



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**  
**CAMPUS LEÓN**  
**DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE CREENCIAS DE LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA Y  
CONDUCTAS DE RIESGOS EN LA SALUD DE HOMBRES**

**TESIS**

**Para obtener el grado de  
Licenciado en Psicología**

**Presenta**

**Carlos Ernesto Ávila Lara**

**Directora**

**Dra. Eva Paola Arenas Loera**

**Lectoras**

**Dra. María Gabriela Luna Lara**

**Mtra. Luz Daniela Intandehui Ramos Banda**

**Mtra. Mayra Georgina Aguirre Ortiz**

**Fecha: Septiembre-2020**

## **Agradecimiento**

Quiero agradecerle principalmente a la Dra. Eva Paola Arenas por el apoyo y la guía que me brindó para lograr esclarecer mis ideas y así llevar a cabo el presente proyecto, ya que sin su ayuda, no habría logrado alcanzar los resultados que buscaba. De verdad, de todo corazón, le agradezco todo lo que ha hecho por mí.

A la Dr. Gabriela Luna, quien me brindó apoyo en la cuestión estadística, así como en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Gracias por las asesorías personalizadas, éstas fueron de gran apoyo para comprender mis inquietudes y resolver mis dudas.

A la Mtra. Daniela Ramos Banda, que fue de bastante ayuda con las correcciones pertinentes, además de resolverme ciertas dudas. Muchas gracias de todo corazón, por el gran apoyo y la atención dada.

A la Mtra. Mayra Aguirre, por ayudarme en las correcciones de la ortografía, así como la integración de ideas. Gracias por tomarse el tiempo de leerme y corregir el presente trabajo.

A mis compañeros/as de la carrera de psicología, en especial a Juan Duarte, Ernesto Gallardo y Luis Calzoncin; quienes estuvieron ayudándome en entender el proceso estadístico. Muchas gracias por todo su apoyo.

Además, quiero hacer un agradecimiento especial a mi colega y amiga Dulce Collazo, quien me ayudo a resolver mis dudas sobre cómo interpretar los resultados. Gracias por ayudarme a mejorar mi trabajo, de todo corazón, te agradezco todo el apoyo.

Por último, quiero agradecerle a mi compañera y amiga Jessica Álvarez, por leerme y ayudarme en la cuestión ortográfica, mil gracias.

### **Dedicatoria**

Le dedicó este proyecto de tesis a mi Familia Ávila Lara. Gracias por estar siempre impulsándome a lograr mis sueños, y por seguir motivándome a realizar mis proyectos.

A mi mamá Leticia Lara Duran y a mi papá José Luis Ávila Padilla, ya que sin ellos, no podría a ver logrado esto. A mis hermanas Diana, Abigail, Vanessa y Priscila, por motivarme a que realizara la tesis.

A mis amigos y amigas que siempre estuvieron dispuestos a apoyarme. Gracias por leerme y darme su retroalimentación, además por ayudarme esclarecer mejor mis ideas. Muchas gracias a todos y a todas.

## Índice

Introducción .....	6
Capítulo I. Masculinidad hegemónica .....	16
1.1 Inicios de la masculinidad hegemónica.....	16
1.2 Concepto de masculinidad .....	18
1.3 Estereotipos y reproducción masculina.....	20
1.4 Ideal masculino hegemónicamente .....	21
1.5 Modelo de la masculinidad .....	24
1.6 Dicotomías de lo masculino .....	25
1.7 Prototipos de la masculinidad hegemónica .....	26
1.8 La teoría de la dominación masculina.....	29
Capítulo II. Creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud.....	34
2.1 Creencias de la masculinidad hegemónica.....	34
2.2 Creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud.....	37
2.3 Teoría de la salud en la masculinidad hegemónica .....	40
2.4 La teoría construccionista y conductas de riesgos en la salud .....	43
2.5 Teoría de la cognición social y hábitos de salud.....	46
Método .....	49
Pregunta de investigación.....	49
Objetivo general .....	49
Objetivos específicos.....	49

Hipótesis.....	49
Diseño de investigación .....	49
Definición de variables.....	50
Participantes .....	50
Etapa 1: Piloteo .....	50
Etapa 2: levantamiento de datos.....	51
Instrumentos .....	55
Procedimiento.....	58
Etapa 1: Piloteo .....	59
Etapa 2: Final .....	59
Consideraciones éticas .....	60
Resultados .....	61
Discusión.....	72
Conclusión .....	78
Direcciones a seguir .....	80
Referencias bibliográficas.....	81
Apéndice .....	90
Etapa 1: Piloteo .....	90
Etapa 2: Final. ....	96

## Introducción

El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre las creencias de la masculinidad hegemónica y las conductas de riesgos en la salud de los hombres de León, Guanajuato, de edades entre 15 a 70 años, para indagar la probabilidad de relación entre las dos variables. La relación de las creencias de la masculinidad hegemónica como problemática hacia las conductas de riesgos en la salud de los hombres es un tema que ha surgido de estudiar al varón desde otra visión para saber la relación que tienen las creencias con la salud. De tal modo, hay una normalización de ciertas conductas y/o estereotipos que no son los más adecuados para su réplica en la sociedad, y que gracias a diferentes trabajos que han realizado los/las investigadores/ras, tales como Connell (1999), Bonino (2002), Pérez (2012), Bourdieu (2000), Figueroa (2009), Chiodi (2019), entre otros/as, que han estudiado a los hombres con diferentes paradigmas, lo cual nos ayuda a entender y comprender los diferentes procesos socioculturales e históricos que se han perpetuado a través de los tiempos.

Las creencias de la masculinidad hegemónica (MH) imponen que un hombre se visualice como fuerte, audaz, violento por el simple hecho de nacer hombre, y que por esta carga simbólica y estereotipada se cree que es algo innato y por ende, perpetúa a que algunos hombres dejen de lado el cuidado de su salud por múltiples factores y/o causas. Asimismo, según Figueroa (2009, cómo se citó en Duarte, et al 2010; González, 2013) argumenta que una de las principales causas de los problemas de los hombres es debido a las creencias, ya que este es un factor importante que está influyendo a que los hombres descuiden la salud, puesto que al legitimarlas como “innatas” y no contradecirlas, los hombres pueden no percatarse de los malestares, inquietudes o dolencias que pudieran presentar en su entorno y/o a ellos mismos. Las

creencias de la MH, según Bonino (2000), “son afirmaciones no racionales, arbitrarias y falaces, sustentadas en las ideologías de la masculinidad, producto de la transformación socio-histórica de los valores deseables para los hombres, cristalizados en el imaginario social como verdades” (p.14); esto se reproduce sin medir consecuencias y se normalizan ciertas conductas que en ocasiones, los hombres no perciben como dañinas para su ser y bienestar. Según Bonino (2000) “las creencias se transmiten como normas explícitas y como mandatos vehiculizados de las creencias de la MH” (p.15). Estos aspectos conllevan a que la masculinidad se exprese de la siguiente forma:

Tener múltiples parejas sexuales, el tomar riesgos, el colocar el placer sexual antes de las medidas preventivas como el uso del condón, el negar que necesite orientación o asistencia médica. Son más vulnerables a enfermedades crónicas y tener una muerte prematura (Pérez, 2012, p.17).

Pérez (2012) expresa que “los hombres incursionan más frecuentemente en prácticas y estilos de vida riesgosos que los hacen más vulnerables a enfermedades crónicas y a tener una muerte prematura” (p.17). Chiodi (2019) explica que “los hombres llegan a negar sus problemas de salud y su vulnerabilidad, y se les dificulta a pedir ayuda así como incorporar medidas de autocuidado” (p.24); los problemas frecuentes que presentan los hombres son el constante descuido de su salud. Según Figueroa (2009) argumenta que “la feminización del cuidado de la salud en varias disciplinas, a la par de políticas y programas orientados a la atención a la enfermedad” (p.1) van orientados hacia mujeres; y se hacen invisibles los cuerpos de los varones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define a la salud como un complemento físico, mental y social, con ausencia de enfermedad o lesión.

De tal manera, Bonino (2001) argumenta que a los hombres se les enseña a competir sin medir los riesgos “por la lógica de tener éxito evitando el fracaso; el deficiente cuidado interno y externo de su cuerpo y la deficiente expresión emocional” (p.184). Gilmore (cómo se citó en Monjivar, 2004) explica cómo en algunas culturas alrededor del mundo se exige que los varones actúen como “hombres de verdad” mediante la aceptación de una “doctrina viril del logro”, que es una “virilidad bajo presión” (p.100). En sus propias palabras “se trata de una virilidad que condiciona a los hombres a la lucha en condiciones adversas y precarias para sobrellevar la escasez de recursos, y que es fomentada para contrarrestar el impulso universal de huir ante el peligro. Así, a mayor escasez, mayor énfasis en la virilidad” (Monjivar, 2004, p.100). Esto puede conllevar a conductas de riesgo, según el Banco Mundial de la Salud (BMS, 2013) tales como fumar, tomar drogas, abuso del alcohol, llevar dietas nocivas y relaciones sexuales sin protección; siendo las principales amenazas que trae consecuencias a la salud de los hombres. La OMS (2017) indica que una conducta de riesgo es cualquier rasgo característico, o una exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Los roles estereotipados de género los llevan a negar sus problemas de salud y su vulnerabilidad, y les dificultan pedir ayuda así como incorporar medidas de autocuidado. Desde el punto de vista de la construcción de su subjetividad, para que los varones puedan cumplir las expectativas relativas a su rol social, su socialización primaria les inhibe el registro de sus propios malestares (Chiodi, 2019, p.24).

De tal manera, si un hombre tiene conductas de la MH puede que presente conductas de riesgo, ya que una condición para tener una masculinidad hegemónica es que no presente

debilidad, la cual está relacionada a la socialización del género, a los roles de género, a los estereotipos de género, entre otros factores que repercuten en el cuidado físico y personal de su salud. De esta manera, se puede relacionar la salud con las conductas de riesgo que a los hombres por su carga social como masculino se les exige.

A rechazar cualquier rasgo asociado a lo que socialmente se comprende como “femenino”. Y la vulnerabilidad y la fragilidad son parte de esos rasgos. En muchos casos, la demostración de potencia (como opuesto a la vulnerabilidad) se evidencia solo en la posibilidad o capacidad de vulnerar a otros/as. Es decir, en ese proceso por demostrar potencia, que se transforma en cierta ansiedad por probar que no se está fallando en la producción de una sexualidad siempre activa y en el cumplimiento de los otros mandatos (Chiodi, 2019, p.30).

Para Bonino (1989) “los varones aprenden a usar el cuerpo como una herramienta, minimizando su cuidado e incluso calificando cualquier atención hacia el mismo como una muestra de debilidad y fragilidad” (cómo se citó en Figueroa, 2009, p.8). Estas condiciones de lo masculinamente “correcto”; propicia a que se desarrollen malestares, ya que el descuido propio y las conductas de riesgo son parte de su actuar, sin visualizar los peligros que se puedan enfrentar. Walquet (Citado en Banco Mundial de Salud, 2013) argumentó que las conductas de riesgo no solo ponen en peligro la salud, sino reducen la expectativa de vida de las personas, afectando su contexto. Según Álvarez, et al. (2015) explica que hay factores, que incrementan la vulnerabilidad de los jóvenes, destacando el consumo de sustancias nocivas y así como el alcohol de tener dificultades para la negociación del preservativo, entre otras cosas.

Según datos globales de la salud en The World Health Statistics (TWHS, 2018) los factores principales que ocasionaron muertes de varones a nivel mundial fue el consumo de alcohol en 2016: 6.4 litros de alcohol puro por persona de 15 años o más, un nivel que se mantuvo estable desde 2010. El informe de la salud de los mexicanos (INSM, 2015) informa que el consumo de alcohol afecta a los hombres y mujeres que lo consumen, demostrándose como un factor de riesgo; la OMS lo adjudica que en cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo por el consumo nocivo de esta sustancia. De Keijzer (cómo se citó en Figueroa, 2009) señala que un problema de la masculinidad en varones de México es el alcoholismo:

El alcoholismo no es algo que está adherido a los varones y tampoco se asocia a ellos mismos, se clasifica como una carga simbólica en medida que los hombres aprenden y aceptan que sólo mediante la alcoholización pueden vivir situaciones de riesgo, las cuales legitiman su hombría (p.2).

De igual manera, se detectó que hay sustancias como el consumo del tabaco que ha ido en aumento de consumidores y que desde una temprana edad se experimenta (adolescentes). El tabaco como conducta de riesgo es un problema grave para los hombres e inclusive mujeres que comienzan a consumirlo, ya que no miden las consecuencias que se pueden desarrollar a largo plazo.

En 2016, en el mundo más de 1.1 billones de personas el consumo de tabaco a afectado de 15 años o más (34% de todos los hombres). Esto puede ocasionar problemas de enfermedades cardiovasculares (CVD), cánceres y enfermedad respiratoria crónica (CRD), que tiene un impacto social, ambiental y económico (Estudio de TWHS, 2018, p.18).

Otro problema que se ha suscitado en México, según García (2019) es que 48 hombres de cada 100, se ejercitan una vez a la semana, la mitad de los hombres no toman como prioridad tener hábitos frecuentes de ejercicio. En México, el Instituto Nacional de la Salud Mexicana (2015) menciona que la falta de ejercicio puede derivar en sedentarismo que es la causante de sobrepeso y obesidad al promover un balance inadecuado energético positivo. El pasar tiempo frente a pantallas es una conducta sedentaria que además se asocia con aumento de grasa corporal, incremento en el riesgo de aumento de diabetes y enfermedad cardiovascular y consumo de alimentos y bebidas de alta densidad energética (INSM, 2015). En 2016 en el municipio de León, Guanajuato se presentó el Diagnóstico municipal de León (2017) donde la declaratoria de emergencia epidemiológica fueron las enfermedades de sobrepeso, la obesidad y su relación con enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades del corazón.

En el municipio de León, Guanajuato, a partir del año 2000 en adelante, uno de los principales cambios ha sido el descenso paulatino de la mortalidad según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional, 2015). Según datos del DIF (2015), la esperanza de vida en el municipio de León, de la población masculina paso de 19.1 a 19.6 años entre 1990 y 2010, lo que implica un incremento de 0.5 años hacia los hombres.

En el municipio de León, Guanajuato, según el Diagnostico Municipal (2017) las principales causas de muerte que se investigaron fueron las enfermedades relacionadas a renal crónica, homicidios, suicidios, accidentes automovilísticos, diabetes mellitus, problemas de salud mental y control emocional; las cuales se desarrollarán posteriormente. Por ejemplo, las causas de muertes que son más comunes en los hombres en el municipio de León y tanto en el estado de

Guanajuato es la enfermedad renal crónica como una condición determinante de muerte prematura y discapacidad desde edades muy tempranas. El problema principal es que hasta que la molestia se vuelve evidente, el varón opta por ir al médico debido al dolor incontrolable, y a pesar del transcurso de la enfermedad las posibilidades de sobrevivir se vuelven nulas/escasas, ya que esta enfermedad es costosa y riesgosa (Hidalgo, 2017).

En segundo lugar, se menciona que el incremento de homicidios, suicidios y accidentes de tráfico se presentan como factores determinantes de muertes prematuras en hombres y mujeres de todos los grupos de edades en el país. Se ha visibilizado que a nivel mundial el suicidio es una complicación que ha tenido cifras preocupantes, ya que son casi 800 000 muertes que ocurrieron en 2016 a nivel mundial. Los hombres son 75% más propensos que las mujeres a morir como resultado de suicidio. Las muertes por suicidios ocurren en adolescentes y adultos de todas las edades. De igual forma, en el municipio de León, Guanajuato, “de enero a noviembre de 2017 se registraron 8.6 muertes por cada 100 mil leoneses, estas cifras indican que las muertes siguen aumentando relacionadas al suicidio” (Diagnóstico Municipal de León, 2017, p.26). Las lesiones auto infligidas intencionalmente son equiparables a tener problemas con el suicidio. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) el suicidio es la segunda causa principal de defunción de 15 a 29 años, se establece que por ser un problema complejo, las actividades de prevención exigen a la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos a los de salud, educación, trabajo, justicia, entre otras instituciones.

En el informe “masculinidades y salud en la región de las Américas” se destaca que las expectativas sociales de los hombres para “ser proveedores de sus familias, participar en conductas de riesgo, ser sexualmente dominantes y evitar discutir sus emociones o buscar ayuda

psicológica, contribuyen a tasas altas de suicidio, homicidio, adicciones y accidentes de tránsito, así como de enfermedades no transmisibles” (Organización Panamericana de Salud, 2019, p.7). Harkavy y Friedman (cómo se citó en Schumacher, 2019) argumentan que "no es que los hombres no tengan los mismos problemas que las mujeres, pero es poco probable que estén conscientes de padecer estrés u otras condiciones de salud mental que los ponen en mayor riesgo de suicidio"(sección noticias mundo). Puede ser porque a los hombres se “les educa” para creer que el cuidado tanto personal y físico no es tan “masculino”, por lo tanto, actúan conforme lo que aprendieron como debe de actuar un hombre hegemónico.

Otro problema en los hombres, son los relacionados a la salud mental, ya que a partir de la adolescencia, ya sea por la baja o nula inteligencia emocional, éste no reconoce o se resiste a comprender su estado intrínseco y por el intento de encajar, éste suele exagerar su “estatus masculino”.

La adolescencia, es una etapa crucial en la “adquisición” de la masculinidad, la duda sobre si se logrará ser “todo un hombre” puede atormentar y angustiar al adolescente, por lo que suelen reforzarse los estereotipos y valores propios de su identidad de género incrementando las conductas temerarias y violentas (Chiodi, 2019, p.24).

De tal forma, estos hábitos normalizados pueden ocasionar repercusiones en su estado de salud, ya que la percepción de la misma se pueden asociar de acuerdo a los hábitos (conductas) de cada individuo, y el cómo ésta puede traer consecuencias en las conductas de los hombres, ya que la normalización de ciertas creencias conllevan a las conductas de riesgo a dañar la salud, minimizando los daños y atenciones que deberían de tener los hombres.

Nyugen (2009) explica que no debería de existir la limitación de tener autocuidado en el cuerpo de los hombres, porque de esta forma, se podría evitar problemas hacia su salud. Deberían existir programas de salud que sensibilicen a hombres en temas sobre su masculinidad y autocuidado de su cuerpo. Además, que lo esencial de este estudio es recalcar lo siguiente:

La ética del cuidado argumenta pues, que todas y todos somos interdependientes, por lo que el cuidado es una tarea necesaria en todos los ámbitos y en todos los niveles de la vida humana. Sin embargo, hay muchos cuidados y muchas dependencias que no vienen “nombradas”, por lo que se invisibilizan. Esto es consecuencia de la estructura jerárquica de la sociedad que, en función de la edad, el género, las condiciones económicas y otras variables en cada contexto, ha llevado a considerar algunos individuos como dependientes y otros como independientes (Martínez, 2012, p.5).

Con este argumento, es importante recalcar que al estar conviviendo en una cultura patriarcal, el cuidado de los hombres no es lo prioritario, ya que por la percepción de sentirse “fuertes como un roble”, el hombre suele minimizar su cuidado, de tal manera, suelen ignorarse sus malestares. Los hábitos que elijan tanto los hombres o las personas en general, tienden a perjudicarlos o beneficiarlos individualmente, ya que cada individuo elige su devenir de las cosas. Lo cual al tener un problema de salud, suele minimizarlo o dejarlo pasar, sin percatarse de los daños que pudieran tener su vida personal, laboral y familiar.

