



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**  
**EDUCACIÓN PARA LA SALUD**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACION:**

**“DETERMINANTES DE MASCULINIDAD TRADICIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE INGENIERÍA MECÁNICA DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, QUE INFLUYEN EN LA NO UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD DE LA SECRETARIA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, EN CICLO II-2017”**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

**LICENCIADA EN EDUCACION PARA LA SALUD.**

**PRESENTADO POR: BR. GRETTEL MARIA CASTRO.**

**DOCENTE ASESOR: LIC. GERMAN PICHINTE SERRANO.**

**CIUDAD UNIVERSITÁRIA, NOVIEMBRE 2018.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.**

**AUTORIDADES.**

**RECTOR:**

**Maestro. Roger Armando Arias Alvarado.**

**VICERRECTOR ACADÉMICO:**

**Dr. Manuel de Jesús Joya Abrego.**

**DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA:**

**Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas.**

**VICEDECANA DE LA FACULTAD DE**

**MEDICINA:**

**Licda. Nora Elizabeth Abrego de Amado.**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA:**

**Licda. Lastenia Dalide Ramos de Linares.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA**

**SALUD:**

**Lic. José Guillermo Quintanilla Alfaro**

**COORDINADORA DE PROCESO DE GRADUACION DE LA CARRERA**

**LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD:**

**Licda. Silvia Letona de García.**

**DOCENTE ASESOR:**

**Lic. German Pichinte Serrano.**

**TRIBUNAL CALIFICADOR:**

**Licda. Blanca Estela Sánchez de Aragón.**

**Lic. José Guillermo Quintanilla.**

## Contenido

<b>Introducción</b> .....	i
<b>Capítulo I</b>	
El Problema .....	2
1.1 Planteamiento del Problema .....	2
1.2 Formulación del Problema .....	4
1.3 Justificación .....	5
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específico.....	7
<b>Capitulo II</b>	
Marco Teórico.....	8
2.1 Sexualidad.....	8
2.1.1 Sexo.....	9
2.1.2 Diferencias Sexuales entre Hombres y Mujeres.....	10
2.1.3 Sexualidad Femenina.....	10
2.1.4 Sexualidad Masculina.....	11
2.1.5 Identidad Sexual.....	12
2.2 Género.....	13
2.2.1 Roles de Género.....	17
2.2.2 El Enfoque de Género y su aplicación.....	18
2.2.3 Genero y Masculinidades.....	19

## Contenido

2.3 Masculinidades.....	21
2.3.1 Concepto de Masculinidad.....	24
2.3.2 Paradigmas Explicativos de Masculinidades.....	28
2.3.3 Masculinidades y Salud.....	34
2.3.3.1 Masculinidades como Factor de Riesgo para la Incidencia de enfermedades y accidentes.....	37
2.3.3.2 Masculinidades y Utilización de los Servicios de Salud.....	39
2.3.3.3 Masculinidades y Salud en El Salvador.....	41
2.4 Modelo Teórico que sustenta el Estudio.....	44
2.4.1 Modelo de Creencias en Salud.....	44
2.5 Reseña Histórica Universidad de El Salvador.....	47
2.6 Antecedentes de Facultad de Ingeniería y Arquitectura.....	49
2.6.1 Antecedentes de Ingeniería Mecánica.....	51
2.7 Reseña Histórica de la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador.....	53
2.8 Términos Básicos u Operativos.....	56
<b>Capítulo III</b>	
<b>3. Diseño Metodológico.....</b>	<b>60</b>
3.1 Tipo de Estudio.....	60
3.1.1 Tipo de Estudio de Acuerdo a Profundidad de Análisis.....	60
3.1.2 Tipo de Estudio de Acuerdo a Tiempo.....	60
3.2 Población.....	60
3.3 Muestra.....	60
3.3.1 Criterios de Inclusión.....	60
3.4 Unidades de Análisis.....	60
3.5 Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Información.....	61

## Contenido

3.6 Plan de Validación de Instrumentos.....	62
3.7 Plan de Análisis y Procesamiento de Información.....	62
3.8 Operativización de las Variables.....	63
<b>Capítulo IV</b>	
4. Presentación de Análisis y Resultados.....	65
4.1 Presentación de Resultados .....	65
4.2 Análisis de Resultados .....	98
<b>Capítulo V</b>	
5. Conclusiones.....	102
<b>Capítulo VI</b>	
6. Recomendaciones.....	103
<b>Capítulo VII</b>	
7. Fuentes de Información.....	104
7.1 Fuentes de Información Bibliográficas.....	104
7.2 Fuentes de Información Electrónicas.....	105
7.3 Fuentes de Información Directas.....	105
Anexos.....	106
Anexo 1 Guía de Entrevista.....	106
Anexo 2 Diseño de Infraestructura de Clínica de Bienestar Universitario.....	116
Anexo 3 Organigrama de Clínica de Bienestar Universitario.....	117

## **Introducción**

En este documento se presenta el Informe Final de los resultados obtenidos en la investigación: Determinantes de Masculinidad Tradicional de los Estudiantes de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador, que Influyen en la no Utilización de los Servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario.

La masculinidad, es el conjunto de actitudes, valores y comportamientos, considerados socialmente aptos para los hombres y en el cual estos encuentran un sentido individual y colectivo, frente a la sociedad y frente a sí mismos. Son todas las formas de actuar y de ser, los valores, roles y conductas que se le atribuyen como esenciales a los hombres.

La masculinidad es una construcción cultural que se reproduce en un contexto social, económico e histórico y se desarrolla a lo largo de toda la vida, con la intervención de distintas instituciones como la familia, la escuela, el Estado, la iglesia y los medios de comunicación que moldean las formas de sentir, pensar y actuar de los hombres.

Uno de los modelos más predominantes en nuestro contexto sociocultural es el de masculinidad tradicional o masculinidad hegemónica que propone al hombre como ser fuerte, valiente, autónomo, líder nato, heterosexual, carente de afecto y con un espacio activo en lo público.

Este modelo es reproducido a lo largo de la vida del hombre en los diferentes espacios donde este se desarrolla como la escuela, la familia, en las relaciones con sus pares, en el trabajo y dentro de la comunidad misma; y es expresado por medio del comportamiento que este tiene ante la sociedad y ante sí mismo.

Una de las creencias que se encuentra más arraigada al paradigma de masculinidad tradicional es que el hombre debe ser fuerte y valiente, como consecuencia un gran porcentaje de hombres tienen comportamientos de riesgo para su salud y no hacen uso de los servicios de salud de manera oportuna.

En la presente investigación se identificaron cuáles son los determinantes de masculinidad tradicional de los estudiantes de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura

de la Universidad de El Salvador, que influyen en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario.

Para desarrollar la investigación se obtuvo información del Consolidado de datos presentados por el Centro de Salud de Bienestar Universitario en el periodo de enero a Julio del año 2017 y ya que el levantamiento de datos se llevó a cabo durante el ciclo II/2017 se recolecto información del número de alumnos inscritos en la Carrera de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura durante dicho periodo.

Esta investigación es de suma importancia porque permite identificar conocimientos, actitudes y comportamientos asociados a la práctica de la masculinidad tradicional en los estudiantes y a su vez se busca establecer la relación de estos determinantes con la no utilización de servicios de salud a partir de estos resultados proponer estrategias que mejoren la búsqueda oportuna de los servicios de salud.

El presente documento, está estructurado de la siguiente manera: el capítulo I está compuesto por el planteamiento del problema que permite conocer los antecedentes de la problemática en estudio, datos estadísticos y la relación entre los elementos que componen el problema. Luego se expone la justificación que realza la relevancia y beneficios del estudio. Finalmente en este capítulo se plantean los objetivos que se pretenden lograr con la investigación

En el capítulo II, se presenta la base teórica que sustenta el tema, inicialmente se describen los conceptos básicos relacionados con sexualidad y género y luego se profundiza en el tema masculinidades y de los paradigmas explicativos de masculinidades. Posteriormente se aborda el tema de masculinidades desde la perspectiva de la salud en donde se describe la relación entre las conductas asociadas al autocuidado de la salud y la práctica de masculinidad tradicional. A si mismo se plantea como la práctica de masculinidad tradicional se convierte en un factor de incidencia de enfermedades y accidentes y también se describe cómo influye en la utilización de los servicios de salud.

Para cerrar el tema de masculinidades finalmente se hace un planteamiento de la situación de salud de los hombres en El Salvador en torno a la práctica de masculinidades. Después se presenta el Modelo de Creencias en Salud como elemento que sustenta la investigación y al final



del capítulo se hace una reseña histórica sobre El Centro de Salud de Secretaria de Bienestar Universitario y sobre la Carrera de Ingeniería Mecánica.

En el capítulo III se presenta el diseño metodológico que describe el tipo de estudio desarrollado, la población con la que se desarrolló el estudio y los procedimientos para recolectar la información y procesar los datos.

El capítulo IV consta de la presentación de resultados, para lo cual se elaboraron tablas de doble entrada donde se muestra la respuesta, la frecuencia y el porcentaje, seguido de los capítulos V y VI con el análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Al final se presentan las fuentes de información y anexos, respectivamente.

## **Capítulo I**

### **1. El Problema**

#### **1.1 Planteamiento del Problema**

Al momento en que nace un ser humano se observan sus órganos genitales y se clasifica como hombre o mujer. La sociedad establece dos identidades: femenina y masculina. Lo femenino y masculino, son construcciones sociales, que se dan dentro de un sistema de relaciones de género y se reproducen dentro de estructuras definidas, como las relaciones sociales, la raza, clase social y la nacionalidad.

La masculinidad, es el conjunto de actitudes, valores y comportamientos, considerados socialmente aptos para los hombres y en el cual encuentran un sentido individual y colectivo, frente a la sociedad y frente a sí mismos; su construcción se encuentra establecida por determinantes como el auto concepto de masculinidad, el rol sexual y la identidad sexual con la que se ven identificados. Estos tres determinantes son los componentes fundamentales de los modelos de masculinidad que son establecidos por la sociedad.

En la sociedad actual, predomina la práctica de la masculinidad tradicional, que propone al hombre como un ser activo, importante, autónomo, fuerte, potente, racional, emocionalmente controlado, heterosexual activo (penetradores), proveedores (jefes de hogar y padres de familia), cuyo ámbito de acción está en la calle; este proceso de adopción de la función masculina influye en el modo en que este percibe su salud y también en su comportamiento en la búsqueda de ayuda.

De acuerdo al estudio titulado Género, Equidad y Acceso a los Servicios de Salud publicado por la Revista Panamericana de la Salud<sup>1</sup>, los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina. Esta clase de pensamientos y comportamiento inhiben la búsqueda de ayuda al momento de padecer una enfermedad, utilizando los servicios de salud solamente cuando la

---

<sup>1</sup>Elsa Gomes Gomes. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington Mayo/Junio 2002

enfermedad se ha agudizado y presenta un estado más avanzado en el proceso de enfermedad permitiendo así el deterioro temprano y tardío de su salud.

En nuestro contexto social el sistema de salud nacional cuenta con servicios que están dirigidos directa e indirectamente a los hombres; sin embargo no están siendo utilizados por un gran porcentaje de la población masculina, esto se ve reflejado en las estadísticas provistas por el MINSAL para el año 2016<sup>2</sup> que determinaron que de 2, 357,458 de personas entre las edades de 20 a 39 años que fueron atendidas en los establecimientos de salud solo 20% eran de sexo masculino. Así mismo para ese mismo año los consolidados de datos determinaron que la mortalidad hospitalaria en personas en estos rangos de edad, fue mayor en hombres ya que de 1,488 muertes intrahospitalarias registradas, el 72.44% corresponde a personas de sexo masculino, lo que podría ser un indicador de que un gran porcentaje de hombres jóvenes buscan atención en salud cuando se ha complicado la enfermedad y a pesar de que existe una red de establecimientos a nivel primario, no están haciendo uso de estos.

Al igual que los datos del MINSAL, la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2014<sup>3</sup> determino que a pesar que la prevalencia de consumo problemático de alcohol es mayor en hombres de 18-34 años estos tienden a no buscar atención cuando tienen problemas asociados al consumo o cuando sienten, estrés, ansiedad o depresión

Así como el Ministerio de Salud, a nivel nacional existen diversas instituciones dirigidas a atender de forma directa e indirecta la salud del hombre en todo su ciclo vital; una de ellas es la Clínica de la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador, que tiene por objetivo principal proteger y optimizar la salud integral de los estudiantes, mediante un modelo de atención basado en la estrategia de la promoción de la salud universitaria.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria, Unidad de Estadísticas e Información en Salud. Causas Frecuentes y Principales año 2016.

<sup>3</sup> Fondo Solidario para la Salud y Ministerio de Economía a través de Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Alcohol y Tabaco 2014. San Salvador Octubre 2014.

La clínica brinda atención en horarios accesibles y dispone de amplias instalaciones dentro del campus universitario. A si mismo cuenta con diversas especialidades médicas que atienden directa e indirectamente la salud de la población masculina de dicha universidad.

A pesar que los servicios de salud son accesibles, la cantidad de hombres universitarios que buscan atención es poca en comparación con la cantidad de mujeres que buscan servicios en dicha clínica. Lo mencionado anteriormente se ve reflejado en el consolidado de datos de julio-diciembre del 2016 que indican, que de 9,730 estudiantes que fueron atendidos en las diversas especialidades médicas solo el 32% eran hombres. Un dato similar se muestra en el periodo de enero a junio del año 2017 ya que 11,524 estudiantes que fueron atendidos solamente un 36% eran de sexo masculino. A si mismo a pesar que la Facultad de Ingeniería y Arquitectura está compuesta en su mayoría por población estudiantil masculina, es poco el porcentaje que utiliza los servicios de salud. Los datos indicaron que durante el año 2017 se inscribieron 6,126 alumnos en dicha facultad, de los cuales 4,450 que equivale al 72.64% corresponden al sexo masculino, de este total solo un 35% hizo uso de los servicios de salud durante ese periodo.

Uno de los factores que podrían estar asociados a la búsqueda tardía de los servicios de salud es la práctica de la masculinidad tradicional que propone al hombre como un ser fuerte y carente de dolor inhibiendo así la capacidad del hombre de pedir ayuda o de aceptar su condición de salud. El paradigma de masculinidad tradicional, se vuelve un problema para la salud individual y colectiva del hombre porque condiciona su calidad de vida, ya que a pesar de que existan servicios de salud destinados a atender la salud de los hombres directa e indirectamente, estos no acuden o acuden solamente cuando se ha complicado su salud.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuáles son los determinantes de Masculinidad Tradicional de los estudiantes de la carrera de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura que influyen en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario?

### **1.3 Justificación**

Con el fin de mejorar la calidad de vida y salud de los estudiantes de la Universidad de El Salvador, en 1963, se crea la Secretaria de Bienestar Universitario que tiene por objetivos proteger y optimizar la salud de los estudiantes mediante servicios, programas y acciones que se fundamentan en la estrategia de promoción de la salud universitaria.

El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario, representa un apoyo al desarrollo personal y académico de cada uno de los estudiantes y cuenta con un equipo multidisciplinario que brindan atención a todos los estudiantes de la Universidad. La clínica cuenta con amplias instalaciones, horarios flexibles y brinda atención médica a muy bajo costo con la finalidad de que los servicios sean accesibles a toda la población estudiantil.

A sí mismo la clínica de Bienestar Universitario cuenta con diversos servicios y programas dirigidos a atender directa e indirectamente la salud de la población masculina; sin embargo las estadísticas provistas para el Ciclo II/ 2016 y el Ciclo I 2017, determinaron que el número de estudiantes de sexo masculino que han buscado atención durante esos periodos es poco en comparación con la cantidad de estudiantes que buscaron atención durante ese periodo. Las estadísticas reflejaron que del total de estudiantes que buscaron atención en Bienestar Universitario durante el ciclo II 2016 solo 32% eran de sexo masculino y para el ciclo I 2017 se contabiliza que solo 36% de los que buscaron servicios en las diversas especialidades médicas eran hombres.

Una de las causas por las que los hombres no tienen cuidado de su salud está asociada a la práctica de masculinidad tradicional ya que en muchas ocasiones los mismos roles que ejercen dentro de la familia, sociedad y grupo de pares son condicionantes para que se ocupen de sí mismos. Sumado a los roles que ejercen, se encuentra el concepto que tienen sobre masculinidad que muchas veces relaciona al hombre como un ser autosuficiente, valiente, fuerte y carente de dolor. Esta concepción hace que se descuiden de la salud y que acudan a los servicios de salud solo cuando su salud física está demasiado deteriorada.

Diversos estudios han demostrado que los hombres que adoptan creencias tradicionales son menos proclives a buscar ayuda cuando se necesita o a utilizar los servicios de salud. De modo similar, entre los hombres que sufren enfermedades coronarias, aquéllos con creencias tradicionales tienen menos probabilidad de seguir las recomendaciones médicas y de realizar cambios saludables de estilos de vida después del egreso hospitalario, que sus pares menos tradicionales.

Los hombres tienden menos que las mujeres a percibirse a sí mismos como susceptibles a riesgos de enfermedad, lesiones y una variedad de problemas de salud. A pesar de estar en un riesgo mayor de consumo de sustancias y de alcohol, por ejemplo, los hombres en todas las edades perciben significativamente menos riesgo asociado con el consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias que las mujeres.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente es que resulta de suma importancia identificar cuáles son los determinantes de la masculinidad tradicional que están influyendo en la no utilización de los servicios que brinda el Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario. Así mismo esta investigación permitió determinar cuáles son los programas de salud menos utilizados por la población masculina y la clínica podrá promocionar más estas áreas para lograr que la población utilice estos servicios y así aprovechar mejor los recursos.

La participación del hombre en los diferentes programas de salud es de suma relevancia en el tema de prevención de enfermedades y solo se lograra a través de un proceso de sensibilización y empoderamiento que permita que los hombres sean más conscientes del cuidado de su salud y la de los demás.

El tema de masculinidad tradicional es muy novedoso e importante dentro del estudio de género pero es poco conocida la influencia que esta práctica posee sobre los usos de los programas de salud, dando a este documento una gran importancia bibliográfica que puede servir de base para otras investigaciones en áreas similares.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General:**

Analizar los determinantes de Masculinidad Tradicional de los estudiantes de la carrera de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura que influyen en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario.

### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar el auto concepto de masculinidad que poseen los estudiantes de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura
- Determinar como el rol de género influye en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario
- Establecer como la identidad sexual masculina influye en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario.

## Capítulo II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1 Sexualidad

La sexualidad es un componente de la personalidad humana que atañe tanto a su composición biológica, emocional y social. El concepto de sexualidad está condicionado por la cultura, está orientado hacia lo biológico, hacia lo físico de las personas especialmente, hacia el contacto genital con fines, consciente o subconscientemente, reproductivos. La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, fenómenos emocionales, afectivos y de conducta relacionados con el sexo y que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

El concepto de sexualidad comprende: El impulso sexual, dirigido tanto al placer sexual inmediato como a la procreación. Tendencias sexuales en cuanto a aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida diaria, la sexualidad cumple un papel muy importante, ya que, desde el punto de vista emocional, afectivo y social, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y compromete la vida de pareja, de familia, y los lazos afectivos interpersonales.

Aunque en general la sexualidad humana está cargada de mitos, tabúes y temores, el sistema sexo-género con dominación masculina prescribe mandatos sexuales distintos para los hombres y las mujeres. Para las mujeres, el ejercicio de la sexualidad está vinculado a su rol reproductivo y al mandato primordial de ser madre. Las mujeres que no cumplen con la maternidad, tanto como un hecho biológico como un proceso social, no son consideradas mujeres completas. La maternidad define su condición de mujer. Frente al placer sexual, las mujeres aprenden como parte de su socialización de género que no deben buscarlo y que deben llegar vírgenes al matrimonio.

Luego deben preocuparse por el placer sexual de sus hombres. Por eso para la mayoría de las mujeres, el ejercicio de la sexualidad se experimenta como algo negativo que les llena de vergüenza y culpa. Los mandatos sexuales hacia las mujeres que provienen del mismo sistema sexo-género con dominación masculina, se transmiten en el seno de las familias y se refuerzan



por las creencias religiosas. En cambio, la sexualidad masculina otorga el derecho a los hombres a buscar placer sexual y hasta lo define como un requisito para ser considerado y para sentirse un “hombre de verdad”. Los mandatos sexuales hacia los hombres los incitan a acumular conquistas sexuales de esta manera, demostrar su hombría a los demás hombres, a sí mismos y a las mismas mujeres. El ejercicio de la sexualidad masculina está desvinculado de la reproducción tanto en lo biológico como en lo social. Son las mujeres quienes deben preocuparse por estas cosas, incluyendo la anticoncepción, responsabilizarse por los embarazos, deseados o no. Engendrar un hijo(a) no define la masculinidad, simplemente confirma la hombría.

La “libertad” con que los hombres pueden ejercer su sexualidad está altamente asociada con la conceptualización de las mujeres como objetos sexuales, idea reforzada constantemente por parientes hombres, amigos y por las representaciones de las mujeres que hacen los medios de comunicación. Asimismo, el mantenimiento del poder y privilegios masculinos dentro de la sociedad está ligado directamente al control de la sexualidad de las mujeres, lo que requiere de ellas las tareas reproductivas. Así es que el ejercicio de la sexualidad masculina, muchas veces, implica el uso y la amenaza de la violencia sexual que constituye un mecanismo para el control de las mujeres.

### **2.1.1 Sexo**

Hombres y mujeres poseen características orgánicas diferenciadas, particularmente en el aparato reproductor y endocrino, estas diferencias o características orgánicas definen al ser humano como hombre y mujer.

El sexo es definido por las características biológicas de hombres y mujeres, tanto aquellas específicas de la anatomía y funcionamiento del aparato reproductivo femenino y masculino, como los caracteres sexuales secundarios determinados por la acción hormonal específica de cada sexo. Las personas nacen con un sexo biológico y este acaba determinando la forma como serán tratadas socialmente por los padres, la familia y por la comunidad a la que pertenecen, para llegar a ser hombres y mujeres con atributos aceptados socialmente. Este proceso varía de una sociedad a otra y también de acuerdo con el tiempo histórico en que estas personas están insertas. Las características sexuales han determinado la forma de comportarse de los hombres

y las mujeres dentro de la sociedad; han determinado lo que tiene que ser masculino y lo que tiene que ser femenino.

