men exposed to highly stressful experiences, for example by strengthening their social and family networks, as well as by adapting interventions to masculinity codes.

Keywords: Senior men; Psychosocial services; Natural disaster; Masculinity

Recibido: 18/07/2018 · **Aprobado:** 29/08/2018

¹Ph.D., profesor, Departamento de Desarrollo Humano y Social Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, Canadá. Oscar.labra@uqat.ca

²Ph.D.(c), es candidata a doctorado en Ciencias Humanas, Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue, Canadá

³Ph.D., profesora, Departamento Ciencias Humanas y Sociales Universidad de Quebec a Chicoutimi, Canadá

⁴Ph.D., profesora, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Windsor, Canadá

Introducción

La investigación científica ha demostrado repetidamente que las personas que están expuestas a eventos traumáticos, como los desastres naturales, corren el riesgo de sufrir un deterioro de su salud. En términos de salud física, las personas afectadas por los desastres reportan más enfermedades gastrointestinales, infarto del miocardio, erupciones cutáneas, eccemas, dolor de espalda, enfermedad respiratoria y problemas neurológicos, reumatológicos y oftalmológicos (Hlodversdottir & al., 2016; Moscona & al., 2019; Swerdel & al., 2014; Zaetta, Santonastaso, & Favaro, 2011). En cuanto a la salud mental, son más frecuentes los síntomas depresivos y somáticos, el trastorno por estrés posttraumático, la angustia emocional, los trastornos de la memoria, la depresión y la ansiedad (Anderson & al., 2016; Arnberg & al., 2011; Aslam & Kamal, 2016; Labra, Maltais, & Gingras-Lacroix, 2018; Suzuki & al., 2011; van der Velden & al., 2013; Xu, 2016; Zaetta & al., 2011). En la población hombres, los adultos mayores serían el grupo más vulnerable en caso de desastre natural (Maltais, 2013; Labra and Maltais, 2013).

Las alteraciones de la salud de los hombres afectados por los desastres naturales estarían íntimamente relacionada con ciertos factores de riesgo presentes durante el período previo al desastre, durante el evento mismo y durante el período posterior al desastre (Labra & Maltais, 2013). En este sentido, la alta exposición a desastres naturales aumentaría la prevalencia de trastornos de salud mental (Bei & al., 2013; Hikichi & al., 2016; Labra & al., 2018; Pietrzak & al., 2012; Tsujiuchi & al., 2016). Por su parte, Pietrzak & al. (2012) agregan que el estado civil podría ser un factor a tomar en consideración en la salud de los hombres, ya que el hecho de estar casado y/o vivir con pareja podría considerarse como un factor protector de la salud. Entre los hombres, la mujer (cónyuge/conviviente) parece ser la que inicia la solicitud de ayuda y también a menudo sería una de las únicas personas a las que se debe consultar cuando surgen problemas de salud mental en su pareja (Harding & Fox, 2015; Tremblay & al., 2016a). A esto se debe agregar como factor de protección de la salud de los hombres la existencia de una red de apoyo grande y sólida. (Bei & al., 2013; Cherry & al., 2015; Flagg, 2017; Hikichi & al., 2016; Inoue & Yamaoka, 2017). Los vínculos positivos al interior de la familia podrían considerarse como un factor protector que tendría posiblemente efectos positivos en el restablecimiento de la salud de los hombres. Por otro lado, los hombres que tienen una red de apoyo reducida verían más grandemente afectada su calidad de su salud, y ello en condiciones de estrés máximo producido por un desastre natural o tecnológico (Ai, Pappas, & Simonsen, 2015; Labra & al., 2017; Tremblay & al., 2016a).

La edad también es un factor que se puede tener en cuenta. Sin embargo, el estudio de Ahmadi & al. (2018) muestra que actualmente hay dos grandes focos en los cuales pueden concentrarse las necesidades psicosociales de las personas mayores, como resultado de la exposición a un desastre natural. El primero de ellos sostiene que este grupo de población tiene más probabilidades de ser grupo de riesgo, ya que las personas mayores suelen estar representadas en exceso entre las víctimas. El segundo indica que los hombres mayores son enfrentados a la pérdida de una o más personas en su red de apoyo y tienen dificultades a tener un estatus socioeconómico similar al anterior al desastre natural (Jia & al., 2010; Jin, Xu, & Liu, 2014; Parker & al., 2016). Además, de la excesiva representatividad de la mortalidad entre las personas mayores, otros estudios muestran, en contraste, que las poblaciones más jóvenes serían menos resistentes después de la exposición a un desastre natural (Adams & al., 2011; Rafiey & al., 2016; Wang & Yarnal, 2012; Warsini & al., 2015). Esto se apoya en la hipótesis de que las personas mayores tienen experiencias previas que les permiten manejar mejor las situaciones traumáticas resultantes de un desastre natural (Adams & al., 2011; Rafiey & al., 2016). A lo anterior, sería posible agregar una tercera perspectiva de que la edad no sería un factor de riesgo para la presencia de trastornos de salud mental (Hikichi & al., 2016; Kohn & al., 2005; Neugarten, 1999).

El género también se ha estudiado ampliamente en la literatura, sobre si puede ser un factor que pueda estar relacionado con la aparición de trastornos de la salud después de la exposición a un desastre natural. Según algunos estudios, el género no es un predictor significativo de la presencia de trastornos de salud mental (Bei & al., 2013; Lowe & al., 2015; Tsujiuchi & al., 2016). Sin embargo la situación no es del todo unánime en la comunidad científica, ya que otros estudios muestran que las mujeres presentan más estrés y un deterioro en su salud (Brown & al., 2010; Dai & al., 2017; Fergusson & al., 2015; Hikichi & al., 2016; North, 2016). Como lo indican Brown & al. (2010), es posible que existan ciertos sesgos de género que expliquen las diferencias entre hombres y mujeres. En este sentido un estudio de Liddell & Ferreira (2019), en mujeres, mostró una correlación positiva entre el hecho de ser mujer y la capacidad de resiliencia de las personas adultas mayores participantes al estudio, y salud física y mental. Por lo

tanto, existe una clara dicotomía en el campo de la investigación científica con respecto a la influencia del género en la salud de las poblaciones expuestas a desastres naturales.