Finalmente, es importante generar políticas públicas y de sanidad para el cuidado de todos y todas, ya que al pensar en el cuidado de todas las personas que formamos una sociedad, se pueden evitar múltiples consecuencias y enfermedades que pueden afectar la salud de las

personas en general; y sí a los hombres, se les enseña otros cuidados y hábitos saludables, pudiera ser que mejoren su calidad de vida.

## Capítulo I. Masculinidad hegemónica

### 1.1 Inicios de la masculinidad hegemónica

El concepto de masculinidad hegemónica se ha utilizado en estudios de género, ya que a principios de la década de 1980, se utilizó para explicar el poder de los hombres sobre las mujeres. De tal forma, Jewkesa (2015) argumenta que la MH es “señalado el poder legitimador de consentimiento (en lugar de crudo poder físico o político para asegurar la sumisión), tiene o ha sido utilizado para explicar los comportamientos de salud de los hombres y el uso de la violencia”(p.1).

El artículo publicado por Jewkesa, et al (2015) *hegemonic masculinity* estableció cómo los hombres se ven inmersos en la sociedad demostrando comportamientos, creencias, y la auto-percepción de su entorno. El estudio se realizó en hombres de Sudáfrica y Suecia, donde se tomaron aspectos teóricos de cada cultura y, utilizando la teoría del cambio. Demostraron que la masculinidad hegemónica es entendida de diferentes maneras, según el contexto y el país. Entonces, la masculinidad en general y lo hegemónico en lo particular; la primera se construye a lo largo de la vida y crea cambios en los hombres en función en donde se mueven, y la segunda es la característica central de la MH es el ejercicio de poder que los individuos interactúan en su contexto (poder y fuerza).

Entonces, el término masculinidad hegemónica se trata de lo que significa ser (y no ser) hombre. “Es una estructura deseada y designa e indica, lo tangible y no tangible, le pertenece al colectivo de los hombres” (Bonino, 2002, p.9). Este concepto hegemónico aliándolo con el de la masculinidad define la estructura de lo masculino como el centro principal en tomar decisiones, el que domina, el que impone hacia “los otros y otras”, el que

tiene que “ser” y no “ser” para que no duden de su masculinidad, el que es vulnerable en sus relaciones sociales, etc (Jewkesa, et al., 2015). Como se puede entender, “la masculinidad se construye con la cultura, pero también influye la clase, la raza, su grupo étnico y su preferencia sexual” (Kimmel, cómo se citó en Jiménez y Tena, 2007, p. 102).

Es importante conocer todas estas variantes, según Bonino (2002) los malestares se expresan de manera homogénea, ya que habrá hombres que no quieren identificarse con la MH, pero tampoco la cuestionan por la presión de los mandatos de la masculinidad. Bonino (2002) manifiesta que “los que callan porque no tienen nada importante que decir, los que se sienten derrotados por no haber cumplido algún objetivo vital, los que violentan para asegurarse su lugar de hombres, los que se horrorizan por su disfunción sexual, o los que no pueden aguantar llorar, entre otras cosas” (p.8). Son cuestiones simbólicas estructurales, que orillan a los hombres a sufrir bajo el mandato de la MH.

Uno de los principales impulsores acerca de los estudios de hombres, fue el estadounidense Robert Connell (Citado en Tena, 2012), en los años cincuenta momento en que se empezaba a tomar importancia a los estudios de los “roles masculinos” y a las normas que se establecían de lo masculino y femenino (p.276). Los estudios acerca de los varones, según Tena (2012) han sido a través de actividades organizadas y reivindicadas que demuestran el interés para estudiar los privilegios demandados del género que este centro de estudio origina; gracias a estudios feministas se demostró que algunos estereotipos de género, así como roles sirven para legitimar ciertas conductas que no son tan favorables para los hombres y crecen con estas ideas arraigadas desde pequeños.

Los efectos de esta situación se pueden observar en sociedades occidentales, según Tena (2013, como se citó en Maltos, 2013), en un país como México, por ejemplo, al hombre se le exige que cuente con poder adquisitivo alto, que tenga rigidez con las mujeres e hijos, y que tengan una vida sexual activa. Además, Tena, 2013 (cómo se citó en Maltos, 2013) menciona que la crisis del modelo económico de México está generando un impacto en el modelo de masculinidad, pues la pérdida del empleo provoca que los hombres pierdan autoridad, poder económico y poder sexual; es decir, los requerimientos que la sociedad exige para verlos como hombres, que por lo tanto, a través de estos mandatos hegemónicos, el hombre suele reproducir y no cuestionarse otras maneras de ser hombre, que inclusive puede costarle la vida.

Se puede entender que dependiendo el contexto, la cultura, la posición geográfica de un país, nos amplía las posibilidades de comprender que la MH no es adherente a los hombres mexicanos, sino que se encuentra en todos los hombres de diferentes países, y que en menor o mayor medida, afecta sus relaciones interpersonales, teniendo un gran peso simbólico para ser un hombre de verdad.

## **1.2 Concepto de masculinidad**

Diversos autores/as han dado sus aportaciones para definir ¿qué es lo masculino? Por ejemplo, para Rueda (2017) este concepto hace una referencia a ser una construcción social influida por aspectos culturales que dicta cómo deben de actuar los hombres, esto quiere decir que, desde el nacimiento se espera que las personas actúen conforme a su género, replicando conductas “estereotipadas” de su ser.

Rueda (2017) también define la Masculinidad como una estructura simbólicamente arbitraria, compuesta por mitos, creencias y significados que nos indican cómo tiene que ser un hombre, que a través de estos mitos y creencias se socializan entre el contexto y se crean normas de lo que se espera que sea un hombre. Para Bordieus (2000), es “un tipo de sumisión que ejerce cambios simbólicos y crea una interpretación teórica distinta de lo que se dice ser masculino” (p.17), esto quiere decir que el espacio, el contexto, la cultura son los determinantes para dictar y normalizar lo que se considera masculino. En cambio, Schongut (2012) la define como “una representación social que sirve para categorizar diferentes objetos, cosas, personas (p.30)”, se crea una imagen en la mente de lo que se busca categorizar y así se crea la representación; para este autor, la masculinidad es concebida como una manera de “fomentar la división social entre hombres y mujeres, y que a la vez, genera una forma específica para la producción de desigualdades” (Schongut, 2012, p.29). Asimismo, de acuerdo con Kimmel (1997), la masculinidad es “un conjunto de significados cambiantes que construimos a través de nuestra interacción con los demás” (citado en Menjivar, 2004, p.191). Para Menjivar (2001), este concepto no se puede ver como un objeto aislado, sino como un espectro dentro de un marco mayor, es decir, de relaciones de género con otros individuos. De esta manera, las definiciones acerca de la masculinidad según Keijzer (2003) no contienen una sola óptica, porque no es lo mismo crecer en una posición geográfica de un país, ya que se tienen concepciones distintas de lo que es y de lo que se debe hacer para ser llamado hombre, e inclusive en las zonas urbanas o rurales, implican otras costumbres, creencias, tradiciones, etc. Así, como mencionan Fisher y Tront “este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestros seres y nuestro entorno, todo lo cual

buscamos para entretrejerlo en una red compleja que sustenta la vida” (cómo se citó en Martínez, 2012, p.6). Esto quiere decir que las personas están en constante movimiento, y son permeadas principalmente por la cultura, por las creencias, por los mitos, por múltiples cosas que día a día se transmiten a otros humanos y ese contacto sirve para definir y normalizar ciertas conductas en nuestra sociedad.

### **1.3 Estereotipos y reproducción masculina**

Hay investigaciones en donde el comportamiento sexual de hombres y mujeres es influido, según Pérez (2012), por lo establecido en gran medida por estereotipos dicotómicos que permean en el contexto. Los hombres por lo general son percibidos como personas hipersexuales y más agresivos sexualmente, mientras que a las mujeres se les caracteriza como sexualmente pasivas y se les asigna el rol de complacer y serle fiel a su pareja (Firestone & Catlett, 2006). Se puede determinar que estructuralmente “se necesita” esta separación porque mantiene un orden social que se ha estado imponiendo en la historia. De esta manera, Reyes (2005) menciona que “puede encontrarse una relación entre cuerpo y género, cuando la sexualidad tiene relación con el género se vuelve un asunto público” (p.23), es decir, que a través de la identidad de género, la persona se vuelve un asunto público, ya que esta persona actúa conforme su identidad y según como el contexto espera que ésta se comporte. Esta separación sexual se mantiene firme e inmutable por cuestiones jerárquicas establecidas socialmente:

Las sociedades produjeron relaciones jerárquicas de poder a partir de las diferencias de género, y éstas permitieron justificar una organización en la que el varón construyera o conservara una posición de control frente al otro género. En

Occidente, a lo largo de los siglos, se elaboraron discursos que legitimaron esta subordinación. Durante el siglo XX el debate de sufragistas, feministas y demás luchadoras sociales que buscaban transformar esas relaciones sociales, permitió ir entendiendo ese proceso histórico y, con ello, sentar las bases para el establecimiento de una sociedad más equitativa y respetuosa de las diferencias (Reyes, 2005, p.174).

Es interesante cómo a lo largo de la historia se han legitimado ciertas conductas a determinados grupos y cómo estas relaciones preestablecidas sirven y legitiman las maneras de vivir y de interactuar en la sociedad. De igual forma, es importante reconocer que son construcciones sociales, y que tiene un recorrido histórico y teórico importante, especialmente durante las últimas décadas porque nos ha permitido entender y comprender las condiciones socioculturales patriarcales que dejan a la masculinidad como un modelo hegemónico que produce una desigualdad y división entre hombres y mujeres en la sociedad (Schogut, 2012). Los estereotipos establecen órdenes sociales que esperan que tanto hombres y mujeres se ajusten en lo establecido, ya que al no hacerlo en estos estereotipos de género, podrían tener dificultades para encajar en la sociedad.

#### **1.4 Ideal masculino hegemónicamente**

Los arquetipos masculinos son importantes, ya que en éstos predominan los prejuicios y estereotipos, y repercuten las creencias de que los hombres deben ser de determinada manera. Por ejemplo los “héroes”, según Rueda (2017) son como aventureros y hazañosos que realizan actividades para ganarse no solo un “trofeo” sino un emblema de su masculinidad. Se promueve

con esto la competitividad (quién es más hombre) y esto conlleva a construir una inhibición al miedo hacia la masculinidad. Moore y Gillette (citado en Menjivar, 2009) argumentan que “es ambiguo encontrar una estructura universal de la masculinidad o un arquetipo global de la visibilidad. Si bien, no todas las sociedades comparten los mismos estándares para hombres y mujeres” (p.100).

Con este se comprende que las concepciones de la masculinidad son diversas, y están establecidas según el contexto. Bonino (2000) señala que las “identidades masculinas, su configuración, su continuidad y su transmisión permanecen fuertemente estables. La esencia masculina no es específica, sino existe una estructura predominante y legitimada como referente para la construcción de las identidades masculinas: la masculinidad social” (p.9), donde esta es socialmente aceptada por la mayoría de los individuos, porque es lo esperado y lo adjudicado de su género. Moore y Gillette plasman que (cómo se citó en Menjivar, 2004), hay una inexactitud con la conexión profunda e instintiva de lo que implica ser masculino, ya que conlleva a tener problemas en la sociedad por la falta de expresar lo masculinamente aceptado. Esto quiere decir que, puede ser que la gran mayoría de los hombres temen a tener una conexión inadecuada con sus ideales masculinos, porque “suelen restringirse a ciertos comportamientos que no van con lo establecido. Se excluye “lo femenino” y es aquí que surgen los arquetipos de la masculinidad, los cuales son estructuras profundas de la psique masculina madura” (Menjivar, 2004, p.99).

No obstante, hay diversos autores que ponen entredicho esto, según Haraway (1995) éstas dicotomías sexo/género no sustenta nada, ya que estas categorías se encuentran inmersas por un racismo biológico (citado en Aguilar, 2008), esto quiere decir que para este autor, la biología toma importancia en los comportamientos masculinos y femeninos. Por su parte Braidotti (1994)

toma en cuenta que la sociedad impone roles en la subjetividad masculina y femenina (citado en Aguilar, 2008). De tal modo, que Butler menciona que hay que evitar conductas establecidas porque el género no se limita a actuar de una sola forma. Aunque hay diferentes concepciones acerca del género/sexo, se entiende que es un tema complejo y según la visión que abarque cada autor conseguirá entenderlo desde su posición (cómo se citó en Aguilar, 2008). Para esta investigación, la construcción social del género teoriza cuestiones importantes, puesto que, se toman en cuenta aspectos culturales, el contexto geográfico, así como los estereotipos y roles establecidos por géneros.

Hay una visión preestablecida e identitaria de los hombres con la MH, donde es una construcción al “ideal” del ser heterosexual (lo que es aceptable socialmente). De este modo, el ideal rechaza y desvaloriza a todo lo femenino, según Rómoli (2014) “el hombre omite o rechaza todo lo que considera opuesto a él, debido a la carga social, se ve como un proceso bi-direccional, donde solo existe lo que estructuralmente se considera “masculino”” (p.6). Estos arquetipos ayudan a entender que desde la infancia se mantienen el discurso de eres hombre, esto es de hombres, pero realmente ¿se sabe qué es de hombres y qué no es? El género no se limita a ser solo de una forma, sino amplía las posibilidades de representar la diversidad de hombres, ya que tanto el contexto y la cultura, modifican ciertas acciones de su interacción con la sociedad.

## 1.5 Modelo de la masculinidad

El modelo tradicional de Masculinidad se apoya en cuatro elementos esenciales (Mujeres sin violencia, 2016):

1. *Restricción emocional*: no hablar de los sentimientos con su entorno.
2. *Obsesión por los logros y el éxito*: consiste en demostrar que pueden más que el otro.
3. *Ser fuerte como un roble*: demuestra su fuerza bruta con los demás.
4. *Ser atrevido*: tener iniciativa sin medir los riesgos.

Este modelo describe lo que se espera de un hombre sin cuestionar otras miradas, lo cual podría repercutir en las interacciones sociales de las personas. Tena lo denomina (2013, como se citó en Maltos, 2013) el llamado modelo hegemónico de masculinidad, un concepto creado por el sociólogo Robert Connell que, tiene como centro el poder masculino, el poder que los hombres tienen en ejercer de una u otra manera”. Asimismo, éste ayuda a comprender la constante “normalización” de determinadas acciones masculinas, que al momento de hacerlas no se cuestionan, simplemente se realizan. En este caso Maltos (2013), argumenta que mientras los hombres aspiren a ejercer poder como autoridad hacia los demás, a partir del modelo que se exige, “las relaciones entre hombres y mujeres no van a ser fructíferas, y de esta forma sufren ambas partes”. Dicho en otras palabras, este modelo “esperado” trae consecuencias negativas en la interacción social de los individuos, delimitándolo a que actúe de esa forma y evitando que no visualice otras interacciones menos peligrosas. Lo esperado de “un hombre” puede provocar malestares e inclusive sentir una presión social de poder encajar con el modelo hegemónico de la masculinidad.

## 1.6 Dicotomías de lo masculino

Para comprender las construcciones sociales de la masculinidad es fundamental acercarse a las relaciones de poder, esto con la intención de discernir lo que ha estado sucediendo a lo largo de la historia.

Los cuerpos de hombres y mujeres históricamente, según Schogut (2012), han estado en constante desigualdad, porque el hombre se ha encargado de sexualizar el cuerpo en espacios dicotómicos (donde solo se encuentra él como centro, y dejando de lado a los otros), en las relaciones de poder los hombres necesitan estar alienados a lo que se espera de él, creando un orden y estándar para no salirse de la norma, algunas de estas predicciones son la sexualización, buscando siempre diferenciarse de la mujer pero siempre como un “yo” en el centro; asimismo, Reyes (2006) argumenta que la influencia del contexto sobre las categorías de los cuerpos se encuentra en función de la cultura, ya que determina ciertas condiciones que difícilmente son complicadas de no seguir. En algunas culturas se separa lo masculino de lo femenino y se predominan ciertos roles donde cada rol cumple un papel esencial para la cultura.

Bourdieu (2000) manifestó que al darle un valor como separado explicaría lo opuesto del cuerpo masculino y femenino:

La división de las cosas y de las actividades (sexuales o no) de acuerdo con la oposición entre lo masculino y lo femenino recibe su necesidad objetiva y

subjetiva de su inserción en un sistema de oposiciones homólogas, alto/ bajo, arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda, recto/curvo, seco/húmedo, duro/blando, sazonado/soso, claro/oscurο, fuera (público /dentro (privado), etc. Al ser parecidas en la diferencia, estas oposiciones suelen ser lo suficientemente concordantes para apoyarse mutuamente en y a través del juego inagotable de las transferencias prácticas y de las metáforas, y suficientemente divergentes para conferir a cada una de ellas una especie de densidad semántica originada por la sobre determinación de afinidades, connotaciones y correspondencias (cómo se citó en Bourdieu, 2012, p.14).

En esta separación pareciera que pueden estar conectadas las conductas, unas a otras, como si se tuviera que cumplir lo establecido como normas, ya que difícilmente habrá personas que busquen salirse de lo qué es y qué no es, su género y sexo. Pareciera que al excluir a los hombres de lo “femenino” y a las mujeres de lo “masculino”, es algo que se esperaría para mantener un orden de las reglas preestablecidas.

### **1.7 Prototipos de la masculinidad hegemónica**

La masculinidad hegemónica tiene diferentes formas de comprenderse, por ejemplo, la masculinidad tradicional, imperante o dominante (Rómoli, 2014) son representaciones de lo esperado hegemónicamente y que a su vez la sociedad reproduce en sus interacciones.

La masculinidad tradicional, conocida como masculinidad hegemónica (MH), es definida como un modelo social hegemónico que

Impone un modelo subjetivo, comparte la posición y la corporalidad existencial de los hombres que anula la jerarquización entre las masculinidades, donde es más homogénea la MH globalmente. El poder de la MH se hace representativo en la vida de los hombres contemporáneos no tanto en su discurso, sino en sus prácticas; no tanto en sus comportamientos aislados sino en su posición existencial (Bonino, 2002, p.12-13).

Esta MH tradicional legitima y rectifica su comportamiento, ya que a través de su dinámica de relacionarse con los demás, sigue perpetuando la relación inmutable. Asimismo, esta masculinidad hegemónica es entendida por algunos como “la imagen de masculinidad” de aquellos hombres que controlan el poder” (Menjívar, 2004, p.102). Estas relaciones de poder tienen un importante interés en describir las relaciones intermediales de la población, ya que se encuentran en una dinámica de jerarquización, donde sale la hombría de estos varones.

Así mismo, los hombres que normalizan el rol masculino, tienden a realizar prácticas que implican riesgos a su salud, por ejemplo, la masculinidad tradicional se asocia a conductas de riesgo tales como el abuso de sustancias nocivas para la salud; además, la violencia y agresiones se ven en sus interacciones (Blazina, 1996, cómo se citó en García, Sanz y Ramos, 2011). Con esta normalización, se puede inferir que los hombres no van frecuentemente al médico y tienen menos autocuidado de su cuerpo, e inclusive son más propensos a tener relaciones sexuales de riesgo, etc.