### **2.1.2 Diferencias Sexuales entre Hombres y Mujeres**

Las diferencias sexuales son un hecho biológico que interactúa con factores culturales, los cuales finalmente determinan lo que se espera de un hombre o de una mujer.

Hombres y mujeres poseen características diferentes en cuanto al funcionamiento del sistema endocrino, caracteres sexuales primarios y secundarios; sistemas comprometidos con la reproducción, distribución de los tejidos grasos y sistema osteomuscular.

Estas diferencias han sido valoradas como factores de fortaleza y superioridad en los hombres y como factores de debilidad e inferioridad en las mujeres.

Desde el punto de vista biológico tanto hombres como mujeres cumplen un papel diferente en la reproducción; el gran peso de lo biológico, en el caso de las mujeres (gestación, parto, puerperio, lactancia) ha sido transformado en la función social de la maternidad. La biología femenina ha sido considerada destino social, fuente de la mayor valoración de la mujer-madre y eje constructor de la identidad femenina.

### **2.1.3 Sexualidad Femenina**

A diferencia del hombre cuya sexualidad es genitalizada, la sexualidad femenina es compleja e integra en todo, lo físico, corporal, emocional y afectivo. Cuando una mujer comparte su cuerpo con un hombre, generalmente lo hace porque está ligada afectivamente con él y no solamente por obtener placer físico. En la sexualidad femenina se conjugan aspectos biológicos, entre los cuales se incluye la respuesta genital, la ciclicidad hormonal y la procreación., con factores psicológicos sean estos anímicos, emocionales, afectivos, a los cuales se suma el tema socio-cultural, que son las ideas y actitudes regidas por valores éticos, morales y que moldeadas por la familia, regulan la conducta sexual.

La mujer es altamente dependiente de sus ciclos hormonales que le provocan alteraciones en el ánimo y la vivencia de ser muy cambiante e impredecible, incluso para ella misma. Dramáticos cambios se provocan en el cuerpo y la psiquis de una mujer durante sus ciclos menstruales,

cuando está embarazada, amamantando, y en la menopausia, con el cese de la función reproductiva.

En cuanto a la vivencia de la relación sexual coital, la mujer se estimula poco visualmente (a diferencia del hombre) y predominantemente en forma auditiva y kinestésica; ella se excita muy lentamente y en un marco de cariño, delicadeza, suavidad, caricias y palabras cariñosas.

El estilo de vida moderno acelerado y competitivo, dietas poco sanas, exceso de roles, alta auto exigencia, situaciones de stress, depresiones, adicciones, son los mayores enemigos de una sexualidad femenina sana y gratificante. Una relación de pareja caracterizada por monotonía, rutina, y más grave aún por descalificaciones, maltrato físico y psicológico, evidencia factores que obviamente van a repercutir en la esfera sexual de manera desfavorable.

A pesar de los logros femeninos en la esfera sexual, aún persisten formas denigrantes de utilización de la mujer, tales como la prostitución y pornografía.

#### **2.1.4 Sexualidad Masculina**

Al igual que la sexualidad femenina, la masculina está condicionada por factores neurobiológicos, factores psicológicos y sociales, sin embargo es radicalmente distinta en su manifestación o expresión, caracterizándose por ser genitalizada, rápida y más simple. El pene y su potencia han estado desde siempre en el centro de los mitos masculinos y otorga una poderosa identidad a su poseedor, lo cual explica que la disfunción eréctil o impotencia produzca dolor, humillación, vergüenza y genere tal impacto en sí mismo y en la relación de pareja.

El hombre al ser más sensible socialmente al logro y a la competencia, vive el temor al fracaso sexual como un factor estresante, que mina su autoestima en diferentes aspectos de su vida.

La dificultad para sostener una relación madura y comprometida con una pareja, lleva al hombre a elegir mujeres inmaduras, conflictivas, a optar por relaciones paralelas que lo protegen de una mayor intimidad, a vincularse con mujeres que no esperan nada y a quienes no es necesario satisfacer, a tener aventuras o relaciones de corta duración o con mujeres a las que se les paga, así como también a tener exceso de trabajo y usarlo como excusa. Todo lo anterior genera una mayor frustración, soledad y vivencia de estancamiento.

La eyaculación precoz aparece en hombres ansiosos que dejan insatisfechas a sus parejas, pero este trastorno es considerado mucho menos grave que la impotencia, y algunos incluso llegan a camuflarlo, culpando a la mujer "por excitarlo tanto". El matrimonio o una relación estable, permite que cualquier disfunción se converse y se obtengan buenos resultados a través de una terapia de pareja.

La resistencia a envejecer esconde en realidad uno de los mayores miedos masculinos, que es a perder la potencia sexual, si bien la andropausia o climaterio masculino provoca naturalmente una disminución del deseo y altera la calidad y frecuencia de las erecciones. A cualquier edad, la consulta médica preventiva o la tardanza en consultar cuando se presenta cualquier alteración, se debe a creer que ello es una muestra de debilidad o feminización. Si los hombres cambiaran su orientación genitalizada, privilegiaran la calidad por sobre la cantidad, si otorgaran una valoración de la sensualidad como un placer que se logra a través de los cinco sentidos y en vez de buscar una rápida eyaculación, se centraran en entregar ternura, afecto y pasión a sus parejas, seguro vivirían su sexualidad en forma más plena y gratificante.

### **2.1.5 Identidad Sexual**

Desde el nacimiento, y especialmente desde la adolescencia se van definiendo en los seres humanos una serie de características físicas que ayudan a constituir las diferencias exclusivas que existen entre hombres y mujeres

En el proceso de diferenciación de los seres humanos, no influyen sólo las características físicas, sino también las psíquicas; es decir, aquellas formas y peculiaridades que indican la manera de ser, sentir, reaccionar y amar. Juntas todas estas características, físicas y psíquicas, forman ese aspecto tan importante de la personalidad que conocemos con el nombre de identidad sexual. Consiste en un largo proceso de definición que parte desde el nacimiento y que termina cuando la identidad personal se ha logrado por complemento. La identidad, como función de la sexualidad, consiste en la certeza de pertenecer a uno de los dos sexos y asumir, en libertad y autonomía, las características, cualidades, actitudes, comportamientos y valores que constituyen el ser femenino y masculino para cada quien individualmente. A partir de esta construcción se establecen las bases para la relación entre los sexos La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos y la

orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

## **2.2 Género**

Los científicos sociales y los especialistas del desarrollo utilizan dos términos distintos para referirse a las diferencias biológicas y a aquellas construidas socialmente, éstos son sexo y género, respectivamente. Aun cuando ambos se relacionan con las diferencias entre las mujeres y los hombres, las nociones de género y sexo tienen connotaciones distintas.

El sexo se refiere a las características biológicas que entre otras, son comunes a todas las sociedades y culturas. Género, en cambio, se relaciona con los rasgos que han ido moldeándose a lo largo de la historia de las relaciones sociales. Las divergencias biológicas son el origen de las que se producen en materia de género, pero los modos en que se determina el papel que desempeñan las mujeres y los hombres van más allá de las particularidades físicas y biológicas que distinguen a cada sexo. Las diferencias en materia de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diversidad física, los presupuestos de gustos, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. Es decir, mientras las disimilitudes en materia de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo para responder a las transformaciones de la sociedad.

Las relaciones de género pueden ser definidas como los modos en que las culturas asignan las funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre. Ello a la vez determina diversas formas de acceder a los recursos materiales como tierra y crédito, o no materiales como el poder político. Sus implicaciones en la vida cotidiana son múltiples y se manifiestan por ejemplo, en la división del trabajo doméstico y extra-doméstico, en las responsabilidades familiares, en el campo de la educación, en las oportunidades de promoción profesional, en las instancias ejecutivas. En la vida social se encuentran instituciones, cualidades, trabajos y actitudes que son designados como masculinos o femeninos, independientemente de quien las ejecute, o las porte, sea hombre o mujer. Hay actividades y profesiones que socialmente se identifican como

femeninas: enfermería, secretariado, voluntariado social entre otras; y hay otras que se identifican con lo masculino: el trabajo en la minería, la guerra y la actividad política. Lo femenino y masculino designa también espacios sociales; lo doméstico-lo político, lo privado-lo público, la casa-la calle, asigna tiempos, actividades, sentimientos; crea formas de organización social.

El conjunto de concepciones y prácticas que constituyen lo masculino y lo femenino sirven como fundamento a los modelos de feminidad y masculinidad de cada cultura. Lo femenino y masculino son redes de significación, formas de representación simbólica y haceres culturales de carácter histórico que dan sentido a las formas de ser, hacer, estar, tener, pensar y sentir de hombres y mujeres.

Existen formas de desear, de amar, del ejercicio de la sexualidad y el erotismo diferentes para hombres y mujeres. Asimismo, existen normas, conductas, prácticas sociales, hábitos, estilos de vida diferenciados. La cultura dota de contenidos contradictorios y a veces opuestos a la feminidad y a la masculinidad.

La construcción de series binarias, parejas de significados opuestas o complementarias permite identificar aquellos atributos que la sociedad asigna a lo femenino y masculino. Las interpretaciones binarias sobre lo femenino y lo masculino son históricas; los procesos de transición social transforman aquello que se espera de hombres y mujeres y aparecen nuevos modelos y hacen crisis a los modelos arraigados de ser hombre y mujer. Actualmente existen nuevas imágenes, valores, expectativas, funciones y significados de ser hombre y de ser mujer. Las nuevas necesidades y cambios sociales redefinen social e individualmente los atributos de feminidad y masculinidad.

Lo femenino y masculino son metáforas vivas, actuantes y cambiantes que se imprimen en el cuerpo y en la mente de hombres y mujeres y moldean sus vidas. Lo femenino y masculino no son construcciones sistemáticas de orden racional, son ante todo vividos en lo individual y colectivo. La complejidad de relaciones entre la realidad orgánica y las atribuciones psicosociales de la feminidad y de la masculinidad se ha denominado el sistema sexo-género. El sexo alude a las diferencias orgánicas, en particular aquellas ligadas a los procesos reproductivos, y el género a las construcciones culturales de lo femenino y masculino.

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo al que pertenecen. De acuerdo a lo mencionado anteriormente es que la perspectiva de género pretende reflexionar y actuar sobre estas disparidades que se dan entre hombres y mujeres ya sea en los modos de ser, pensar y vivir que cada uno tiene. La finalidad de la perspectiva de género es el análisis de las situaciones que pueden estar manteniendo inequidades sociales causadas por la pertenencia de uno u otro género. Busca precisar las formas concretas que puede tomar la discriminación de género y apoyar la construcción de nuevas alternativas de actuación social más justas y equitativas.

Las diferencias en materia de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diversidad física, los presupuestos de gustos, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. Es decir, mientras las disimilitudes en materia de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo para responder a las transformaciones de la sociedad

En todas las sociedades, las mujeres y los hombres desempeñan ocupaciones diferentes y asumen diversas responsabilidades en las actividades del hogar. En el caso de la mujer, el trabajo y la familia siempre están vinculados entre sí y gran parte de sus labores no son retribuidas monetariamente, aun cuando sean tareas productivas. Por su parte, el hombre suele desempeñar un papel marginal en las labores domésticas, ya que en teoría es a él a quién le corresponde realizar el trabajo retribuido fuera del hogar. Las disparidades existentes entre mujeres y hombres en cuanto al acceso a los recursos económicos --crédito y tierra incluidos-- y al ejercicio del poder y a la participación en las instancias ejecutivas limitan las posibilidades de autonomía económica de la mujer, impidiéndole de esta forma, asegurar un mejor nivel de vida para sí misma y quienes de ella dependen.

El acceso restringido de la mujer a los recursos productivos ocasiona un impacto negativo sobre la productividad del trabajo femenino. En los sectores no-agrícolas, también se suele discriminar a la mujer bien sea en las ocupaciones que desempeña, las categorías profesionales a las que pertenece o bien, en las posibilidades de desarrollo y crecimiento profesional. Si bien en los últimos 20 años la participación de la mujer en las actividades económicas ha aumentado en la mayoría de las regiones del mundo, ellas aún siguen realizando trabajos de menor nivel, percibiendo salarios más bajos y teniendo oportunidades de promoción más escasas. En todas las sociedades, las mujeres asumen la principal responsabilidad de la crianza de los hijos y el cuidado de ancianos y enfermos, además de la mayor parte del trabajo doméstico.

En las sociedades donde las mujeres se casan muy jóvenes y a una edad inferior que la del hombre, la subordinación de ésta al marido es más intensa y sin lugar a dudas, condiciona fuertemente sus posibilidades de educación y de trabajo retribuido. La Comisión Económica para América y el Caribe (CEPAL)<sup>4</sup>, señala que en América Latina el porcentaje de hogares que tienen a mujeres como jefas de hogar ha ido en incremento en los últimos años; tal es el caso de El Salvador que para el año del 2001 reflejaba que el 35,3 % de los hogares estaba dirigido por mujeres dentro de la zona urbana.

Las familias encabezadas por mujeres difieren de las dirigidas por hombres en cuanto a composición, tamaño y gestión de asuntos familiares, incluyendo la nutrición y educación de los hijos y el manejo del ingreso disponible. Una mujer sola tiene que encargarse contemporáneamente de dar el sustento económico a la familia y desarrollar actividades domésticas.

Hombres y mujeres condicionan las concepciones y las practicas que las personas y comunidades tienen en torno al nacimiento y la muerte, las relaciones con el dolor y el placer, con el cuerpo, la sexualidad, el deseo, la identidad, afectividad, la organización cotidiana. La perspectiva de género en salud descifra las diferencias culturales levantadas sobre las diferencias orgánicas y como estas se traducen en formas de vida, órdenes simbólicos diferenciados que afectan positiva o negativamente los proceso de salud enfermedad en hombres y mujeres.

---

<sup>4</sup> Comisión Económica para América y El Caribe (CEPAL). Informes Anuales, Panorama Social de América Latina 200-2001. Octubre 2001.



Ejemplo de ello es que la salud del hombre se ve a menudo amenazada por afecciones asociadas a las enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo y al consumo de tabaco, alcohol o drogas (la incidencia del cáncer, las enfermedades y lesiones cardiovasculares son las mayores causas de mortalidad masculina). En cambio, muchos de los riesgos principales en la salud de la mujer están vinculados con su biología reproductiva. Su salud es más frágil durante el embarazo (riesgos de anemia, malnutrición, hepatitis, malaria, diabetes, etc.). Estos aspectos deben ser tomados en cuenta por el sector salud ya que las mujeres y los hombres tienen necesidades y problemas distintos no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales que prevalecen.

### **2.2.1 Roles de Género**

Las personas son clasificadas como hombres y mujeres de acuerdo a sus características biológicas. Se nace con esas características ya que son universales e inmodificables; sobre esas diferencias biológicas, se han construido culturalmente roles, atributos, obligaciones e incluso comportamientos en hombres y mujeres que son aprendidas desde el nacimiento, a través del proceso de socialización.

La palabra género se aplica al proceso de construcción de características femeninas o masculinas. Se refiere al conjunto de ideas, creencias atribuciones sociales construidas en cada cultura en un momento histórico, determinando así comportamientos, funciones, oportunidades, valoración y relaciones entre hombres y mujeres. Se trata de una construcción social que varía según cada sociedad y cambia con el tiempo, dado que son aprendidas.

Los roles de género son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social dados; en los que sus miembros están condicionados para percibir como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades. Estas percepciones están influenciadas por la edad, la clase, la raza, la etnia, la cultura, la religión u otras ideologías, así como por el medio geográfico, económico y político. A menudo se producen cambios de los roles de género como respuesta al cambio de las circunstancias económicas, naturales o políticas, incluidos los esfuerzos por el desarrollo. En un contexto social dado, los roles de género de los hombres y las mujeres pueden ser flexibles o rígidas, semejantes o diferentes y

complementarias o conflictivas. Tanto las mujeres como los hombres desempeñan múltiples roles o papeles en la sociedad: productivo, reproductor, director en la comunidad, etc. Percibidos habitualmente como responsables de ganar el pan de la familia, los hombres están en condiciones de dedicar más tiempo a un único rol productivo, y desempeñan sus múltiples roles de uno en uno. En contraste con ellos, las mujeres suele asignárseles sólo secundariamente este rol de obtener ingresos; tienen que desempeñar sus roles simultáneamente y equilibrar las demandas conflictivas de unos y otros dentro de sus limitaciones de tiempo. En consecuencia, el tiempo de trabajo de las mujeres y su flexibilidad están mucho más condicionados que en el caso de los hombres. Por otra parte, puesto que los hombres y las mujeres han desempeñado históricamente distintos roles en la sociedad, a menudo tienen que enfrentarse a limitaciones u obstáculos culturales, institucionales, físicos y económicos muy diferentes, muchas de las cuales están arraigadas en las discriminaciones.

### **2.2.2 El Enfoque de Género y su Aplicación**

Desde finales de 1700, viene surgiendo en el mundo el feminismo, como un movimiento social que propone la acción política de apoyo a los derechos civiles y políticos de las mujeres acompañado de un posicionamiento personal contra la dominación masculina en todas las áreas de la vida. Las distintas mujeres feministas agrupadas y organizadas forman el movimiento feminista.

Contrario a lo que mucha gente cree, especialmente la mayoría de los hombres, el feminismo no busca la eliminación de los hombres. Más bien pretende contribuir a una sociedad más humana donde haya igualdad de oportunidades y derechos para mujeres y hombres, o sea, la equidad de género.

La teoría de género empieza a desarrollarse en los años 60 y durante las décadas de los 70 y 80 surge el enfoque de Mujer en el Desarrollo (WID por sus siglas en inglés, MED en español) que propone el impulso de proyectos y programas orientados a la integración de las mujeres en actividades productivas, con el fin de elevar la calidad de vida de las mujeres, o sea, su condición de género. Muchas veces, sin embargo, significaba mayor carga de trabajo para las mujeres, el reforzamiento de las desigualdades entre mujeres y hombres y de las brechas entre ambos.

A partir de los años 80, surge el enfoque de Género y Desarrollo (GAD por sus siglas en inglés, GYD en español) que, además de mejorar la condición de género de las mujeres, propone su empoderamiento para la modificación de su posición de género frente a la de los hombres. Esto significa desafiar y cambiar las relaciones de poder entre hombres y mujeres y apunta a la transformación de la sociedad entera, sobre la base de la equidad y el respeto de los derechos humanos de todas las personas. Implica, también, la incorporación de los hombres en procesos que logren justicia de género y una vida mejor para mujeres y hombres. GYD distingue dos categorías de necesidades de género:

a) Necesidades prácticas:

Que están relacionadas a la condición de género de mujeres y hombres y su carga de trabajo productivo y reproductivo y sus responsabilidades. Pueden ser satisfechas mediante el impulso de proyectos prácticos de corto plazo pero es dudoso que alteren las desigualdades de género.

b) Necesidades estratégicas:

Que están relacionadas a la posición de género de las mujeres y los hombres en la sociedad; o sea, se refieren al acceso a recursos, la toma de decisiones y el poder que tienen.

Enfoque o perspectiva de género, se trata de una herramienta de análisis que utiliza los elementos de la teoría de género para dar cuenta de las diferencias y relaciones de poder entre hombres y mujeres, analizarlas y proponer acciones, tales como políticas nacionales y la ejecución de proyectos que promuevan la construcción de relaciones más equitativas entre hombres y mujeres

### **2.2.3 Género y Masculinidades**

La incorporación de los hombres en el trabajo de género responde, en primer lugar, a las necesidades prácticas y estratégicas de género de las mujeres y fueron las mujeres mismas quienes empezaron a exigir la incorporación de hombres en el trabajo de género. A partir de inicios de los años 90, para muchas mujeres fue cada vez más obvio que, para alcanzar la equidad de género, los hombres también tendrían que cambiar. La adhesión de los hombres al machismo en la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad representaba un obstáculo para el desarrollo y el empoderamiento de las mujeres. Simultáneamente, la teoría de género,

especialmente la propuesta del GYD, empezó a enfatizar la necesidad de un análisis profundo de las relaciones de poder entre hombres y mujeres; del poder ejercido por los hombres sistemáticamente para dominar y controlar a las mujeres en la vida pública y privada, y así asegurar derechos y privilegios negados a las mujeres. No obstante, el trabajo sobre género y masculinidad no nace exclusivamente de las mujeres: también empezaban a aparecer, al inicio de la década de los 90, hombres que sentían la necesidad de contribuir a la lucha contra la violencia hacia las mujeres e interesados en reflexionar sobre su “masculinidad”.

En todas las culturas a los hombres se les enseña a ejercer poder sobre las mujeres, para dominar y controlarlas, se les garantizan privilegios oportunidades, derechos y libertades que las mujeres no gozan.

Otro factor importante que une las distintas identidades masculinas son los valores y prácticas homofóbicas que son un componente integral de la masculinidad hegemónica. Esta homofobia tiene una doble dimensión; por un lado, la mayoría de los hombres asimilan un temor irracional hacia la homosexualidad, casi siempre a causa de la ignorancia, que se manifiesta en la discriminación y la violencia contra las personas homosexuales. Por otro lado, temen ser acusados de ser homosexuales, lo cual les empuja a demostrar mediante prácticas machistas que no lo son. Además de los mitos, prejuicios y tabúes acerca de la homosexualidad que impulsan la discriminación y la violencia contra ellos, los homosexuales están vistos como queriendo asimilar características de las mujeres y, por ende, se les ve como seres inferiores, como a las mujeres. Para muchos hombres, entonces, la homofobia representa un fantasma permanentemente presente que condiciona su forma de pensar, sentir y actuar en la vida. La superación de la homofobia es un requisito importante para el impulso del trabajo de género con hombres que pretende lograr cambios en actitudes, valores y conductas.

La presión social que se ejerce sobre los hombres para que asuman y vivan el modelo de la masculinidad tradicional es muy fuerte y tiene consecuencias en los mismos hombres:

- a) No pueden demostrar ningún tipo de debilidad: los conflictos entre hombres se resuelven mediante la violencia.
- b) No pueden mostrar emociones ni expresar sentimientos: no lloran. Pero sí muchos lloran por dentro, reprimiendo sus emociones.

c) No cuidan ni su salud física ni su salud mental. La autocensura y el descuido por temor a la crítica, reforzada por la sociedad, produce enfermedades mentales y físicas en los hombres y muertes prematuras.