La investigación en ciencias sociales tiende a mostrar que la socialización masculina podría explicar la brecha entre la salud mental de hombres y mujeres (Tremblay & Déry, 2010). De hecho, los hombres internalizan una masculinidad que valora la competencia, la autonomía, el estoicismo, la invulnerabilidad, el poder y la homofobia (Anderson, 2005; Connell, 1995; Lynch & Kilmartin, 1999; Philaretou & Allen, 2001) podría tener impactos directos en la salud de los hombres afectados por un desastre. En este sentido, un estudio de Bei & al. (2013) muestra la existencia de una correlación positiva entre el estoicismo y los síntomas depresivos en personas mayores que han experimentado inundaciones. Además, los hombres tienden a tener dificultades para identificar sus síntomas de angustia (Tremblay & Déry, 2010; Yousaf, Popat, & Hunter, 2015b) y consultan solo cuando se encuentran en estado de crisis (Olliffe & al., 2012; Roy, Tremblay, & Robertson, 2014), resultando lo anterior en una subutilización de los servicios de salud por parte de hombres luego de un desastre natural (Elhai & Ford, 2009; Labra & al., 2017). Para Yousaf & al. (2015b), esta subutilización es el resultado de un deseo de cumplir con los estándares tradicionalmente esperados de la masculinidad. Además, ciertos hombres tenderían a creer que el solo tiempo mejorará sus males o enfermedades cuando se trata de un trastorno de estrés postraumático. Así una representación de sanidad otorgada al tiempo se instala en la consciencia de los hombres (Labra & al., 2017; Morina & al., 2014), como elemento sanador.

Lo anterior muestra que hay una ausencia de estudios sobre la investigación del estado de salud de los hombres después de un desastre natural. Esta investigación pretende: 1) Describir el estado de salud mental de los hombres adultos mayores; 2) Determinar la importancia que los hombres adultos mayores le otorgan a los valores sociales; 3) Describir la percepción que tienen los hombres adultos mayores en relación a su necesidad de pedir ayuda en contexto de desastre.

Marco conceptual

La investigación se guio por el enfoque saludable de Antonovsky (1979). La mayoría de las teorías explicativas relacionadas con el género masculino no permiten observar los aspectos positivos en las que se puede apoyar las acciones preventivas para contrarrestar los aspectos negativos, los cuales están bien documentados en la literatura científica. En este sentido el enfoque saludable de Antonovsky (1979), permite responder a este vacío. El primer elemento teórico de este enfoque estipula que conviene centrarse en las fortalezas y elementos positivos del entorno que aportan salud, en lugar de concentrarse en los elementos que producen la enfermedad (Lindström & Eriksson, 2005). El segundo elemento teórico clave se llama el sentido de coherencia, que es la comprensión que la persona se hace sobre el mundo que los rodea (Lindström & Eriksson, 2009, 2012). De acuerdo con este enfoque, una persona que percibe los eventos de su vida como un todo coherente, como las cosas que tienen un significado preciso, será capaz de resolver los problemas que se le presentan en comparación con una persona que percibe los desafíos como desgracias o maldiciones (Antonovsky, 1979). El enfoque saludable se ha convertido en un concepto establecido en salud pública para la promoción de la salud.

La teoría de la masculinidad inclusiva de Anderson (2009), también será utilizada en el marco teórico de esta investigación. Proveniente de los estudios de Connell (1996), esta teoría se centra en las masculinidades en referencia a las configuraciones de las prácticas de los hombres de acuerdo a los constructos sociales asociadas a la masculinidad (Anderson, 2009). En este sentido, habría dos arquetipos de masculinidad que son valorizados en los análisis de la masculinidad: 1) La masculinidad ortodoxa que otorga importancia a los valores tradicionales de masculinidad en la cual se encuentra la competencia, la autonomía, el estoicismo, el poder y la homofobia (Anderson, 2009; Connell, 1995; Lynch & Kilmartin, 1999; Philaretou & Allen, 2001); y 2) la masculinidad inclusiva en la que no hay homofobia, dando lugar a prácticas y actitudes estigmatizadas (Anderson, 2009). Dentro de estas dos formas de masculinidad residen varios tipos de masculinidad que dependen de la socialización particular de los hombres, sin que exista una forma de jerarquía u homogeneidad entre ellos (Anderson, 2009). Por lo tanto, es crucial considerar el impacto que los dos arquetipos propuestos por la teoría de la masculinidad inclusiva, ejercería en la relación de los adultos mayores con los servicios de salud y los servicios sociales.

Metodología

Se implementó una investigación mixta para cumplir con los objetivos del estudio. Así se asiste a un

estudio exploratorio, donde sus resultados son indicativos de un limitado número de hombres estudiados (n=20). También porque se sabe muy poco sobre la salud y la demanda de ayuda de los hombres mayores que viven en comunidades rurales y afectados por el terremoto de 2010 en Chile.

Reclutamiento de participantes

La muestra se constituyó según un procedimiento no probabilístico. Los primeros participantes fueron referidos por trabajadores sociales del Centro de Salud Comunitario de la Municipalidad de Pencahue y la comunidad de Lo Figueroa. Los otros participantes fueron reclutados usando la técnica de "bola de nieve" (Goodman, 1961; Handcock & Gile, 2011). Esta técnica se ajustó bien al contexto de los participantes, ya que cada entrevistado condujo a otro hombre que también cumplió con los criterios de inclusión en la investigación. El lugar de las entrevistas y su horario se establecieron de común acuerdo con cada hombre entrevistado.