Otro punto, es que la MH es prototipo de machismo o patriarcado, lo cual significa que permite sentirse por encima de las mujeres y/o de lo que se entiende como “femenino”. Las construcciones socio-culturales del ser hombre están enlazadas a aspectos ligados a la

orientación de logro, el trabajo, la fuerza física, el tener poder adquisitivo, demostrar el liderazgo y competencia. Los factores introyectados se usan para su reproducción, y en algunos casos el abuso de poder es recurrente (Lozano, 2011). Según, Jewkes, et al., (2015) “Un elemento central de la construcción de la Masculinidad hegemónica es la heterosexualidad. La masculinidad se construye como una posición de género que es tanto "no gay" como lo es "no mujer" (p. 113). Esta concepción interpreta a la MH como algo innato de los hombres, aunque es importante retomar lo que es el patriarcado ya que de aquí se sustenta varios elementos de la MH, según Golberg (1976) argumentó que es “toda organización política, económica, religiosa o social, que relaciona la idea de autoridad y de liderazgo principalmente con el varón, y en la que el éste desempeña la gran mayoría de los puestos de autoridad y dirección” (como se citó en Menjivar, 2004, p.98).

De tal forma, existe lo que se denomina la cultura patriarcal, lo que es interpretado por Carabí (2000) como “lo masculino como algo que está más allá y que es un modelo ideal que sirve para medir al mundo marginando a quienes no corresponden a su imagen” (cómo se citó en Hernández, 2002, p.144), es decir, lo que implementa lo establecido y lo que no para considerarse un “buen hombre”. Del mismo modo, lo socialmente esperado en una cultura patriarcal es que el hombre domine, que sea el proveedor, que sea un “buen hombre” a la vista de los demás. Pero Cagigas (2000) lo denomina como “un sistema de subordinación y dominación que oprime el género; es la primera estructura de dominación y subordinación de la historia” (p. 307).

Así pues, se entiende como una estructura rígida que no busca un cambio, sino busca la posición bien cimentada que a través de los tiempos que no se ha logrado erradicar. Este sistema se define como “la relación de poder directa entre los hombres y las mujeres en la que los

hombres tienen intereses concretos y fundamentales en el control, uso, sumisión y opresión hacia las mujeres, llevan a cabo efectivamente sus intereses” (Cagigas, 2000, p.307).

Cabe destacar, que con esta idea se entiende que “la masculinidad hegemónica es tanto para las mujeres, como para los hombres un ideal cultural de la virilidad, que se ve recompensado por los intereses de las mujeres, atenciones y esfuerzos para replicar este ideal en sus parientes masculinos y asociados” (Jewkesa, et al., 2015, p.114). Inclusive, la estructura hegemónica deja de lado que los hombres son víctimas de su propia hegemonía masculina, el dominio masculino es general; no hay sociedad que jamás haya dejado de adaptar lo que espera en el hombre y la mujer, así como los roles sociales correspondientes” (Goldberg, et al, 1976, cómo se citó en Menjivar, 2004, p. 98).

Por ello, hay que comprender que la MH no ha sido debatida y examinada en su totalidad, (Jewkesa, et al., 2015) “es un problema que compete no solo a los hombres mismos sino también a todas las personas” (p.115) porque en efecto, este sistema mantiene una posición dominante sobre las mujeres, mantiene la competencia entre los hombres y glorifica todo aquello que es “masculino”, que inclusive puede costarles la vida por mantener su estatus “hegemónico”.

## **1.8 La teoría de la dominación masculina**

La teoría de la dominación masculina es iniciada por Bourdieu a principios de los años sesenta, explica que:

La dominación masculina es ejercida por medio de la violencia simbólica. Esa violencia simbólica es insensible e invisible para los dominados, es ejercida a

través del conocimiento, reconocimiento y del sentimiento, pero además es admitida tanto por el dominador como por el dominado (p.12).

Se entiende que los hombres aceptan lo que se considera “normalmente masculino”, esto impidiendo ver otras miradas y acciones que ellos pueden realizar. Está socialmente estructurado sin cuestionamiento, manejándose como un dogma, que si bien, están en una posición privilegiada (patriarcado), limita a ver otras maneras o conductas de ser masculino: por ejemplo, el auto cuidado en la MH no es prioridad, ir al médico a un chequeo por un malestar, no ser tan emotivo o expresivo, etc., son algunas elementos que se reproducen. Bourdieu (2000) lo llama como “una imagen aumentada”, ya que dice que nos delimitamos a “esforzarnos a incorporar esquemas inconscientes de percepción y apreciación, nos basamos históricamente por un orden masculino, corremos el peligro, por tanto, de recurrir, a concebir la dominación masculina, a unos modos de pensamiento que ya son el producto” (p.8).

De tal forma, Bourdieu (2000) clasifica esta dominación en:

La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos (p.11).

Para comprender ésta imposición de lo establecido simbólicamente es importante reconocer que en la interacción social se genera una parte que hay interlocutores, cuya

característica es lo corporal arbitrariamente. De tal modo, Bourdieu (2000) manifiesta que la interacción es confusa, ya que, algunos hombres no comprenden o captan que están siendo violentos o violentados; de tal forma, la relación funciona con tanta naturalidad, ciertas conductas (dominadas) no se cuestionan, ya que por lo establecido legitima cada elemento aprendido de lo masculinamente esperado (socialmente).

Por ejemplo, uno de los grandes problemas que hay, es que en los medios de comunicación hay inoculadores activos en transmitir a las personas en especial a los hombres estereotipos relacionados a alguien fuerte, guerrero, macho, etc., que además, se maneja en los medios cómo él “hombre ideal” (Sinay, 2006).

Por lo tanto, son mensajes perjudiciales para la audiencia, según Sinay (2006) repercuten en hombres y mujeres que son partícipes de estas creencias (mitos), de lo ideal del género. Asimismo, que si uno de los actores/conductores trasmite un mensaje machista, suele ser idolatrado por el público cargado de risa y declamaciones. Existe una normatividad perdurable e inmutable que ha sido construida a lo largo de la historia, donde estos mismos centros de comunicación manejan y transmiten los discursos sociales a su antojo tanto en las instituciones e inclusive se involucran en las prácticas diarias, bajo esta óptica del machismo o patriarcado (Duarte, et al., 2010).

Esto provee que el modelo que la MH propone que no todos los hombres llegan a cumplirlo, ya que “muchos no logran posicionarse adecuadamente”, y legitiman solo un modelo hegemónico, Schongut (2012) lo explica cómo:

Los hombres se benefician de la sumisión de masculinidades “inferiores” y de la opresión hacia las mujeres. Se conforma la “masculinidad cómplice”, una forma

complementaria a la MH, anhela y desea formar parte de una “masculinidad ejemplar” (Díaz, 2015. p. 79).

Tal es el caso, que los hombres ven en la sexualidad una oportunidad de demostrar su virilidad, jugando a un papel activo de su manifestación:

Si la relación sexual aparece como una relación social de dominación, es porque se constituye a través del principio de división fundamental entre lo masculino, activo, y lo femenino, pasivo, y ese principio crea, organiza, expresa y dirige el deseo, el deseo masculino como deseo de posesión, como dominación erótica, y el deseo femenino como deseo de la dominación masculina como subordinación erotizada, o incluso, en su límite, reconocimiento erotizado de la dominación (Bourdieu, 2000, p.35).

Con este, se entiende que el dominio siempre tiene que estar a favor de los hombres, ya que por esta carga simbólica, se visualiza como centro, se ignoran las periferias que podrían considerarse “femeninas” o “no masculinas.”

De tal modo, que con esta teoría se comprende que los hombres internalizan y normalizan ciertas conductas que no son cuestionables, sino se toman como elementos internos de su persona, lo cual es atravesado por un proceso de socialización que están atiborrados de un sistema socio-cultural-histórico, que reproduce interacciones establecidas a través de los tiempos, y el cual impide ver otras alternativas de exteriorizar manifestaciones menos dominantes. De esta forma, los hombres están sesgados por su “cultura” es un proceso multifactorial que impide ver otras cuestiones menos punitivas y violentas para su ser. La MH se ha encargado de poner a los hombres como centro, pero también, se ha encargado de que los hombres tengan una carga

simbólica fuerte, si no llegan a cumplir con el “modelo hegemónico” suelen no encajar con su “ideal masculino” y por lo tanto, comienza a tener problemas con su entorno, poniéndolo en una situación de vulnerabilidad que inclusive podría costarle la vida.

## **Capítulo II. Creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud.**

### **2.1 Creencias de la masculinidad hegemónica**

Bonino (2000) define a las creencias de la MH como “afirmaciones no racionales, arbitrarias y falaces, sustentadas en las ideologías de la masculinidad, producto de la transformación socio-histórica de los valores deseables para los hombres, cristalizados en el imaginario social como verdades (evidentes), e ideales sociales de masculinidad” (p.14). Défez (2005) planteó que las creencias también se viven como un estado representacional que permite identificar si un problema es falso o verdadero, se observan los deseos y acciones de las personas en el sentido que permite verificar lo que deseen; por ejemplo, si el hombre posee una masculinidad hegemónica, esta creencia constantemente le solicitará reivindicar su virilidad, con la aprobación de quienes lo rodean. Esta reivindicación no es otra cosa que la conservación de ese cuerpo viril, fuerte, que provee y es jefe de la familia, una conservación que lo lleva incluso a evitar aceptar la posibilidad de la enfermedad, porque le implica debilidad y un cuerpo débil no es un cuerpo masculino. Estas creencias, según Tena (2013), afectan directamente en las percepciones y en el cuidado del hombre, ya que justifican que el poder y la violencia son adherentes a lo masculino, debido a su identidad bajo esta lógica de poder y violencia en su ser (Duarte, Gómez & Carrillo, 2010).

La investigación que realizaron Duarte, Gómez y Calvillo (2010) hablaban principalmente de los estereotipos de género y creencias de los individuos, donde encontraron que hay una internalización de los conceptos en su ser y, además, de que los hombres no ven otras formas de “ser masculino”, ya que hay una carga simbólicamente arraigada culturalmente.

Para Duarte, et al, (2010) existen seis tipos de creencias masculinas que van desde una manera social hasta intrínseca:

*Discurso social*, donde se explora creencias acerca del imaginario social con el significado de ser hombre, como el machismo, el ser mujeriego, el uso del poder y el ejercicio de la violencia por parte de los varones para controlar y dominar a las mujeres. *Normativo*, explora creencias acerca de las normas o creencias acerca de las reglas o comportamientos que se adjudican a un hombre. *Iniciativa*, explora creencias relacionadas con el papel activo que debe tener el hombre en las relaciones con una mujer. *Superioridad*, explora las creencias que tienen que ver con la idea de que los hombres son superiores a las mujeres por el simple hecho de ser hombres. *Imagen externa*, explora las creencias con respecto a la apariencia física de un hombre y como ésta se relaciona con la masculinidad. *Honorabilidad*, explora las creencias que se tienen con respecto a los hombres como los responsables de resolver los problemas en la casa (pp.14-15).

Estas creencias, se relacionan a las que propuso Bonino (2000), para él existen cuatro creencias que impregnan la vida de los hombres, como lo son las siguientes:

La primera, *la autosuficiencia prestigiosa*, “ser un hombre es no depender de nadie”. La segunda, *la heroicidad belicosa*, que promueve la figura heroica del hombre, promueve competitividad (para demostrar quién es más hombre). La tercera, *el respeto a la jerarquía* que asegura que ser hombre es adquirir un prominente lugar dentro de una estructura jerárquica masculina y la cuarta, la superioridad sobre las mujeres y la oposición a ellas, asegura la cualidad de

*superioridad* frente a las mujeres, tener autoridad sobre ellas, y no parecerse a ellas, así como también hacerlo con los hombres que muestran “menos su masculinidad” (pp. 17-24).

Las creencias de la MH valoran lo que opinan las personas acerca de lo que significa ser hombre, de tal forma, esto puede conllevar a múltiples factores de riesgo, por ejemplo, falta de autocuidado, no medir las consecuencias, no mostrar sus sentimientos, sentirse como un roble, entre otras consecuencias. Asimismo, una de estas creencias es que el hombre al sentirse superior, suele demostrar su virilidad a toda costa, sin medir las consecuencias; según Duarte, et al. (2010) suelen normalizar la violencia como si fuera algo innato y suelen replicarlo de dos maneras:

Primero, que las mujeres y los hombres no identifiquen la violencia que viven o que ejercen, que la minimicen o justifiquen; y segundo, que los hombres y las mujeres consideren como parte de la identidad masculina el uso de la violencia y por lo tanto sea visto como algo “normal” y “natural” de ser masculino o de ser hombre, lo cual normaliza y naturaliza su uso y abuso dentro de las relaciones entre individuos (pp.12-13).

De tal manera, esto es debido a las creencias que legitiman ciertas formas/conductas de lo masculino y viceversa, al legitimarlas como realidades innatas suelen encontrarse las consecuencias que pueden conllevar a múltiples problemas relacionados a la “absolutización, exageración, caricaturización y/o rigidificación en la subjetividad de la influencia de una o más de las creencias y mandatos de la MH” (Bonino, 2000, p.28); por ejemplo, al tener un estándar masculino alto, Bonino (2000) expone que “la autoconfianza se pasa a la dominación, de la

fuerza a la violencia, de la actividad al intervencionismo, del anhelo de superación a la ambición desmedida (p.28). Esto quiere decir que muchas de estas creencias ven a lo masculino como un ente absoluto un macho que excluye a lo “femenino” y a lo “no masculino” de lo esperado, así como, en México el modelo masculino hegemónico, según Kaufman y Kimmel (1997), se caracteriza por tener una ideología sexual competitiva, homofóbica y violenta, con tendencia a mostrarse fuertes, activos, temerarios, valientes, dispuestos a enfrentar riesgos (citado en Rivas, 2005). De tal modo, que Chiodi, Fabbri y Sánchez (2019) explican que “la forma en que se representa lo masculino supone privilegios para los varones, pero a su vez tiene costos, ya que están fuertemente reprimidos a cualquier desvío de género esperado y los expone a mayores riesgos de enfermedad y/o la muerte” (p.24).

Por tal motivo, es importante puntualizar que las creencias son suposiciones de lo imaginario de los humanos, que pueden ser constructos, categorías o pensamientos reales o no. De tal manera, pueden tener una repercusión en las personas creando un impacto en su psique humana. Asimismo, se suman otras conjeturas, y según el contexto influye a que se determinen o aprendan “ciertas conductas”.

## **2.2 Creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud**

Una característica que si bien no todos los hombres lo practican y es algo que se maneja de manera oculta, es que:

Muchas personas practican actos homosexuales, pero no se consideran homosexuales; otras se creen homosexuales, aunque nunca hayan tenido relaciones con alguien del mismo sexo. Algunos hombres dicen, incluso, que el

acto sexual mismo no cuenta: mientras no besen a otro hombre, no son gays. O bien, como en México, piensan que es homosexual sólo quien ha sido penetrado; el hombre que penetra a hombres o mujeres indistintamente sigue siendo plenamente hombre y jamás aceptaría ser identificado como homosexual (Castañeda 1999, cómo se citó en Flores, 2007, p.21).

Algunos hombres llevan doble vida y por este mandato de la masculinidad hegemónica ocultan sus acciones o conductas que los pueden evidenciar como de estar haciendo algo externo de la norma. Un ejemplo, de ello lo expone Madrid (2017), donde explica que el uso del condón es un problema para los hombres, ya que al tener una pareja “estable”, el hombre opta por no utilizarlo, y por lo tanto la pareja al desconocer la vida sexual del hombre, pueden presentar problemas tales como contagios de enfermedades de transmisión sexual, lo cual hoy en día entre las amas de casa, por miedo a que sus parejas (maridos, esposos, novios) las violenten por querer tener relaciones sexuales con preservativo, pueden propiciar a conductas de riesgo e inclusive perpetuar violencia doméstica.

Relacionado el tema de la salud y creencias, se retomó la tesis doctoral de De los Santos Roig, de la universidad de granada 2009, su trabajo consistió en hacer un análisis acerca de las creencias de la salud en la enfermedad y cómo estas legitiman que al tener problemas con el tratamiento, o ideas internalizadas del paciente que no le permite un óptimo mejoramiento, puede que muchas veces las creencias se aborden de diferentes maneras, ya que hay representaciones acerca de la enfermedad que muchas veces los pacientes lo relacionan con “el sentido común”, esto propicia que sigan el tratamiento o dejen de hacerlo por el simple hecho de tomar ideas colectivas de lo que dicen de las enfermedades. Un ejemplo de esto, son los argumentos del

sentido común, donde las personas toman acciones anticipadas sin visitar un experto “-te vas a curar con esto”, “-ya te vez mejor y dejan de terminar el tratamiento”, o al “sentirse muy macho”, no es nada para él pues no presenta un riesgo (sin tomar en cuenta las consecuencias).

Las creencias pueden tener un impacto en la salud física, emocional, psicológica de los hombres, es importante mencionarlo, ya que los factores de riesgo a la salud pueden ocasionar problemas para su bienestar. Los factores de riesgo más comunes en hombres son consumo de sustancias nocivas, suicidio, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades no transmisibles, sedentarismo, hábitos alimenticios, hábitos personales, entre otras (como se explicó en el The World Health Statistics, 2018).

De tal manera, De Keijzer, (2007) menciona que en la dinámica de la salud es:

La especificad masculina es reflejo de los patrones vitales de los varones, de sus procesos de socialización de los papeles que les ha asignado en la sociedad, de la interpretación social de sus emociones y en el fondo, de la forma estereotipada del ser hombre (cómo se citó en Figueroa, 2009, p.2).

Los estudios indican que los hombres jóvenes tienen una predisposición de morir más pronto que las mujeres en el mundo (Arias, et al, 2003, cómo se citó en García, Sanz y Ramos, 2011). Mahalik (2006, cómo se citó en García, et al, 2011) “algunos trabajos realizados por los hombres y la creencias de que el hombre es fuerte, invencible e insensible” (Bonino, 2000, p.19), pueden dar una explicación acerca de la alta mortalidad que presentan éstos, ya que se exponen a trabajos físicos más desgastantes que las mujeres, debido a que se ha normalizado un estilo diferente de trabajos donde puede repercutir a lesiones, riesgos a su salud e inclusive a enfermedades.

Entendiendo esto, probablemente las creencias de la masculinidad hegemónica, pueden relacionarse a la afectación de la vida de los hombres, ya que al normalizar ciertas conductas, trabajos, comportamientos; quedan expuestos a las conductas de riesgo, afectando de manera intrínseca a su ser. Es importante exteriorizar que las creencias son una parte fundamental de su réplica de riesgo, pero que también, la carga simbólica y social de lo que se dice masculino corresponde a una serie de dogmas, que desafortunadamente no solo afecta a ellos, sino a quienes están a su alrededor hombres, mujeres, niños, niñas, entre otras personas.

### **2.3 Teoría de la salud en la masculinidad hegemónica**

La salud según Lipovetsky (1978) (cómo se citó en De Los Santos, 2009) “es un valor deseado y proclamado por cada individuo demostrado implícitamente por los medios de comunicación como un ideal” (p.17). En relación a la masculinidad, la salud se visualiza como un ideal ya que al considerarse “sano” y “fuerte” tiene el control de la “masculinidad”, pero al no tener eso, podría considerarse riesgoso, ya que el hombre hará cualquier cosa por mantener su hegemonía y debido a su construcción social:

Desde una socialización en la masculinidad hegemónica, el hombre conformaría una tríada de riesgo: Hacia las mujeres y los niños (violencia, abuso de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, embarazos forzados, paternidad ausente y falta de corresponsabilidad en el hogar). 2) Hacia otros hombres (accidentes, homicidios y otros, transmisión del VIH/sida). 3) Hacia sí mismo (suicidio, accidentes, alcoholismo y adicciones, y enfermedades psicosomáticas) (Organización Panamericana de Salud, 2019, p.4).