Así que el trabajo entre hombres sobre género y masculinidad tiene tres propósitos importantes:

a) Propiciar procesos personales y colectivos de reflexión crítica sobre las construcciones de las identidades masculinas y las consecuencias positivas y negativas que éstas tienen para las mujeres, para los hombres de diferentes edades y para las relaciones entre ambos.

b) Contribuir a develar el carácter androcéntrico de la sociedad, basada en una cultura patriarcal que afirma que el hombre (macho) es superior a la mujer y a la naturaleza.

c) Promover y construir una nueva cultura (actitudes, valores, formas de relaciones humanas y comportamientos) en la que se reconozcan las injusticias existentes y en la que las mujeres y los hombres desarrollen relaciones de igualdad y equidad.

### **2.3 Masculinidades**

Existen diversos estudios e investigaciones sobre masculinidad, llevados a cabo en la última década por especialistas que no son de la región, que han tenido y tienen una significativa influencia en los investigadores de América Latina y el Caribe (Kaufman, Gilmore, Seidler, Badinter, Connell, Kimmel, Marqués).

Ellos han trabajado en la tradición de los estudios de género desde el feminismo y han favorecido el desarrollo de estudios sobre masculinidad, que se han iniciado recientemente en la región. En varios países se hicieron y hacen estudios sobre identidad masculina y ya hay resultados y publicaciones que comienzan a circular.

Los investigadores concuerdan en que no se puede definir la masculinidad fuera del contexto socioeconómico, cultural o histórico en que están insertos los varones, y que es una construcción cultural que se reproduce socialmente. Existe consenso en que existe un modelo patriarcal "hegemónico" de la masculinidad, que está incorporado en la subjetividad de los hombres y que de alguna forma se constituye en parte su identidad masculina. Este modelo impone mandatos que señalan -tanto al varón como a las mujeres- lo que se espera de ellos y ellas, y pasa a ser el

referente con el que se comparan y son comparados los hombres, así como una fuente de tensión y conflictos al querer diferenciarse de él.

El modelo de masculinidad dominante caracteriza a los hombres como personas importantes y seres activos, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados, heterosexuales y proveedores, por oposición a las mujeres que son el segmento no importante de la sociedad. Son portadores de poder, son impulsados a buscar poder y a ejercerlo con las mujeres y con aquellos hombres a los que pueden dominar. Este modelo lleva a establecer relaciones de subordinación, no sólo de la mujer con respecto al hombre, sino también entre los propios hombres, permitiendo masculinidades hegemónicas y subordinadas.

Hacerse hombre es un proceso al que está sometido desde la infancia. Ser hombre es algo que se debe lograr -conquistar- y merecer. Este proceso tiene dificultades y en algunos momentos es doloroso. Se llega, finalmente, a ser hombre en plenitud cuando se es responsable, trabajador, "de la calle", racional, heterosexualmente activo (penetrador), proveedor, jefe de hogar y padre<sup>5</sup>.

Para hacerse verdadero hombre se debe conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor y ser aceptados por los otros que ya son "hombres" y por las mujeres. Los otros hombres califican, juzgan la masculinidad; las mujeres son su opuesto; ellos no deben ser como las mujeres, emocionales, de la casa, pasivas, penetradas sexualmente, madres.

La mujer y lo femenino representa el límite, la frontera de la masculinidad, el que pasa la transgrede, se expone a ser calificado de poco hombre.

Las prácticas corporales tienen gran importancia en la construcción del género, y de la misma manera, la corporalidad se ha transformado en algo natural. Pero el cuerpo está abierto al cambio y es constantemente afectado por el poder social; de allí que la transformación de las masculinidades conlleva, necesariamente, un cambio en la corporalidad masculina.

La pertenencia a grupos socialmente subordinados, como son los hombres de sectores obreros, populares y/o que pertenecen al sector informal de la economía, a grupos étnicos o minorías

---

<sup>5</sup> Kaufman Michael. Hombres, Placer, Poder y Cambio. Ed CIPAF. República Dominicana 1989

raciales o a minorías sexuales condiciona y afecta las identidades masculinas de los hombres pertenecientes a ellos.

La masculinidad adquiere diversos significados para en las distintas etapas de su vida. La sexualidad, el trabajo, la relación de pareja cambian si se trata de un adolescente, adulto joven o adulto mayor.

Algunos estudios analizan críticamente el concepto de "machismo", entendido como la versión estereotipada de la masculinidad de los hombres latinoamericanos, que se manifiesta en violencia y dominio sobre las mujeres, multiplicidad de relaciones amorosas y sexuales, hijos con numerosas mujeres, consumo ilimitado de alcohol y actitudes temerarias, y su validez para entender las representaciones sobre masculinidad y las prácticas de los varones en nuestra región.

La vivencia de la masculinidad está íntimamente ligada al ejercicio de la sexualidad. El hombre tiene sexo, su cuerpo está hecho para penetrar. Una característica central de la masculinidad hegemónica es la heterosexualidad, la sexualidad ejercida con el sexo opuesto; un hombre que cumpla con los mandatos hegemónicos debe ser heterosexual.

La masculinidad hegemónica asociada a la sexualidad heterosexualidad y al control del poder por los hombres es una masculinidad que renuncia a lo femenino; valida la homosocialidad en relación con sus pares, como la realmente importante- y el persistente escrutinio por parte de los otros hombres; aprueba la homofobia y sostiene el sexismo y el heterosexismo.

Los hombres pagan un precio elevado al intentar vivir según este modelo de masculinidad que reprime sus sentimientos, y genera incertidumbre, frustraciones y afecciones a su salud. El poder asociado con la masculinidad dominante también puede convertirse en fuente de enorme sufrimiento y dolor, puesto que sus símbolos constituyen ilusiones imposibles de lograr. Ningún hombre es capaz de alcanzar tales ideales y símbolos.

Por ejemplo, la articulación entre honor, suicidio y masculinidad aparece fuertemente asociada en un estudio sobre gauchos, donde el suicidio es una alternativa legítima para mantener la identidad personal, cuando ya no es posible cumplir con las exigencias de la masculinidad digna. También la violencia y las afecciones físicas y mentales están asociadas con los mandatos de la

masculinidad hegemónica. Quienes han estudiado el tema consideran que tanto la violencia como diversas patologías, especialmente las adicciones -alcohol y drogadicción- y los problemas de salud mental no son sólo problemas de salud, sino indicios del dolor y la tensión que un modelo masculino tradicional impone a los hombres.

Algunos estudios se han centrado en las nuevas formas que comienzan a surgir como respuesta al modelo hegemónico de masculinidad; nuevos paradigmas de ser hombre, que incorporan la expresión del afecto y la emocionalidad, la importancia del ocio, la participación en las actividades tradicionalmente consideradas femeninas de la reproducción y el hogar, entre otras.

Pero quienes han investigado sobre la identidad masculina y sus expresiones en la sexualidad están convencidas de que los hombres no cambiarán su conducta si estos nuevos conocimientos no están incorporados plenamente en las estrategias de los programas de salud sexual y reproductiva.

### **2.3.1 Concepto de Masculinidad**

Se entiende por masculinidad todas las formas de actuar y de ser, los valores, roles y conductas que se le atribuyen como esenciales a los hombres. Esta manera de ser no es fija o invariable, sino que cambia de acuerdo al momento histórico, la ubicación geográfica, la cultura y la sociedad.

La masculinidad es una construcción cultural que se reproduce socialmente dentro del contexto social, económico e histórico. La construcción se desarrolla a lo largo de la vida, con la intervención de distintas instituciones (la familia, la escuela, el Estado, la iglesia, los medios de comunicación, etc.) que moldean las formas de sentir, pensar y de actuar de los hombres.

La construcción de la masculinidad de un nuevo ser puede comenzar cuando la pareja planifica un embarazo o cuando la mujer descubre que está embarazada. Los futuros padres empiezan a imaginarse las características que tendrá el hijo, incluyendo su sexo. Según se imaginen un niño o una niña, los padres tendrán un comportamiento diferente que comenzaría antes del parto, incluyendo la preparación del ajuar. Después del nacimiento, el tratamiento diferencial continúa, con la participación de todas las personas que se relacionan con el niño(a).



A partir del nacimiento, el bebé de sexo masculino ya comienza a darse cuenta de lo que se espera de él por tener las características de sus órganos genitales. Sin embargo, no basta nacer con un pene para transformarse en hombre, hay un camino por recorrer hasta llegar a serlo. Los primeros años de vida son fundamentales y responsables por las características del hombre que va a surgir. La familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general le enseñan explícita e implícitamente la forma en que debe pensar, sentir y actuar como “hombre”. La masculinidad es el conjunto de actitudes valores y comportamientos considerados socialmente aptos para hombres y en el cual los hombres encuentran su sentido individual y colectivo frente a la sociedad y frente a sí mismos. Por ejemplo el hombre no puede llorar, debe ser fuerte, no debe mostrar sus sentimientos, no puede tener miedo, y debe ser viril. Estas enseñanzas comienzan a afectar la forma cómo el niño se relaciona consigo mismo y con los demás.

Al nacer, el hijo es absolutamente dependiente de su madre, figura que ocupa el lugar preponderante de su vida, especialmente porque satisface sus necesidades físicas, ejerciendo funciones que permiten su supervivencia. Durante el primer año de vida existe un alejamiento entre el niño y la figura masculina, lo que puede afectar la personalidad de ese individuo. Esta es una primera manifestación de la influencia de los papeles de género que atribuyen a la madre el cuidado del hijo y al padre el proveer económicamente a la familia, sin tener responsabilidades domésticas.

El fin de la relación de dependencia con la madre es un proceso que para la mayoría se da al final del período infantil. Junto con ocurrir esta ruptura, el niño va asumiendo actitudes que corresponden al rol masculino. La figura paterna tendrá una función libertadora, rompiendo el vínculo cerrado entre madre e hijo. En ausencia del padre otro hombre tomará su lugar (abuelo, tío, hermano mayor), y en algunos casos la propia madre pasa a desempeñar funciones y a adoptar actitudes que culturalmente se interpretan como masculinas. La figura paterna se presenta como un conductor que enseña orden, disciplina y responsabilidad. En ese ambiente de patriarcado es que el niño crece y se desarrolla. Además de la familia, la escuela (desde la sala cuna hasta la universidad) refuerza los papeles de género. No sólo los textos escolares reproducen la sociedad patriarcal, los profesores de ambos sexos aceptan y hasta exigen conductas diferentes de los niños y de las niñas, reforzando las relaciones de poder favorables a

los varones. La mayor parte de las religiones también contribuye a reforzar el poder masculino, ya que la jerarquía de todas ellas está absolutamente dominada por hombres y las mujeres ocupan un lugar de total subordinación. A pesar de que ha habido algunos progresos en contadas religiones, otras resisten obstinadamente cualquier aproximación a la igualdad de género.

La masculinidad posee un elemento clave que es el poder; ser hombre significa tener y ejercer poder. El poder asociado a la masculinidad exige poseer algunas características, tales como ganar, ordenar, lograr objetivos y ser duro. Por otra parte, las características genéricas atribuidas al hombre, tales como objetividad y racionalidad, le otorgan un dominio sobre la mujer. Aplicado en un sentido amplio, poder también significa controlar sentimientos, emociones y necesidades afectivas, para evitar la pérdida de dominio y el control sobre los otros, y también por el temor de que le atribuyan características femeninas, que son absolutamente rechazadas.

De esta forma, la masculinidad se ha transformado en alineación, ya que implica suprimir emociones, sentimientos y negar necesidades. El varón llega a temer que si experimenta y demuestra sentimientos de ternura y afecto puede transformarse nuevamente en un niño dependiente. Se siente obligado a creer que la mujer le pertenece y que las relaciones con ella deben ser más de poder que afectivas. De esta forma, el varón se aísla no solo de la mujer, sino de otros hombres, por lo que raras veces desarrolla una verdadera intimidad con personas de su mismo sexo.

En la medida en que la sociedad caracteriza al hombre como una persona dura, que rechaza los afectos, principalmente con personas de su mismo sexo, es fácil entender que el adolescente que tiene y a quien le gustaría expresar sentimientos de ternura comience a tener dudas sobre su masculinidad. Se entiende que cuantos más exigentes son los atributos del macho en una sociedad, más difícil será identificarse como tal. La respuesta puede ser tanto una ruptura e identificación homosexual como una conducta exageradamente machista para ocultar y disimular las dudas sobre su propia masculinidad. Casi siempre habrá conflictos y tensiones frente a la bisexualidad, a la cual se renuncia inconscientemente optando por la heterosexualidad, sobre la cual se construye la masculinidad.

Superadas esas crisis de identidad, la cultura en que los hombres están inmersos le enseñaron que la norma supone la imposibilidad de dominar sus impulsos sexuales, sintiéndose, por lo

tanto, obligados a no perder oportunidades y creer que siempre, o casi siempre, deben ser satisfechos sexualmente. Las conquistas amorosas, la erección del pene, la penetración, y las proezas sexuales son símbolos de autoafirmación de la virilidad. De esta forma, la afirmación de su identidad masculina exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y en una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas. Esta total indiferencia en relación a actitudes preventivas, así como las relaciones sexuales irresponsables, son conductas que favorecen las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado.

En esta cultura patriarcal, la sexualidad erótica que está centrada en su propio placer, es una expresión más del poder del varón, en el cual la mujer es el objeto del deseo sexual y la proveedora de ese placer. La masculinidad, dentro de esa construcción, se mide de acuerdo con la exclusividad y multiplicidad de sus parejas heterosexuales. La satisfacción está centrada en los genitales y en la penetración. Se caracteriza también por la homofobia y el rechazo a cualquier feminización de sus conductas<sup>6</sup>.

Otra función atribuida socialmente al hombre es el trabajo remunerado, lo que constituye el centro de su respetabilidad en la sociedad. El trabajo le permite obtener reconocimiento social y le otorga seguridad y autonomía. Por eso mismo, la pérdida del empleo genera tensiones no solamente económicas, sino también afectivas y de identidad. El trabajo remunerado ha pasado a ser un papel tan arraigado al varón que la pérdida del empleo se traduce en una disminución de su masculinidad, tanto desde la percepción del propio hombre como de su mujer y de sus hijos. Los hombres que quedan sin trabajo serían más violentos con las esposas e hijos, deprimidos y hasta más adictos al alcohol.

Por otro lado, el hombre sin trabajo también tendría dificultad para asumir las tareas domésticas, pues encuentra que estas son propias de la mujer y, por lo tanto, despreciables. Esto se explica, por el hecho de que no recibió una educación en que esas tareas fueran parte de sus actividades. La masculinidad construida a lo largo de la vida (poder y control sobre los demás, superioridad, sexo erótico inagotable, por ejemplo), varía de acuerdo con las características sociales,

---

<sup>6</sup>Connell, Raewyn. Masculinidades, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México. Edición español, México 2003.

económicas y demográficas del hombre, y del ambiente en que crece y vive. Por otra parte, la masculinidad es considerada una cualidad que así como se obtiene, se puede perder, de acuerdo con las circunstancias y a la historia de cada individuo.

### **2.3.2 Paradigmas Explicativos de Masculinidades**

Los modelos explicativos sobre masculinidades que se conocen en la actualidad, nacieron a partir de estudios que surgieron por primera vez en el mundo anglosajón en la década del '70, en un contexto marcado fuertemente por la huella feminista. Los primeros estudios de esta índole fueron desarrollados bajo el amparo de los programas de estudios de género de institutos y universidades públicas y privadas dirigidas por mujeres. Su incorporación en el continente latinoamericano no ocurrió hasta la década del '90.

Un intento de sistematización de las aproximaciones teóricas al tema de la masculinidad fue el de Connell Raewyn en su libro *Contemporary Perspectives on Masculinity*, donde refieren perspectivas predominantes en los estudios de masculinidad.

La perspectiva conservadora: sostiene que el rol masculino y sus funciones tienen su fundamentación, tanto en la naturaleza biológica como el dictamen religioso. Constituye la perspectiva del fundamentalismo masculino, que defiende los roles tradicionales de ambos sexos.

La perspectiva pro feminista: surgió en los países anglosajones y escandinavos a principios de los '70, asociada a los movimientos por los derechos civiles, constituidos generalmente por varones de sectores medios, que tomaron una postura positiva ante el cambio en las mujeres y bebieron del feminismo de la igualdad. Esta perspectiva tiene como núcleo el concepto de poder, lo que le permite reconocer la posición subordinada de las mujeres ante los hombres en la sociedad. En el ámbito académico tiene su inserción a través de los *Men's studies* (estudios críticos sobre los varones y sus masculinidades), los que incorporan a sus análisis la categoría género, con lo que amplían las bases de sus criterios y reflexiones. Son diversas las principales temáticas abordadas desde esta perspectiva y engloban estudios sobre la historia, las diferencias culturales y los cambios sociales de las masculinidades, también aborda lo relativo al poder, la sexualidad, las nuevas paternidades, la construcción de la subjetividad, la violencia, la salud y las políticas de cambio para los varones.

La perspectiva de los derechos masculinos (Men'sright): Surgió también en los '80 y la integraron tanto varones defensores de derechos patriarcales como varones defensores de derechos igualitarios. El sexismo es uno de los conceptos centrales en esta perspectiva. Con este término aluden a los prejuicios a que se ven sometidos los varones en la construcción de su masculinidad.

La perspectiva socialista. Se inserta en la corriente socialista, por lo que concibe la masculinidad como una construcción social determinada por una estructura de clases (en este sentido puede considerarse la versión masculina de los planteamientos feministas socialistas).

La perspectiva de la especificidad. Es utilizada fundamentalmente por los grupos étnicos culturales y los homosexuales. Se opone a la concepción de una masculinidad única aparte de la diversidad étnico-cultural y las preferencias sexuales. Se ha incorporado activamente en el debate con relación al uso del singular o del plural de lo masculino (esto se refiere a si existe una o varias masculinidades).

En el campo de las ciencias sociales anglosajonas existen tres autores importantes. Ellos son el australiano Robert W. Connell, Michael Kaufman, de Canadá y el estadounidense Michael Kimmel, los cuales establecen paradigmas de los estudios de la masculinidad a nivel mundial.

Robert W. Connell es uno de los estudiosos del tema que ha puesto mayor énfasis en el estudio de las masculinidades en plural. Este autor distingue cuatro tipos de masculinidad: hegemónica, subordinada, cómplice y marginalizada, concebidas estas como paradigmas de comportamientos sujetos a cambios<sup>7</sup>.

Para Connell, la masculinidad está determinada por tres estructuras sociales esenciales. En primer lugar, las relaciones de poder, que son las que reproducen el patriarcado, al establecer y mantener la subyugación de la mujer y la dominación del hombre en lo económico, lo político, lo social y lo cultural.

---

<sup>7</sup> Robert W. Connell. ¿Todos los Hombres son Iguales? Identidades masculinas y cambios sociales / coord. por Carlos Lomas, 2003, ISBN 84-493-1460-7, págs. 31-54

En segundo lugar, las relaciones de producción. Según este autor, la división laboral por género se encuentra en el centro de la práctica social genitalizada y determina la producción y reproducción en el sistema capitalista. No sólo en la redistribución de la riqueza social, sino también en la acumulación de capital se trata sin ninguna duda de un proceso relacionado con el género que asegura la preeminencia masculina en el campo económico. Por último, las relaciones emocionales. Aquí se trata de las prácticas que determinan el deseo y la sexualidad y que explican por qué a la heterosexualidad se le concede la preeminencia social en la construcción del sexo, de la identidad de género, del deseo y de la sexualidad.

### **2.3.2.1 Masculinidad subordinada**

La hegemonía se refiere a la dominación cultural en la sociedad como un todo. Dentro de ese contexto general hay relaciones de género específicas de dominación y subordinación entre grupos de hombres. La Masculinidad subordinada se refiere a la relaciones de dominación y subordinación entre grupos de hombres. Se discrimina a los hombres que no muestran la misma fuerza u otros atributos masculinos.

El caso más importante en la sociedad europea/americana contemporánea es la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales. Esto es mucho más que una estigmatización cultural de la homosexualidad o de la identidad gay. Los hombres gay están subordinados a los hombres heterosexuales por un conjunto de prácticas cuasi materiales.

La opresión ubica las masculinidades homosexuales en la parte más baja de una jerarquía de género entre los hombres. La homosexualidad, en la ideología patriarcal, es la bodega de todo lo que es simbólicamente expelido de la masculinidad hegemónica. Por lo tanto, desde el punto de vista de la masculinidad hegemónica, la homosexualidad se asimila fácilmente a la femineidad. Y por ello de acuerdo al punto de vista de algunos teóricos homosexuales- la ferocidad de los ataques homofóbicos.

La masculinidad gay es la masculinidad subordinada más evidente, pero no la única. Algunos hombres y muchachos heterosexuales también son expulsados del círculo de legitimidad.

### **2.3.2.2 Complicidad**

Está representado por hombres que sin responder al tipo ideal de masculinidad, colaboran en su mantenimiento. Es ejemplo de ello, cuando se favorece la contratación laboral de hombres sobre las de mujeres.

Las definiciones normativas de masculinidad, enfrentan el problema de que no muchos hombres realmente cumplen dichos modelos normativos. Las masculinidades construidas en formas que permiten realizar el dividendo patriarcal, sin las tensiones o riesgos de ser la primera línea del patriarcado, son cómplices en este sentido. La dominación descarnada en un despliegue brutal de autoridad. La gran mayoría de los hombres que obtiene el dividendo patriarcal también respeta a sus esposas y madres, y nunca son violentos con las mujeres; ellos hacen su parte en los quehaceres domésticos, traen al hogar el sustento familiar, y pueden convencerse fácilmente de que las feministas deben ser extremistas que queman sus sostenes.

### **2.3.2.3 Masculinidad Hegemónica o Masculinidad Tradicional**

Reproduce la lógica de la dominación de los hombres y la subordinación de las mujeres. La masculinidad hegemónica es el modelo que describe al hombre como un ser exaltado y que se encuentra en una posición dominante. Según los mandatos del modelo hegemónico de masculinidad un hombre debería ser: activo, jefe de hogar, proveedor, responsable, autónomo, no rebajarse; debe ser fuerte, no tener miedo, no expresar sus emociones; el hombre es de la calle, del trabajo.