La recolección de datos se llevó a cabo por el investigador principal. Para ello se usaron dos tipos de instrumentos: 1) Entrevista semidirigida. Las entrevistas fueron grabadas en banda audio y transcritas en su totalidad. La guía de entrevista aborda una variedad de temas con el propósito de construir un retrato completo de los hombres sobre su salud mental, la demanda de ayuda, sus valores y su relación con los servicios. Este instrumento incluye varias preguntas de un estudio sobre las percepciones de los hombres de Quebec sobre sus necesidades psicosociales y de salud aplicado en Quebec en 2014 (Tremblay & al., 2016b). Para fines de este estudio, la adaptación al español de la guía de entrevista se llevó a cabo utilizando el principio de doble traducción inversa. Este método maximiza la validez de las preguntas que se hicieron a los participantes; 2) Impacto de la escala de eventos: revisada (IES-R). Este instrumento compuesto por 28 preguntas (tipo likert) se empleó para identificar la presencia o ausencia de enfermedades post traumáticas.

Análisis de datos

Los datos cualitativos se analizaron según el procedimiento de análisis temático en cinco pasos: 1) familiarizarse con los datos recopilados a partir de la escucha repetitiva de material transcrito; 2) generación de códigos iniciales; 3) búsqueda de temas a través del material codificado; 4) revisión de temas mediante una descripción completa del fenómeno estudiado; y 5) Definición y denominación de temas. Los datos recogidos del cuestionario Impacto de la escala de eventos: revisada (IES-R) se analizaron utilizando una medida de frecuencia relativa, la proporción. Esta medida permitió caracterizar y comparar, cuantitativamente, la ocurrencia de una variable de acuerdo con una cierta clase, como la edad. Los datos se analizaron de forma binaria por grupo de edad: hombres menores de 57 a 64 y los hombres de 64 años y más. Cabe señalar que en Canadá un adulto mayor es una persona de 57 años o más (Canada, 2015).

Consideraciones éticas

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue (CER-UQAT) para la Investigación con Humanos (certificado: 2016-08). Por lo tanto, este estudio no implicó riesgos para la salud psicológica o física de las personas que participaron en el estudio. Los datos personales se guardaron en un kardex donde el acceso a ese material fue de una sola persona designada dentro del equipo de investigación. Posteriormente, se otorgaron nombres ficticios a cada uno de los hombres participantes para garantizar la confidencialidad al analizar e interpretar los datos. Los verbatim y la base de datos serán destruidos cinco años después del término del proyecto. Se presentó un formulario de consentimiento a los participantes antes de cada entrevista. Cada participación se realizó de forma voluntaria y los encuestados pudieron, en cualquier momento y sin ninguna consecuencia, retirarse sin tener que justificar su decisión.

Características demográficas de los participantes

La mayoría de los participantes son mayores de 65 años (n=16). De los 20 adultos mayores, 15 están jubilados, dos trabajan de forma autónoma en la agricultura, 2 otros trabajan bajo contrato y un último no presenta ninguna actividad laboral. En materia conyugal, también cabe destacar que la mitad de los participantes (n=10) viven en una pareja (casado o en unión de fe), 3 son divorciados, 3 son viudos y los 4 restantes son solteros. 18 de los hombres tenían al menos un hijo. Todos los participantes tienen

un estatus socioeconómico precario, 18 indican recibir una jubilación por debajo de 457\$US por mes. En materia educacional la mayoría (n=19) tienen solamente estudios básicos (n = 19) y uno solamente estudios medios.

Resultados

A continuación, son presentados los resultados del estudio. Ellos son divididos en cinco temas: 1) Presencia de estrés post traumático; 2) importancia de los valores; 3) actitudes de los hombres hacia la demanda de ayuda; 4) demanda de ayuda; y 5) última consulta en salud.

Presencia de estrés post traumático

Sobre la base de los resultados obtenidos en el IES-R, la Tabla 1 indica que todos los hombres (n = 20) presentan un trastorno de estrés postraumático más de siete años después del terremoto (puntuación superior a 33). El puntaje promedio es de 70.8%. Este porcentaje es de 72.50% en el grupo de más edad (65 años y más) y de 67.0% en los hombres de 57 a 64 años.

TABLA 1. IMPACTO DE LA ESCALA DE EVENTOS: REVISADA (IES-R)

EDAD PROMEDIO	IES-R	TOTAL (N = 45)	EDAD < 57 (N = 25)	65 Y MÁS (N = 20)
0	1 À 11 (N=0)	0%	0%	0%
0	12 À 32 (N=0)	0%	0%	0%
65,7	33 ET PLUS (N=20)	100%	100%	100%
	TOTAL:	100%	100%	100%
	IES-R MEDIANA	52.3	67.0	72.50

Tabla 2. Importancia de los valores

Valor	Importancia	Edad		Situación familiar	
		57-64 (n = 6)	65+ (n = 14)	Viviendo solo (n = 10)	En pareja (n = 10)
El trabajo	Para nada importante	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	14 (100 %)	10 (100 %)	10 (100 %)
La familia	Para nada importante	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	14 (100 %)	10 (100 %)	10 (100 %)
La vida de pareja	Para nada importante	0 (0.0 %)	2 (14.3 %)	1 (10.0 %)	1 (10.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	12 (85.7 %)	9 (90.0 %)	9 (90.0 %)
Los amigos	Para nada importante	0 (0.0 %)	5 (35.7 %)	2 (20.0 %)	1 (10.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	9 (64.3 %)	8 (80.0 %)	7 (70.0 %)
El comprar bienes materiales	Para nada importante	2 (33.3 %)	3 (21.4 %)	2 (20.0 %)	1 (10.0 %)
	Muy importante	4 (66.7 %)	11 (78.6 %)	8 (80.0 %)	7 (70.0 %)
El dinero	Para nada importante	1 (16.7 %)	5 (35.7 %)	2 (20.0 %)	4 (40.0 %)
	Muy importante	5 (83.3 %)	9 (64.3 %)	8 (80.0 %)	6 (60.0 %)
El placer	Para nada importante	0 (0.0 %)	2 (14.3 %)	2 (20.0 %)	4 (40.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	12 (85.7 %)	8 (80.0 %)	6 (60.0 %)
La autonomía	Para nada importante	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	14 (100.0 %)	10 (100.0 %)	10 (100.0 %)
La calidad de vida	Para nada importante	0 (0.0 %)	1 (7.1 %)	1 (10.0 %)	0 (0.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	13 (92.9 %)	9 (90.0 %)	10 (100.0 %)
La superación de sí mismo	Para nada importante	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	14 (100.0 %)	10 (100.0 %)	10 (100.0 %)
La responsabilidad	Para nada importante	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
	Muy importante	6 (100.0 %)	14 (100.0 %)	10 (100.0 %)	10 (100.0 %)