De tal manera, se piensa que la sociedad no está hecha para sujetos enfermos, y por lo tanto se piensa “que una persona que no está sana, no sirve, no funciona” (De los Santos, 2009). Por ejemplo, en la MH, si un hombre acepta que está enfermo, podría demostrar debilidad, y por lo tanto puede perder su valor a la MH; esto se puede justificar bajo la feminización del cuidado de la salud como lo mencionaba Figueroa (2009) “el cuerpo de los varones no se cuida sino se utiliza como una herramienta” (p.2).

De esta manera, la socialización de género desde una temprana edad, establece que el rol masculino se diferencie de lo femenino, cada uno va llevando estructuras socialmente aceptadas para cada género. Los varones terminan atrapados en ese aprendizaje cultural. Según, Figueroa (2009), “la mayoría de las veces esto es reproducido sin mayores cuestionamientos o por lo menos, sin muchas opciones, como para inventar nuevas modalidades para la vivencia de la masculinidad y sus diferentes consecuencias negativas y contradictorias para los varones” (p.5).

De los Santos (2009) indica que la salud mantiene diferentes componentes, uno de estos es:

El valor expresado y anhelado en nuestra sociedad tal y como se muestra explícitamente en los medios de comunicación. Cuando el individuo no está sano pierde su condición de ser útil, o si no su condición, su reconocimiento como tal, su autonomía y su independencia (p.6).

Dado que para los hombres con una MH arraigada, es importante mostrarse como personas útiles, autónomas e independientes, podría pensarse bajo la lógica de De los Santos, que si no cuentan con estos elementos, afectaría su imagen externa masculina, ya que un hombre, según Bonino (2000), vive en su devenir masculino y no permitiría sobajarse a otras categorías.

Asimismo, cabe destacar, que anteriormente De los Santos (2009), con su lógica de la MH exterioriza “que un hombre enfermo, no existe”, de tal manera, que no es el único factor para perder su estatus, sino que además, son diversos factores que podría entretorse para poner al hombre en una condición subyacente. No obstante, Figueroa (2009); Jewkesa, et al. (2015), afirman que cuando los hombres tienen un malestar y se sienten enfermos, son incapaces de demostrarlo debido a la presión social, lo callan y no podrían demostrar su debilidad ante los demás.

Algo que se debe de incluir también en este proceso de enfermedad es, según De los Santos, (2009):

Si queremos estudiar lo que el ser humano hace, incluyéndose aquí lo que piensa y siente en relación a su nivel de salud o a su enfermedad y cómo afecta éste a su desarrollo, mantenimiento, modificación, tenemos que incluir a este sujeto en un contexto social y cultural que dé parte a la explicación de lo que éste hace para adaptarse al medio donde vive, del modo en que puede, con los recursos que posee (p.3).

De tal manera, es significativo mencionar que hay factores bi-direccionales que requieren enfatizar los procesos de un enfermo, ya que los aspectos van más allá de elementos físicos y biológicos; también hay factores sociales y psicológicos que deben de ser atendidos (De los Santos, 2009). Asimismo, todos estos procesos sociales, culturales, biológicos y físicos se relacionan con las conductas de riesgo; el consumo de sustancias nocivas, cargar cosas pesadas sin tener las óptimas precauciones, las relaciones sexuales sin protección, ocultar sentimientos,

no tener un óptimo cuidado, etc., pueden ser propiciados por la Masculinidad hegemónica, que impacta de manera directa en la salud de los hombres.

## **2.4 La teoría construccionista y conductas de riesgos en la salud**

Menéndez (1998) expone que debe aclararse que esta teoría se enfoca más en los padecimientos tradicionales, el cual se preocupa más en describir las funciones socioculturales de los mismos que por sus aspectos patológicos.

La teoría construccionista establece que la identidad social tiene un impacto importante, ya que según Rivas (2005), alude a que contiene una condición histórica, artificial que es construida por identidades sociales; ya que en los estudios de la masculinidad se entiende que lejos de ser un producto de la naturaleza o genética contienen una reproducción cultural, según Rivas (2005), son “producciones culturales derivadas de complejas pedagogías sociales que, a partir de una lectura de los genitales, transforman los cuerpos anatómicamente machos en hombres culturalmente masculinos (p.2).

Para entender esto, al tener una representación social de su “identidad masculina” se pueden obtener diferentes niveles, donde según Gonzales (2013), el primer nivel es el del conocimiento (de saber que soy hombre); el segundo nivel se enfoca en describir funciones socio-afectivas (construye la identidad masculina); y la tercera indaga características de la representación social para tener el producto (soy un hombre, introspección). Según, todas estas características ayudan a categorizar y obtener un “Ideal masculino” donde el producto es lo esperado.

Dentro de esta concepción, el ejercicio de la violencia y el poder protagonizado por los hombres deja de ser pensado como producto de una supuesta naturaleza esencial o de la posesión de un “Yo deprimido” y pasan a ser ubicados como derivación de los procesos de construcción de la identidad masculina que, aun en la diversidad de formas que adopta, no es innata (Rivas, 2005, p. 2).

Keijzer (1997, como se citó en Rivas, 2005) alude que aunque se pueden encontrar diversas maneras de “Ser hombre”, en México sería posible tener un *Modelo Hegemónico de masculinidad* donde, lo cultural ha construido la socialización de los hombres. Este modelo incorpora valores como la “competencia, agresividad y la independencia”, que al ser interiorizados, estimulan las conductas “violentas”, las cuales los motivan a tener una conducta de riesgo.

Según Rubio (2012), explica que “las preocupaciones contemporáneas sobre el riesgo están vinculadas a procesos de cambio en la esfera de la producción y en las formas de entender y juzgar la realidad” (p.11). Asimismo, los hombres que realizan algo que los expone a un riesgo, tendrán una percepción distinta de lo que les sucede, ya que cada persona le da un valor a las circunstancias que se presentan.

Los riesgos que pueden derivarse, según Michael Kaufman (1987, citado en Rivas, 2005) son por las conductas predisuestas de los varones, que al incorporarlas como valores llegan a constituirse a factores de riesgos: los cuales pueden implicar riesgos hacia sí mismos, riesgos hacia mujeres, hacia niños(a) e inclusive hacia otros hombres. De tal forma, que esto puede generarle problemas en su entorno tanto personal, como físico, muchas veces no se dan cuenta del daño que se están ocasionando. Como lo mencionó Tena (2012), hay hombres que por

intentar recuperar la autoridad, buscan de una manera obsesiva tener ese control en su vida, así mismo, llegan a frustrarse o a enfermarse e incluso pueden llegar a la muerte. Otro problema que podrían presentar, según Tena (2012), es que muchos hombres niegan a sus parejas en compartir responsabilidad en el sentido que no aceptan dejar ser los proveedores familiares, ya que para ellos sería un quiebre para su personalidad.

Con respecto a la teoría construccionista y riesgos, implica lo siguiente, según Rubio (2012):

El conocimiento público de los riesgos es limitado, los individuos sobrestiman de forma caprichosa algunas categorías de riesgo y subestiman otras; el público tiende a sobrestimar peligros vinculados a sucesos infrecuentes y a subestimar los eventos comunes; en los contextos familiares el individuo hace una estimación muy aproximada de los riesgos reales, los individuos tienden a ser optimistas acerca de las probabilidades afectadas por su propia conducta frente a aquellas que se derivan de la conducta de otros. (p.16)

Esto quiere decir que para cada persona, según en el contexto en el que esté, subestima las problemáticas o riesgos que se presentan, de hecho, son múltiples factores que exponen a conductas de riesgos a las personas, que inclusive pueden ser de una manera circunstancial o no predecible. Asimismo, un ejemplo de una predisposición a un riesgo es que Olivares (2013) argumenta que una pérdida de empleo implicaría esto:

Para un hombre formado dentro del modelo hegemónico de masculinidad, el desempleo representa un gran estrés. Además de las implicaciones económicas, la

falta de empleo afecta su salud mental y física, su vida social y su sexualidad. Un hombre que pierde el empleo, pierde incluso la erección (p.40).

Estos cambios se presentan debido a las representaciones sociales que desde pequeños se imponen, ya que lo laboral así como el poder adquisitivo, le corresponde a lo masculino (Olivares, 2013). De tal forma, Olivares (2013) expone que el dinero les da poder y estatus, y de esa forma ellos se sienten poderosos, ya que así se acercan sexualmente a las mujeres, y al perderlo implicaría alejarse de ellas. También Olivares (2013) alude a que al perder su empleo “para el hombre esto es muy fuerte, porque siempre está tratando de demostrar y reafirmar que es hombre, y el trabajo es parte de ese papel en el modelo de masculinidad hegemónica” (p.40).

Estos ejemplos, ponen en manifiesto que al tener descuidos o exponerse a riesgos implicaría tener problemas en su salud, ya que no se está llevando los óptimos cuidados para ello; de hecho, es importante tener en cuenta que el estatus y el poder son elementos de la MH, que aun exponiéndose en situaciones de riesgo, los hombres intrínsecamente no quieren perder su estatus, e inclusive llevan su poder hasta las últimas consecuencias.

## **2.5 Teoría de la cognición social y hábitos de salud**

La teoría de la cognición social toma en cuenta las variables de percepción, creencias, actitudes, etc., (De los Santos, 2009) que explican cómo este tipo de variables afectan la salud de las personas, y averiguan los aspectos que “las personas tienen sobre su enfermedad, ya que pueden afectar al modo en que la enfermedad forma parte de quien las padece y su devenir cotidiano” (p.4). Esta teoría desdobra una importancia en el papel de las variables psicológicas y sobre todo como afectan los hábitos de salud y enfermedad.

La relación de las creencias de la MH y salud, pudieran estar relacionados, ya que al tener creencias hegemónicas arraigadas, probablemente distorsionaría la manera de entender la salud, definida como lo hace De los Santos (2009), como un valor proclamado y deseado en la sociedad, a esto se le une que, “la salud puede ser un objetivo, individual, una proposición, una meta, que uno solo se hace” (p.2), lo que posiblemente a su vez, a algunos hombres o personas entorpecen dar seguimiento a su cuidado, ya que inclusive principalmente presentan dificultades o desidia en si tomar o no un tratamiento.

La forma de subjetivación diferencial por género, como vimos, supone privilegios para los varones, pero a su vez tiene sus costos, ya que implica fuertes presiones para reprimir cualquier posible desvío del guion de género esperado y los expone a mayores riesgos de enfermedad y/o la muerte (Chiodi, 2019, p.29).

Esta derivación contiene diferentes problemas, ya que por una parte se toman cuestiones personales y contextuales, pero además, también cuestiones culturalmente y simbólicamente arraigadas. Lo cual le impide al hombre tener un óptimo cuidado, puesto que en la psique de los hombres se encuentran diferentes formas de auto percepción del cuidado físico, mental y emocional. Es importante aclarar que este proceso, que históricamente ha pasado de generación en generación, no ha sido tan cuestionado, lo cual buscaría a que se empiece a ver cambios en la psique humana masculina al visibilizar los problemas que han repercutido a los hombres por años, y así, podrían evidenciarse el constante descuido que se les ha dejado a los hombres de su salud, ya que se esperaría que tanto instituciones públicas como privadas, brinden y atiendan a los hombres por sus malestares o inquietudes y aclarar que el cuidado tanto personal, físico,

social y emocional; lo cual podrían ser muchos los beneficios, no solo hacia los hombres sino en su entorno social.

## **Método**

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se relacionan las creencias de la masculinidad hegemónica y las conductas de riesgos en la salud de hombres de edades de 15 a 70 años en León, Guanajuato?

### **Objetivo general**

Analizar la relación de creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud en hombres de edades de 15 a 70 años en León, Guanajuato.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las creencias de la masculinidad hegemónica en León, Guanajuato.
2. Distinguir riesgos de salud en hombres de León, Guanajuato de 15 a 70 años.
3. Conocer la relación de las creencias de la masculinidad hegemónica con las conductas de riesgos en la salud.

### **Hipótesis**

- A. Las creencias de la masculinidad hegemónica se relacionan con las conductas de riesgos en la salud.
- B. Entre menos manifestación de creencias de la masculinidad hegemónica presentan menos riesgos a la salud.

### **Diseño de investigación**

El diseño de la investigación es no experimental expo facto, ya que no se puede manipular o alterar los rasgos que la persona tiene en un estado natural. Es también, transaccional, porque se recopilan datos en un momento único; el propósito es describir variables.

De tal manera, el diseño es correlacional, ya que estos diseños describen la relación entre dos o más categorías, conceptos o variables, en un momento determinado, implica ver la relación entre dichas variables.

Es una muestra no probabilística, intencional, ya que fue seleccionar a los participantes por uno o varios propósitos (sean hombres de cierta edad).y no representativa.

### **Definición de variables**

Creencias de la Masculinidad hegemónica:

Son afirmaciones no racionales, arbitrarias y falaces, sustentadas en las ideologías de la masculinidad, producto de la transformación socio-histórica de los valores deseables para los hombres, cristalizados en el imaginario social como verdades (Bonino, 2000, p.14).

Conducta de riesgos en la salud:

“Es cualquier rasgo característico, o una exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, (OMS, 2017) a través de sus hábitos personales de que cada individuo elija.

### **Participantes**

#### **Etapas 1: Piloteo**

El muestreo fue no probabilístico intencional, participaron 187 hombres de manera voluntaria, las edades de los participantes oscilaban entre los 15 a 70 años ( $\bar{X}=25.16$  y  $DE=10.28$ ). La ocupación de los participantes fueron distintas, la mayoría reportó ser estudiantes 57.8%, después obreros/trabajadores 25.7%, profesionistas 15.5% y jubilados 1.1%.

La escolaridad de los participantes fue la siguiente: los estudiantes de licenciatura/ingeniería fue el 50.3%, después el 34.2% reportó haber estudiado la preparatoria, el 7.0 %

reportó haber estudiado la secundaria, el 4.3% un posgrado, 2.1% la primaria, el 1.6% sin estudios. Siendo el 99.5%, hubo un dato perdido.

La orientación sexual de los participantes fue de 84.0% reportó ser heterosexual, el 8.6% reportó ser homosexual, el 4.3% reportó ser bisexual y el 3.2% reportó otro tipo de orientación sexual.

En cuestión de la pregunta “¿tiene pareja?”, los encuestados respondieron con un 53.5% que sí tenían pareja, el 46.0% reportó que no y el .05% reportó otro tipo de relación.

La religión de los participantes fueron las siguientes, la religión católica reportó ser el 41.7%, los ateos y agnósticos fueron de 30.5%, ninguna religión fue de 18.7%, y por último, cristianos siendo de 8.6%, dando un total del 99.5% con un dato perdido.

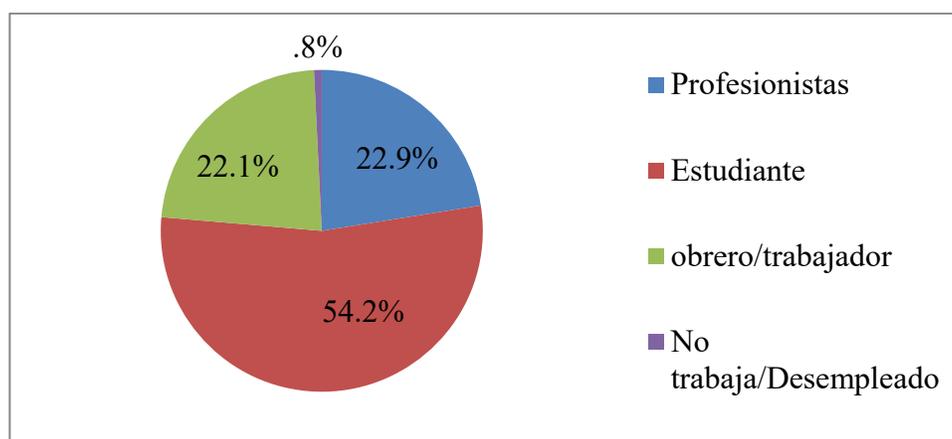
La posición socioeconómica de los encuestados resultó ser de 40.1% se considera de clase media, el 23.5% reportó ser clase muy baja, el 20.9% se considera medio baja, el 9.6% bajo y el 1.1% muy alto.

## **Etapas 2: levantamiento de datos**

El muestreo fue no probabilístico intencional, en donde participaron un total de 253 hombres de edades de entre 15 a 70 años ( $\bar{X} = 25.46$  y  $DE = 9.54$ ).

### **Figura 1.**

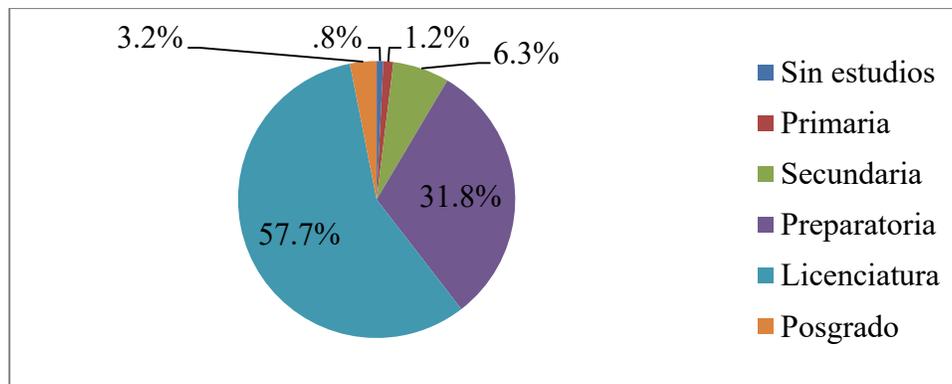
*Ocupación de los participantes.*



La **Figura 1** muestra a la mayoría de los participantes fueron estudiantes siendo el 54.2%, los obreros/trabajadores fueron el 22.1%, después, los profesionistas que son el 22.9%, y por último los que no trabajan/desempleados .8%.

### **Figura 2.**

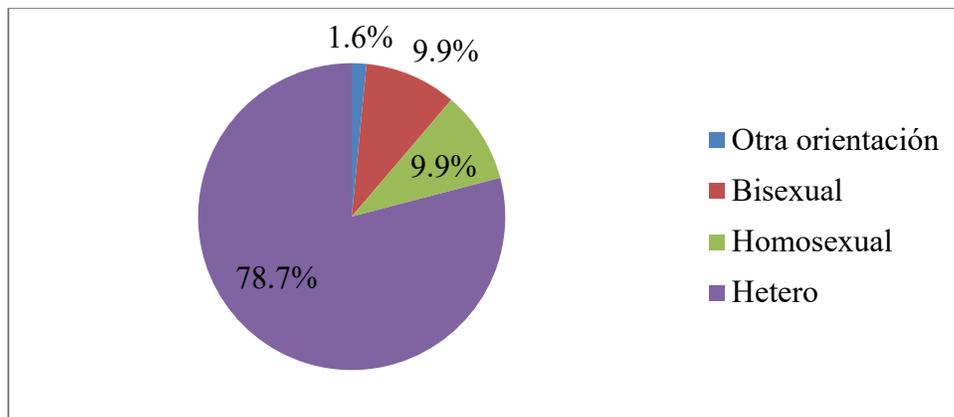
*Escolaridad de los participantes.*



En la **Figura 2** se refleja a la mayoría de los participantes fueron estudiantes de licenciatura/ingeniería representando el 57.7% de la muestra, seguido de los estudiantes de preparatoria siendo el 30.8%, secundaria 6.3%, posgrado 3.2, primaria 1.2% y sin estudios 8%.