En el plano de la sexualidad, el modelo prescribe la heterosexualidad, desear y poseer a las mujeres, a la vez que sitúa la animalidad, que sería propia de su pulsión sexual, por sobre su voluntad; sin embargo, el fin último de la sexualidad masculina sería el emparejamiento, la conformación de una familia y la paternidad. El modelo hegemónico se experimenta con un sentimiento de orgullo por ser hombre, con una sensación de importancia. Moralmente el modelo indica que un hombre debe ser recto, comportarse correctamente y su palabra debe valer; debe ser protector de los más débiles que están bajo su dominio niño, mujeres y ancianos-, además de solidario y digno.

La noción de masculinidad hegemónica, que fue acuñada y desarrollada por autores anglosajones, es definida como: una configuración del patriarcado, la que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres, tiene como atributo central la heterosexualidad; de modo que se prescribe para los hombres un determinado deseo y un ejercicio de la sexualidad consecuente con él. Este universo simbólico puede, en un determinado momento cultural e histórico, constituir la "estrategia" aceptada y en uso de ser hombre; en este sentido es hegemónica. De este modo, una forma de masculinidad puede ser exaltada en vez de otra, pero es el caso que una cierta hegemonía tenderá a establecerse sólo cuando existe alguna correspondencia entre determinado ideal cultural y un poder Institucional sea colectivo o individual.

Una característica crucial de esta masculinidad hegemónica es la heterosexualidad; un hombre que cumpla con los mandatos hegemónicos debe ser heterosexual. La Psicóloga y autora Elizabeth Badinter postula que "una de las características más evidentes de la masculinidad en nuestra época es la heterosexualidad hasta el punto de considerarla un hecho natural; a lo que agrega que "la definición de género implica directamente la sexualidad: quién hace qué y con quién". La autora sostiene que la heterosexualidad es la tercera prueba negativa de la masculinidad tradicional, junto con la diferenciación de la madre y del sexo femenino. Dada su importancia y centralidad la heterosexualidad determinará ciertos rasgos de la subjetividad masculina<sup>8</sup>.

La prescripción de una heterosexualidad obligatoria para los hombres, si quieren seguir siendo tales, implica, en un primer momento, la exclusión del campo de la masculinidad de todos aquellos hombres que no cumplan con dicho mandato. Esta exclusión o marginalización afecta fundamentalmente a los hombres con una orientación sexual homosexual, quienes son feminizados y expulsados simbólicamente y empíricamente de la identidad masculina. La femineidad y la homosexualidad se constituirían en un afuera que posibilita la delimitación de un campo de pertenencia y que permite distinguir a aquéllos que forman parte de él de quienes no lo son.

---

<sup>8</sup> Badinter, Elisabeth. XY La Identidad Masculina. Segunda Edición .Editorial Alianza. Madrid 1993



Para Michael Kaufman el elemento central de la subjetividad masculina es el poder; sostiene que "la equiparación de la masculinidad con el poder es un concepto que ha evolucionado a través de los siglos, y ha conformado y justificado a su vez la dominación de los hombres sobre las mujeres y su mayor valoración sobre éstas.

Kaufman también afirma que el poder colectivo de los hombres no sólo radica en instituciones y estructuras abstractas sino también en formas de interiorizar, individualizar, encarnar y reproducir estas instituciones, estructuras y conceptualizaciones del poder masculino". Agrega que "la adquisición de la masculinidad hegemónica (y la mayor parte de las subordinadas) es un proceso a través del cual los hombres llegan a suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, tales como el placer de cuidar de otros, la receptividad, la empatía y la compasión, experimentadas como inconsistentes con el poder masculino"; esto redundaría en que "el poder que puede asociarse con la masculinidad dominante también puede convertirse en fuente de enorme dolor. Puesto que sus símbolos constituyen, en últimas, ilusiones infantiles de omnipotencia, son imposibles de lograr. Dejando las apariencias de lado, ningún hombre es capaz de alcanzar tales ideales y símbolos".

#### **2.3.2.4 Masculinidad con equidad de género**

El planteamiento de una masculinidad con equidad de género, se basa en roles compartidos, donde los hombres puedan exteriorizarse superando las barreras que ejercen en su identidad determinados estereotipos y normas sociales, con el fin de construir el ideal masculino tradicional y pasar a un nuevo modelo de virilidad que les permita ser personas en el amplio sentido de la palabra. Este planteamiento debería estar basado en las siguientes premisas:

- Aceptar la propia vulnerabilidad.
- Aprender a expresar emociones y sentimientos (miedo, tristeza).
- Aprender a pedir ayuda y apoyo.
- Aprender métodos no violentos para resolver los conflictos.
- Aprender y aceptar actitudes y comportamientos tradicionalmente etiquetados como femeninos, como elementos necesarios para un desarrollo humano integral.

Entre los aspectos positivos para los hombres se señalan los siguientes:

- No tener que ocultar las emociones y sentimientos bajo la falsa premisa de ser un “hombre de verdad”.
- Participar activamente de la crianza de sus hijas e hijos, estableciendo una relación afectiva, educativa y de amistad.
- No tener que demostrar constantemente que es el mejor, incluso poniendo en peligro su integridad física y psicológica.
- Construir un modelo de relación familiar y social no basada en el ejercicio del poder, sino en compartirlo.
- Disminución de las conductas de dominación sutiles.
- Aceptación por parte del mundo masculino de lo diferente.
- Atención a su salud y prevención de enfermedades.

### **2.3.3 Masculinidades y Salud**

Para muchos hombres, el “hacer masculinidad” tradicional se asocia a un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad. El Dr. Will Courtenay, editor y fundador de la revista Internacional de la Salud de Los Hombres ha realizado diferentes estudios relacionados a masculinidades y salud. En estas investigaciones han demostrado que las probabilidades de adquirir malos hábitos de salud son mayores en los hombres que comparten las creencias tradicionales sobre la hombría, que en sus contemporáneos no tradicionales y que los riesgos de sufrir depresión y fatiga nerviosa son también mayores<sup>9</sup>.

Courtenay también plantea que si bien las mujeres sufren de más padecimientos a través de su vida y consumen más servicios médicos, aún existe una gran brecha en la expectativa de vida de mujeres y hombres, que se ha ampliado en el siglo pasado.

A pesar de que los hombres en los países occidentales desarrollados tienen mayor poder social y económico que las mujeres, mueren entre 5 y 10 años antes que las mujeres. [En el caso de

---

<sup>9</sup> Lourdes García Averasturi. Masculinidad, género y salud. La contribución de Will Courtenay. Hojas informativas del @spsicolog@s de las palmas. Marzo de 2006n° 85(pp.10-17)

España, esta diferencia es de siete años (Instituto Nacional de Estadística). Courtenay ha observado también en los resultados de sus investigaciones que algunos comportamientos de riesgo son definidos culturalmente como “masculinos” y, además, que los hombres utilizan los comportamientos no saludables para definir su virilidad<sup>1</sup>. Por ejemplo, consumen cantidades excesivas de alcohol para demostrar su lealtad al grupo de compañeros masculinos. En muchos deportes tradicionalmente masculinos como el rugby, el boxeo o el fútbol americano, el código masculino glorifica el dolor y las lesiones, incitando a los jugadores a sacrificar sus cuerpos para ganar a toda costa.

Un hombre que actúa de acuerdo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.

A si también se ha establecido un vínculo entre la identificación con la masculinidad tradicional y las tres primeras causas de muerte, es decir, las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio en los hombres de 15 a 34 años de los Estados Unidos (Morbidity and Mortality Weekly Report 1994). Stillion señaló que los esfuerzos de los hombres jóvenes por parecer fuertes suelen llevarlos a ignorar las normas de seguridad en el trabajo, mientras que otros conducen de manera arriesgada como demostración de valentía. La fascinación y el respeto de los hombres por la violencia suelen estar ligados a la demostración de su hombría, lo que explica en parte su mayor riesgo de homicidio en comparación con las mujeres.

Los datos sobre suicidio demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres, pero que sus probabilidades de morir son mayores que las de estas. Stillion infiere que esta disparidad se debe en parte al hecho de que los hombres tienden a seleccionar métodos más violentos y, en

comparación con las mujeres, consideran que sobrevivir al intento de suicidio es otro fracaso, una marca contra su masculinidad<sup>10</sup>.

La necesidad de responder a una norma de masculinidad también afecta la solicitud de la atención en los servicios de salud. Para el hombre es muy difícil ocupar el papel de paciente y, con frecuencia, niega la posibilidad de estar enfermo y acude a un médico en último momento, ya que lo contrario será asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad. El modelo aceptado de masculinidad, hace también muy difícil que el varón acepte estar enfermo dentro de su familia y de su grupo social.

En asuntos relacionados a la salud reproductiva, la discusión de la masculinidad se ha centrado en torno a la participación masculina en la anticoncepción, o en asumir el cuidado de los hijos. Pero no se ha discutido que existe en la sexualidad del varón un componente de autodestrucción, producto de las relaciones de poder que ellos mantienen. El análisis de género en salud reproductiva se ha limitado a resaltar la desigualdad y la discriminación que sufre la mujer por el hombre, así como la exclusión del varón de diferentes responsabilidades. Se ha olvidado de discutir acerca del sentimiento de aislamiento sufrido por el varón, por tener que estar constantemente demostrando y ejerciendo un papel que históricamente ha creado su identidad.

El embarazo impuesto y la falta de participación masculina durante el embarazo (salvo el momento de la concepción) y en la posterior paternidad también es limitada. Sin embargo, hay sectores crecientes de hombres dispuestos a enfrentar esto una manera distinta y más equitativa y aquí nos referimos a los que sí están dispuestos a realizarse la vasectomía a pesar de las críticas y celos de sus redes familiares y de amigos, a los hombres que asumen cuotas mayores en el cuidado de los hijos y en el ámbito doméstico.

De la misma manera, la necesidad de ser y parecer fuerte, viril se transforma en un obstáculo para que los hombres acepten la posibilidad de tener problemas de infertilidad, y difícilmente comparten con la mujer el proceso diagnóstico, en las parejas que no consiguen tener hijos. Esta actitud afecta ciertamente a la mujer, que se somete a exámenes que no serían necesarios, si desde el inicio un simple espermograma hubiera diagnosticado un factor masculino de

---

<sup>10</sup> Sabo, Don Harvard University, OPS Publicaciones Generales, Comprender la salud de los Hombres: un enfoque relacional y sensible de género Washington DC, 2000

esterilidad. Sin embargo, también afecta al hombre, porque retarda su diagnóstico y tratamiento que se hace más difícil si la enfermedad es evolutiva. Asimismo, el concepto de que la fertilidad es un componente importante de la virilidad, hace que el hombre estéril se sienta disminuido en su masculinidad, le cueste aceptar la situación, culpe a su mujer y tenga dificultades en encarar el problema, tanto frente a los servicios de salud como frente a la sociedad.

### **2.3.3.1 Masculinidades como Factor de Riesgo para la incidencia de Enfermedades y Accidentes**

Una parte de la identidad masculina se apoya en demostrar continuamente las capacidades propias frente a otros hombres. Ese modelo heroico lleva a despreciar la propia seguridad por buscar el reconocimiento de los demás. La afirmación de esta masculinidad requiere además de continuas demostraciones, que varían significativamente dependiendo de la edad. Muchos varones adoptan actitudes que relativizan la seguridad y se basan en conductas de riesgo y demostraciones de “valor”, como una confirmación de su virilidad y de su valía como hombres.

Estas conductas de riesgo se sustentan también en la manera que la identidad masculina mayoritaria tiene de concebir el cuerpo como algo invulnerable. Es esa concepción la que lleva a muchos hombres a tener una actitud temeraria y despreciar el alcance de las lesiones y el dolor, como podemos comprobar en actividades como el consumo de drogas, la conducción o las relaciones sexuales.

Los comportamientos de riesgo públicos no provienen de intentos auto-destructivos. Se trata de pautas identificadas con la masculinidad hegemónica en la que los hombres deben negociar su condición mediante demostraciones públicas. Esas actitudes pueden ser entendidas por tanto como formas utilizadas por los hombres para conservar y salvar su propia imagen en el ámbito público. Se entiende por público no únicamente situaciones con presencia de otros sino situaciones en las que se actúa en referencia a otros. Los hombres no sólo pueden usar sus cuerpos, sino que coquetean con el riesgo ya que “deben” hacerlo para ser considerados “hombres”. Los daños que en ciertos casos ocurren como resultado de los comportamientos de riesgo son las consecuencias no deseadas de los diferentes intentos de probar y afirmar la virilidad

El concepto del varón como factor de riesgo es un eje para el trabajo en torno a la masculinidad, su construcción social y la forma en que afecta la vida de las mujeres. Los hombres que adoptan creencias tradicionales o estereotipadas sobre la masculinidad tienen más riesgos a la salud que sus pares con creencias menos tradicionales. Estas creencias están vinculadas a comportamientos perjudiciales a la salud, incluyendo el hábito del tabaquismo, el consumo de alcohol, sustancias ilegales y las conductas relacionadas con la seguridad, la dieta, el sueño y las prácticas sexuales.

Diversos estudios han demostrado que los hombres que adoptan creencias tradicionales son menos proclives a buscar ayuda cuando se necesita o a utilizar los servicios de salud. De modo similar, entre los hombres que sufren enfermedades coronarias, aquéllos con creencias tradicionales tienen menos probabilidad de seguir las recomendaciones médicas y de realizar cambios saludables de estilos de vida después del egreso hospitalario, que sus pares menos tradicionales<sup>11</sup>.

Los hombres tienden menos que las mujeres a percibirse a sí mismos como susceptibles a riesgos de enfermedad, lesiones y una variedad de problemas de salud. A pesar de estar en un riesgo mayor de consumo de sustancias y de alcohol, por ejemplo, los hombres en todas las edades perciben significativamente menos riesgo asociado con el consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias que las mujeres.

Igualmente, los hombres se perciben a sí mismos menos susceptibles al cáncer de la piel que las mujeres y subestiman los riesgos asociados a la exposición solar. En un estudio en Estados Unidos, 3 de 4 hombres reportaron que no están preocupados por contraer VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, aun cuando sus experiencias sexuales los colocan en un elevado riesgo. El VIH es una problemática que ha puesto en evidencia mucho de lo que pasa dentro del campo de lo sexual y las enormes limitaciones que muchas mujeres tienen para negociar el espacio de lo sexual. Ha sacado a flote las relaciones de poder en el campo de lo sexual, la falta de prevención y autocontrol masculinos y la bisexualidad negada por muchos.

---

<sup>11</sup> Lourdes García Averasturi. Masculinidad, género y salud. La contribución de Will Courtenay. Hojas informativas del @spsicólogo@s de las palmas. Marzo de 2006n° 85(pp.10-17)

Muchos de estos problemas y procesos se dan dentro de un marco de alcoholización masculina: la violencia, la relación sexual, la negación a usar el condón.

La incapacidad (adquirida, no congénita) de muchos hombres de verse críticamente y de cambiar, aceptando cambios en las mujeres, aparece como trasfondo en el creciente aumento de rupturas de pareja con o sin divorcio. Masivamente es la mujer la que se queda con los hijos (lo que para el hombre no es desventaja) sin que posteriormente él se haga cargo ni en términos económicos ni en términos de paternidad.

### **2.3.3.2 Masculinidades y Utilización de los Servicios de Salud**

Diversos datos epidemiológicos indican que los hombres emplean menos servicios de salud que las mujeres y que acuden con menos frecuencia al médico. Aunque las diferencias de género en buscar ayuda a menudo desaparecen frente a un problema de salud serio, existe evidencia de que los hombres están menos predispuestos y tienen menos intención que las mujeres de buscar ayuda cuando la necesitan; esto se demuestra en los resultados de una encuesta realizada por la Universidad Complutense de Madrid a jóvenes españoles<sup>12</sup>, donde la cuarta parte de los hombres encuestados dijo que esperaría lo más posible antes de ir al médico si se sentían enfermos o con dolor. Estas demoras en obtener atención médica a tiempo pueden tener consecuencias profundas para la salud de los hombres ya que la detección temprana es a menudo decisiva para prevenir la enfermedad y las muertes prematuras. A si mismo las revisiones recientes de estudios como los realizados por el medico Weil Courney, indican que los hombres y los saben menos que las mujeres y las chicas sobre la salud en general y sobre enfermedades específicas, como cáncer, enfermedades de transmisión sexual y enfermedad coronaria y sus factores de riesgo.

Una falta de conocimiento en salud ha sido asociada a una subutilización de los servicios médicos y con comportamientos perjudiciales a la salud, tales como no emplear protección anti solar e implicarse en prácticas sexuales no seguras. La mayoría de los hombres carece también de conocimientos básicos sobre los alimentos y sobre los factores de riesgo nutricionales.

---

<sup>12</sup> Aparicio García. Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. Relaciones entre Masculinidad y Conductas de Salud de Estudiantes Universitarios. Vol. 1. Madrid España 2011

La práctica de la masculinidad tradicional es un obstáculo en que bloquea el acceso que los hombres tienen a los servicios de salud ya que perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de forma particular y problemático.

Los hombres están socializados para ser activos, tener control, estar a la defensiva, ser fuertes y aguantar el dolor de la vida, valerse por sí mismos y usar el cuerpo como herramienta y salir adelante pese a todo y preocuparse por el hacer no por el sentir.

Debido a lo mencionado anteriormente es que los hombres generan repuestas disfuncionales ante los problemas de salud. Algunas de estas respuestas están relacionadas con tener el control de las enfermedades aunque estas sean incontrolables.

Los comportamientos más previsibles en la práctica de la masculinidad tradicional y que se relacionan con las enfermedades de los hombres son:

- Tener dificultad para percibir signos de alarma corporal y cuando lo hacen no los toman en cuenta
- No admitir antes los demás que algo los aqueja.
- Postergar el afrontamiento del malestar ya que afrontarlo implica una amenaza incontrolable de su cuerpo o vida.
- Expresar el miedo y la ansiedad que genera lo incontrolable por medio del miedo del, enojo, la culpabilizarían o el ensimismamiento.
- Retardar la consulta ya que puede representar un fracaso a la autosuficiencia.
- Durante la consulta no dar información sobre sí mismo y sus emociones ya que esto es visto como una prueba de fragilidad o vulnerabilidad.
- No aceptar el rol de enfermo ya que puede ser visto como una actitud pasiva anti masculina y una amenaza a su identidad.
- Se resiste a recibir maniobras o indicaciones médicas como ingerir medicamento, extraerse sangre o permanecer ingresado en un hospital.
- Abandonar precoz y frecuentemente algún tratamiento para recobrar cuanto antes el bastarse de sí mismos.
- Tener una actitud desafiante y evasiva con los profesionales de la salud masculinos y con las mujeres retomar un estilo des autorizante, dificultando así el desarrollo de la consulta.



- Hacen uso de los servicios de salud solo de forma eventual y sobre todo cuando su salud está muy deteriorada y no son capaces de llevar la enfermedad ellos solos.
- Suelen depositar en las mujeres la responsabilidad de su propia salud, aprovechando la tendencia de disponibilidad de las mismas. Así mismo presumen que el cuidado de la salud es parte del rol femenino tradicional transformándose dependientes de ellas mismas en este punto. Esto representa una sobrecarga para la mujer ya que se convierte en su cuidadora.

En algunos casos los profesionales de los sistemas de salud deducen que los comportamientos mencionados anteriormente son parte de la naturaleza masculina y ven como normal el hecho de los hombres no utilicen los servicios de salud lo que conlleva a que no haya un esfuerzo por desarrollar estrategias que busquen mejorar el acceso a los servicios de salud.

La falta de promoción y estrategias de salud claras entre la población masculina hace que los hombres se conviertan en actores sociales intocables, invisibles e inmanejables dentro del sistema de salud. La no incorporación del hombre como objeto de atención en el sistema sanitario permite que este se descuide más de salud y que no sea capaz de decidir de manera asertiva sobre la misma.

### **2.3.3.3 Masculinidades y Salud en El Salvador**

En América Latina, los estudios de Género iniciaron entre las décadas de los 60 y 70 y fueron promovidos por organización y movimientos feministas que buscaban mejorar las condiciones de vida de las mujeres y fomentar su desarrollo por medio de la participación activa en la sociedad. Los diferentes estudios realizados durante esas épocas dieron surgimiento a diversas investigaciones sobre hombres desde la perspectiva de género en los 80.

En el campo del desarrollo, la década de los noventa ha sido testigo de la aparición de una clara conciencia sobre la necesidad urgente de una mayor participación de los hombres en la lucha por la igualdad de género y empoderamiento de la mujer. El trabajo realizado por el movimiento feminista y los estudios de masculinidades ha permitido en los últimos años el desarrollo de numerosas investigaciones sobre los varones y las masculinidades y la formulación de medidas específicas de desarrollo para integrar a los hombres en las cuestiones relativas a salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, violencia basada en el género y/o prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual), incluido el VIH y Sida.

A pesar de que en El Salvador los estudios sobre masculinidades aún son novedosos, existen diversas organizaciones que han unido esfuerzos con el objetivo de reeducar al hombre en el tema de la práctica de masculinidades, sin embargo la persistencia de determinados modelos tradicionales de masculinidad, dificulta la integración y participación de los varones en el discurso de la igualdad.

En el contexto social salvadoreño la práctica de masculinidad tradicional, aun es evidente y se ve reflejada en las relaciones de poder que ejercen los hombres sobre las mujeres y sobre otros hombres. El deseo del hombre por obtener el dominio y subordinación de otros muchas veces está vinculado con la práctica de la violencia. La violencia que el hombre ejerce sobre la mujer, sobre otros hombres y sobre sí mismo, es generada en diferentes ámbitos y entornos y repercute sobre las condiciones de vida y salud de los mismos y por ende de la sociedad misma.

En El Salvador muchos de los casos de violencia son propiciados por hombres dentro del entorno familiar. Esto se ve expresado en los datos provistos por el Informe Estadístico del Programa Violencia Intrafamiliar Registrados en la red de establecimientos del MINSAL, determinaron que en el periodo de enero a diciembre del año 2016 se registraron 6,636 casos de las cuales un gran porcentaje son mujeres y niños. De igual forma estos datos reflejaron que el tipo de violencia más frecuente es la psicológica y que fue ocasionado por algún familiar de la víctima, principalmente el conyugue o compañero de vida. Así mismo los reportes del ministerio del ministerio de salud determinaron que en el año 2016 que la primera causa de muerte entre personas en las edades de 20-39 años, son los traumatismos múltiples ubicados en diferentes causas del cuerpo.