El valor dado a los amigos parece ser más importante (referencia de más del 20%) para el grupo de edad de 57 a 64 años (100%) que para el grupo de edad de 65 años y más (64.3%). Para todos los demás valores de la tabla, los resultados muestran que ni la edad ni el estado civil de los hombres que participaron en el estudio son factores que influyen en su importancia relativa (diferencia de 20% o menos). Finalmente, el consumo material y los valores monetarios parecen ser considerados por todos los participantes, independientemente de la edad o la situación familiar, como menos importantes (64.3 y 83.3% de importancia relativa) que el resto de valores (importancia relativa entre 85.7 y 100%).

Tabla 3. Las actitudes de los hombres hacia la demanda de ayuda

Afirmaciones en servicios	Nivel de acuerdo	Edad		Situación familiar	
		57-64 (n = 6)	65+ (n = 14)	Seul (n = 10)	En pareja (n = 10)
Aun sabiendo que pidiendo de la ayuda yo podría resolver mis problemas con mayor facilidad, no me atrevo a hacerlo	En desacuerdo	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)
	De acuerdo	6 (100,0 %)	12 (85,7 %)	9 (90,0 %)	9 (90,0 %)
Cuando estoy triste o preocupado y alguien trata de ayudarme, eso me molesta	En desacuerdo	3 (50,0 %)	5 (35,7 %)	5 (50,0 %)	3 (30,0 %)
	De acuerdo	3 (50,0 %)	9 (64,3 %)	5 (50,0 %)	7 (70,0 %)
Me siento cómodo de consultar una ayuda profesional en salud física (médico general, dentista, etc.)	En desacuerdo	5 (83,3 %)	6 (42,9 %)	6 (60,0 %)	5 (50,0 %)
	De acuerdo	1 (16,7 %)	8 (57,1 %)	4 (40,0 %)	5 (50,0 %)
Me siento cómodo consultar una ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, orientador, etc.)	En desacuerdo	3 (50,0 %)	4 (28,6 %)	5 (50,0 %)	2 (20,0 %)
	De acuerdo	3 (50,0 %)	10 (71,4 %)	5 (50,0 %)	8 (80,0 %)
Cuando yo tengo un problema, intento de resolverlo yo mismo	En desacuerdo	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)
	De acuerdo	5 (83,3 %)	14 (100,0 %)	9 (90,0 %)	10 (100,0 %)
Mis problemas, yo prefiero guardarlos para mí	En desacuerdo	1 (16,7 %)	1 (7,1 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)
	De acuerdo	5 (83,3 %)	13 (92,9 %)	9 (90,0 %)	9 (90,0 %)
Cuando me veo obligado a pedir ayuda, mi orgullo recibe se va al suelo	En desacuerdo	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)
	De acuerdo	6 (100,0 %)	12 (85,7 %)	9 (90,0 %)	9 (90,0 %)

Con respecto a las declaraciones sobre las actitudes de los hombres hacia la demanda de ayuda, la Tabla 3 muestra una diferencia importante entre el grupo de edad de 57 a 64 años y el grupo de edad de más de 65 años a propósito de la afirmación: "Me siento cómodo consultar una ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, orientador, etc.)". De hecho, los hombres de 57 a 64 años tienen más reservas para pedir ayuda si tienen un problema (83.3%) que los hombres mayores de 65 años o más (42.9%). Para el resto de las informaciones de la tabla 4, los resultados no permiten afirmar que la edad o el estado civil de los hombres que participaron en el estudio fueron factores que influyeron en la atribución del grado de aceptación (diferencia del 20% o menos). Finalmente, todos los participantes, independientemente de su edad o estado familiar, parecen tener menos reservas (entre 20 y 70%) en la afirmación "Cuando estoy triste o preocupado y alguien trata de ayudarme, eso me molesta" y "Me siento cómodo consultar una ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, orientador, etc.)" con respecto al resto de las afirmaciones (entre 83.3 y 100%).