**Figura 3.**

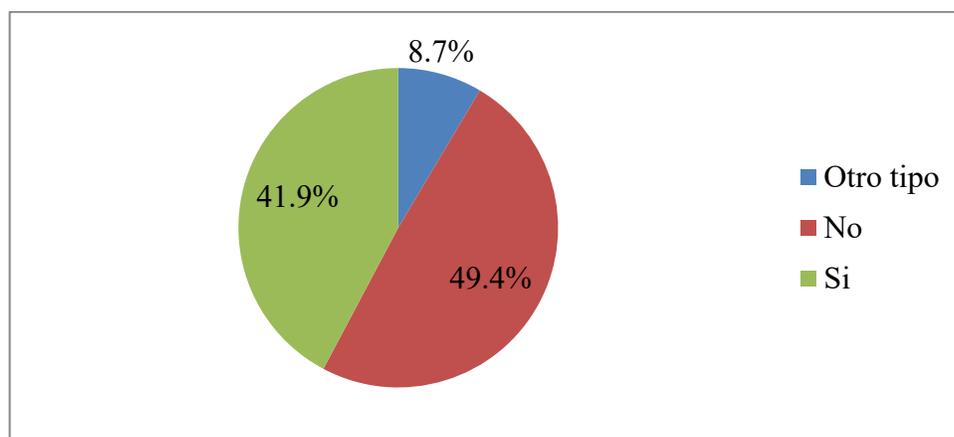
*Orientación Sexual de los participantes.*



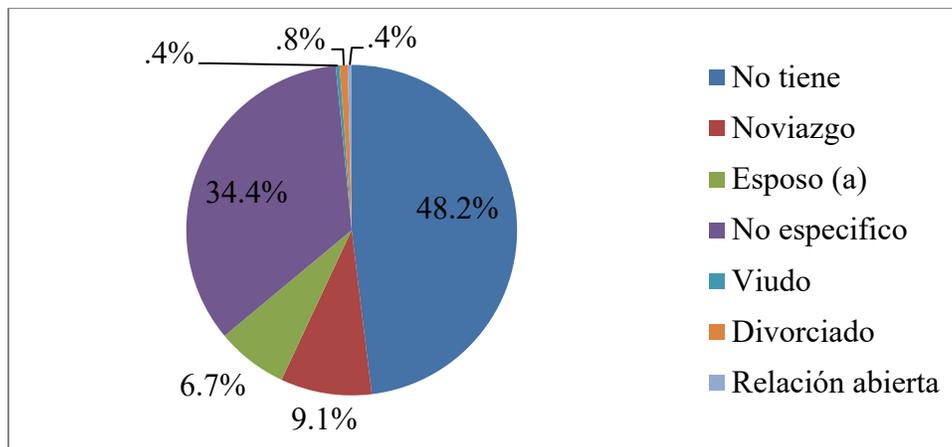
En la **Figura 3**, refleja a la mayoría de los participantes se identificó como heterosexual siendo el 78.7%, después el 9.9% se identificó como homosexual, el 9.9% como bisexual y por último, el 1.6% con otro tipo de orientación.

**Figura 4.**

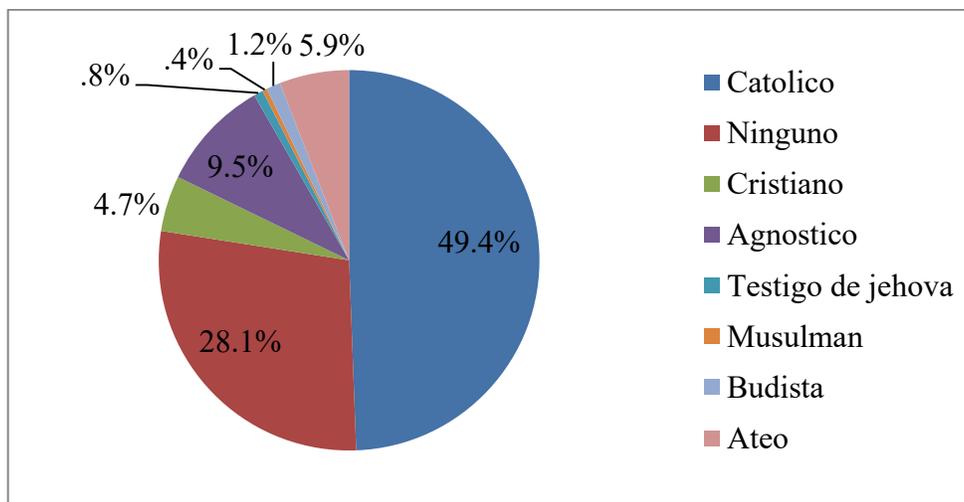
*¿Tiene Pareja?*



La **Figura 4** exhibe que la mitad de los participantes contestaron que no tenían pareja siendo el 49.4%, después el 41.9% reportó que sí tenían pareja y el 8.7% contestó que tenían otra situación.

**Figura 5.***Tipo de pareja*

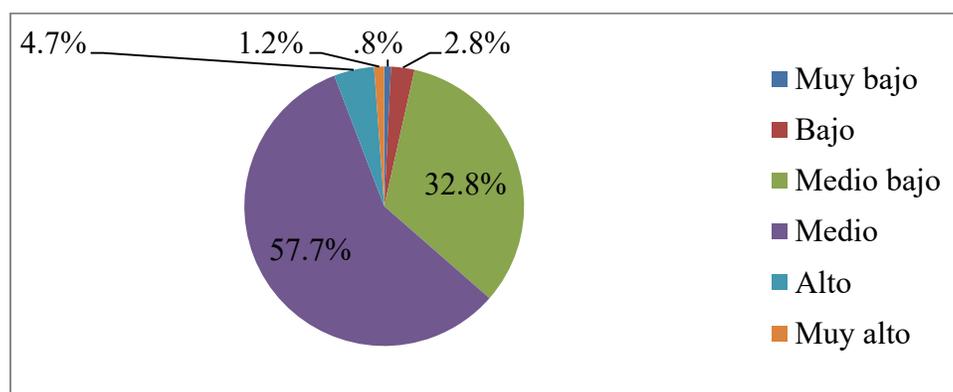
En la **Figura 5** se puede visualizar el 48.2% contestó que no tienen ningún tipo de relación, el 34.4% no especifico que tipo de relación tienen, el 9.1% tienen una relación de noviazgo, el 6.7% tienen esposo(a), el .8% divorciado, el .4% relación abierta y por último, viudo .4%.

**Figura 6.***Religión.*

La **Figura 6** manifiesta a la religión católica con el 49.4%, el 28.1% de los participantes no tienen ninguna religión, el 9.5% agnóstico, el 5.9% como ateo, el 4.7% cristiano, el 1.2% budista, el .8% testigo de Jehová y el .4% como musulmán.

### Figura 7.

#### Posición económica



En la **Figura 7**, se alcanza a percibir que la mayoría de los participantes reportó ser clase media siendo el 57.7%, el 32.8% se considera medio bajo, el 4.7% como alto, después el 2.8% bajo, el 1.2% muy alto y el .8% muy bajo.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron dos, para evaluar las creencias acerca de la Masculinidad hegemónica es la *Escala de creencias acerca de la Masculinidad* (ECAM), (Gómez & Carrillo, 2007). La ECAM fue desarrollada por Gómez y Carrillo (2007) y analiza las creencias que tienen las personas con respecto a la masculinidad, es una escala tipo Likert con cinco opciones pictográficas de respuesta que van de *Totalmente de acuerdo*, *De acuerdo*, *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*, *En desacuerdo* y *Totalmente en desacuerdo*. Se encuentra conformada por 32 reactivos divididos en seis factores:

Los 6 factores que se tomaron en cuenta para esta investigación salieron con un alfa de (la cual se realizó para esta investigación):

- Factor 1. *Discurso Social*: se integra por un total de 11 reactivos. Este factor presenta una consistencia interna de  $\alpha$  .930 y son los principales reactivos de 1 a 11.
- Factor 2. *Normatividad*: se encuentra conformado por 5 reactivos. Muestra una consistencia interna de  $\alpha$  .899, se encuentra del 12 al 16.
- Factor 3. *Iniciativa*: se integra por un total de 4 reactivos y muestra una consistencia interna de  $\alpha$  .861, se encuentra en los reactivos de 17 al 20.
- Factor 4. *Superioridad*: consta de un total de 4 reactivos y una consistencia interna de  $\alpha$  .884 se encuentra del 21 al 24.
- Factor 5. *Imagen externa*: se estructura con 5 reactivos y presenta una consistencia interna de  $\alpha$  .893, se encuentra del 25 al 29.
- Factor 6. *Honorabilidad*: factor está conformado por 3 reactivos y presenta una consistencia interna  $\alpha$  .873 que es del 30 al 32.

Para medir los riesgos de salud, se tomó en cuenta *El inventario de salud* (1977) por los autores Edlin, Golanity & Mckorman titulado *Essential for Health and Wellness*, que son factores que miden los hábitos de salud en diferentes aspectos, tales como el cuidado hacia la salud emocional, reacciones ante el estrés, aptitud física y cuidado personal, etc. Este inventario fue modificado por Edgar Lopategui Corsino en 2011. El objetivo de este inventario es identificar áreas del estilo de vida, para que puedan ser mejorados con el fin de alcanzar y mantener un nivel de salud adecuado, reducir riesgos a largo plazo de alguna enfermedad

degenerativa-crónica, etc., ejemplo: enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, enfermedades cerebro-vasculares, entre otras.

Para fines de la investigación, se utilizaron solamente la sección 1: *Auto responsabilidad médica*, sección 2: *Salud emocional*, sección 3: *Estrés*, la sección 4: *Aptitud física y cuidado personal*, y por último, la sección 5: *Salud Ambiental, uso de sustancias nocivas, y seguridad*. Cada sección se evalúa de una manera similar, pero van enfocadas a su área específica. Se puntúa en parámetros de *Excelente*, *Bueno* y *Necesita mejorar*; de acuerdo a las respuestas que conteste cada persona, se evalúa de acuerdo a su puntuación.

Los 5 factores que se tomaron en cuenta para esta investigación salieron con un alfa de la cual se realizó para esta investigación:

- Factor 1. *Auto responsabilidad médica*: se integra por un total de 7 reactivos. Este factor presenta una consistencia interna de  $\alpha$  .511 y son los principales reactivos de 1 al 7.
- Factor 2. *Salud emocional*: se encuentra conformado por 4 reactivos. Muestra una consistencia interna de  $\alpha$  .522, se encuentra del 1 al 4 del apartado de salud emocional.
- Factor 3. *Estrés*: se integra por un total de 5 reactivos y muestra una consistencia interna de  $\alpha$  .359, se encuentra en los reactivos del 1 al 5 de su apartado.
- Factor 4. *Aptitud física y cuidado personal*: consta de un total de 8 reactivos y una consistencia interna de  $\alpha$  .737 se encuentra del 1 al 8 de su apartado.

- Factor 5. *Salud ambiental, uso de sustancias nocivas*: se estructura con 9 reactivos y presenta una consistencia interna de  $\alpha$  .659, se encuentra del 1 al 9 de su apartado.

Las puntuaciones altas de este inventario significan la buena salud de los participantes, y puntuaciones bajas, lo contrario, y es donde necesitan mejorar. Como se observa, el instrumento en sí no evalúa conductas de riesgo de salud como tal, sino hábitos de salud, a través de esta idea se pudo llegar a inferencias indirectas sobre dichos riesgos, ya que se asocia con la variable que se ha estado analizando.

### **Procedimiento**

Los participantes de la investigación contribuyeron de manera voluntaria a contestar los instrumentos. El levantamiento de datos se hizo en diferentes puntos de la ciudad, tal como la biblioteca Estatal del estado de Guanajuato, la central de autobuses “San Jerónimo”, en la Universidad de Guanajuato en los campus de Sociales y Salud, y en el parque del Templo Expiatorio del municipio de León, Guanajuato. El encuestador se acercaba a los hombres que veía que cumplían con las características para encuestar, se preguntaba si querían participar en el trabajo de investigación y contestar la encuesta. Al recibir una respuesta afirmativa, se les dio previa lectura del consentimiento informado, donde se les informa el objetivo de la investigación y para qué el levantamiento de la misma. Además, se les informó que los datos proporcionados eran anónimos y confidenciales. Se pidió a los participantes que firmaran si estaban de acuerdo en participar y, finalmente, de manera opcional, se les pidió que agregaran un correo electrónico en caso de que solicitaran recibir los resultados de la investigación. Al

terminar de contestar las encuestas, se les agradeció por su participación. Hubo dos etapas para el procedimiento, la primera: El piloteo, y la segunda: La etapa final.

### **Etapas 1: Piloteo**

Los hombres que participaron fueron voluntarios con un total de 187 hombres, de entre 15 a 70 años. En esta primera etapa del piloteo, se comenzó con un total de 90 reactivos, de los cuales 32 preguntas eran sobre creencias de la MH, 50 preguntas del inventario de salud y 8 preguntas socio demográficas.

#### *Confiabilidad*

Se utilizó el análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach. Se encontró en el inventario de salud un  $\alpha=.760$  con 33 elementos, se eliminaron 17 reactivos de la cantidad original que era de 50 reactivos. En el instrumento de creencias se obtuvo una confiabilidad de  $\alpha= .978$ , no se eliminó ningún reactivo, quedaron los 32 reactivos del instrumento.

### **Etapas 2: Final**

En este procedimiento participaron un total de 258 hombres de las edades de entre 15 a 70 años, hubo 5 datos perdidos por lo tanto quedo una  $N=253$ .

En el inventario de salud, debido a la eliminación de varios reactivos, se realizó un ajuste al instrumento, la cual consistió en eliminar la puntuación de cada factor, ya que cada apartado contenía 10 preguntas, y debido a la eliminación de algunos reactivos, algunos factores quedaron incompletos. Por lo tanto, no se podría sumar y dar la cantidad de 50 (que es la puntuación de buena salud). Las preguntas que quedaron en cada factor se acomodaron en su apartado, y se les pidió a los encuestados que contestaran de manera personal cada reactivo sin sumar la puntuación.

**Consideraciones éticas**

Previo a responder los instrumentos, los participantes aceptaron estar de acuerdo con la investigación y con uso de sus datos a través de un consentimiento informado (Ver Apéndice).

## Resultados

Para probar las hipótesis acerca de la relación de las creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgo en la salud, se realizó un análisis descriptivo y otro de correlación. Se planteó como objetivos: 1) Identificar las creencias de la masculinidad hegemónica de hombres de León, Guanajuato, 2) Distinguir riesgos de salud en hombres de León, Guanajuato, de 15 a 70 años y 3) Conocer la relación de las creencias de la MH con las conductas de riesgos en la salud.

### Análisis descriptivos

#### 1) *Identificar las creencias de la masculinidad hegemónica de hombres de León, Gto.*

**Tabla 1.**

*Creencias de la masculinidad hegemónica de hombres de León, Gto*

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	M	Desviación estándar
Masculinidad hegemónica	253	1.00	5.00	2.0331	.94769

Como se puede observar en la **Tabla 1**, las creencias de la masculinidad hegemónica reportó una  $T= 2.03$ , esto quiere decir que las creencias de la MH de los participantes son bajas y no presentan un grado de masculinidad hegemónico alto.

#### 2) *Distinguir riesgos de salud en hombres de León, Guanajuato de 15 a 70 años.*

**Tabla 2.***Conductas de riesgos en la salud de hombres de León, Guanajuato.*

<b>Estadísticos descriptivos</b>					
	N	Mínimo	Máximo	M	Desviación estándar
Riesgos Salud	253	1.00	5.00	3.7273	.46054

Lo que se encontró en la **Tabla 2**, es que las conductas de riesgos en la salud de los participantes, reportó una  $T= 3.72$ , esto quiere decir que la mayoría de los participantes no presentan “tantos riesgos”, ya que por la manera en que estaba conformado el instrumento, se encontraron riesgos bajos en la salud de los hombres.

### **Correlaciones**

Para comprobar la primera hipótesis de que “las creencias de la masculinidad hegemónica se relacionan con conductas de riesgos en la salud”, se utilizó la correlación de pearson que arrojó los siguientes resultados:

**Tabla 3.***Relación entre creencias de masculinidad hegemónica y conductas de riesgos a la salud.*

<b>Correlaciones</b>		
		Masculinidad Salud
Masculinidad Hegemónica	Correlación de Pearson	-.161*
	Sig. (bilateral)	.010
Riesgos Salud	Correlación de Pearson	-.161*
	Sig. (bilateral)	.010

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la **Tabla 3**, se encontró una correlación negativa baja entre creencias MH y conductas de riesgos en la salud con una  $p=.010$  y una  $r=-.161$ . Lo cual quiere decir que si hay relación entre las dos variables.

**Tabla 4.**

*Diferencias entre las creencias de la MH y conductas de riesgos en la salud.*

ANOVA <sup>a</sup>						
Mode		Suma de	gl	Media	F	Sig.
lo		cuadrados		cuadrática		
1	Regresión	1.390	1	1.390	6.704	.010
	Residuo	52.059	251	.207		
	Total	53.449	252			
a. Variable dependiente: Riesgos a la salud						
b. Predictores: (Constante), Masculinidad hegemónica						

En la **Tabla 4**, se encontró una diferencias entre las dos variables, con una  $p= .010$ , lo cual quiere decir, que si hay diferencias entre los dos variables analizadas.

Para probar la hipótesis 2, de “entre menos manifestación de creencias de la masculinidad hegemónica, presenta menos conductas de riesgos en la salud”.

**Tabla 5.**

*Influencia entre la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud.*

		Coeficientes				
Modelo		Coeficientes no estandarizados	Error estándar	Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B		Beta		
1	(Constante)	3.886	.068		57.478	.000
	Riesgos Salud	-.078	.030	-.161	-2.589	.010

a. Variable dependiente: Masculinidad hegemónica

Como se puede observar en la **Tabla 5**, salió con una beta de creencias de MH con -.161, esto quiere decir, si fue negativa la relación con una  $p=.010$ , la expresión y la pendiente es entre una variable aumenta, la otra disminuye.

**Tabla 6.**

*Relación de los factores de creencias de la masculinidad y los factores de conductas de riesgos en la salud.*

Correlaciones					
	Auto responsabilidad medica	Salud emocional	Estrés	Aptitud física	Salud Mental
Discurso social					
Normatividad	-.150*				
	.017				
Iniciativa	-.156*	-.140*		-.184**	-.151*
	.013	.026		.003	.016
Superioridad				-.166**	
				.008	
Imagen externa	-.133*	-.155*		-.173**	-.148*
	.034	.014		.006	.019
Honorabilidad	-.127*			-.130*	-.133*

.043	.040	.034
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).		
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).		