La problemática del ejercicio del paradigma de la masculinidad tradicional no se refleja solamente en los sistemas de violencia que vive la población salvadoreña sino también en las condiciones y estado salud de la población masculina. La práctica de la masculinidad tradicional repercute a la salud física y mental del hombre esto se ve reflejado en los datos brindados por OPS, que determinan que la tasa de suicidios en hombres en América Latina es alta y que en El Salvador es de 10,8(100,000 hab). La frecuencia del suicidio para todos los grupos de edad en el año 2011, se encontró que fue 79% mayor en los hombres que en las mujeres, con una

tendencia al incremento entre los grupos de edad de jóvenes y productivos comprendidos entre los 15 y 39 años donde se ubican el 68% de los casos<sup>13</sup>.

La frecuencia de suicidios en hombres está asociado a que este no es capaz de pedir ayuda en caso de sufrir estrés, depresión o algún problema asociado a su salud mental. De acuerdo al MINSAL es mayor el porcentaje de mujeres que de hombres que tienden a acudir a un establecimiento de salud cuando tienen problemas de depresión; sin embargo las estadísticas demuestran que los casos de alcoholismo y drogodependencia son más frecuentes en hombres. En el año 2016 se registró que la cuarta causa de mortalidad hospitalaria en hombres de 20 a 39 años de edad, fue debida trastornos del comportamiento producido por la ingesta de sustancias psicoactivas y alcohol. A si mismo se determinó que la octava causa de muerte hospitalaria está relacionada con los efectos tóxicos producidos por la ingesta de sustancias de origen no medicinal.

La práctica de la masculinidad tradicional también se ha convertido en un factor de riesgo para la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en El Salvador estadísticas del MINSAL año 2015, determinaron que del total 33,184 casos de VIH registrados, el 63% se concentran en hombres y el 37% en mujeres. Los indicadores también demuestran que la quinta causa de muerte en hombres en el rango de 20 a 39 años de edad está relacionada con el VIH avanzado.

En el tema relacionado con de uso de los servicios, estadísticas del MINSAL demostraron que del total de 1597,005 de personas nuevas atendidas en los diferentes establecimientos de salud solo un 29% (1, 133,717) eran del sexo masculino y el 71 % (463,288) restante eran del sexo femenino. A si mismo los datos reflejaron que de 2, 357,458 personas en las edades de 20 a 39 años atendidas en la red de establecimientos de atención primaria, solamente 489,911 (20.78%) eran de sexo masculino. Lo anterior indica que la asistencia del hombre a los establecimientos de salud aun es poca, por lo que resulta de suma importancia educar al hombre en el tema de masculinidades, para que este pueda ser capaz de tomar decisiones con respecto a su salud y puedan mejorar sus condiciones de vida y las de su entorno.

---

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud. Suicidio en Centroamérica y Republica Dominicana 1998-2008. Panamá 2011

## **2.4 Modelo Teórico que sustenta el Estudio.**

### **2.4.1 Modelo de creencias en salud**

El Modelo de creencias de salud fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos en su intento de dar una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedades.

En 1974 Maiman y Becker adaptaron el modelo para tratar de explicar una mayor variedad de conductas de salud. El modelo incluye una serie de constructos cognitivos como la gravedad y la susceptibilidad o vulnerabilidad percibidas, los costes y los beneficios, igualmente percibidos, que supone el cambio de conducta, juntamente con una variable emocional y motivacional como es la amenaza percibida.

Este modelo sostiene que para que una persona realice un comportamiento preventivo ésta debe sentirse amenazada por la probabilidad de sufrir una consecuencia negativa (ejemplo: un accidente o una enfermedad) asociada a la conducta de riesgo y, al mismo tiempo, debe sentirse personalmente susceptible a sufrir dicha consecuencia.

Además, el sujeto debe creer que los beneficios de llevar a cabo una acción preventiva son mayores que los posibles costes y las dificultades y obstáculos percibidos que podrían impedirle llevarla a cabo.

Junto a estos cuatro determinantes de la conducta se añaden, además, algunos factores demográficos, personales, estructurales y psicosociales (ejemplo: las campañas a través de los medios de comunicación, la presión del grupo de pertenencia, el consejo de los otros, la enfermedad de un amigo o de un familiar, etc.) que pueden influir sobre las conductas de salud. Se considera que estas variables influyen sobre las motivaciones y las percepciones subjetivas de los individuos aunque su papel no está claramente definido. Estos factores tendrían igualmente una dimensión perceptivo-cognitiva ya que las relaciones interpersonales pueden convertirse en un estímulo externo que sirve de señal para desencadenar la acción preventiva.

## **Componentes del Modelo de Creencias en Salud y su Aplicación a la Práctica de la Masculinidad y el no Uso de los Programas de Salud**

### **▪ Susceptibilidad Percibida**

De acuerdo al paradigma de masculinidad tradicional, los hombres tienen que ser fuertes, inmunes al dolor y a la enfermedad. Estas creencias y valorizaciones permiten que los hombres se sientan menos susceptibles a enfermarse. Así también la baja percepción de riesgo de enfermarse impide que este tome acciones orientadas a prevenir posibles enfermedades como realizarse chequeos rutinarios o buscar información sobre determinados temas de salud.

La práctica de la masculinidad tradicional también influye en la forma en que los hombres aceptan un diagnóstico cuando están enfermos ya que aceptar que se tiene la enfermedad puede ser una señal de vulnerabilidad y de falta de control sobre sí mismos.

### **▪ Gravedad Percibida**

El modelo de masculinidad tradicional propone al hombre como un ser fuerte, carente de dolor que tiene el control completo de su vida. Esta práctica lleva a los hombres a pensar que pueden tener control de la enfermedad y por lo tanto no acuden a los servicios de salud de manera oportuna.

La busca de atención médica en la práctica de masculinidad tradicional es sinónimo de debilidad, por lo que el hombre debe soportar todo el dolor y buscar ayuda cuando la enfermedad está en su punto más crítico. La desvalorización que los hombres hacen de la enfermedad, hace que no tomen acciones para mejorar su condición de salud.

### **▪ Beneficios Percibidos**

En la práctica de masculinidad tradicional se minimizan los beneficios reducir riesgos relacionados con la salud; esto debido a que se tiene poca percepción del riesgo de sufrir una enfermedad. El hombre en sus roles tradicionales ejercidos en los distintos puede ver como una pérdida de tiempo el atender su salud, en especial si estas acciones están destinadas a prevenir enfermedades.

En el ejercicio del paradigma de masculinidad tradicional los beneficios de las actividades de prevención de enfermedades se pueden valorar hasta que ya se ha llegado a enfermar o hasta que ya hay una complicación de alguna enfermedad.

- **Barreras Percibidas**

En la práctica de la masculinidad tradicional existen una diversidad de estereotipos acerca de los roles y funciones que los hombres deben de ejercer en los distintos contextos sociales.

Estos estereotipos se convierten en barreras para que los hombres acudan a los servicios de salud. Los hombres están socializados para ser activos, tener control, estar a la defensiva, ser fuertes y aguantar el dolor de la vida, valerse por sí mismos y usar el cuerpo como herramienta y salir adelante pese a todo y preocuparse por el hacer no por el sentir. Debido a lo mencionado anteriormente es que los hombres generan repuestas disfuncionales ante los problemas de salud. Algunas de estas respuestas están relacionadas con tener el control de las enfermedades aunque estas sean incontrolables.

**Estímulos para la Acción:**

Otro de los aspectos que contribuyen a que los hombres no realicen actividades de prevención y autocuidado de la salud es que muchos profesionales normalizan este tipo de conductas y por lo tanto las instituciones de salud no desarrollan estrategias dirigidas a mejorar la atención en salud que se brinda a la población masculina tanto a nivel preventivo como curativo. A si mismo dentro del sistema de salud no existen programas dirigidos a atender las necesidades específicas de la población masculina y tampoco se desarrollan actividades destinadas a promocionar el autocuidado de la salud de la misma.

## **2.5 Reseña Histórica de la Universidad de El Salvador**

La Universidad de El Salvador es una Institución de carácter público que desarrolla sus actividades académicas en 10 unidades de investigación científica, entre institutos y centros de investigación, y doce facultades, tres de ellas multidisciplinarias y distribuidas a nivel nacional, así: sede central Facultades de Ciencias Económicas, Ciencias y Humanidades, Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Medicina, Odontología, Química y Farmacia, Ciencias Agronómicas, Ciencias Naturales y Matemática e Ingeniería y Arquitectura. En la actualidad la Universidad de El Salvador está ubicada en San Salvador, El Salvador, en Final Av. Héroes y Mártires del 30 de Julio, Ciudad Universitaria.

La fundación de la Universidad de El Salvador y los primeros años de su existencia Siglo XIX comprendido desde 1840 a 1890, conocida por sus siglas (UES) data del 16 de febrero de 1841. El decreto respectivo fue emitido por la Asamblea Constituyente que por esa fecha se había instalado y fue firmado por Juan José Guzmán, diputado presidencial, y los diputados secretarios Leocadio Romero y Manuel Barberena.

La UES inició sus actividades hasta 1843, impartiendo matemáticas puras, lógica, moral, metafísica y física general. Pero no fue sino hasta 1880 que se subdividió en facultades, algunas de las cuales desaparecieron con el correr del tiempo, mientras que otras nuevas fueron creadas.

En 1846 ya se imparten cátedras de derecho. El derecho civil estuvo a cargo del doctor Francisco Dueñas y el derecho canónico fue servido por el doctor Isidro Menéndez.

El 20 de diciembre de 1847, se dictaron los primeros estatutos de la UES. En 1849 ya se impartía la cátedra de física general y al año siguiente, se comenzó a perfilarse las facultades universitarias, se empezó a enseñar las asignaturas de álgebra, física, geometría y aritmética, que propiamente vinieron a ser las precursoras de la Facultad de Ingeniería.

En 1850 ya funcionaban las cátedras de química, cirugía y práctica forense y se proyectó la creación de un laboratorio de química.

El 19 de octubre de 1880 fueron publicados los nuevos Estatutos Universitarios en el año de 1885, durante la administración del doctor Rafael Zaldívar, se proyectó establecer los estudios

de la profesión de dentistería, adscritos a la Facultad de Medicina, es la segunda facultad más antigua fundada en 1847 por decreto emitido por el presidente Eugenio Aguilar (1846-1848).

En el siglo XX comprendido desde 1940 a 1999, el 7 de Febrero de 1946, fue fundada La Facultad de Ciencias Económicas con la carrera de Economía y Finanzas, en el primer curso de se impartieron las siguientes asignaturas: Historia Económica General, Elementos de Sociología y Filosofía, Nociones Generales de Derecho, Matemáticas Preparatorias Algebra. En el año siguiente 1947, por acta del 21 de febrero, se modificó el Plan.

El 19 de julio de 1950, el rector Carlos A. Llerena fue reelegido para un nuevo período de gestión, pese a la oposición de los estudiantes a su nuevo nombramiento. Algunos alumnos se tomaron el edificio de la Universidad de El Salvador en señal de protesta.

Desde la década de 1950, la UES se convirtió en el principal referente de pensamiento de la izquierda salvadoreña y fue uno de los núcleos más importantes de oposición a los gobiernos autoritarios y militaristas del país.

El 9 de noviembre de 1955 el edificio de la UES, que había sido inaugurado en 1878 por el gobierno del presidente Rafael Zaldívar, fue consumido por un incendio.

El 2 de septiembre de 1960 se da la captura del rector, Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz, así como de otras personas que se encontraban en el lugar, el 21 de agosto de 1964 fue fundada la Facultad de Ciencias Agronómicas.

En 1965 fue creado el Centro Regional de Occidente. El cual inicio sus actividades al año siguiente de su creación, con sede en la ciudad de Santa Ana, bajo el nombre oficial de Centro Universitario de Occidente.

El 30 de julio de 1975 sucede la masacre estudiantil, cuyo total de víctimas aún se desconoce, el 27 de abril de 1989, a petición de grupo de ciudadanos, fue fundado el Centro Regional Universitario Paracentral con sede en la ciudad de San Vicente, en 1992 fue fundado el Instituto de Formación y Recursos Pedagógicos, el 4 de junio de 1992 el centro regional universitario Paracentral se transforma en la Facultad Multidisciplinaria Paracentral.

El 13 de octubre de 1994 fue establecido el Instituto Universitario de Educación, el 2 de febrero de 1995 creado el Instituto de Estudios Históricos, Antropológicos y Arqueológicos, se



aprobaron la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador y su Reglamento General en 2001.

En el siglo XXI comprendido desde los años 2000 al 2013, en la gestión de la rectora María Isabel Rodríguez 1999-2007 se obtuvo un préstamo de \$25,000.000 a través del Banco Centroamericano de integración económica BCIE para la reconstrucción de la infraestructura, y entre 2001 y 2002 se construyó el Complejo Deportivo.

Durante la gestión del rector Rufino Quezada 2007-2011 reaparece la revista "La Universidad" después de varios años de ausencia. También en este período de gestión vuelve a circular el periódico "El Universitario", el 9 de febrero de 2010 fue inaugurado el Centro Regional de Salud Valencia en la Universidad, cuya atención médica está enfocada en la prevención y tratamiento de problemas visuales y auditivos.

El 15 de febrero de 2013 se dio inicio al proyecto de "Construcción y Equipamiento del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Aplicada de la Universidad de El Salvador y Sedes Regionales" (INCTAUES).

En la actualidad comprendida del año 2015 en adelante, el 29 de octubre de 2015, el Consejo Superior Universitario nombró a José Luis Argueta Antillón como rector interino de la Universidad, el 19 de enero de 2016, la Universidad en coordinación con el Ministerio de Educación, inauguró el proyecto "Universidad en Línea" con las carreras Licenciatura en Enseñanza del Idioma Inglés, Licenciatura en Enseñanza de las Ciencias Naturales, Licenciatura en Enseñanza en Matemática y Licenciatura en Informática Educativa, el 19 de febrero de 2016, el parlamento salvadoreño le otorgó la distinción honorífica de "Notable Institución de Educación Superior".

## **2.6 Antecedentes de Facultad de Ingeniería y Arquitectura**

El área de Ingeniería Industrial se empezó a gestar en 1954 como una respuesta al desarrollo de la industria en El Salvador. El Departamento de Ingeniería Industrial en la Universidad de El Salvador comenzó a tomar forma en 1961; año en que se empezaron a impartir asignaturas de la carrera, pese a que había estudiantes de Ingeniería Industrial desde 1959.

En 1966 se aprobaron los planes de estudio de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, ese mismo año estos fueron sometidos a constantes análisis que culminaron el 1 de junio de 1970, fecha en que entra en vigencia un nuevo plan de estudios, con lo cual se le dio a la carrera de Ingeniería Industrial un nuevo carácter suprimiendo las carreras combinadas que existían hasta esa fecha: Mecánica Industrial, Eléctrica Industrial. Esta dinámica de cambios llevó a concretar para 1973 un nuevo plan, se le llamó Plan de Estudio 73 Reformado.

En el período de 74-80 se construye el edificio de Ingeniería Industrial; en éste funcionada un taller de Tecnología Industrial, aulas para impartir clases, aulas equipadas para la enseñanza de dibujo técnico, aulas para Laboratorios de Ingeniería de Métodos, Distribución en Planta, Medida del Trabajo, etc. Así, como cubículos privados para los docentes y salas de sesiones para asesorías de trabajos de graduación o cualquier presentación o seminario que se deseara impartir.

En 1980 se agudizó el conflicto armado y la UES sufrió el cierre de su Campus en diversas ocasiones, además de la pérdida y deterioro de equipos de laboratorio, aulas y edificios.

El terremoto de octubre de 1986 dejó inhabilitado el edificio de Ingeniería Industrial, por lo que hubo necesidad de reacomodo del personal de las escuelas de Ingeniería Industrial y Química. Ambas escuelas tuvieron que trasladarse a la tercera planta de la Escuela de Ingeniería Mecánica. El equipo de trabajo de Tecnología Industrial se trasladó al taller de Tecnología Mecánica de la misma escuela. En 1996 se elaboró el proyecto de Reconstrucción del edificio de la escuela. Este proyecto recibió el dictamen favorable para el financiamiento. Este proyecto sirvió de base para la reconstrucción del edificio en el año 2000. Una nueva reforma al plan de estudios surge en 1998, incorporando cambios en requisitos de algunas asignaturas y la introducción de nuevas técnicas electivas.

En noviembre de 2002 se desarrollan en el país los Juegos Centroamericanos y del Caribe, que trajo beneficios a la infraestructura deportiva del país y al Campus de la Universidad. La reconstrucción inicia en el año 2000. Para el 2003, la Escuela de Ingeniería Industrial se beneficia con un edificio adecuado a sus propósitos y con un moderno centro de computación para las actividades de los docentes y alumnos.

En octubre de 2011 es elegido Rector de la UES el entonces Decano de la FIA el Ing. Mario Roberto Nieto Lovo luego de ganar las elecciones con el apoyo de estudiantes y docentes; fueron 48 votos los que obtuvo en la Asamblea General Universitaria (AGU) gracias a los cuales tomó posesión de la rectoría el 28 de octubre de ese año.

La facultad está dividida en escuelas y unidades académicas que poseen la administración de las carreras y las materias impartidas son:

- Arquitectura
- Ingeniería Civil
- Ingeniería Industrial
- Ingeniería Mecánica
- Ingeniería Eléctrica
- Ingeniería Química
- Ingeniería de Alimentos
- Ingeniería de Sistemas Informáticos
- Unidad de Ciencias Básicas
- Unidad de posgrados

### **2.6.1 Antecedentes carrera Ingeniería Mecánica**

La Ingeniería mecánica es la rama de la Ingeniería que, basada en principios científicos, diseña, construye, opera y mantiene en forma eficiente, segura y económica, dispositivos, máquinas e instalaciones mecánicas para la solución de problemas prácticos de beneficio social. Interviene además en procesos industriales, investigaciones, mediciones, supervisión, asesoría consultoría, instalación y reparación de sistemas mecánicos.

El estudiante de la carrera de Ingeniería Mecánica, a través del proceso educativo, tendrá experiencias de aprendizaje de diversa índole tales como: clases expositivas, laboratorios, trabajos de investigación (bibliografía, de campo, etc.), discusiones de problemas, proyectos constructivos, visitas técnicas, formulación de proyectos, acceso a información a través de

internet, correo electrónico, etc. La solución de problemas como parte fundamental del aspecto formativo, conlleva a incorporar y ejecutar en el plan de estudios vigentes metodologías vigentes que se fundamentan en el análisis de las necesidades reales y actuales del país. Se pretende también que el educando desarrolle creatividad y capacidad para adecuar la ciencia y la tecnología a las necesidades del país, fomentar la investigación aplicada.

#### Objetivos de la Carrera

1. Formar Profesionales con capacidad científica, técnica y social que puedan incidir en la transformación de la Sociedad Salvadoreña, orientándola hacia el desarrollo tecnológico, económico y el bienestar social.
2. Proveer el recurso humano capaz de diseñar, construir y mantener dispositivos, máquinas e instalaciones mecánicas y procesos industriales de utilidad a la Sociedad que funcionen de manera eficiente, segura y económica.
3. Desarrollar la capacidad de análisis, para la solución de problemas.
4. Desarrollar la creatividad en el educando a través del Diseño y Construcción de máquinas y mecanismos útiles a la sociedad, tendientes a la generación de tecnología.
5. Potenciar Áreas de desarrollo industrial (Agro industria, Metalmecánica, Recursos Energéticos, etc.), a través de la investigación aplicada.
6. Identificar y coadyuvar a la solución de problemas de la sociedad, que sean de su competencia.
7. Propiciar la formación y desarrollo de valores éticos, morales y culturales.
8. Desarrollar la solidaridad y el compañerismo, indispensable en el trabajo.
9. Concienciar al, educando en la utilización racional de los recursos y la conservación del medio ambiente.
10. Desarrollar la capacidad para adecuar e innovar la tecnología en nuestro país.

#### **Descripción de áreas curriculares de formación**

El currículo de la carrera de Ingeniería Mecánica, comprende 48 asignaturas y un trabajo de graduación y está estructurado en las siguientes áreas de formación: formación básica, formación humanística, formación orientada en Ingeniería Mecánica.

La formación básica, comprende los primeros años de carrera y en ella se capacita al estudiante en las áreas de física, matemática, análisis gráfico, etc. Se proporciona capacitación metodológica en aspectos de investigación y planteamiento de problemas.

La formación humanística-social se orienta al estudio de la realización socio-económica del país. Se vincula al educando con dicha realidad; a través de trabajos de investigación y trabajo comunitario. La formación en ciencias de la Ingeniería proporciona los aspectos cognoscitivos y metodológicos de carácter general en Ingeniería. En esa área se estudian asignaturas tales como: Mecánica de los Fluidos, Termodinámica, Resistencia de Materiales, Procesos de Fabricación, etc. La formación profesional orientada en Ingeniería Mecánica hasta la formación específica. Existen cuatro grandes áreas de formación profesional en Ingeniería Mecánica: Materiales, Procesos de Fabricación, Sistemas Fluidomecánicos, Sistemas Termomecánicos y Diseño y Análisis de Máquinas.

## **2.7 Reseña Histórica de la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador**

Bienestar Universitario inició como Clínica de Bienestar Estudiantil en 1964. Sus actividades estaban dirigidas a la atención curativa, en especial a los estudiantes, también se atendía al trabajador universitario. Luego de la creación del Sistema de Seguridad Social Universitario, el personal administrativo dejó de ser atendido para ser acogidos bajo este sistema de seguridad social en la Unidad de Salud de la Facultad de Medicina.

El Campus de la Universidad fue intervenido militarmente en julio de 1972 y se prolongó hasta finales de 1973, sin embargo la clínica comenzó a funcionar en el ala sur de la facultad de medicina, con un personal constituido por un médico, una ordenanza y una señorita que hacía las veces de enfermera.

En 1978, se formó la Clínica de Bienestar Universitario para atender a la población Universitaria. Se contaba en ese momento con dos médicos generales, un gastroenterólogo, un gineco-obstetra, un psicólogo, una secretaria, una enfermera graduada de la escuela de enfermería y una ordenanza. Para ese período Director de la Clínica de Bienestar Universitario era el Doctor Vitelio Rodríguez Hernández.