Tabla 4. Demanda de ayuda

	Probabilidad	Edad		Situación familiar	
		57-64 (n = 6)	65- (n = 14)	Solo (n = 10)	En pareja (n = 10)
Yo no pido ayuda a nadie	Poco probable	1 (16,7 %)	3 (21,4 %)	2 (20,0 %)	2 (20,0 %)
	Yo no sé	0 (0,0 %)	3 (21,4 %)	2 (20,0 %)	1 (10,0 %)
	Muy probable	5 (83,3 %)	8 (57,1 %)	6 (60,0 %)	7 (70,0 %)
Esposa*	Poco probable	4 (80,0 %)	3 (60,0 %)		7 (70,0 %)
	Yo no sé	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)		1 (10,0 %)
	Muy probable	1 (20,0 %)	1 (20,0 %)		2 (20,0 %)
Familia	Poco probable	4 (66,7 %)	5 (35,7 %)	4 (40,0 %)	5 (50,0 %)
	Yo no sé	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	2 (20,0 %)	0 (0,0 %)
	Muy probable	2 (33,3 %)	7 (50,0 %)	4 (40,0 %)	5 (50,0 %)
Médico general	Poco probable	6 (100,0 %)	12 (85,7 %)	9 (90,0 %)	9 (90,0 %)
	Yo no sé	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)
	Muy probable	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Profesional psicosocial	Poco probable	5 (83,3 %)	12 (85,7 %)	8 (80,0 %)	9 (90,0 %)
	Yo no sé	1 (16,7 %)	2 (14,3 %)	2 (20,0 %)	1 (10,0 %)
	Muy probable	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Recursos comunitarios	Poco probable	6 (100,0 %)	10 (71,4 %)	8 (80,0 %)	8 (80,0 %)
	Yo no sé	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)
	Muy probable	0 (0,0 %)	3 (21,4 %)	1 (10,0 %)	2 (20,0 %)
Consultorio	Poco probable	5 (83,3 %)	9 (64,3 %)	7 (70,0 %)	7 (70,0 %)
	Yo no sé	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)
	Muy probable	1 (16,7 %)	3 (21,4 %)	2 (20,0 %)	2 (20,0 %)

* Solamente 10 hombres están en pareja

Con respecto a la probabilidad de pedir ayuda, los resultados no permiten afirmar que la edad o la situación familiar de los hombres que participaron en el estudio son factores que influyen en la probabilidad de recurrir a alguien. Además, todos los participantes, independientemente de su edad o estado familiar, manifiestan una clara intención de no pedirle ayuda de nadie (entre 57.1 y 83.3 %). Sin embargo, la solicitud de ayuda al "cónyuge", la "familia" o en el "consultorio" parece más probable (entre un 16.7% y un 50%) que acudir a un "médico", un "trabajador psicosocial", o un "recurso comunitario" (entre 0 y 21.4%) (ver Tabla 4).

Tabla 5. Consultación en salud

Pregunta	Medicina General		Medicina especializada		Psicosocial	
	n	%	n	%	n	%
Cuándo fue la última vez que usted consultó?						
3 últimos meses	16	80,0 %	0	00,0 %	2	10,0 %
12 últimos meses	4	20,0 %	9	45,0 %	2	10,0 %
3 últimos años	0	0,0 %	11	55,0 %	5	25,0 %
10 últimos años	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Más de 10 años	0	0,0 %	0	0,0 %	1	5,0 %
Nunca he consultado	0	0,0 %	4	20,0 %	10	50,0 %

Los resultados de la tabla 6 muestran que el 80% de los participantes ha consultado un médico general en el curso de los 3 meses, y cuatro lo han hecho en el último año. En medicina especializada los datos son diferentes, ningún hombre ha visto un médico especialista en los últimos 3 meses, el 45% lo ha hecho en el curso de los últimos 12 meses y el 55 restante en los 3 años. La consultación en el área psicosocial es la menos utilizada. En este sentido, 2 hombres han visitado un profesional de esta área en los 3 últimos meses, 2 otros en los 12 últimos meses. La concentración se ubica en aquellos que declaran que nunca han consultado (n=10).

Discusión

Los objetivos que guiaron el estudio son: 1) Describir el estado de salud mental de los hombres adultos mayores; 2) Determinar la importancia que los hombres adultos mayores le otorgan a los valores sociales; 3) Describir la percepción que tienen los hombres adultos mayores en relación a su necesidad de pedir ayuda en contexto de desastre.

Cuando se trata de analizar los valores de los hombres adultos mayores, los resultados muestran que los amigos son más importantes para los hombres de 57 a 64 años que para el grupo de 65 años o más. De estos dos grupos, hay una diferencia de más del 20%. Desde el punto de vista del enfoque saludable de Antonovsky (1979), esta información es importante por dos aspectos. El primero pone de manifiesto la importancia de realizar investigaciones sobre las redes sociales de los adultos mayores, con el propósito de comprender la significación que las personas de 65 años o más les otorgan. Kar (2015) indica que las perturbaciones en el estilo de vida llevan a las personas mayores a sufrir aislamiento después de un desastre natural. El segundo aspecto está relacionado con la intervención psicosocial en el grupo de edad de 57 a 64 años, que se identifica más favorablemente con los amigos (redes sociales) que los de 64 años o más. Dado que los adultos jóvenes tendrían una red social más rica en la que los profesionales de la intervención psicosocial podrían apoyarse para su intervención en caso de que la necesitaran.

En el grupo de más edad (65 y más), se deben desarrollar intervenciones adaptadas que se puedan encontrar en el entorno inmediato como sería el caso de los familiares, los vecinos, los líderes comunitarios para que los programas de asistencia sean visibles y accesibles para las personas mayores después de un desastre. La literatura científica es clara al indicar que una red social precaria es de poca ayuda para la salud de las personas después de la exposición a un desastre natural. (Cherry & al., 2015; Flagg, 2017; Hikichi & al., 2016; Inoue & Yamaoka, 2017). Así desde el enfoque saludable de Antonovsky (1979) se

trata de buscar los elementos positivos del ambiente en los hombres víctimas de un desastre natural que pueden favorecer y ayudar a mantener una buena salud.

Para todos los demás variables, como el trabajo, la familia, la vida en pareja y la calidad de vida, los hombres las reconocen como importantes y no muestran una diferencia que supere el 20% entre los dos grupos. En este sentido, ni la edad ni la situación familiar de los hombres entrevistados son variables que influyen en esta diferencia entre los dos grupos de hombres.