Como se puede observar en la **Tabla 6** se encontró relaciones bajas y negativas, que estadísticamente hablando se podría entender que la relación se relaciona de alguna manera directa o indirectamente. Las relaciones negativas se dieron entre las creencias de normatividad y auto-responsabilidad con una  $p=.017$  y  $r=-.153$ . Las creencias de iniciativa y auto-responsabilidad con una  $p=.013$  y  $r=-.156$ . Las creencias de imagen externa y auto-responsabilidad medica con una  $p=.034$  y  $r=-.133$ . Las creencias de honorabilidad y auto-responsabilidad medica  $p=.043$  y  $r=-.127$ . Las creencias de imagen externa con las de salud emocional  $p=.014$  y  $r=-.155$ . Las creencias de iniciativa y salud emocional con una  $p=.026$  y  $r=-.140$ . Las creencias de superioridad con las conductas de aptitud fisica  $p=.008$  y  $r=-.166$ . Las creencias de honorabilidad y aptitud fisica  $p=.040$  y  $r=-.130$ . Las creencias de iniciativa y aptitud fisica con una  $p=.003$  y una  $r=-.184$ . Las creencias de imagen externa y aptitud fisica con una  $p=.006$  y  $r=-.173$ . Las creencias de iniciativa y salud mental con una  $p=.016$  y  $r=-.151$ . Las creencias de imagen externa y salud mental  $p=.019$  y  $r=-.148$ . Por último, las creencias de honorabilidad y salud mental con una  $p=.034$  y una  $r=-.133$ .

**Tabla 7.**

*Relación de las creencias de la MH y conductas de riesgos en la salud con la edad.*

Correlaciones			
	Edad	Masculinidad hegemónica	Riegos de salud
Edad		.136*	.116
		.031	.066
Masculinidad hegemónica			-.161*
			.010

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla **Tabla 7**, se encontró una correlación negativa entre conductas de riesgos en la salud y masculinidad hegemónica con una  $p=.010$  y una  $r=-.161$ . Una positiva entre Edad y creencias de masculinidad hegemónica con una  $p=.031$  y una  $r=.136$ . La edad no tiene que ver con la salud.

**Tabla 8.**

*Relación de los factores de creencias de la masculinidad y conductas de riesgos en la salud con la edad.*

Correlaciones											
	Disc urso soci al	Normati vidad	Inici ativa	Superior idad	Ima gen exter na	Honorab ilidad	Auto responsabi lidadmedic a	Salud emocion al	Estr és	Apti tud fisic a	Salu d Me ntal
Eda d	.149 *	.125*	.082	.109	.130 *	.143*	.130*	-.050	- .00 4	.121	.115
	.018	.048	.195	.083	.038	.023	.039	.432	.95 4	.055	.067

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Se encontró en la **Tabla 8** relaciones significativas con la edad, los factores fueron las creencias de discurso social y edad  $p= .018$  y con una  $r= .149$ . Las creencias de normatividad y edad

$p=.048$  con una  $r=.125$ . Las creencias de imagen externa con edad  $p=.038$  con una  $r=.130$ . Las creencias de honorabilidad y Edad con una  $p=.023$  con una  $r=.143$ . Por último, Edad con auto-responsabilidad médica con una  $p=.039$  y una  $r=.130$ . Estadísticamente se puede inferir que para los hombres la edad influye en su comportamiento, ya que al tener un “ideal masculino” y al ir creciendo, mantienen un papel activo para parecerse a lo que les han enseñado de lo que es masculino, de tal forma que, hará lo posible para parecerse a su imagen y semejanza de lo inculcado.

### Comparación de medias

#### **Tabla 9.**

*Diferencias entre las creencias de la MH y el tipo de ocupación de los participantes.*

<b>Estadísticos de prueba</b>	
Masculinidad Hegemónica	
Chi-cuadrado	15.000
Gl	5
Sig. Asintótica	.005
a. Prueba de Kruskal Wallis	
b. Variable de agrupación: Ocupación	

Como se puede observar en la **Tabla 9** se muestra que sí hay diferencias significativas entre las creencias de masculinidad hegemónicas y las distintas ocupaciones, pues se observa una chi cuadrada de 15.000,  $gl= 5$  y  $p=.005$ .

**Tabla 10.**

*Las diferencias entre las ocupaciones de los participantes y creencias de la masculinidad hegemónica.*

<b>Comparaciones múltiples</b>		
Variable dependiente: Masculinidad		
Scheffe		
(I) Ocupación	(J) Ocupación	Sig.
Profesionistas	Estudiante	0.998
	obrero/trabajador	0.028
	No trabaja/desempleado	0.996
Estudiante	Profesionistas	0.998
	Obrero/trabajador	0.003
	No trabaja/desempleado	0.994

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

En la **Tabla 10** se encontraron diferencias positivas entre diferentes ocupaciones, se dieron entre Profesionistas y Obreros  $p = .028$  y Estudiantes y Obreros  $p = .003$ . Entre estudiantes y profesionistas no hubo diferencias. Lo que podría significar que la educación influye en la percepción de las personas para tener interpretaciones distintas de las “cosas” o situaciones, en este caso, los que mantienen una MH diferente son los obreros en comparación a los que estudian.

**Tabla 11.**

*Las diferencias entre las creencias de la MH y nivel de escolaridad de los participantes.*

<b>Estadísticos de prueba</b>	
Masculinidad Hegemónica	
Chi-cuadrado	14,940
Gl	5
Sig. asintótica	,011
a. Prueba de Kruskal Wallis	
b. Variable de agrupación: Escolaridad	

Como se puede observar en la **Tabla 11** se encontró que, sí hay diferencias significativas entre las creencias de masculinidad hegemónica y entre los distintos niveles de educación, pues se observa una chi cuadrada de 14.94, gl.= 5y p=.01

La prueba post hoc U de Mann Whitney demostró que las diferencias se dan entre sin estudios y posgrado (p=0.04), primaria y posgrado (p= 0.04), preparatoria y posgrado (p= 0.03) y entre preparatoria y licenciatura/ingeniería (p= 0.01).

**Tabla 12.**

*Análisis general de la escolaridad de los encuestados con las creencias de la MH.*

<b>Descriptivos</b>			
Masculinidad			
	N	M	DS
SIN ESTUDIOS	2	3.0000	.35355
PRIMARIA	3	2.6563	.66144
SECUNDARIA	16	2.5059	1.32873
PREPARATORIA	79	2.0993	.82084
LIC/ING	147	1.9588	.99315
POSGRADO	8	1.5234	.41984
Total	253	2.0393	.96211

Como se puede observar en la **Tabla 12**, se muestra que los más hegemónicos de los encuestados fueron los de sin estudios  $\bar{X}$ = 3.0, seguido de la primaria  $\bar{X}$ = 2.65, secundaria  $\bar{X}$ = 2.50 y preparatoria  $\bar{X}$ = 2.09. Los menos hegemónicos fueron los de licenciatura  $\bar{X}$ = 1.95 y posgrado  $\bar{X}$ = 1.52.

Se realizó la comparación de medias de ANOVA con un post hoc Scheffe para los datos socio demográficos faltantes entre la masculinidad hegemónica con orientación sexual, religión, si tiene pareja y el tipo de pareja, no se encontraron comparaciones significativas entre estas variables.

### ANOVA

Se realizó la comparación de medias con ANOVA con un post hoc Scheffe para los datos socio demográficos y conductas de riesgos en la salud, no hubo comparaciones significativas entre los riesgos de salud y la escolaridad, ocupación, orientación sexual, la pertenecía de pareja, tipo de pareja y religión. Solo se encontró una diferencia significativa entre posición socio-económica y salud.

### Tabla 13.

*Diferencia entre posición económica y creencias de la MH y conductas de riesgos en la salud.*

ANOVA			
	gl	F	Sig.
Discurso social	5	.428	.829
Normatividad	5	.884	.492
Iniciativa	5	.457	.808
Superioridad	5	.747	.589
Imagen externa	5	.470	.798
Honorabilidad	5	.969	.437
Auto responsabilidad	5	1.738	.126
Salud emocional	5	.661	.654
Estrés	5	1.432	.213

Aptitud física	5	2.836	.016
Salud mental	5	1.629	.153

En la **tabla 13**, solo se encontró una comparación significativa entre aptitud física y posición económica, dando una  $p=.016$ , con  $gl.=5$  y una  $F=2.836$ . Lo cual quiere decir que si hay una predicción de relación.

**Tabla 14.**

*Las conductas de riesgos en la salud con la posición socioeconómica.*

Descriptivos			
Salud			
	N	M	DS
MUY BAJO	2	3.1667	.36427
BAJO	7	3.7965	.57648
MEDIO BAJO	83	3.6123	.44197
MEDIO	146	3.7717	.43686
ALTO	12	4.0556	.44851
MUY ALTO	3	3.6465	1.01428
Total	253	3.7273	.46054

Como se puede observar en la **Tabla 14**, la puntuación más alta de conductas de riesgos en la salud y posición económica, son los hombres de posición alta con una  $\bar{X}= 4.05$ , lo cual quiere decir que no tienen tantos riesgos a su salud, después los de posición económica baja con una  $\bar{X}=3.79$ , lo cual quiere decir que mantienen conductas no tan arriesgadas y los más bajos son los de posición muy baja  $\bar{X}=3.16$ , son los que presentan más riesgos a su salud.

## Discusión

De acuerdo a los análisis recabados, las creencias de MH en hombres de León, Guanajuato resultaron ser relativamente bajas, pero según la ocupación, la escolaridad que poseen los hombres y la posición socioeconómica, influye a que tengan un grado distinto de hegemonía. Asimismo, las conductas de riesgos en la salud de los hombres encuestados salieron bajas, por lo tanto las correlaciones que se encontraron junto a las creencias de la MH fueron significativas, pero con puntuaciones bajas.

La primera hipótesis de que las “creencias de la masculinidad hegemónica se relaciona con las conductas de riesgos en la salud”, podría asegurar que definitivamente se cumple, puesto que se encontró relación significativa entre las dos variables. Las que tuvieron más puntuación de significancia fueron las creencias de normatividad y las conductas de riesgos de auto-responsabilidad médica, lo cual quiere decir que los hombres quieren mantener el control a través de su comportamiento, puesto que al “preocuparse” por su salud demostraría debilidad y se dudaría de su masculinidad. Las creencias de iniciativa con las conductas de auto-responsabilidad médica y aptitud física también se relaciona en función al papel activo que tienen los hombres con las mujeres, es decir, que el hombre quiere ser el que deba tomar decisiones, quiere ser el “protagonista” ante los demás, además de cumplir la función de aptitud física donde los hombres deben verse “fuertes” y “machos”, además de no dejarse intimidar ante ninguna situación. Las creencias de superioridad con las conductas de riesgos de aptitud física, va en función a que los hombres creen que son superiores a las mujeres por el simple hecho de ser hombres, de tal forma que “el físico”, “lo grande”, lo opuesto a la idea “femenino/mujer” se consideraría “inferior” a ellos debido a la MH; como lo mencionó Bourdieu, es lo opuesto a lo

masculino y aquella cosa que no sea masculina no es apta para entrar a la MH. Las creencias de imagen externa con conductas de salud emocional y aptitud física, tienen que ver en función a la apariencia física del hombre, donde él se auto-percibe como “fuerte, capaz, seguro, activo” y mantiene una imagen a lo esperado hegemónico, donde éste cree (piensa) que tiene el control de lo que pasa a su alrededor. La última correlación fue de las creencias de honorabilidad con las conductas de aptitud física, lo cual, quiere decir que los hombres se sienten con la responsabilidad de resolver problemas sin medir las consecuencias mediante el uso de la fuerza física actuando en el modelo de la masculinidad “ser fuertes y competentes”, como lo menciono Duarte, et al. Por lo tanto, por la normalización de vivir la masculinidad de cierta manera se deja de lado otras formas de interpretar la masculinidad, ya que por esta carga de estereotipos, estigmas, prejuicios, difícilmente los hombres visualizan otras maneras de actuar, encasillándose a cumplir lo masculinamente hegemónico.

La segunda hipótesis “entre menos manifestación de creencias de la masculinidad hegemónica, presenta menos riesgos a la salud”, dadas las interpretaciones estadísticas y teóricas se puede asegurar que los hombres que tienen una masculinidad no tan hegemónica, presentan menos riesgos a la salud, según la tabla 2 indica, que los hombres de León, Gto tienen conductas de riesgo a la salud relativamente bajas, por lo tanto las creencias de estos hombres no son tan hegemónicas.

Los hombres al tener una mejor percepción de sí mismos, tienden a pensar de una manera más consciente los riesgos que pueden surgir. Al buscar una nueva manera de interpretar la masculinidad traerá beneficios tangibles no solo para los hombres, sino también para las personas a su alrededor. Lo curioso de los datos es que tanto la escolaridad y la ocupación

influyen en las creencias de masculinidad hegemónica, los hombres que tienen menos MH son los que tienen estudios superiores y los que tienen más creencias de MH son los que tienen estudios básicos. Entre estudiantes de nivel superior y nivel básico hubo diferencias significativas, entre estudiantes de posgrado y primaria también, pareciera que la educación influye a que los hombres tengan menos creencias hegemónicas. En la cuestión de ocupación, también hubo diferencias significativas, entre obreros y profesionistas, así como estudiantes y obreros, pareciera que la educación y la cuestión laboral influyen en los comportamientos y creencias que tienen las personas.

De tal manera, como diría Carabí: no todas las masculinidades son dañinas y ni hegemónicas; menciona que hay diversas maneras de relacionarse, que buscan un cambio de la masculinidad. Hay autores/as que han catalogado el término de las nuevas masculinidades, tales como las que proponen Mujeres sin violencia, (2016), lo plasmaron como un modelo de “las nuevas masculinidades positivas”, donde buscaba principalmente en dar ideas de cómo deberían de actuar los hombres en la sociedad para estar en armonía con sus homólogas femeninas; sus ideas principales eran: “no utilizar el poder para imponerse a otros/as; compartir los labores domésticos y el cuidado de los hijos e hijas; oponerse al machismo, reconocer las consecuencias negativas que éste ha traído a sus relaciones interpersonales, etc.” (Mujeres sin violencia, 2016). Esto se cumple con la Teoría de la Cognición social y hábitos de salud, ya que los hombres que son conscientes de sus hábitos y acciones, suelen no replicar hábitos dañinos para su salud y así, tienden a tener mejor control de sus conductas, como lo mencionó De los Santos.

Por último, se encontró un hallazgo, ya que la edad influye a que los hombres adultos y adolescentes tengan diferentes percepciones y creencias de la masculinidad hegemónica. Se

encontró con los análisis de correlación y descriptivos que tanto los hombres adolescentes, como los adultos tienen creencias y actitudes hegemónicas, no hubo diferencias tan representativas. Los adolescentes al ir creciendo y al tener un ideal hegemónico harán cualquier cosa para parecerse a su “ideal masculino”, como lo expone Chiodi (2019) “hay normas de la masculinidad que son las que se aproximan con mayor éxito a encarnar sus mandatos, aunque la masculinidad no es única, tiene una estructura jerárquica en su reproducción” (p.13). Esto concuerda con la teoría de la dominación masculina (2000), donde se muestra al hombre con la necesidad de que se sienta como un ente en el centro, una “imagen aumentada” de su ser, donde ejerce su dominación a los dominados, así como su réplica de ser insensible y violento en su actuar. Los hombres que replican la Masculinidad hegemónica, se les enseña a tener el control de las situaciones, a ser exitoso, tener poder, etc., de tal forma, que no ven daños colaterales que pueden surgirles, incluso minimizando los daños hacia ellos mismos. Según Bonino (2000) a los hombres se les introyecta estas frases desde pequeños:

¡Se fuerte y valiente!, ¡Lucha!, ¡Enfréntate!, ¡Atrévete!, ¡Hazte respetar y no te dejes avasallar!, ¡Resiste al dolor y las adversidades!, ¡Sufre con dignidad!, ¡No des pistas sobre ti!, ¡Defiéndete (atacando), o ataca (defendiéndote)!, ¡Alerta!, ¡Arriésgate, muriendo si es necesario!, ¡Se fuera de lo corriente!, ¡imponte!, ¡Domina y no dejes que te dominen!, ¡Compite e intenta ganar! (p.19).

Las frases siguen reproduciéndose, como si fueran constructos dogmáticos en nuestra sociedad. Por esta razón, se analiza que a los hombres desde la niñez aprenden comportamientos preestablecidos socio-históricamente para que lo repliquen a lo largo de su vida, sin cuestionarlos y prever consecuencias que puedan surgir a través de sus conductas hegemónicas, de tal manera,

que al replicar estas creencias predominan a una muerte más prematura. Esto se vincula con la teoría de la salud en la MH, ya que el aprendizaje cultural normaliza y replica cuidados cargados de estereotipos de género y por ende, perjudica a tener un óptimo cuidado de los géneros. La teoría construccionista y riesgos a la salud sintetiza que la percepción que tengan los individuos acerca de su salud prioriza a que culturalmente e históricamente se condiciona a que los cuidados son para ciertas personas y de tal manera, se esperaría que cada persona le dé un valor a su proclamación de enfermedad o riesgo, como dijo De los Santos, y así atender las necesidades tanto intrínsecas como extrínsecas de las personas. También es importante mencionar que la imagen de sí mismo es muy substancial para los hombres, ya que esto le da poder para demostrar a los demás de lo que es capaz e inclusive le da un estatus de hombre respetable o honorable, ese macho, que todo lo puede y vence, que no deja ver su debilidad, ya que esto supone poner en duda su estatus como “masculino” hasta llegar a las últimas consecuencias como lo expuso Bonino (2000), Figueroa (2009) y Tena (2013).

Finalmente, los datos que no tuvieron mayor correlación en el análisis estadístico fueron “Las creencias de la masculinidad hegemónica” con “la orientación sexual”, “La pertenencia de pareja”, “él tipo de pareja” y “la religión” de los participantes, se podría deducir que no importa el tipo de orientación sexual que tengan las personas, ya que esto atraviesa a todos desde la niñez, estamos socializados con el machismo, de igual manera al tener o no pareja no influye, ya que los hombres, cargan con el machismo y son socializados bajo lógicas hegemónicas, y finalmente, la religión de los participantes no tuvo diferencias, ya que el Sistema Patriarcal o machista atraviesa a todas las religiones y reproduce estereotipos del “hombre ideal”. Los datos socio-demográficos junto con las conductas de riesgo en la salud, no tuvieron diferencias

significativas, salvo la posición económica con aptitud física, lo cual quiere decir que al relacionarla solo a la cuestión física, solo les importa verse y sentirse “fuertes” y “grandes”, quieren mantener un status quo de su hombría. Dejando de lado, los otros cuidados importantes para su salud.

## Conclusión

El término de la investigación permitió expresar las siguientes conclusiones:

1. Se comprobó la hipótesis A estadística y teóricamente, la correlación de las creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud presentaron una relación significativa, y se pudo identificar las creencias de la MH de los encuestados.
2. Se demostró la hipótesis B, los hombres con creencias de la masculinidad hegemónica baja, suelen tener menos conductas de riesgo en la salud, se comprobó estadísticamente y teóricamente.

Se encontró un hallazgo, ya que las creencias que tienen los hombres adultos mayores son diferentes a las que tienen los adolescentes.