El 13 de septiembre de 1979 el Rector en funciones, inauguró el Centro de Salud Universitario ubicado frente a la entrada Nor-Oriente de la Ciudad Universitaria, situada entre la Facultad de Química y Farmacia y el edificio de la Editorial Universitaria, el cual entraría en funciones el primero de octubre de 1979 y en donde funciona hasta la fecha.

Bienestar Universitario, surge como una necesidad de salud integral de la población estudiantil y en sus inicios todos sus servicios eran gratuitos, pero de esta forma el personal, materiales y equipo no cumplían con la demanda que se presentaba, fue así como surge la idea de cobrar un colón (\$0.12) por consulta o servicio brindado desde 1993, lo que servía para la compra de material y equipo de las diferentes áreas del Centro de Salud de Bienestar Universitario. Actualmente la colaboración por consulta general es de \$0.57 centavos de dólar, \$2.86 por consulta de especialidad y \$1.14 por tratamiento.

Para el año 2000 aproximadamente se implementaron nuevos servicios, a partir de ese momento Bienestar Universitario se ha ido desarrollando a gran escala. En la actualidad sus actividades siguen dirigidas a la atención curativa, ofreciendo diversas especialidades y servicio paramédicos, contando también con un laboratorio clínico, dando una atención a estudiantes, docentes y trabajadores. Algunas de sus especialidades son atendidas fuera del Centro Universitario por médicos que facilitan sus clínicas y equipos, entre ellas se mencionan: Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología.

La Unidad de Bienestar Universitario, brinda atención médica primaria especialmente para los estudiantes, ofrece además campañas de educación sexual por todo el campus universitario entre otros beneficios.

A partir del año 2007 se han ampliado los servicios en diferentes áreas, como la creación de una Clínica de Atención al Deportista ubicada en el polideportivo del Campus Central. Beneficiando a los deportistas oficiales como aficionados que practican diversas actividades deportivas dentro de la comunidad universitaria, brindando atención en las ramas de fisioterapia, consulta de atención al deportista y nutrición.

En 2008 surge Salud Integral para la mujer, con un enfoque exclusivo a los problemas relacionados a la salud y bienestar dentro de la Universidad, a finales de ese mismo año, se crea la Unidad de Trabajo Social, enfocando sus objetivos en facilitar la atención a los deportistas,

estudiantes becarios, estudiantes de elencos artísticos, atenciones de casos especiales y emergencias clínicas.

En marzo de 2009 se inauguró la Clínica de Bienestar Universitario de la Facultad Multidisciplinaria de Oriente. Y en Septiembre del mismo año, el Director gestiona brindar atención a la población universitaria a través del programa “Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH Sida (SUMEVE) con el objetivo de brindar consejerías en educación y prevención del VIH – SIDA y a la vez realizar pruebas completamente gratis.

El 06 de septiembre de 2010 fue aprobado por el Consejo Superior Universitario, el proyecto denominado “Refundación y propuesta de administración del Comedor Universitario”. Iniciando su funcionamiento el mes de marzo de 2011. En la actualidad el centro de salud cuenta con una directora en Bienestar Universitario que promueve, ayuda en las actividades y servicios asimismo, orientar a los trabajadores que laboran en la institución.

## **2.8 Términos Básicos u Operativos**

### ***Androcentrismo:***

Visión del mundo y de las cosas, desde el punto de vista teórico y del conocimiento, en la que los hombres son el centro y la medida de todas ellas, ocultando y haciendo invisible todo lo demás, entre ellas las aportaciones y contribuciones de las mujeres a la sociedad. Una visión androcéntrica presupone que la experiencia masculina sería "la universal", la principal, la referencia o representación de la humanidad, obviando la experiencia femenina

### ***Dicotomismo Sexual:***

Consiste en tratar a los sexos como diametralmente opuestos y no con características semejantes. Podría considerarse como una forma extrema del doble patrón. Se trata a las mujeres y a los hombres como si fueran absolutamente diferentes, en lugar de tratarlos como dos grupos que tienen muchas semejanzas y algunas diferencias

### ***División sexual del trabajo:***

División del trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres, tanto en la vida privada como en la pública, en función de los roles que tradicionalmente se les ha asignado

### ***Enfoque de género:***

Es la visión que tienen los hombres y la visión que tienen las mujeres ante un mismo hecho, lo que determina una interpretación diferente entre unos y otras

### ***Espacio Doméstico:***

Se identifica con el ámbito reproductivo, con el espacio de la "inactividad" donde tiene lugar la crianza, los afectos y el cuidado de las personas dependientes, es decir, donde se cubren las necesidades personales. En este espacio es donde se ha colocado tradicionalmente a las mujeres.

### ***Espacio Público:***

Se identifica con el ámbito productivo, con el espacio de la actividad, donde tiene lugar la vida laboral, social, política, económica; es el lugar de participación en la sociedad y del reconocimiento. En este espacio es donde se han colocado los hombres tradicionalmente.



**Espacio Privado:**

Es el espacio y el tiempo propio que no se dona a otras personas, que se procura para sí mismas, alejadas del espacio doméstico o del público. Como señala Soledad Murillo: "Es el lugar del tiempo singular, de lo propio, la condición de estar consigo mismo de manera crítica y reflexiva, es el culto a la individualidad y responde a la cualidad de ocuparse de sí mismo". Esta autora ha puesto de manifiesto cómo la privacidad es una parcela de la que disfrutaban principalmente los hombres y que en el caso de las mujeres tiende a confundirse con lo doméstico, hurtándoles ese espacio para sí.

**Feminidad:**

Conjunto de características y comportamientos, que suponemos o creemos propios de una mujer. Lo femenino se aprende no se trae por naturaleza. La sociedad establece las características de lo que debe ser femenino.

**Genero:**

Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetua las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

**Identidad de Género:**

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo.

**Identidad Sexual:**

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona.

**Igualdad de género:**

Se da cuando mujeres y hombres tienen el mismo estatus, derechos y responsabilidades, cuando no importa ser mujer u hombre para gozar de todos y cada uno de los derechos humanos.

**Machismo:**

Es el hecho, costumbre o fenómeno social y cultural que resalta la hombría y la prepotencia de los hombres sobre las mujeres en todos los campos de la vida: social, laboral y afectiva. El machismo divide a las personas en inferiores o superiores según su sexo.

**Masculinidad:**

Es el conjunto de actitudes, valores y comportamientos considerados socialmente aptos para hombres y en el cual los hombres encuentran su sentido individual y colectivo frente a la sociedad y frente a sí mismos. Intenta procurar la asignación de un solo modelo genérico para todos los hombres.

**Orientación Sexual:**

Es una expresión que se usa para referirse a la atracción física, biológica y sexual que el ser vivo tiene desde el momento de su concepción.

**Rol de Género:**

Es el papel que toca cumplir a cada ser humano como hombres y mujeres según lo indica y espera la sociedad. Conductas aprendidas en una sociedad o comunidad determinada que condicionan la división del trabajo en el sistema de producción - en otras palabras, cuáles actividades.

**Patriarcado:**

Es el poder de los padres: un sistema familiar, social, ideológico y político mediante el cual los hombres, por la fuerza, usando la presión directa o por medio de símbolos, ritos, tradiciones, leyes, educación, el imaginario popular o inconsciente colectivo, la maternidad forzada, la heterosexualidad obligatoria, la división sexual del trabajo y la historia robada, determinan qué funciones podemos o no desempeñar las mujeres, siempre está subordinado al grupo, casta o

clase compuesto por hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder, hasta mucho poder, como las reinas o primeras ministras o, que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder.

### **Perspectiva de Género:**

Herramienta de análisis que nos permite identificar las diferencias entre hombres y mujeres para establecer acciones tendientes a promover situaciones de equidad.

El uso de la perspectiva de género nos permitirá: En primer lugar, entender de manera nueva los viejos problemas. Ubicar los problemas en esferas diferentes. Comprendemos que existe una asimetría fundamental entre los géneros, asimetría que se concreta en uso y utilización del poder. Entender que esta situación es un hecho cultural, por tanto puede y debe ser cambiado. Sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlos en el terreno simbólico, es decir, el llorar, el ser maternal, el proveer, no son biológicos, son valores asignados (simbólicos) a los sexos.

### **Transversalidad:**

Integrar la perspectiva de género en el conjunto de políticas. Integrar sistemáticamente las situaciones, prioridades y necesidades respectivas de mujeres y hombres en todas las políticas, con vistas a promover la igualdad entre hombres y mujeres y recurrir a todas las políticas y medidas generales con el fin específico de lograr la igualdad.

## **Capítulo III**

### **3. Diseño Metodológico**

#### **3.1 Tipo de Estudio**

##### **3.1.1 De acuerdo a la profundidad de análisis:**

###### **Descriptivo:**

Ya que se buscó identificar los elementos de masculinidad tradicional que se relacionan con el problema. Con esta investigación se determinó cuáles son los elementos de masculinidad tradicional que influyen en la no utilización de los servicios de salud.

##### **3.1.2 Tipo de estudio de acuerdo al tiempo.**

Transversal, según el tiempo en que se recopiló la información el estudio, ya que no existe continuidad en el eje de tiempo en que se toman los datos

#### **3.2 Población**

Estuvo constituido por 350 estudiantes de sexo masculino, que equivale al total inscritos en la Carrera de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador en el periodo del ciclo II/2017.

#### **3.3 Muestra**

La muestra estuvo constituida por 35 estudiantes de sexo masculino, que equivale al 10% de estudiantes inscritos en la Carrera de Ingeniería Mecánica en el periodo II 2017.

##### **3.3.1 Criterios de Inclusión**

Se seleccionaron únicamente estudiantes de sexo masculino que en el momento cursaban de tercero a quinto año de la carrera.

#### **3.4 Unidad de Análisis**

Estudiantes de sexo masculino que se encontraban inscritos en ciclo II 2017 en la Carrera de Ingeniería Mecánica de Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador.

### **3.5 Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Información**

#### **•Técnica:**

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la encuesta.

#### **•Instrumento**

Se utilizó un cuestionario que contenía preguntas cerradas con opciones múltiples. A sí mismo para la formulación de preguntas se utilizó el Método de Likert que permitirá la medición escala de valores y facilitara la medición de las variables en estudio.

#### **•Procedimiento**

Las encuestas se llevaron a cabo en las instalaciones de la Escuela de Ingeniería Mecánica, durante horarios programados previamente por lo que fue indispensable la coordinación con la dirección de la carrera. Con el objetivo de enriquecer las investigación se realizaron encuestas a estudiantes que se encontraban en distinto nivel académico, para esto fue necesario contar con la participación de alumnos que estaban cursando tercero cuarto y quinto año de la carrera. La muestra de estudiantes fue tomada al azar pero fue proporcional a la cantidad de alumnos que se encontraban cursando cada año académico. La muestra estuvo estratificada de la siguiente forma:

Tercer Año: 16

Cuarto Año: 9

Quinto Año: 10

Para facilitar la captación de estudiantes las encuestas se realizaron de manera simultánea a cada grupo y también se establecieron previamente los horarios en que serán desarrolladas por lo que fue necesario contar con el aporte de encuestadores que estaban previamente capacitados.

### **3.6 Plan de Validación de Instrumentos**

Con el objetivo de dar validez al instrumento, antes de realizar las encuestas a la población en estudio, se hizo una prueba piloto dirigida a estudiantes de la carrera de Ingeniería Eléctrica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador. En esta prueba piloto se tomó una muestra de 5 estudiantes de tercer año, para lo que se solicitó el apoyo del director de dicha carrera

### **3.7 Plan De Análisis y Procesamiento de la Información**

.Después de haber recolectado la información se procedió a la depuración de los instrumentos y al vaciado de los datos. Para facilitar el procesamiento de la información se utilizó los programas operativos Epi Info y Excel, que permitieron establecer la frecuencia y porcentajes de resultados y a partir de esto se desarrollara el análisis de las variables en estudio.

La presentación de resultados se realizó a través de tablas de contingencia y gráficos pastel, por lo que se utilizó el programa Microsoft Power Point.

### 3.8 Operativización de Variables

Variable	Definición Operativa	Dimensión	Indicador
<p>Determinantes de Masculinidad Tradicional en estudiantes de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura que influyen en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaría de Bienestar Universitario.</p>	<p>Conjunto de elementos que conforman el paradigma de masculinidad tradicional y que en su práctica influyen en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaría de Bienestar Universitario.</p>	<p>Características Sociodemográficas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Estado Civil</li> <li>• Afiliación Religiosa</li> </ul>
		<p>Auto concepto de Masculinidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Susceptibilidad Percibida</li> <li>• Gravedad Percibida</li> <li>• Beneficios percibidos.</li> <li>• Barreras Percibidas</li> <li>• Estímulos para la acción</li> </ul>
		<p>Rol de Genero</p>	
		<p>Identidad Sexual Masculina</p>	

Variable	Definición Operativa	Dimensión	Indicador
		<p>Servicios de Salud que brinda el Centro de Salud de la Secretaría de Bienestar Universitario</p>	<p>Conocimientos sobre los servicios de salud</p> <hr/> <p>Uso de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia</li> <li>• Tipo de Servicios utilizados</li> <li>• Uso de Otros establecimientos de Salud:</li> </ul> <hr/> <p>Barreras percibidas para no utilizar los servicios de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> <li>• Accesibilidad geográfica</li> </ul> <hr/> <p>Beneficios percibidos de los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de usar los servicios de Salud</li> </ul>



## CAPITULO IV

### 4. Presentación y Análisis de Resultados

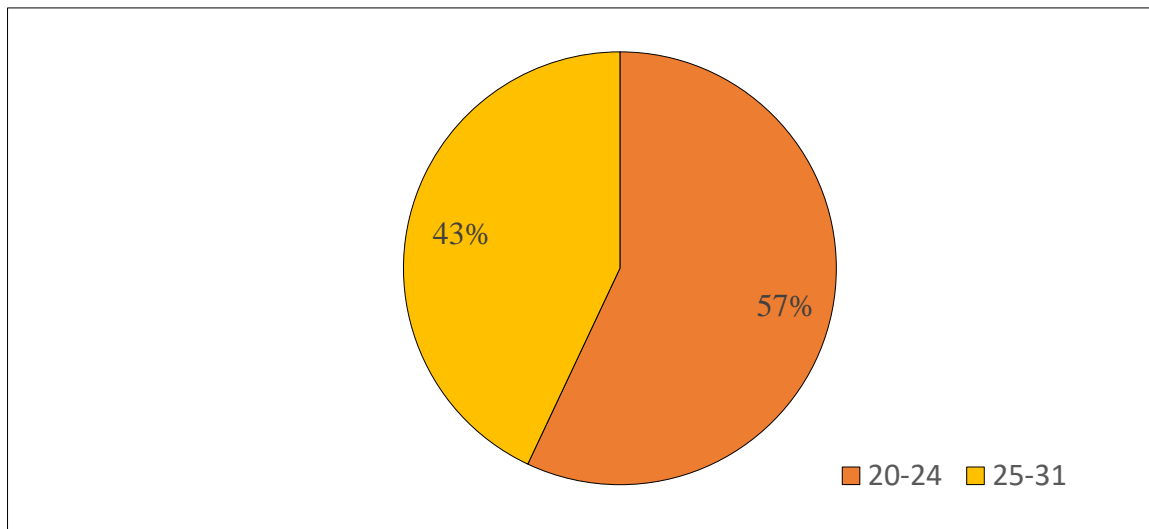
#### 4.1 Presentación de Resultados

##### 4.1.1 Características Sociodemográficas de los estudiantes que participaron en la investigación

**Tabla 1: Edad**

Rangos de Edad	Fa	%
20-24	23	57%
25-31	12	43%
Total	35	100

**Grafico 1: Edad**

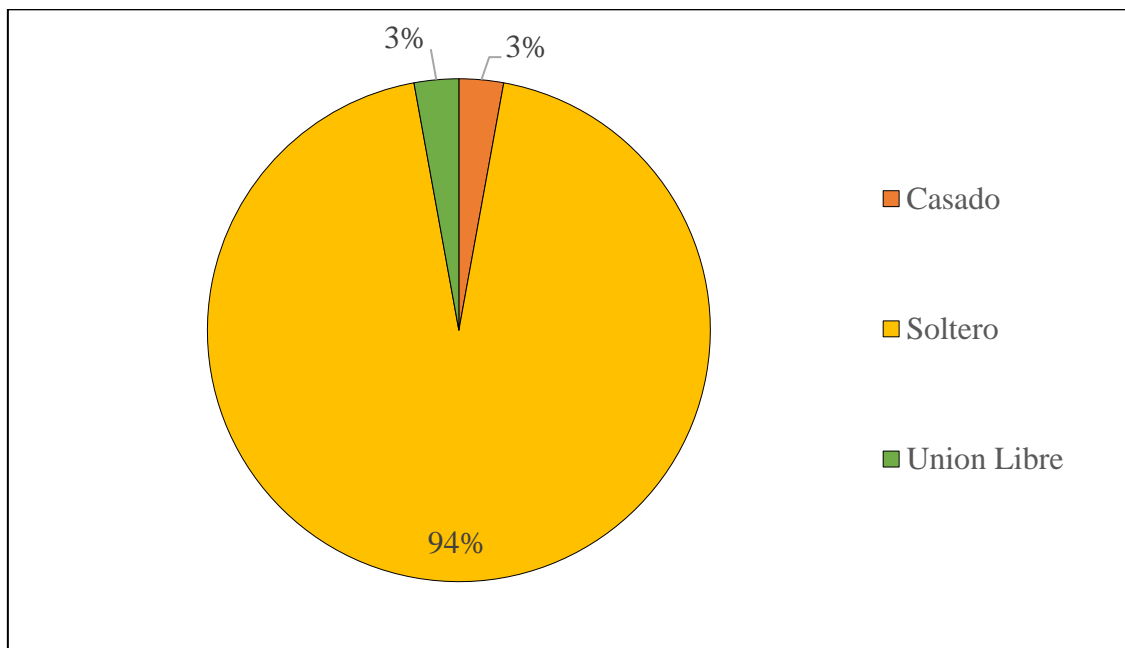


En el gráfico 1 se refleja que las edades de los estudiantes encuestados oscilan entre 20 y 31 años. También la misma tabla demuestra que el 57% de los encuestados tienen entre 20-24 años de edad y que el 43% restante tienen entre 25 y 31 años.

**Tabla 2: Estado Civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>FA</b>	<b>%</b>
Casado	1	3%
Soltero	33	94%
Unión Libre	1	3%
Total	35	100%

**Grafico 2: Estado Civil**

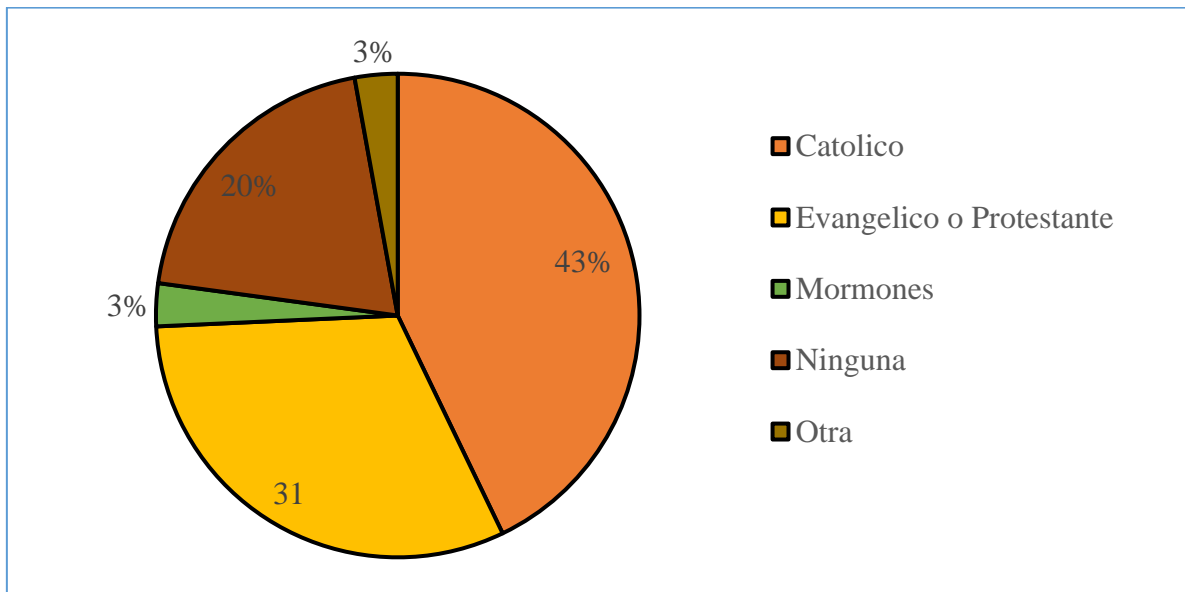


En cuanto al estado civil de los encuestados, los resultados demostraron que el 94% de los estudiantes afirmaron estar solteros; el 3% dijo estar en unión libre y solamente el 3% afirmo estar casado.

**Tabla 3: Afiliación Religiosa**

<b>Afiliación Religiosa</b>	<b>FA</b>	<b>%</b>
Católico	15	43%
Evangélico o Protestante	11	31%
Mormones	1	3%
Ninguna	7	20%
Otra	1	3%
Total	35	100%

**Grafico 3: Afiliación Religiosa**



Con relación a la afiliación religiosa en el presente grafico se demuestra que el 43% de los estudiantes expresaron pertenecer a la religión católica; el 31% afirmaron ser evangélicos y únicamente el 20% dijo no poseer ninguna afiliación religiosa.