Las actitudes de los hombres con respecto a la demanda de ayuda muestran una diferencia muy marcada entre los dos grupos de edad en la declaración "Me siento cómodo de consultar una ayuda profesional en salud física (médico general, dentista, etc.)". De hecho, los hombres mayores de 57 a 64 años tienen más reservas para pedir ayuda en caso de problemas que los hombres mayores de 65 años o más. Esta forma de pensar y hacer las cosas, en las zonas rurales, otorgaría orgullo y autonomía a los hombres (Robertson, Elder, & Coombs, 2010; Sturgeon & Morrissette, 2010). La autonomía debe entenderse en el ejercicio de los roles de los hombres; ellos buscan la libertad en sus relaciones con los demás así como en la percepción de las soluciones a sus problemas (Tremblay & al., 2016b). Además, todos los participantes, independientemente de su edad o situación familiar, parecen tener menos reservas con las afirmaciones "Cuando estoy triste o preocupado y alguien trata de ayudarme, eso me molesta" y "Me siento cómodo consultar una ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, orientador, etc.)" (ver Tabla 4).

Los resultados de la demanda de ayuda indican que la edad o el estado civil de los hombres mayores que participaron en el estudio, son factores que influyen en la probabilidad de cualquier tipo de demanda. Este hallazgo no ha sido identificado en estudios previos. Cabe señalar que los hombres entrevistados con más limitaciones en sus manifestaciones emocionales serían más reacios a buscar ayuda y consultar los servicios que los otros. Este sería el caso de los adultos mayores de 65 años. Sin embargo, el último grupo, en términos de números, tiene una tendencia ligeramente mayor al desacuerdo para pedir ayuda (ver Tabla 5). Estos resultados son consistentes con la mayoría de los estudios que examinan la demanda de ayuda de los hombres, y muestran que los hombres que viven en áreas rurales serían reacios a pedir ayuda (Berry & al., 2011; Hull & al., 2017; Polain, Berry, & Hoskin, 2011; Roy, 2014). Desde el enfoque de la teoría de la masculinidad inclusiva de Anderson (2009), se puede decir que el razonamiento que hace que los hombres crean que pedir ayuda no es para ellos, respondería a una lógica que encaja en el arquetipo de la masculinidad ortodoxa que da importancia a los valores tradicionales de la masculinidad que inhibe la relación de ayuda (Anderson, 2005; Connell, 1995; Lynch & Kilmartin, 1999; Philaretou & Allen, 2001). En este arquetipo de la masculinidad ortodoxa, la demanda de ayuda puede ser interpretada socialmente como un signo de falta de masculinidad o de debilidad. Robertson & al. (2010) y Sturgeon & Morrissette (2010) indican que la masculinidad tradicional en las áreas rurales está asociada con prácticas que proporcionan orgullo y autonomía a los hombres. Noción de autonomía que para Hull & al. (2017) se convierte en un freno a la demanda de ayuda.

Los resultados sobre la frecuencia de consulta entre los dos grupos de hombres que participaron en el estudio indican una baja en la consultación en los servicios sociales y de salud. Esto estaría estrechamente relacionado con las actitudes de los hombres de no pedir ayuda. Por lo tanto, la dificultad a consultar expresada por los hombres está vinculada a percepciones negativas sobre los servicios es influenciados por la socialización tradicional de la masculinidad { #117}(Labra & al., 2019; Tremblay & al., 2016b). En este escenario de baja generalizada en la consulta en los servicios de salud o de tipo social de hombres mayores, se proponen intervenciones que privilegien los aspectos que favorezcan la demanda de ayuda de los hombres, al mismo tiempo utilizar las competencias de la red social (familia, amigos, personas significativas, etc.) que estos hombres tienen. Así, la intervención se realiza sobre las fuerzas y el apoyo potencial que disponen los hombres.

Conclusión

Los resultados de esta investigación en 20 hombres adultos mayores expuestos a un desastre natural, muestran que el grupo más vulnerable en lo que respecta a su relación con los servicios sociales y de salud son los hombres de 65 años y más. Este grupo se caracteriza por una presencia más marcada de estrés post traumático aun presente 7 años después del terremoto, de apoyo social limitado, de dificultad para expresar sus emociones y sentimientos y de una baja consultación generalizada en salud.

Este tipo de comportamientos en los hombres adultos mayores se inscriben dentro de las prácticas

impuestas por un tipo de masculinidad ortodoxa que tiende a valorizar la competencia, la autonomía, el estoicismo y el poder como valores predominantes en su forma de relacionarse con sí mismo y con el mundo que lo rodea. Más investigaciones son necesarias para profundizar sobre la presencia de este tipo de masculinidad tradicional en las conductas de los hombres que viven en sectores urbanos y aquellos de sectores rurales. Se sugiere que lo anterior se realice desde un enfoque saludable que permita identificar los aspectos que favorecen la salud de los hombres expuestos a grandes situaciones de estrés.