A manera de conclusión, es un tema que puede ayudar a las personas que están interesadas en estudiar y analizar a los hombres, ya que al tener interés en estos temas, contribuye a que se generen diferentes perspectivas, puesto que en este trabajo se abordaron las creencias de la MH como eje principal, que ayudo a entender el imaginario social de lo hegemónico, y el cual influye en las interacciones sociales de los individuos, de tal forma, que la relación de las conductas de riesgo a la salud nos permitió ver los posibles daños que pueden presentar los hombres. También, aunque aquí se abordaron diferentes riesgos de la salud es importante mencionar, que no son los únicos, se invita a los investigadores/as a que estén interesados en este tema, que estudien otros factores de la salud, para ver la relación o el impacto que tienen en los hombres. Además, al investigar este tema, se hace una amena invitación a los lectores/as que reflexionen lo ya aprendido del género, ya que difícilmente se cuestiona lo que

culturalmente se aprende. Se recomienda, leer estudios actuales de la masculinidad para cuestionar nuestro papel masculino, y tener una vida más consciente del cuidado emocional, personal, físico y psicológico.

Por último, debe de existir una reconstrucción que nos permita la equidad entre hombres y mujeres, y que todo ese aprendizaje construido sobre los hombres y mujeres, ayude a cuestionar y proponer otros modelos no hegemónicos, donde no se fomente la jerarquía, “una masculinidad anti-sexistas, antirracistas, anti-homofóbicas, promotoras de una vivencia de la masculinidad amplia y diversificada, plural y abierta” (Violencia sin mujeres, 2016). Reflexionando con lo anterior, es quitarnos de la mente que solo existe una forma de ser hombre, aunque hay conductas estereotipadas/impuestas, para seguir perpetuando en cada individuo, cada uno va asimilando sus propias conductas, puesto que no se puede hablar de masculinidad sino de masculinidades.

### **Direcciones a seguir**

- Se tiene que medir con el instrumento adecuado, ya que las conductas de riesgo se evaluaron con los hábitos de salud.
- No se analizaron otros estudios que se puedan comparar con el tema.
- Seguir los procesos metodológicos para dar conclusiones acertadas del tema.

### Referencias bibliográficas

- Aguilar, T. (2008). El sistema sexo género en los movimientos feministas. *Revista Amnis. Femmes et Militantisme*. Europa. Vol. 8. 1-36. Recuperado de: <https://journals.openedition.org/amnis/537?lang=en>
- Alvaréz, J., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsage, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista España Europa. Salud Pública*, Vol. 89. 471-485. Sitio web: [http://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol89/vol89\\_5/RS895C\\_CF.pdf](http://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol89/vol89_5/RS895C_CF.pdf)
- Banco mundial de la salud (2013). Recuperado de: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/11/20/risky-behaviors-growing-threats-global-health>
- Bonino, L (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Revista INDEX*. Sin Vol. 8-33. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/viewFile/102434/153629>
- Bonino, L (2001). Salud, varones y masculinidad. Unión Europea. *Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa*: Madrid, Instituto de la mujer. 182-187. Recuperado de: <https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/salud-varones-masculinidad.pdf>
- Bourdieu, P (2000) La dominación masculina. Barcelona. *Editorial anagrama*. 1-149. Recuperado de: <https://www.ocac.cl/wp-content/uploads/2015/01/Pierre-Bourdeu-La-dominaci%C3%B3n-masculina.pdf>
- Cagigas, A. (2000). El patriarcado como origen de la violencia doméstica. Mayo 26, 2018, de *ABC Arriazu*. 307-315. Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/206323.pdf>

- Defez, A. (2005) *¿Qué es una creencia?* México. LOGOS. Anales del Seminario de Metafísica. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/download/.../15904>
- De Keijzer, B. (2013) El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. México. *Género y salud en el Sureste de México*. Recuperado de: [www.lazoblanco.org/wpcontent/uploads/2013/.../material\\_masculinidades\\_0261.doc](http://www.lazoblanco.org/wpcontent/uploads/2013/.../material_masculinidades_0261.doc)
- De Keijzer, B. (2006). Hasta que el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *La manzana*. Vol1, 59-88 Recuperado de: [http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est\\_masc\\_01.pdf](http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf)
- De los Santos, M. (2009) Evolución de las creencias de “sentido común” sobre la enfermedad: creación de la escala sobre la representación cognitiva de la enfermedad, *ERCE*. España. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18515198.pdf>
- De Martino, M. (2013). Connel y el concepto de las masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bordieu. *Revista Estudios Feministas*, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 21. 283- 300. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/381/38126283028.pdf>
- Díez, E. (2015). Códigos de masculinidad hegemónica en educación. Argentina. *Revista Iberoamericana*. Vol. 68. 79-98. Recuperado de: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie68a04.pdf>
- Duarte, E; Gómez, J; Carrillo, C. (2010) Masculinidad y hombre maltratador ¿pueden las creencias de hombres y mujeres propiciar violencia de género? Chile. *Revista de Psicología*. Vol. 19, 7-30. Recuperado de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17104/17836/>
- Edlin, G., Golanty, E., & McCormack Brown, K. (1977). *Essential for Health and Wellness*. Boston: Jones and Bartlett Publisher.

Elliot, A. (2009). Sexualidades: teoría social y la crisis de identidad. *Sociológica* (México), Vol. 24(69), 185-212. Recuperado en 09 de septiembre de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732009000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100009&lng=es&tlng=es).

Factores de riesgo, Organización mundial de la salud, (2017) Recuperado de: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Figueroa, P (2009). ¡Eso de jugar a ser hombre... es algo que a veces duele! Ediciones *UNIVERSUM*. México.

Flores, J. (2007) La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión. México. Editorial *Consejo Nacional Para Prevenir La Discriminación*. Recuperado de: [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E0005\(1\).pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0005(1).pdf)

Frausto, J. (2017). Diagnóstico Municipal de León Guanajuato. *IMPLAN*, 1, 19-30. 2018, Agosto 128, De INEGI Base de datos. Recuperado de: [https://www.implan.gob.mx/downloads/Diagnostico\\_Municipal\\_2017.pdf](https://www.implan.gob.mx/downloads/Diagnostico_Municipal_2017.pdf)

García, A. 2019, 28 de Enero. En México menos de la mitad de la población se ejercita; la mayoría son hombres y jóvenes. *El economista*. Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/politica/En-Mexico-menos-de-la-mitad-de-la-poblacion-se-ejercita-la-mayoria-son-hombres-y-jovenes-20190128-0052.html>

García, A. Sanz, B. y Ramos, C. (2011). Relaciones entre masculinidad y conductas de salud en estudiantes universitarios españoles. España. *Revista Iberoamericana de Diagnostico RIDEP*, 1. 38-71. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645439004.pdf>

González, M. (2013). Representaciones sociales. En S. Arciaga, J. Juárez, J. Mendoza (Eds). *Introducción a la Psicología Social*. México Porrúa.

Hernández, E. (2002). Reseña de "Nuevas masculinidades" de Ángeles Carabí y Marta Segarra (eds.) *Alteridades*. México, DF. Recuperado de: <http://convivejoven.semsys.itesi.edu.mx/cargas/Articulos/NUEVAS%20MASCULINIDADE S.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2010) Metodología de investigación, quinta edición. *Mcgraw Hill*. Recuperado de: [http://jbposgrado.org/material\\_seminarios/HSAMPIERI/Metodologia%20Sampieri%205a%20 edicion.pdf](http://jbposgrado.org/material_seminarios/HSAMPIERI/Metodologia%20Sampieri%205a%20 edicion.pdf)

Hidalgo, C. (03 Abril 2017). Entre 8 y 9 millones padecen insuficiencia renal. *Periódico Milenio*. Recuperado de: <https://www.milenio.com/estados/8-9-millones-padecen-insuficiencia-renal>

Informe sobre la salud de los mexicanos (2015) Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)

Jewkesa, R., Morrellb, R., Hearnc, J., Lundqvistf, E., Blackbeardg, D., G., Lindeggerg, G., Quayleh., M., Sikweiyaa, Y. &Gottzén, H. (2015). *Hegemonic masculinity: combining theory and practice in gender interventions*. August 10, 2018, Of Culture, Health & Sexuality, 2015. Recuperado de: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/26560/1/Jewkes%20et%20al%202015%20CHS.pdf>

- Jiménez, M. y Tena, O. (2007) Reflexiones sobre masculinidad y empleo. *Consejo Latinoamericano de ciencias sociales (CLACSO)*. México. Universidad autónoma de México. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100428124919/Masculyempleo.pdf>
- Jiménez, P., Orengo, D. (2012) Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Vol. 43. 48-61 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917004>
- Lozano, I (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. México. *Revista puertorriqueña de psicología*. Vol. 22. 101-121. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1946-20262011000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262011000100005)
- Madrid, R. (Febrero 24, 2017). Amas de casa son más susceptibles a contraer ETS que las trabajadoras sexuales: Brigada Callejera. *Desinformémonos periodismo de abajo*. México recuperado de: <https://desinformemonos.org/amas-casa-mas-susceptibles-contrar-ets-las-trabajadoras-sexuales-brigada-callejera/>
- Maltos, M. (Junio, 2013) Masculinidad y feminismo tienen metas comunes: Olivia Tena Guerrero. *Revista Ciencia UNAM-DGDC*. México, recuperado de: [http://ciencia.unam.mx/leer/213/Masculinidad\\_y\\_feminismo\\_tienen\\_metas\\_comunes\\_Olivia\\_Tena\\_Guerrero](http://ciencia.unam.mx/leer/213/Masculinidad_y_feminismo_tienen_metas_comunes_Olivia_Tena_Guerrero)
- Martínez, C., Quintana, C., Ortiz, G. (2014). Género y conductas de riesgo para la salud: una aproximación desde un punto de vista interconductual. *Centro de estudios e Investigaciones en comportamiento*. Guadalajara, México. Vol. 6(2). 57-69. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007078015300055?token=65130F5C6C26257CFD>

[C922BAD5E8F0E68BA22619605B02B7EE3A1726D6D91AF6AF3E5695B361C95F23D1  
EC6E732F0A1](http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4145)

Martínez, L. (2012) La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. España, *Centro de ciencias humanas y sociales*. Vol. 28 (2). 1-23. Recuperado de: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4145>

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos, y construcción social. *Conceptos similares y significados diferentes*. Recuperado de: <http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24227/1/16-046-1998-0037.pdf>

Menjívar, M. (2001) Masculinidad y poder. Universidad Nacional Estatal a Distancia. *Revista Espiga*, Costa Rica. Vol. 4. 1-8. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5340070.pdf>

Menjívar, M. (2004) ¿Son posibles otras masculinidades? Supuestos teóricos e implicaciones políticas de las propuestas sobre masculinidad. *Revista Reflexiones* Vol. 83 (1). 97-107 Costa Rica. Recuperado de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11387>

Merlino, A. Martínez, A. Escanés, G. (2011) Representaciones sociales de la masculinidad y agresividad en el tránsito. *La ira al conducir en Argentina*. Argentina. Barbarói, Santa Cruz do Sul. Vol. 35. 199-217. Recuperado de: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/1906/1755>

*Mujeres sin violencia*. (2016). Nuevas masculinidades: reconstruyendo la hombría. México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/mujeressinviolencia/articulos/nuevas-masculinidades-reconstruyendo-la-hombria>

- Muñoz, A. (2008). Representaciones sociales sobre masculinidad de los/las estudiantes de pedagogía, en los contextos de formación docente inicial. *Revista Iberoamericana*. España, Madrid. Vol 6. 134-153. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/551/55160109.pdf>
- Nyugen, T. (2009). *Proyecto Macho: "Masculinidad y Salud"*. Perú. *Blog La ciudad de las diosas*. Recuperado de: <https://laciudaddelasdiosas.wordpress.com/2009/10/26/proyecto-macho-%E2%80%9Cmasculinidad-y-salud%E2%80%9D/>
- Olivares, A. (03 de julio del 2013). Un hombre desempleado rompe el modelo de masculinidad impuesto, revela estudio. México. *Periódico la Jornada*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2013/07/03/sociedad/040n1soc>
- Organización mundial de la salud, (2001). Sitio web: [http://www.who.int/features/factfiles/men?tal\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/men?tal_health/es/)
- Pérez, J. (2012) Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 23. 48-61. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233228917004.pdf>
- Reyes, M. (2005). Hombres: cuerpo, género y sexualidad. Mayo 12, 2018, de *Cuicuilco*. Vol. 12. 173-202. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35103310>
- Rivas, H. (2005) ¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora. México. *Estudios Sociales*. Vol. 13 (26). 28-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/417/41702602.pdf>
- Romero, M. (2017). Amas de casa son más susceptibles a contraer ETS que las trabajadoras sexuales: Brigada Callejera México. Recuperado de: <https://desinformemonos.org/amas-casa-mas-susceptibles-contraer-ets-las-trabajadoras-sexuales-brigada-callejera/>

- Rómoli, G (2014). Aportes durkheimianos para un primer acercamiento a la masculinidad hegemónica. México. *Presentación de Trabajo social*. Recuperado de: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/43030/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/43030/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rueda, D. (2017). Masculinidad Hegemónica e identidad masculina. México. *Editorial sexualidad infinita*. Sitio web de: <http://www.sexualidadinfinita.com/2017/11/05/masculinidad-hegemonica-e-identidad-masculina/>
- Schumacher, H. (2019) ¿Por qué hay más hombres víctimas de suicidio aunque más mujeres lo intentan? *Periódico online BBC NEWS ONLINE*. Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-47694296>
- Sinay, S. (2006) La masculinidad tóxica. Argentina. Editorial: *Carolina Di Bella* Ediciones B.
- Sistema municipal DIF De León Guanajuato, Instituto municipal del envejecimiento. (2015) Morbilidad y mortalidad en adultos mayores en León, Gto. Recuperado de: <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/BOLETIN%204.pdf>
- Schongut, N. (2012) La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. España. *Editorial Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Vol. 2 (2). 27-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847408003.pdf>
- Tena, O. (2012) Estudiar la masculinidad ¿Para qué? En Blazquez. N. Florez, F; Ríos, M. *Investigación feminista: Epistemología, metodológica y representaciones sociales* (pp. 271-291). México: UNAM, CRIM y Facultad de psicología.
- The Organization Health. (2018) The World Health Statistics. Recupérate de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

Yamamoto, L. (26 de Septiembre del 2015). Los niños mexicanos pasan más tiempo frente a las pantallas que en la escuela. *EFE MÉXICO*. Sitio web: <https://www.efe.com/efe/america/mexico/los-ninos-mexicanos-pasan-mas-tiempo-frente-a-las-pantallas-que-en-la-escuela/50000545-2722731>

## Apéndice



### Etapa 1: Piloteo

Folio \_\_\_\_\_

## Universidad de Guanajuato

### Consentimiento informado

El Psic. **Carlos Ernesto Ávila Lara** le invita a participar en la investigación que tiene por objetivo conocer el impacto que tienen las creencias de la masculinidad y cómo está afecta con las conductas de riesgo que son el alcoholismo, el tabaco, el suicidio, la relaciones sexuales, etc., que impactan en la salud de los hombres. El estudio es supervisado por la Dra. **Eva Paola Arenas Loera** profesora de carrera de la Licenciatura en Psicología de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guanajuato.

Los datos serán tratados únicamente con fines de investigación, por lo que permanecerán anónimos y se resguardarán para garantizar la confidencialidad de los mismos.

Es importante que sepa que puede retirarse del estudio en el momento que desee.

Estos datos están protegidos de acuerdo al código de ética de psicología, retomados de: Sociedad Mexicana de psicología (2009) México. Editorial Trillas. pp. 33-59. Recuperado de: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)

A continuación encontrará dos cuestionarios que indagan sobre la masculinidad y conductas de riesgo, el primero la Escala de Creencias Acerca de la Masculinidad (ECAM) y el segundo es el Inventario de Salud. El tiempo previsto para contestar el cuestionario es aproximadamente 10 a 15 minutos. Si tiene alguna duda de las preguntas puede dirigirse con el aplicador para que se las pueda resolver.

Si usted decide participar de manera voluntaria en este estudio, se le pide de la manera más atenta que firme en el recuadro de abajo, además, si está interesado en recibir información acerca de los resultados encontrados en esta investigación, por favor mandar un correo electrónico al siguiente correo: [ce.avilalara@ugto.mx](mailto:ce.avilalara@ugto.mx).

O en su caso dejar su correo: \_\_\_\_\_

Fecha de realización \_\_\_\_\_

Deseo participar en la Investigación \_\_\_\_\_

Firma

Folio \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones: Señale el recuadro que este más de acuerdo con la oración, se le mostrarán 5 tipos de respuesta donde usted debería poner una equis donde esté más de acuerdo. Le pido con atención que no deje de contestar ninguna oración y si tiene alguna duda háganlo saber al encuestador, recordándole que no hay respuestas buenas o malas, es solo lo que usted opina acerca de la afirmación:

**Ejemplo:**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
X. ¿El hombre necesita una mujer para resolver sus problemas?		X			

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.-La mujer necesita un hombre para resolverle sus problemas:					
2.-El hombre es quien debe proteger a la familia de todo:					
3.-Los hombres son los que deben trabajar y las mujeres deben quedarse en casa:					
4.-La naturaleza ha hecho más inteligentes a los hombres:					
5.-El hombre es más valioso por no ser mujer:					
6.-Un hombre siempre debe llevar la iniciativa:					
7.-Mientras más mujeres prestan atención a un hombre, son más masculinos:					
8.- Los hombres tienen derecho a serle infiel a su pareja:					
9.- Únicamente el hombre puede levantar y mover cosas pesadas dentro de					

la casa:					
10.-El varón es el responsable de que sus hijos salgan adelante:					
11.-Los hombres pequeños y delgados no son atractivos para las mujeres					
12.- La mujer no puede ser más exitosa en el trabajo que su esposo:					
13.- El hombre es el proveedor de la familia:					
14.- Los hombres son los encargados de resolver los problemas:					
15.-Los hombres son más honrados que las mujeres por ser hombres:					
16.- Los hombres guardan mejor los secretos que las mujeres:					
17.- Los hombres saben pelear por ser hombres:					
18.- Un buen hombre es el que sabe dominar a las mujeres:					
19.- Sólo los hombres serios tienen buenas intenciones:					
20.- Solo el hombre puede defender a la familia de una Agresión:					
21.- Un hombre debe ser machista:					
22.- Los hombres deben ser activos y las mujeres pasivas:					
23.- Un varón es atractivo porque es guapo:					
24.- Las mujeres no pueden dejar de depender de los hombres:					
25.- Los hombres confían más en sí mismos que las mujeres:					
26.- Los varones siempre deben controlar a las mujeres:					
27.- Un signo de masculinidad es no expresar los Sentimientos:					
28.- Un hombre tiene que ser violento:					
29.- Las mujeres deben esperar a que llegue su esposo para que le cambie los tanques de gas:					
30.- Los varones pueden afrontar con más facilidad los problemas:					
31.- Los hombres toman mejores decisiones que las mujeres:					
32.- El hombre es la cabeza de la relación hombre – mujer:					

A continuación se le presentara el Inventario de salud, pidiendole de la manera más atenta que no deje de contestar las preguntas, recordando que no hay respuestas buenas o malas, es como usted percibe su estado de salud.

#### **INSTRUCCIONES**

Lea cada aseveración y encierre en un círculo el número que mejor describa su comportamiento. El **5** corresponde a SIEMPRE, **4** indica frecuentemente, **3** Describe un comportamiento en el que se incurre a veces, **2** indique rara vez, y **1** Implica que nunca se lleva a cabo; posteriormente sume el número que haya marcada en los círculos y póngalo en la **Puntuación Total** de cada Tabla.