#### 4.1.2 Auto Concepto de Masculinidad

**Tabla 4: Características que describen mejor al hombre de acuerdo a la opinión de los participantes**

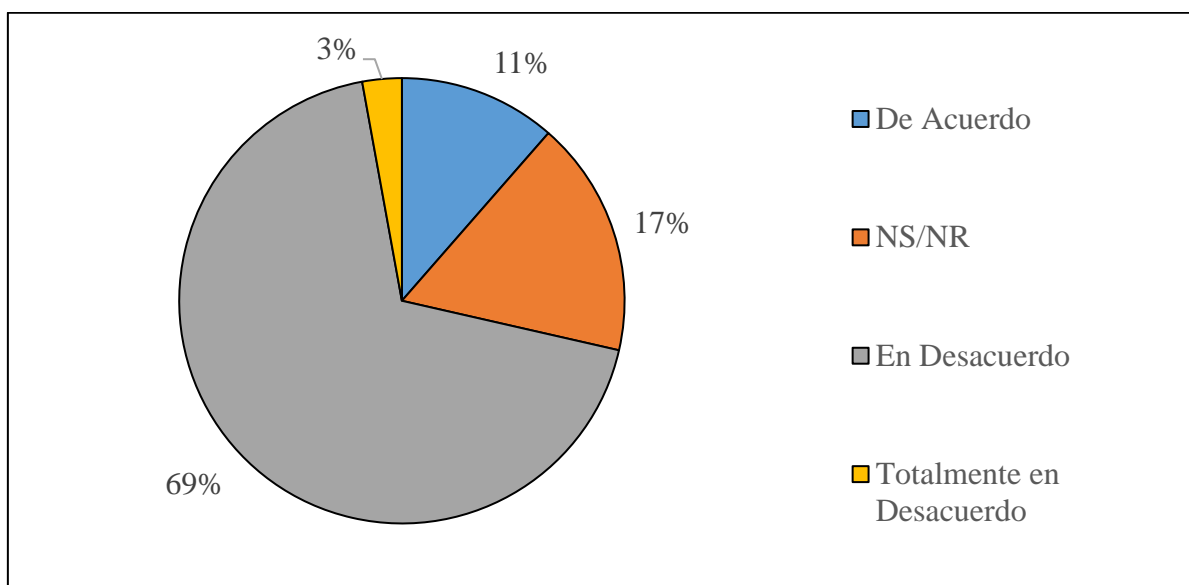
Características que describen mejor al hombre	Fa	%
Trabajador	31	88.57%
Responsable	30	85.71%
Inteligente	24	68.57%
fuerte	24	68.57%
Con buenos sentimientos	22	62.85%
Jefe del hogar	21	60%
Valiente	20	57.14%
Conciencia Social	19	54.28%
Heterosexual	19	54.28%
Luchador	18	51.42%
Gentil	17	48.57%
Sensible	13	37.14%
Con habilidades numericas	11	31.42%
Rudo	11	31.42%
Pasivo	7	20%
Macho	6	17.14%
Mujeriego	3	8.57%
Irresponsable con los hijos	2	5.71%

En cuanto a las características que describen mejor al hombre los datos reflejaron que las características seleccionadas con mayor frecuencia por los estudiantes encuestados son: Trabajador, responsable, inteligente, fuerte, con buenos sentimientos, jefe del hogar, valiente, con conciencia social y heterosexual. A si mismo los datos indicaron que la característica de trabajador elegida por el 88.57% de los estudiantes es la seleccionada con más frecuencia y la característica de irresponsable con los hijos como la de menor selección con el 5.71%.

**Tabla 5: Creencia acerca de que los hombres cuidan mejor su salud que las mujeres.**

<b>Creo que los hombres cuidan mejor su salud que las mujeres</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Totalmente de Acuerdo	<b>0</b>	<b>0</b>
De Acuerdo	4	11%
NS/NR	6	17%
En Desacuerdo	24	69%
Totalmente en Desacuerdo	1	3%
Total	35	100%

**Grafico 5: Creencia acerca de que los hombres cuidan mejor su salud que las mujeres.**

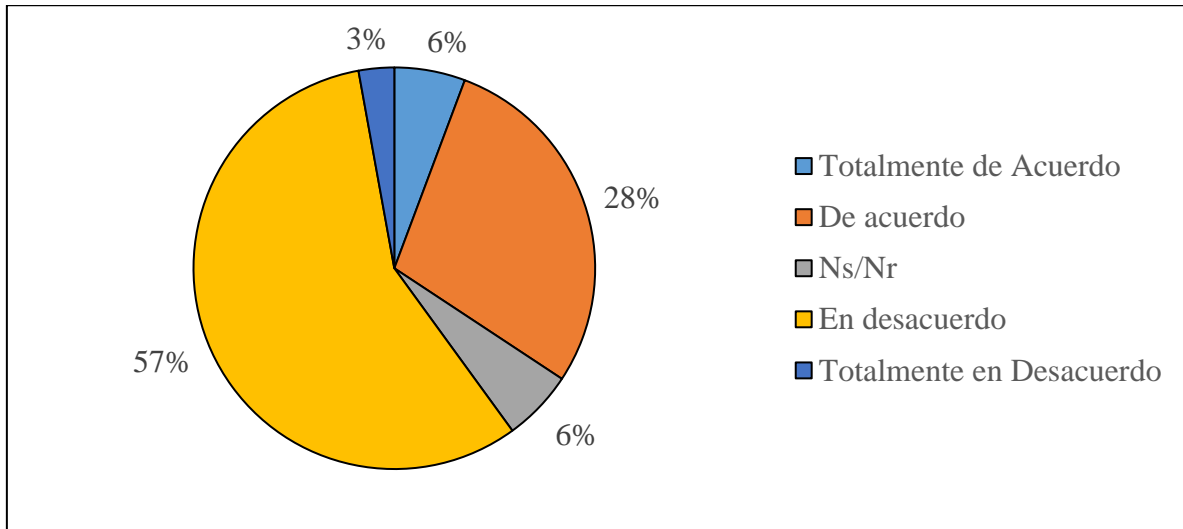


Con relación a la creencia de que los hombres cuidan de mejor de su salud que las mujeres el 69% de los encuestados dijo estar en desacuerdo con dicha afirmación, mientras que el 17% prefirió mantenerse neutral y no opinar sobre este tema y el 11% dijo estar de acuerdo con esta creencia.

**Tabla 6. Creencia acerca de que los hombres se enferman con menos frecuencia que las mujeres y por lo tanto utilizan poco los servicios de salud.**

<b>Creo que los hombres tienden a enfermarse menos que las mujeres y por eso utilizan poco los servicios de salud</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	2	6%
<b>De acuerdo</b>	10	28%
<b>Ns/Nr</b>	2	6%
<b>En desacuerdo</b>	20	57%
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	1	3%
<b>Total</b>	35	100

**Grafico 6. Creencia acerca de que los hombres se enferman con menos frecuencia que las mujeres y por lo tanto utilizan poco los servicios de salud.**

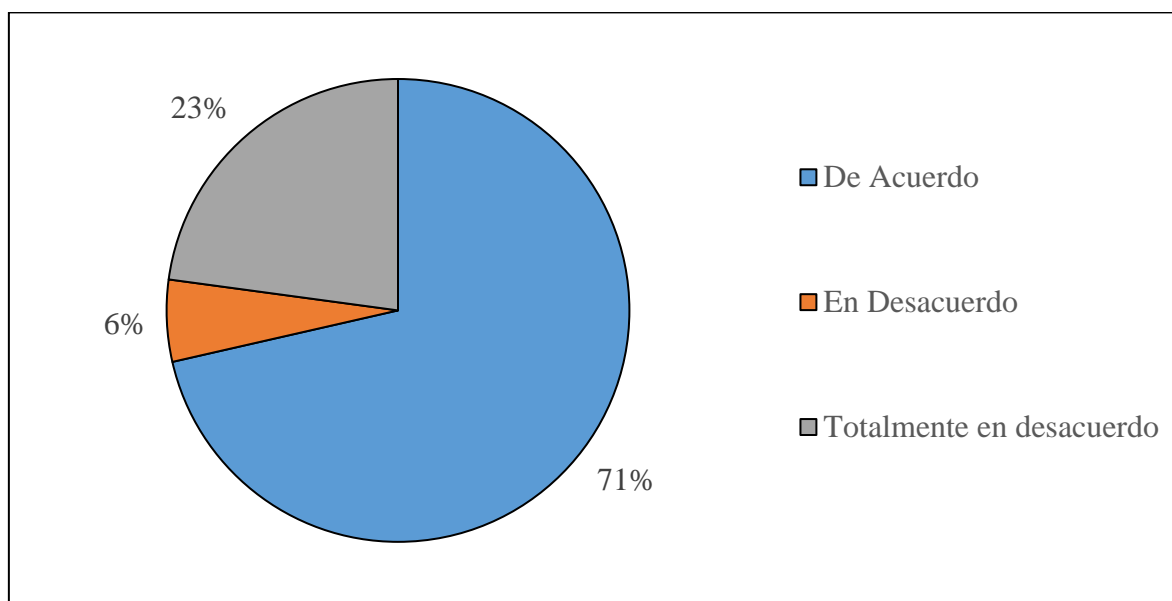


En el presente gráfico se demuestra que el 57% de los encuestados dijo estar en desacuerdo con la afirmación de que los hombres se enferman con menor frecuencia que las mujeres y por lo tanto utilizan poco los servicios de salud. El 28% afirmó estar de acuerdo y el 6% se mantuvo neutral.

**Tabla 7. Creencia asociada a que los hombres no buscan atención médica inmediata cuando están enfermos.**

<b>Creo que la mayoría de hombres no buscan atención médica inmediata cuando están enfermos.</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>De Acuerdo</b>	25	71%
<b>Ns/nr</b>	0	0%
<b>En Desacuerdo</b>	2	6%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	23%
<b>Total</b>	35	100%

**Grafico 7. Creencia asociada a que los hombres no buscan atención médica inmediata cuando están enfermos.**

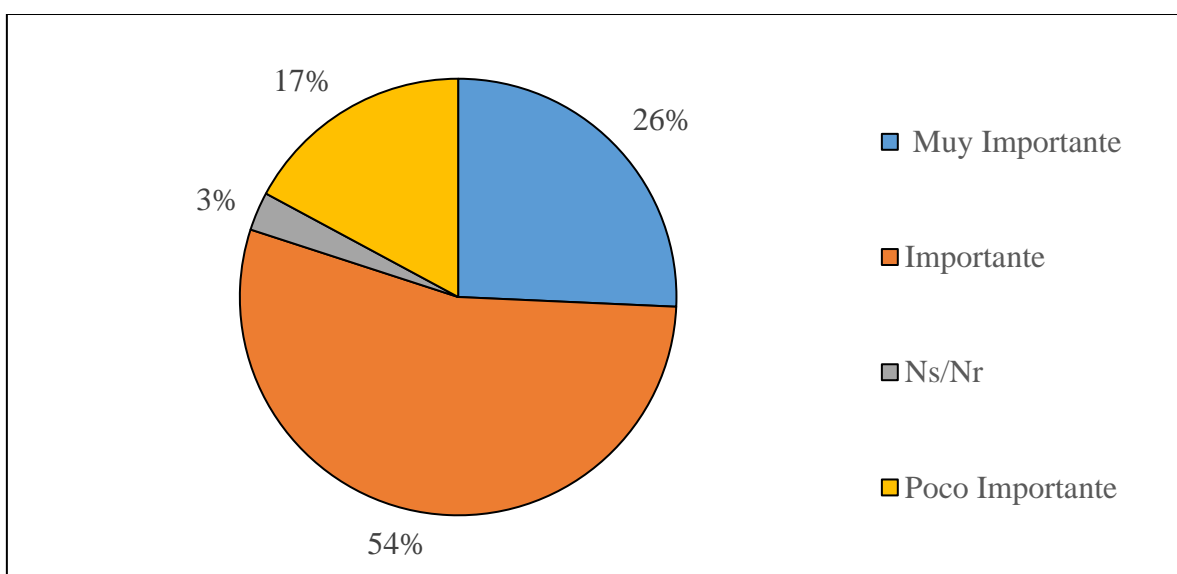


Con relación a que los hombres no buscan atención médica inmediata cuando están enfermos, los resultados demostraron que el 71% de los encuestados expreso estar de acuerdo con tal afirmación, mientras que el 23% dijo estar totalmente de acuerdo. Sin embargo el 6% restante expreso estar en desacuerdo con esta afirmación.

**Tabla 8. Importancia de que los hombres se realicen chequeos médicos rutinarios.**

Que los hombres se realicen chequeos médicos rutinarios lo considero	Fa	%
Muy Importante	9	26%
Importante	19	54%
Ns/Nr	1	3%
Poco Importante	6	17%
Nada Importante	0	0%
Total	35	100%

**Grafico 8: Importancia de que los hombres se realicen chequeos médicos rutinarios.**



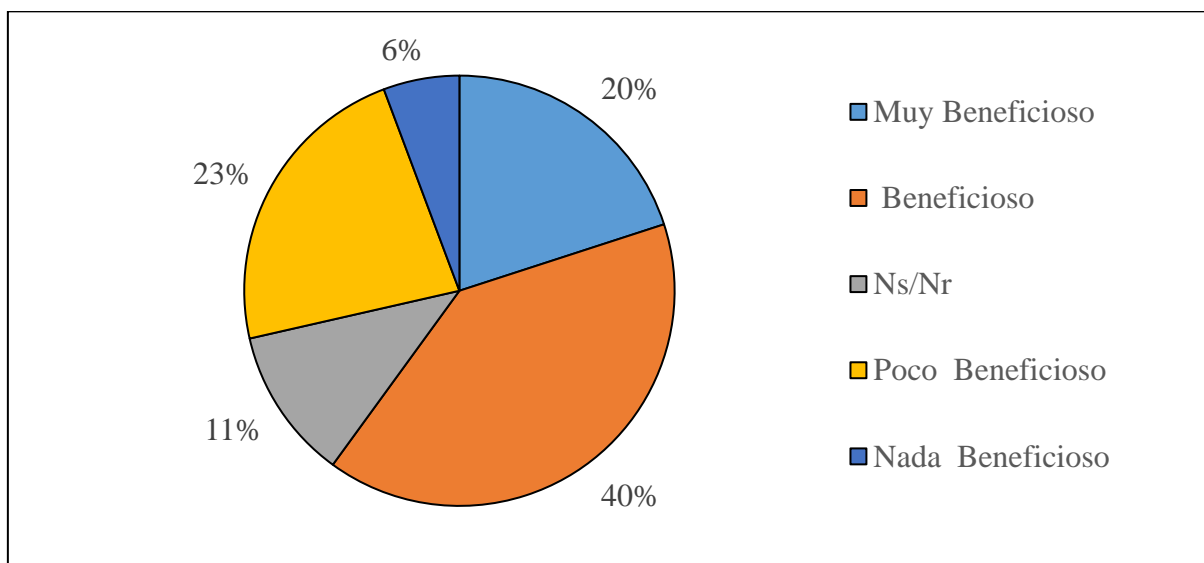
En el presente grafico se muestra que el 54% de los encuestados considera importante que los hombres se realicen chequeos médicos rutinarios y que el 26% lo valora como muy importante. A sí mismo el 17% lo consideran poco importante, mientras que solamente el 3% se abstuvieron de responder.



**Tabla 9. Percepción de beneficio asociada a que los hombres reciban atención profesional al sentir stress ansiedad o tristeza.**

<b>Que los hombres reciban atención profesional cuando sienten tristeza, depresión o estrés lo considero.</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Muy Beneficioso</b>	7	20%
<b>Beneficioso</b>	14	40%
<b>Ns/Nr</b>	4	11%
<b>Poco Beneficioso</b>	8	23%
<b>Nada Beneficioso</b>	2	6%
<b>Total</b>	35	100%

**Grafico 9. Percepción de beneficio asociada a que los hombres reciban atención profesional al sentir stress ansiedad o tristeza.**

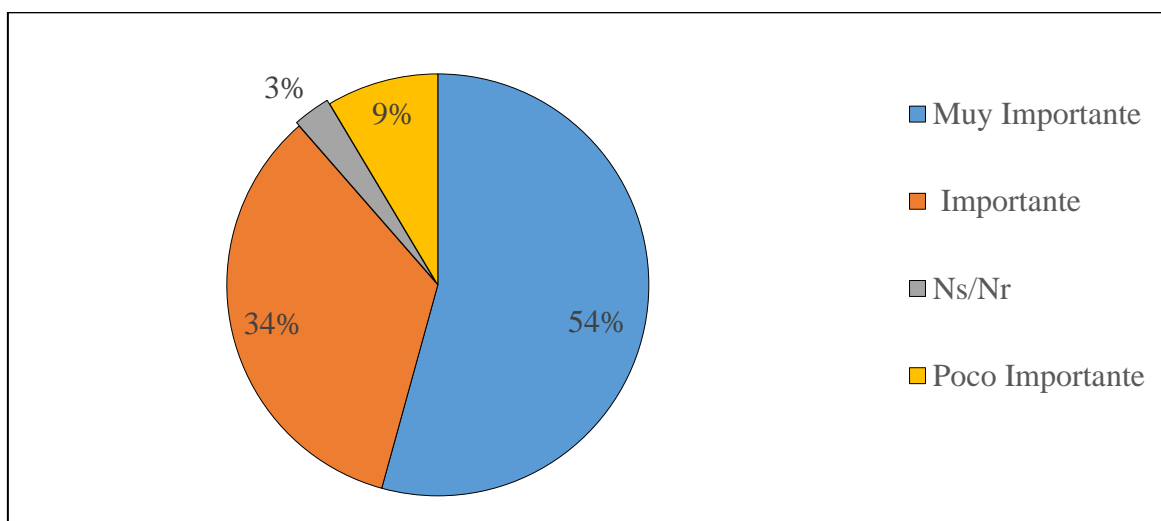


En el grafico se muestra que el 40% de los encuestados considera que es beneficioso que los hombres reciban atención profesional al sentir stress, ansiedad o tristeza. El 23% lo consideran poco beneficioso y solamente el 20% lo percibe como muy beneficioso.

**Tabla 10: Valoración acerca de la importancia de que los hombres busquen información sobre métodos de planificación familiar**

<b>Que los hombres busquen información sobre métodos de planificación familiar lo considero:</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Muy Importante</b>	19	54%
<b>Importante</b>	12	34%
<b>Ns/Nr</b>	1	3%
<b>Poco Importante</b>	3	9%
<b>Nada Importante</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	35	100%

**Gráfico 10: Valoración acerca de la importancia de que los hombres busquen información sobre métodos de planificación familiar**

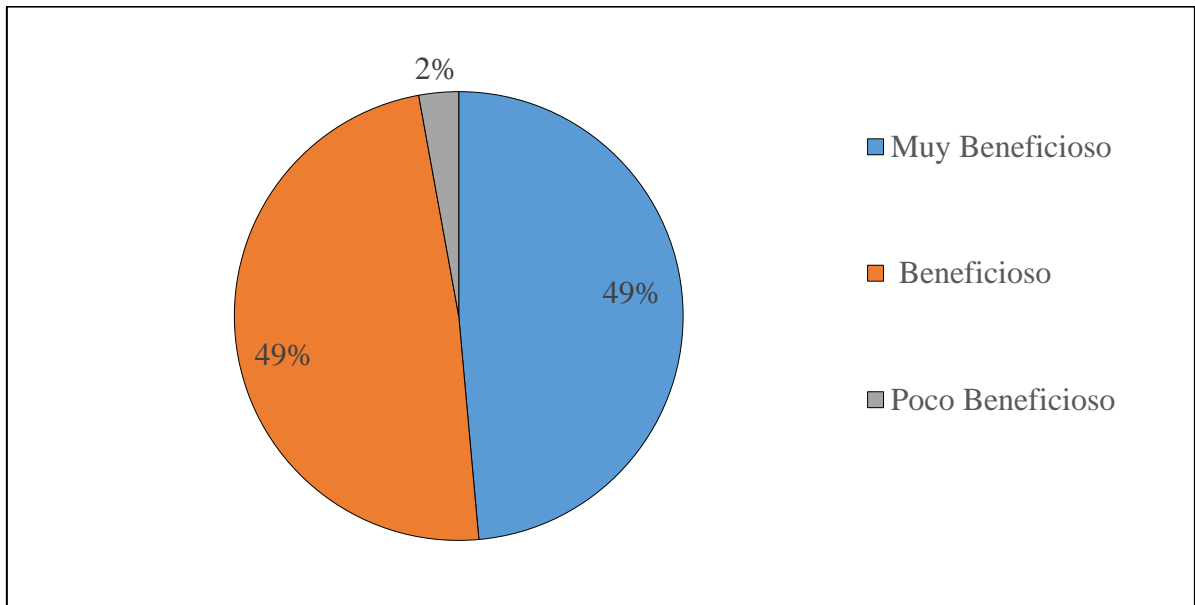


En el presente gráfico se muestra que el 54% de los encuestados valora como muy importante que los hombres busquen información de métodos de planificación familiar y que el 34% lo considera importante. A su mismo estos resultados demuestran que solamente el 9% de los cree que es poco importante que los hombres busquen dicha información.

**Tabla 11: Percepción de beneficio asociada a que los hombres conozcan su estado nutricional**

Que los hombres conozcan su estado nutricional me parece	Fa	%
Muy Beneficioso	17	49%
Beneficioso	17	49%
Ns/nr	0	0%
Poco Beneficioso	1	2%
Nada Beneficioso	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Tabla 11: Percepción de beneficio asociada a que los hombres conozcan su estado nutricional**

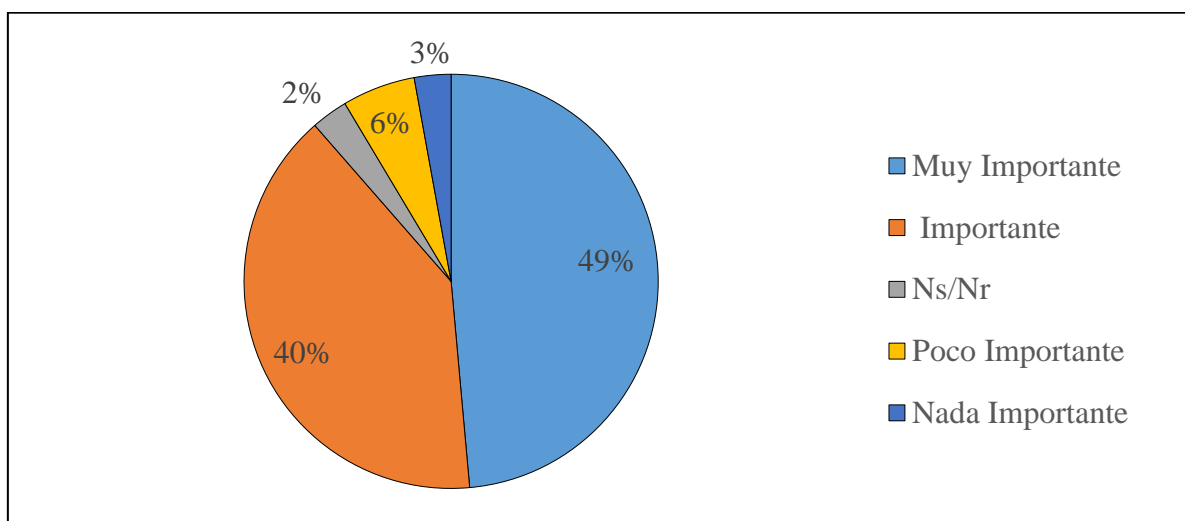


El presente grafico refleja que el 49% de los estudiantes encuestados percibe que es muy beneficioso que los hombres conozcan su estado nutricional y que el otro 49% lo considera como beneficioso. A si mismo estos datos muestran que solamente el 2% lo percibe como poco beneficioso.