Referencias bibliográficas

- Adams, V., Kaufman, S. R., Van Hattum, T., & Moody, S. (2011). Aging disaster: mortality, vulnerability, and long-term recovery among Katrina survivors. *Medical anthropology*, 30(3), 247-270.
- Ahmadi, S., Khankeh, H., Sahaf, R., Dalvandi, A., Hosseini, S. A., & Jalilvand, S. (2018). Health Needs of Older Adults After Natural Disasters: A Systematic Review of Literature. *disasters*, 24, 25.
- Ai, A. L., Pappas, C., & Simonsen, E. (2015). Risk and protective factors for three major mental health problems among Latino American men nationwide. *American journal of men's health*, 9(1), 64-75.
- Anderson, E. (2005). Orthodox and inclusive masculinity: Competing masculinities among heterosexual men in a feminized terrain. *Sociological Perspectives*, 48(3), 337-355.
- Anderson, E. (2009). *Inclusive masculinity: The changing nature of masculinities*. New-York: Routledge.
- Anderson, M. L., Sortwell, A., Craig, W., Kelly, S., & Ziedonis, D. M. (2016). Symptom Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Deaf Trauma Survivors. *JADARA*, 50(1), 1-19.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey Bass
- Arnberg, F. K., Eriksson, N. G., Hultman, C. M., & Lundin, T. (2011). Traumatic bereavement, acute dissociation, and posttraumatic stress: 14 years after the MS Estonia disaster. *Journal of traumatic stress*, 24(2), 183-190.
- Aslam, N., & Kamal, A. (2016). Stress, Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder among General Population Affected by Floods in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Research*, 55(1), 29-32.
- Bei, B., Bryant, C., Gilson, K.-M., Koh, J., Gibson, P., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2013). A prospective study of the impact of floods on the mental and physical health of older adults. *Aging & mental health*, 17(8), 992-1002.
- Berry, H. L., Hogan, A., Owen, J., Rickwood, D., & Fragar, L. (2011). Climate change and farmers' mental health: risks and responses. *Asia Pac J Public Health*, 23(2), 1204-1325. doi:10.1177/1010539510392556
- Brassard, J. (2012). *Les conséquences à long terme des inondations de juillet 1996 sur la santé biopsychosociale des adultes âgés de 50 ans ou plus. (Maîtrise)*, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi.
- Brown, J. S., Cherry, K. E., Marks, L. D., Jackson, E. M., Volaufova, J., Lefante, C., & Jazwinski, S. M. (2010). After Hurricanes Katrina and Rita: Gender differences in health and religiosity in middle-aged and older adults. *Health care for women international*, 31(11), 997-1012.
- Canada, S. (2015). *Guide de référence technique pour les estimations annuelles du revenu des familles de recensement, des particuliers et des aînés*. Retrieved from
- Cherry, K. E., Sampson, L., Nezat, P. F., Cacamo, A., Marks, L. D., & Galea, S. (2015). Long-term psychological outcomes in older adults after disaster: relationships to religiosity and social support. *Aging & mental health*, 19(5), 430-443.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R. W. (1996). Politics of changing men. *Socialist review*, 25(1), 135-159.
- Dai, W., Kaminga, A. C., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Wu, X., & Liu, A. (2017). Long-term psychological outcomes of flood survivors of hard-hit areas of the 1998 Dongting Lake flood in China: Prevalence and risk factors. *PloS one*, 12(2), 1-14.
- Elhai, J. D., & Ford, J. D. (2009). Utilization of Mental Health Services after Disasters. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 366-386). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J., & Mulder, R. T. (2015). Perceptions of distress and positive consequences following exposure to a major disaster amongst a well-studied cohort. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(4), 351-359.
- Flagg, J. A. (2017). The social consequences of a natural/technological disaster: evidence from Louisiana and Mississippi. *Local Environment*, 22(3), 306-320. doi:10.1080/13549839.2016.1195801

- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*, 148-170.
- Handcock, M. S., & Gile, K. J. (2011). Comment: On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology*, 41(1), 367-371.
- Harding, C., & Fox, C. (2015). It's not about "Freudian couches and personality changing drugs" An investigation into men's mental health help-seeking enablers. *American journal of men's health*, 9(6), 451-463.
- Hikichi, H., Aida, J., Tsuboya, T., Kondo, K., & Kawachi, I. (2016). Can community social cohesion prevent posttraumatic stress disorder in the aftermath of a disaster? A natural experiment from the 2011 Tohoku earthquake and tsunami. *American journal of epidemiology*, 183(10), 902-910.
- Hlodversdottir, H., Petursdottir, G., Carlsen, H. K., Gislason, T., & Hauksdottir, A. (2016). Long-term health effects of the Eyjafjallajökull volcanic eruption: a prospective cohort study in 2010 and 2013. *BMJ open*, 6(9), 1-14.
- Hull, M. J., Fennell, K. M., Vallury, K., Jones, M., & Dollman, J. (2017). A comparison of barriers to mental health support - seeking among farming and non - farming adults in rural South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 25(6), 347-353.
- Inoue, M., & Yamaoka, K. (2017). Social factors associated with psychological distress and health problems among elderly members of a disaster-affected population: Subgroup analysis of a 1-year post-disaster survey in Ishinomaki area, Japan. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11(1), 64-71. doi:10.1017/dmp.2016.147
- Jia, Z., Tian, W., Liu, W., Cao, Y., Yan, J., & Shun, Z. (2010). Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC public health*, 10(172), 1-11.
- Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(12), 1903-1910.
- Kar, N. (2015). Lack of community care facilities for older people and increased rate of admission and length of stay in hospitals. *Journal of Geriatric Care Residents*, 2(2), 28-30.
- Kohn, R., Levav, I., Garcia, I. D., Machuca, M. E., & Tamashiro, R. (2005). Prevalence, risk factors and aging vulnerability for psychopathology following a natural disaster in a developing country. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(9), 835-841.
- Labra, O., & Maltais, D. (2013). Consecuencia de las catástrofes naturales en las personas: síntesis de la literatura y orientaciones para la intervención psicosocial *Revista de Trabajo Social*(85), 53-67.
- Labra, O., Maltais, D., & Gingras-Lacroix, G. (2018). Medium-term health of seniors following exposure to a natural disaster. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-11. doi:10.1177/0046958018766667
- Labra, O., Tremblay, G., Ependa, A., & Lacroix, G. G. (2017). Men's Help-Seeking and Health in Natural Disaster Contexts. *Global Journal of Health Science*, 10(1), 76-87.
- Labra, O., Wright, R., Tremblay, G., Maltais, D., Bustinza, R., & Gingras-Lacroix, G. (2019). Men's Help-Seeking Attitudes in Rural Communities Affected by a Natural Disaster. *American journal of men's health*, 13(1), 1-12.
- Liddell, J., & Ferreira, R. J. (2019). Predictors of Individual Resilience Characteristics Among Individuals Ages 65 and Older in Post-Disaster Settings. *Disaster medicine and public health preparedness*, 13(2), 1-9.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440-442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global health promotion*, 16(1), 17-28.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2012). La salutogenèse: petit guide pour promouvoir la santé: PUL.
- Lowe, S. R., Sampson, L., Gruebner, O., & Galea, S. (2015). Psychological resilience after Hurricane Sandy: the influence of individual-and community-level factors on mental health after a large-scale natural disaster. *PLoS one*, 10(5), 1-15.
- Lynch, J., & Kilmartin, C. (1999). *The pain behind the mask: Overcoming masculine depression*. New-York: The Haworth Press.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology*

Review, 34(3), 249-255.