<b>SECCIÓN I: Auto-Responsabilidad Médica</b>	
---	--

1. Yo trato de no utilizar medicamentos cuando me siento enfermo	5	4	3	2	1
2. Yo cuestiono el uso de radiografías (rayos-X)	5	4	3	2	1
3. Trato de cambiar aquellos estilos de vida que representan factores de riesgo para enfermedades del corazón, cáncer y otras condiciones degenerativas-crónicas	5	4	3	2	1
4. Yo apoyo el proceso de inmunización para todos los niños, el cual se encuentra dirigido a evitar las enfermedades comunes de la infancia	5	4	3	2	1
5. Yo estoy consciente de los efectos secundarios que pueden ocasionar las medicinas que consumo.	5	4	3	2	1
6. Yo buscaría otras opiniones médicas si mi doctor me recomendara cualquier cirugía (operación)	5	4	3	2	1
7. Yo le pregunto a mi médico por qué me prescribe ciertos tipos de medicamentos y así, puedo evaluar otras alternativas de tratamiento	5	4	3	2	1
8. Prefiero buscar ayuda médica, únicamente, cuando tengo signos/síntomas o percibo que ciertos problemas de salud necesitan una evaluación médica, en vez de concentrarme en exámenes médicos anuales.	5	4	3	2	1
9. Yo le pido al médico que me explique el diagnóstico de mi condición hasta entender toda la información que necesito saber sobre el mismo.	5	4	3	2	1
10. Yo estoy consciente de los signos del cáncer testicular.	5	4	3	2	1
<b>Puntuación Total</b>					

<b>SECCIÓN II: Salud Emocional</b>					
1. Cuando estoy realizando un trabajo, en muy pocas ocasiones, pierdo la concentración para preocuparme por otras cosas. (ejemplo: al estudiar para un examen)	5	4	3	2	1
2. Yo evito tomar píldoras para dormir	5	4	3	2	1
3. Llevo un registro de mis sentimientos y pensamientos en un diario	5	4	3	2	1
4. Yo no poseo dificultades para dormir	5	4	3	2	1
5. Soy capaz de aceptar mis sentimientos de tristeza, depresión, y ansiedad, estando consciente que éstos son casi siempre pasajeros	5	4	3	2	1
6. Duermo lo suficientemente diariamente.	5	4	3	2	1
7. Yo recuerdo las situaciones que sueño la noche anterior	5	4	3	2	1
8. Puedo controlar mis problemas emocionales sin la necesidad de recurrir al consumo de bebidas alcohólicas, u otras drogas que alteren mi estado de humor	5	4	3	2	1
9. Yo trato de relacionarme con personas que tengan una actitud positiva sobre la vida	5	4	3	2	1
10. Evito asociarme con personas pesimistas ante la vida, porque pudieran provocar estados depresión a otros individuos.	5	4	3	2	1
<b>Puntuación Total</b>					

<b>SECCIÓN III: Estrés</b>					
1. Yo soy capaz de identificar las situaciones y factores que	5	4	3	2	1

me causan un estrés excesivo.	
2. Tomo tranquilizantes u otras drogas como un medio para poder relajarme.	5 4 3 2 1
3. Soy capaz de identificar ciertas respuestas corporales y enfermedades como consecuencias del estrés.	5 4 3 2 1
4. Trato de alcanzar aquellas metas que yo mismo establezco.	5 4 3 2 1
5. No me molesta cuando otras personas y situaciones me hacen esperar o perder tiempo.	5 4 3 2 1
6. Cada día reservo un tiempo para tranquilizar mi mente y relajarme.	5 4 3 2 1
7. Yo estoy dispuesto a cultivar amistades para luego sostener unos vínculos más cercanos.	5 4 3 2 1
8. Yo rara vez padezco de tensiones, migraña o dolores en el cuello u hombros.	5 4 3 2 1
9. Cepillo mis dientes después de cada comida	5 4 3 2 1
10. Yo estoy satisfecho con la institución educativa a la que asisto (escuela/universidad) y con mi trabajo	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

<b>SECCIÓN V: Aptitud Física y Cuidado Personal</b>	
<b>APTITUD FÍSICA:</b>	
1. Realizo ejercicios de estiramiento por varios minutos, diariamente, para mantener mi cuerpo flexible	5 4 3 2 1
2. Yo prefiero subir escaleras en vez de tomar el elevador	5 4 3 2 1
3. Practico algún tipo de actividad física de intensidad moderada o vigorosa, como mínimo, tres veces por semana	5 4 3 2 1
4. Cuando es posible, prefiero caminar en vez de conducir el automóvil.	5 4 3 2 1
5. Tengo conocimiento acerca de cantidad de calorías que puedo gastar en los ejercicios y actividades físicas que realizó.	5 4 3 2 1
<b>CUIDADO PERSONAL:</b>	
6. Yo trato de mantener un peso corporal deseable.	5 4 3 2 1
7. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que consumo.	5 4 3 2 1
8. Puedo identificar las situaciones y factores emocionales	5 4 3 2 1
9. Cepillo mis dientes después de cada comida.	5 4 3 2 1
10. Uso el hilo dental, como mínimo, una vez al día	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

<b>SECCIÓN VI: Salud Ambiental, uso de Sustancias Nocivas, y Seguridad, SALUD AMBIENTAL:</b>	
1. Apoyo los esfuerzos de mi comunidad para reducir la contaminación ambiental.	5 4 3 2 1
2. En mi lugar de trabajo y de estudios, toman las medidas necesarias para mantener un ambiente físico seguro.	5 4 3 2 1
<b>SUSTANCIAS NOCIVAS:</b>	
3. Estoy de acuerdo en que las mujeres embarazadas que	5 4 3 2 1

fuman, pueden perjudicar la salud de su criatura.	
4. Yo prohíbo que se fume en mi hogar	5 4 3 2 1
5. Estoy de acuerdo en que las personas que no fuman, no deben estar expuestas a respirar el humo de quienes lo hacen.	5 4 3 2 1
<b>SEGURIDAD:</b>	
6. Tomo las medidas preventivas y necesarias para reducir los accidentes en mi hogar	5 4 3 2 1
7. Utilizo los cinturones de seguridad cuando conduzco mi automóvil	5 4 3 2 1
8. Yo exijo que, en mi automóvil, a todo niño se le asegure con un asiento protector o con un cinturón para hombros	5 4 3 2 1
9. Evito conducir un automóvil luego de ingerir alcohol	5 4 3 2 1
10. Cuando estoy en actividades sociales con mis amigos y éstos consumen bebidas alcohólicas, yo soy el conductor asignado	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

A continuación se le pedirán **datos socio demográficos**, le recordamos que sus datos son totalmente anónimos, es solo con fines estadísticos:

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** Sin estudios \_\_ Primaria \_\_ Secundaria \_\_ Preparatoria \_\_ Licenciatura \_\_ Posgrado \_\_

**Orientación sexual:** Heterosexual \_\_ Homosexual \_\_ Bisexualidad \_\_ Otro \_\_

**Tiene pareja:** Si \_\_ No \_\_ Especificar \_\_\_\_\_

**Religión** \_\_\_\_\_

**¿Qué posición considera usted que tiene económicamente?**

Muy Alto	Alto	Medio	Medio bajo	Bajo	Muy bajo
----------	------	-------	------------	------	----------



## **Etapas 2: Final.**

### **Instrumento para aplicar:**

Folio \_\_\_\_\_

**Universidad de Guanajuato**

### **Consentimiento informado**

El Psic. **Carlos Ernesto Ávila Lara** le invita a participar en la investigación que tiene por objetivo conocer el impacto que tienen las creencias de la masculinidad y cómo está afectada con las conductas de riesgo que son el alcoholismo, el tabaco, el suicidio, por mencionar algunas y cómo impactan en la salud de los hombres. El estudio es supervisado por la Dra. **Eva Paola Arenas Loera** profesora de carrera de la Licenciatura en Psicología de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guanajuato.

Los datos serán tratados únicamente con fines de investigación, por lo que permanecerán anónimos y se resguardarán para garantizar la confidencialidad de los mismos.

Es importante que sepa que puede retirarse del estudio en el momento que desee.

Estos datos están protegidos de acuerdo al código de ética de psicología, retomados de: Sociedad Mexicana de psicología (2009) México. Editorial Trillas. pp. 33-59. Recuperado de: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)

A continuación encontrará dos cuestionarios que indagan sobre la masculinidad y conductas de riesgo, el primero la Escala de Creencias Acerca de la Masculinidad (ECAM) y el segundo es el Inventario de Salud. El tiempo previsto para contestar el cuestionario es aproximadamente 10 a 15 minutos. Si tiene alguna duda de las preguntas puede dirigirse con el aplicador para que se las pueda resolver.

Si usted decide participar de manera voluntaria en este estudio, se le pide de la manera más atenta que firme en el recuadro de abajo, además, si está interesado en recibir información acerca de los resultados encontrados en esta investigación, por favor mandar un correo electrónico al siguiente correo: [ce.avilalara@ugto.mx](mailto:ce.avilalara@ugto.mx).

O en su caso dejar su correo: \_\_\_\_\_

Fecha de realización \_\_\_\_\_

Deseo participar en la Investigación \_\_\_\_\_

Firma

**Instrucciones:**

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones: Señale el recuadro que este más de acuerdo con la oración, se le mostraran 5 tipos de respuesta donde usted debería poner una equis donde esté más de acuerdo. Le pido con atención que no deje de contestar ninguna oración y si tiene alguna duda háganlo saber al encuestador, recodándole que no hay respuestas buenas o malas, es solo lo que usted opina acerca de la afirmación:

**Ejemplo:**

X. ¿El hombre necesita una mujer para resolver sus problemas?	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		X			

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Total mente de acuerdo
1.-La mujer necesita un hombre para resolverle sus problemas:					
2.-El hombre es quien debe proteger a la familia de todo:					
3.-Los hombres son los que deben trabajar y las mujeres deben quedarse en casa:					
4.-La naturaleza ha hecho más inteligentes a los hombres:					
5.-El hombre es más valioso por no ser mujer:					
6.-Un hombre siempre debe llevar la iniciativa:					
7.-Mientras más mujeres prestan atención a un hombre, son más masculinos:					
8.- Los hombres tienen derecho a serle infiel a su pareja:					
9.- Únicamente el hombre puede levantar y mover cosas pesadas dentro de la casa:					
10.-El varón es el responsable de que sus hijos salgan adelante:					
11.-Los hombres pequeños y delgados no son atractivos para las mujeres					
12.- La mujer no puede ser más exitosa en el trabajo que					

su esposo:					
13.- El hombre es el proveedor de la familia:					
14.- Los hombres son los encargados de resolver los problemas:					
15.- Los hombres son más honrados que las mujeres por ser hombres:					
16.- Los hombres guardan mejor los secretos que las mujeres:					
17.- Los hombres saben pelear por ser hombres:					
18.- Un buen hombre es el que sabe dominar a las mujeres:					
19.- Sólo los hombres serios tienen buenas intenciones:					
20.- Solo el hombre puede defender a la familia de una Agresión:					
21.- Un hombre debe ser machista:					
22.- Los hombres deben ser activos y las mujeres pasivas:					
23.- Un varón es atractivo porque es guapo:					
24.- Las mujeres no pueden dejar de depender de los hombres:					
25.- Los hombres confían más en sí mismos que las mujeres:					
26.- Los varones siempre deben controlar a las mujeres:					
27.- Un signo de masculinidad es no expresar los Sentimientos:					
28.- Un hombre tiene que ser violento:					
29.- Las mujeres deben esperar a que llegue su esposo para que le cambie los tanques de gas:					
30.- Los varones pueden afrontar con más facilidad los problemas:					
31.- Los hombres toman mejores decisiones que las mujeres:					
32.- El hombre es la cabeza de la relación hombre – mujer:					

A continuación se le presentara el Inventario de salud, pidiendole de la manera más atenta que no deje de contestar las preguntas, recordando que no hay respuestas buenas o malas, es como usted percibe su estado de salud.

### INSTRUCCIONES

Lea cada aseveración y encierre en un círculo el número que mejor describa su comportamiento. El 5 corresponde a SIEMPRE, 4 indica frecuentemente, 3 Describe un comportamiento en el que se incurre a veces, 2 indique rara vez, y 1 Implica que nunca se lleva a cabo.

<b>SECCIÓN I: Auto-Responsabilidad Médica</b>	
1. Yo cuestiono el uso de radiografías (rayos-X)	5 4 3 2 1
2. Trato de cambiar aquellos estilos de vida que representan factores de riesgo para enfermedades del corazón, cáncer y otras condiciones degenerativas-crónicas	5 4 3 2 1
3. Yo apoyo el proceso de inmunización para todos los niños, el cual se encuentra dirigido a evitar las enfermedades comunes de la infancia	5 4 3 2 1
4. Yo estoy consciente de los efectos secundarios que pueden ocasionar las medicinas que consumo.	5 4 3 2 1
5. Yo buscaría otras opiniones médicas si mi doctor me recomendara cualquier cirugía (operación)	5 4 3 2 1
6. Prefiero buscar ayuda médica, únicamente, cuando tengo signos/síntomas o percibo que ciertos problemas de salud necesitan una evaluación médica, en vez de concentrarme en exámenes médicos anuales.	5 4 3 2 1
7. Yo le pido al médico que me explique el diagnóstico de mi condición hasta entender toda la información que necesito saber sobre el mismo.	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

<b>SECCIÓN II: Salud Emocional</b>	
1. Soy capaz de aceptar mis sentimientos de tristeza, depresión, y ansiedad, estando consciente que éstos son casi siempre pasajeros	5 4 3 2 1
2. Puedo controlar mis problemas emocionales sin la necesidad de recurrir al consumo de bebidas alcohólicas, u otras drogas que alteren mi estado de humor	5 4 3 2 1
3. Yo trato de relacionarme con personas que tengan una actitud positiva sobre la vida	5 4 3 2 1
4. Evito asociarme con personas pesimistas ante la vida, porque pudieran provocar estados depresión a otros individuos.	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

<b>SECCIÓN III: Estrés</b>	
1. Tomo tranquilizantes u otras drogas como un medio para poder relajarme.	5 4 3 2 1
2. Soy capaz de identificar ciertas respuestas corporales y Enfermedades como consecuencias del estrés.	5 4 3 2 1
3. Cada día reservo un tiempo para tranquilizar mi mente y relajarme.	5 4 3 2 1
4. Yo estoy dispuesto a cultivar amistades para luego sostener unos vínculos más cercanos.	5 4 3 2 1
5. Yo estoy satisfecho con la institución educativa a la que asisto (escuela/universidad) y con mi trabajo	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

<b>SECCIÓN V: Aptitud Física y Cuidado Personal</b>	
<b>APTITUD FÍSICA:</b>	
1. Yo prefiero subir escaleras en vez de tomar el elevador	5 4 3 2 1
2. Practico algún tipo de actividad física de intensidad moderada o vigorosa, como mínimo, tres veces por semana	5 4 3 2 1
3. Cuando es posible, prefiero caminar en vez de conducir el automóvil.	5 4 3 2 1
4. Tengo conocimiento acerca de cantidad de calorías que puedo gastar en los ejercicios y actividades físicas que realizó.	5 4 3 2 1
<b>CUIDADO PERSONAL:</b>	
5. Yo trato de mantener un peso corporal deseable.	5 4 3 2 1
6. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que consumo.	5 4 3 2 1
7. Puedo identificar las situaciones y factores emocionales	5 4 3 2 1
8. Cepillo mis dientes después de cada comida.	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

<b>SECCIÓN VI: Salud Ambiental, uso de Sustancias Nocivas, y Seguridad, SALUD AMBIENTAL:</b>	
1. Apoyo los esfuerzos de mi comunidad para reducir la Contaminación ambiental.	5 4 3 2 1
2. En mi lugar de trabajo y de estudios, toman las medidas necesarias para mantener un ambiente físico seguro.	5 4 3 2 1
<b>SUSTANCIAS NOCIVAS:</b>	
3. Estoy de acuerdo en que las mujeres embarazadas que fuman, pueden perjudicar la salud de su criatura.	5 4 3 2 1
4. Yo prohíbo que se fume en mi hogar	5 4 3 2 1
5. Estoy de acuerdo en que las personas que no fuman, no deben estar expuestas a respirar el humo de quienes lo hacen.	5 4 3 2 1
<b>SEGURIDAD:</b>	
6. Tomo las medidas preventivas y necesarias para reducir los accidentes en mi hogar	5 4 3 2 1
7. Utilizo los cinturones de seguridad cuando conduzco mi automóvil	5 4 3 2 1
8. Yo exijo que, en mi automóvil, a todo niño se le asegure con un asiento protector o con un cinturón para hombros	5 4 3 2 1
9. Evito conducir un automóvil luego de ingerir alcohol	5 4 3 2 1
<b>Puntuación Total</b>	

A continuación se le pedirán **datos socio demográficos**, le recordamos que sus datos son totalmente anónimos, es solo con fines estadísticos:

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** Sin estudios \_\_ Primaria \_\_ Secundaria \_\_ Preparatoria \_\_ Licenciatura \_\_ Posgrado \_\_

**Orientación sexual:** Heterosexual \_\_ Homosexual \_\_ Bisexualidad \_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Tiene pareja:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

**Religión** \_\_\_\_\_

**¿Qué posición considera usted que tiene económicamente?**

Muy Alto	Alto	Medio	Medio bajo	Bajo	Muy bajo
----------	------	-------	------------	------	----------



Universidad  
de Guanajuato

**Lic. Mayra Aguirre Ortiz**

*Presente*

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Vocal Suplente** del examen que para obtener el grado de la **Lic. en Psicología**, que sustentará el **C. Carlos Ernesto Ávila Lara**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **"Relación entre creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud de hombres"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

**"LA VERDAD OS HARA LIBRES"**

03 de agosto de 2020

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

*Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros*

**Para los sinodales:**

*Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: APROBADO*

Firma:

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN  
Bvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad  
Guanajuato

**Dra. Eva Paola Arenas Loera**

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Presidente** del examen que para obtener el grado de la **Lic. en Psicología**, que sustentará el **C. Carlos Ernesto Ávila Lara**,

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **"Relación entre creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud de hombres"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

**"LA VERDAD OS HARA LIBRES"**

03 de agosto de 2020

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

Mtro. Cipriano Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: Aprobatorio

Firma: 

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bvd. Fuente Milena No. 3331 Fracción del Pueblo San Carlos, C.P. 37670 Tel: (477) 267 49 00 Ext. 3857



Universidad  
Guanajuato

**Dra. María Gabriela Luna Lara**

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Vocal** del examen que para obtener el grado de la **Lic. en Psicología**, que sustentará el **C. Carlos Ernesto Ávila Lara**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **"Relación entre creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud de hombres"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

**"LA VERDAD OS HARA LIBRES"**

03 de agosto de 2020

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

**Para los sinodales:**

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: APROBATORIO

Firma:

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bvtd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37570 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad  
Guanajuato

**Mtra. Luz Daniela Itandehuí Ramos Banda**

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatliuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Secretario** del examen que para obtener el grado de la **Lic. en Psicología**, que sustentará el **C. Carlos Ernesto Ávila Lara**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **"Relación entre creencias de la masculinidad hegemónica y conductas de riesgos en la salud de hombres"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

**"LA VERDAD OS HARA LIBRES"**

03 de agosto de 2020

Secretaria Académica

División Ciencias De La Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

**Para los sinodales:**

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es:                     Aprobatorio                    

Firma:                     Daniela                    

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bvtd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657