- Moscona, J. C., Peters, M. N., Maini, R., Katigbak, P., Deere, B., Gonzales, H., Westley, C., Baydoun, H., Yadav, K., & Ters, P. (2019). The Incidence, Risk Factors, and Chronobiology of Acute Myocardial Infarction Ten Years After Hurricane Katrina. *Disaster medicine and public health preparedness*, 13(2), 1-6.
- Munang, R., Thiaw, I., Alverson, K., Liu, J., & Han, Z. (2013). The role of ecosystem services in climate change adaptation and disaster risk reduction. *Current Opinion in Environmental Sustainability*, 5(1), 47-52.
- North, C. S. (2016). Disaster mental health epidemiology: methodological review and interpretation of research findings. *Psychiatry*, 79(2), 130-146.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona (España): Editorial Herder.
- Oliffe, J. L., Ogradniczuk, 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), 506-514.
- Parker, G., Lie, D., Siskind, D. J., Martin-Khan, M., Raphael, B., Crompton, D., & Kisely, S. (2016). Mental health implications for older adults after natural disasters—a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 28(1), 11-20.
- Philaretou, A. G., & Allen, K. R. (2001). Reconstructing masculinity and sexuality. *The Journal of Men's Studies*, 9(3), 301-321.
- Pietrzak, R. H., Southwick, S. M., Tracy, M., Galea, S., & Norris, F. H. (2012). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived needs for psychological care in older persons affected by Hurricane Ike. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 96-103.
- Polain, J. D., Berry, H. L., & Hoskin, J. O. (2011). Rapid change, climate adversity and the next 'big dry': older farmers' mental health. *Aust J Rural Health*, 19, 239-243. doi:10.1111/j.1440-1584.2011.01219.x
- Rafiey, H., Momtaz, Y. A., Alipour, F., Khankeh, H., Ahmadi, S., Khoshnami, M. S., & Haron, S. A. (2016). Are older people more vulnerable to long-term impacts of disasters? *Clinical interventions in aging*, 11, 1791-1795.
- Robertson, S., Elder, R., & Coombs, R. (2010). Rural men's mental health. . In D. Conrad & A. White (Eds.), *Promoting men's mental health* (pp. 57-73). Oxon, UK: Radcliff.
- Roy, P. (2014). *Pratiques masculines: expérience et adaptation au stress vécues par les agriculteurs québécois*. (Doctorat), Université Laval, Québec.
- Roy, P., Tremblay, G., & Robertson, S. (2014). Help-seeking among Male Farmers: Connecting Masculinities and Mental Health. *Sociologia Ruralis*, 54(4), 460-476.
- Sturgeon, R., & Morrissette, P. J. (2010). A qualitative analysis of suicide ideation among Manitoban farmers. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 44(2), 191-207.
- Suzuki, Y., Tsutsumi, A., Fukasawa, M., Honma, H., Someya, T., & Kim, Y. (2011). Prevalence of mental disorders and suicidal thoughts among community-dwelling elderly adults 3 years after the Niigata-Chuetsu earthquake. *Journal of epidemiology*, 21(2), 144-150.
- Swerdel, J. N., Janovic, T. M., Cosgrove, N. M., & Kostis, J. B. (2014). The effect of Hurricane Sandy on cardiovascular events in New Jersey. *Journal of the American Heart Association*, 3(6), 1-11.
- Tremblay, G., Beaudet, L., Bizot, D., Chamberland, L., Cloutier, R., de Montigny, F., Dupéré, S., Houle, J., Léveillé, S., & Roy, B. (2016a). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services*. Québec, Canada: Masculinités et Société.
- Tremblay, G., & Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec. In J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest-Dufault, D. Blanchette, & J.-Y. Desgagnés (Eds.), *Regards sur les hommes et les masculinités* (pp. 305-330). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Beaudet, L., Bizot, D., & Dupéré, S. (2016b). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services*. Rapport final. Québec Masculinités et Société.
- Tsujuchi, T., Yamaguchi, M., Masuda, K., Tsuchida, M., Inomata, T., Kumano, H., Kikuchi, Y., Augusterfer, E. F., & Mollica, R. F. (2016). High prevalence of post-traumatic stress symptoms in relation to social factors in affected population one year after the Fukushima nuclear disaster. *PloS one*, 11(3), 1-14.
- Van der Velden, P. G., Wong, A., Boshuizen, H. C., & Grievink, L. (2013). Persistent mental health disturbances during the 10 years after a disaster: Four-wave longitudinal comparative study. *Psychiatry*

and clinical neurosciences, 67(2), 110-118.

- Wang, C., & Yarnal, B. (2012). The vulnerability of the elderly to hurricane hazards in Sarasota, Florida. *Natural hazards*, 63(2), 349-373.

- Warsini, S., Buettner, P., Mills, J., West, C., & Usher, K. (2015). Post-traumatic stress disorder among survivors two years after the 2010 Mount Merapi volcano eruption: A survey study. *Nursing & health sciences*, 17(2), 173-180.

- Xu, B. (2016). Disaster, trauma and memory. In A. L. Tota & T. Hagen (Eds.), *Routledge international handbook of memory studies* (pp. 357-371). New York: Routledge.

- Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015a). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health psychology review*, 9(2), 264-276.

- Yousaf, O., Popat, A., & Hunter, M. S. (2015b). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 234-237.

- Zaetta, C., Santonastaso, P., & Favaro, A. (2011). Long-term physical and psychological effects of the Vajont disaster. *European journal of psychotraumatology*, 2(1), 1-5. doi:10.3402/ejpt.v2i0.8454