**Tabla 12: Valoración acerca de la importancia de que los hombres se hagan la prueba de VIH de forma rutinaria**

Que los hombres se hagan la prueba de VIH de forma rutinaria me parece	Fa	%
Muy Importante	17	49%
Importante	14	40%
Ns/Nr	1	2%
Poco Importante	2	6%
Nada Importante	1	3%
Total	35	100%

**Grafico 12: Valoración acerca de la importancia de que los hombres se hagan la prueba de VIH de forma rutinaria**

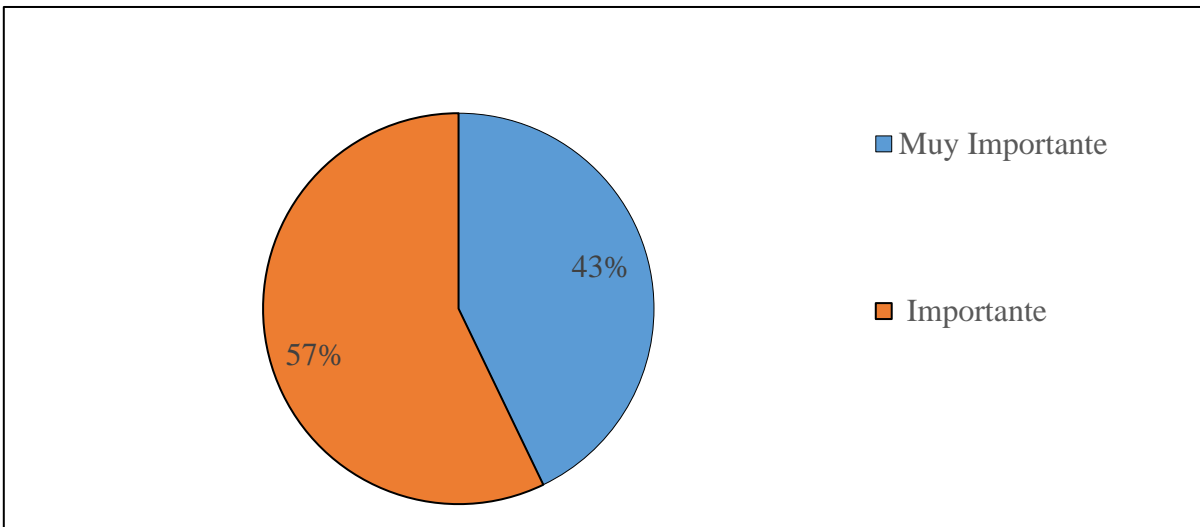


Con relación a la valoración de importancia de que los hombres se hagan la prueba de VIH de forma rutinaria los datos reflejaron que el 49% de los encuestados lo valora como muy importante y que el 40% lo considera importante. Así mismo los datos muestran que el 6% lo consideran como poco importante.

**Tabla 13: Valoración acerca de la importancia de que los hombres se integren a grupos de apoyo.**

<b>Que los hombres se integren a grupos de apoyo cuando tienen problemas de adicción al alcohol u otras sustancias lo considero</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Muy Importante	15	43%
Importante	20	57%
Ns/nr	0	0%
Poco Importante	0	0%
Nada Importante	0	0%
Total	35	100%

**Grafico 13: Valoración acerca de la importancia de que los hombres se integren a grupos de apoyo cuando tienen problemas de alcoholismo o drogodependencia.**

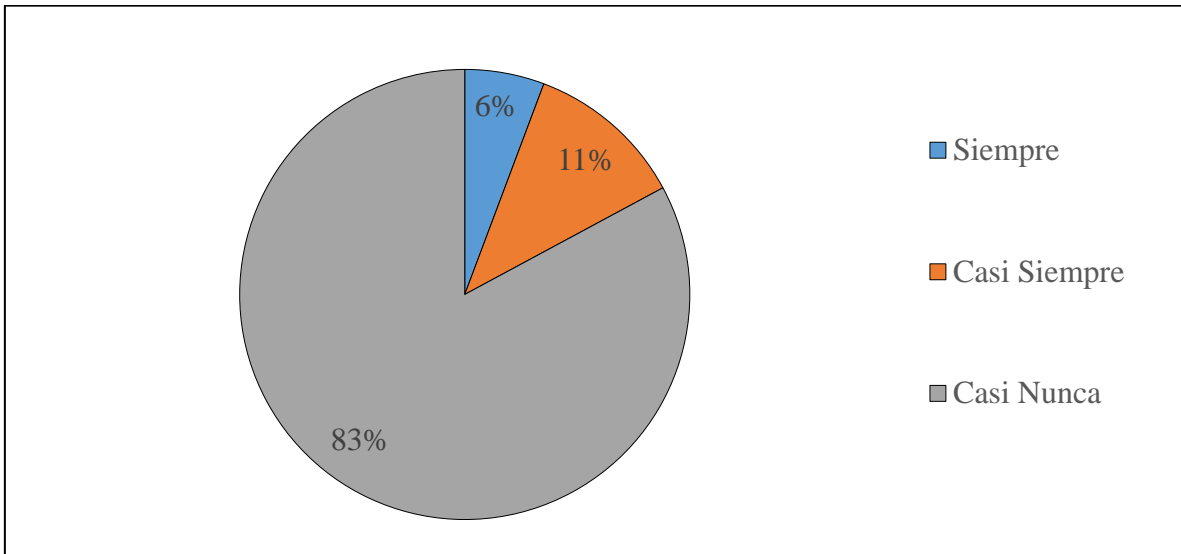


Con relación a la valoración de importancia de que los hombres se integren a grupos de apoyo cuando tienen problemas de alcoholismo o drogodependencia el 57% de los encuestados lo considera importante y el 43% lo valora como muy importante.

**Tabla 14: Frecuencia con la que los participantes buscan atención médica inmediata cuando se enferman**

Usted busca atención médica inmediata, cuando se enferma	Fa	%
Siempre	2	6%
Casi Siempre	4	11%
Ns/Nr	0	0%
Casi Nunca	29	83%
Nunca	0	0%
Total	35	100%

**Grafico 14: Frecuencia con la que los participantes buscan atención médica inmediata cuando se enferman**

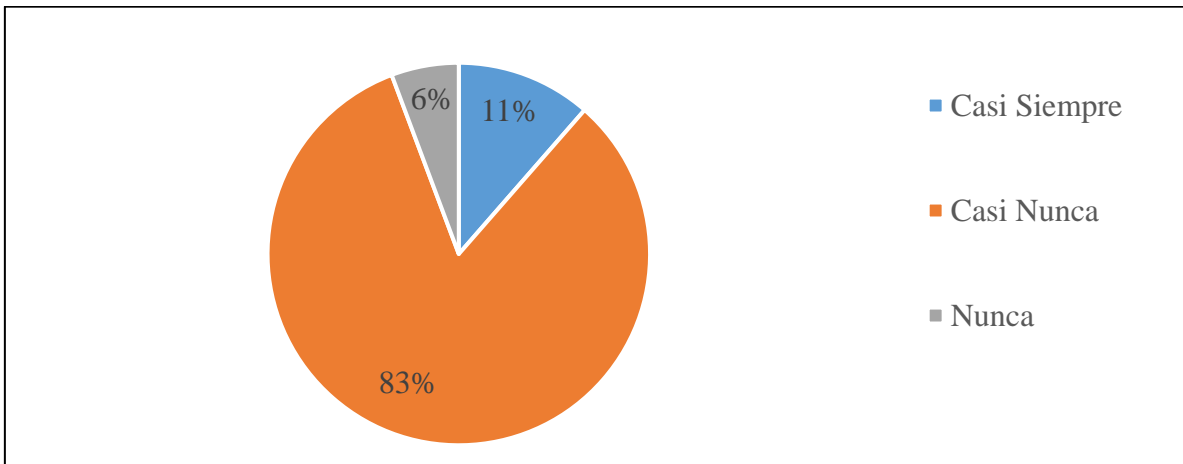


En el presente grafico se muestra que el 83% de los estudiantes expresaron que casi nunca buscan atención médica inmediata cuando se enferman. El 11% afirmaron que casi siempre buscan dicha atención y solamente el 6% restante dijeron que siempre lo hacen.

**Tabla 15: Frecuencia con la que los participantes se realizan chequeos médicos rutinarios.**

<b>Usted se realiza chequeos médicos rutinarios</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Siempre	0	0%
Casi Siempre	4	11%
Ns/Nr	0	0%
Casi Nunca	29	83%
Nunca	2	6%
Total	35	100%

**Grafico 15: Frecuencia con la que los participantes se realizan chequeos médicos rutinarios**

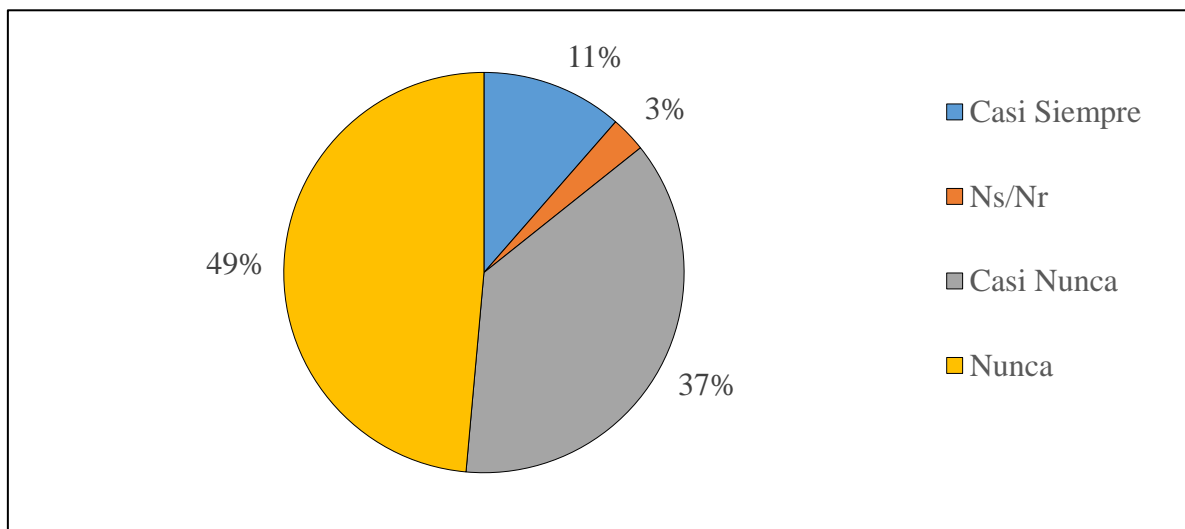


En el presente grafico se muestra que el 83% de los encuestados expreso que casi nunca se realizaban chequeos médicos rutinarios, el 6% dijo que nunca acostumbra hacerlo y solamente el 11% afirma que casi siempre se realizan dichos chequeos.

**Tabla 16: Frecuencia con la que los participantes buscan atención profesional cuando se sienten preocupados o deprimidos**

<b>Usted habla de sus problemas con un profesional calificado cuando se siente preocupado o deprimido</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Siempre	0	0%
Casi Siempre	4	11%
Ns/Nr	1	3%
Casi Nunca	13	37%
Nunca	17	49%
Total	35	100%

**Grafico 16: Frecuencia con la que los participantes buscan atención profesional cuando se sienten preocupados o deprimidos**



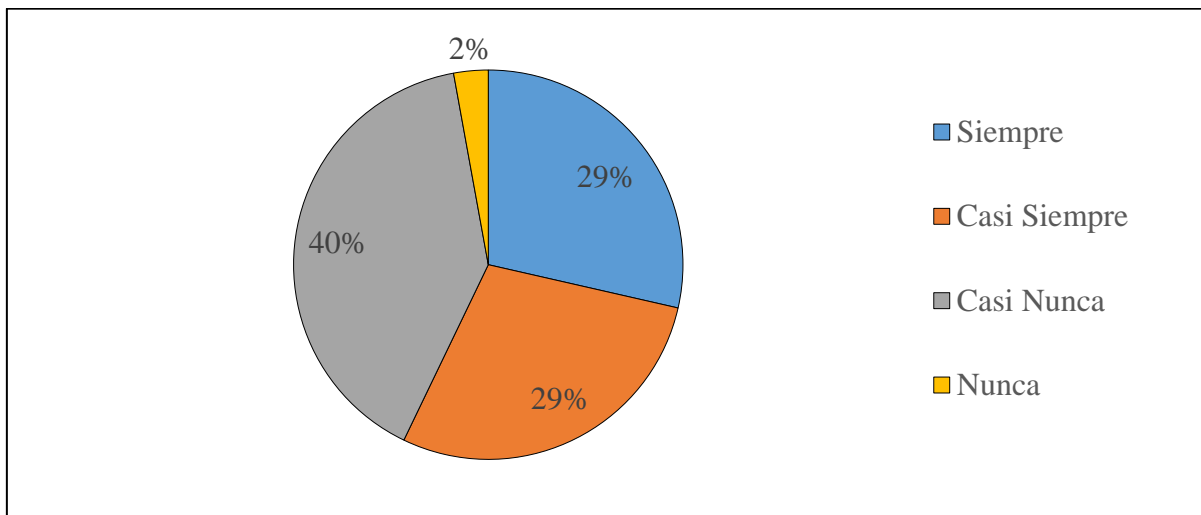
En el presente grafico se muestra que el 49% de los encuestados expreso nunca buscar atención profesional cuando están deprimidos o preocupados y que el 37% dijo casi nunca hacerlo. Solamente el 11.43% afirmo buscar casi siempre dicha atención.



**Tabla 17: Frecuencia con la que los participantes buscan información sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazos.**

<b>Usted busca información sobre cómo prevenir Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no planificados</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Siempre	10	29%
Casi Siempre	10	29%
NS/Nr	0	0%
Casi Nunca	14	40%
Nunca	1	2%
Total	35	100%

**Gráfico 17: Frecuencia con la que los participantes buscan información sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no Planificados.**

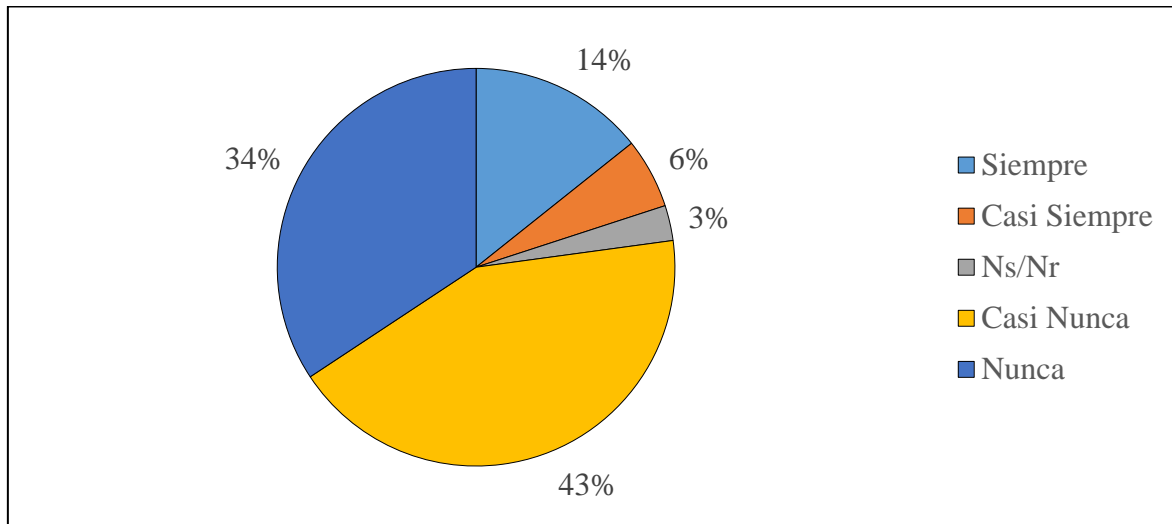


En el presente gráfico se refleja que el 40% de los estudiantes encuestados expresó casi nunca buscar información sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o embarazados no planificados. Sin embargo, estos resultados también demuestran que el 29% afirma que casi siempre busca este tipo de información y que el otro 29% de los encuestados expresa que siempre lo hace.

**Tabla 18: Frecuencia con la que los participantes solicitan preservativos en los establecimientos de salud**

<b>Usted solicita preservativos en algún establecimiento de salud</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Siempre	5	14%
Casi Siempre	2	6%
Ns/Nr	1	3%
Casi Nunca	15	43%
Nunca	12	34%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Grafico 18: Frecuencia con la que los participantes solicitan preservativos en los establecimientos de salud**



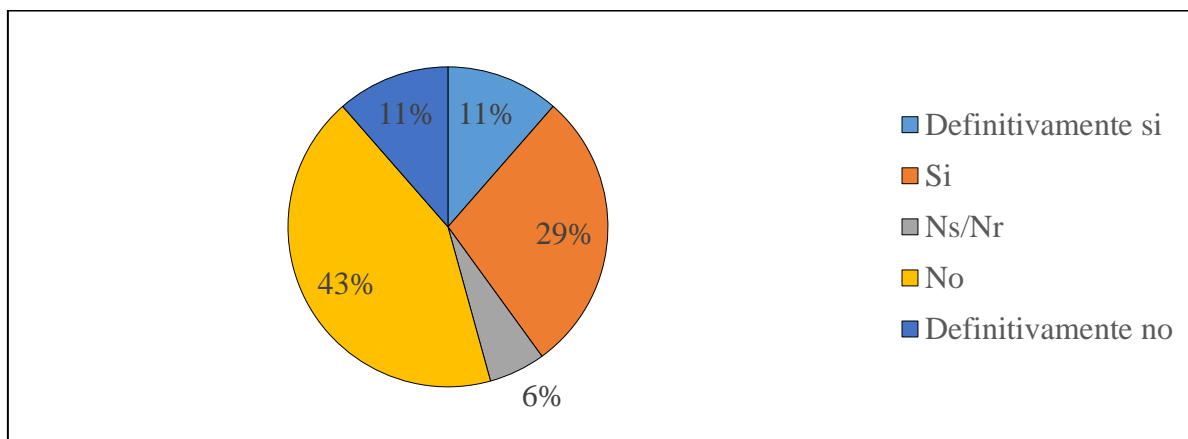
Del total de estudiantes encuestados el 43% expreso que casi nunca solicita preservativos en algún establecimiento de salud y el 34% dijo nunca hacerlo. Mientras que solamente el 14% afirmo siempre hacerlo.

### 4.1.3 Rol de Género

**Tabla 19: Opinión acerca de que los hombres jefes de hogar dedican mucho tiempo al trabajo y familia por lo que no atienden su salud**

Considero que los hombres que son jefes del hogar, dedican mucho tiempo a su trabajo y familia por lo que no pueden atender su salud.	Fa	%
Definitivamente si	4	11%
Si	10	29%
Ns/Nr	2	6%
No	15	43%
Definitivamente no	4	11%
Total	35	100%

**Grafico 19: Opinión acerca de que los hombres jefes de hogar dedican mucho tiempo al trabajo y familia por lo que no atienden su salud**

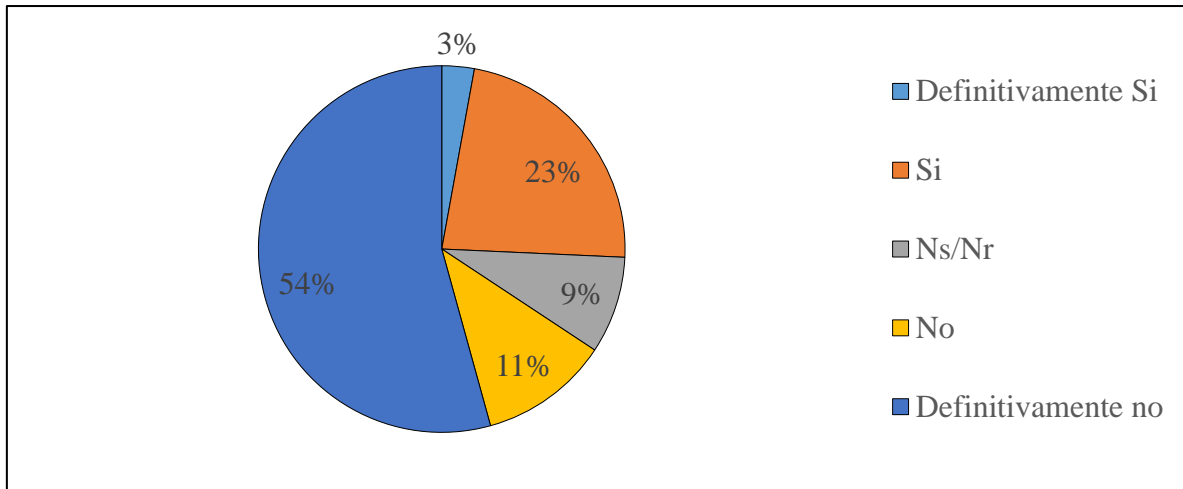


Con relación a que los hombres jefes de hogar dedican mucho tiempo a su trabajo y familia y por lo tanto no atienden su salud, el 43% de los encuestados dijo que no consideran estar de acuerdo con dicha afirmación. El 29% de los participantes afirmó que si considera estar de acuerdo y el 11.43% dijo que definitivamente sí.

**Tabla 20: Opinión acerca de que las mujeres tienen más tiempo de atender su salud que los hombres**

<b>Considero que las mujeres tienen más tiempo de atender su salud que los hombres</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Definitivamente Si	1	3%
Si	8	23%
Ns/Nr	3	9%
No	4	11%
Definitivamente no	19	54%
Total	35	100%

**Grafico 20: Opinión acerca de que las mujeres tienen más tiempo de atender su salud que los hombres**



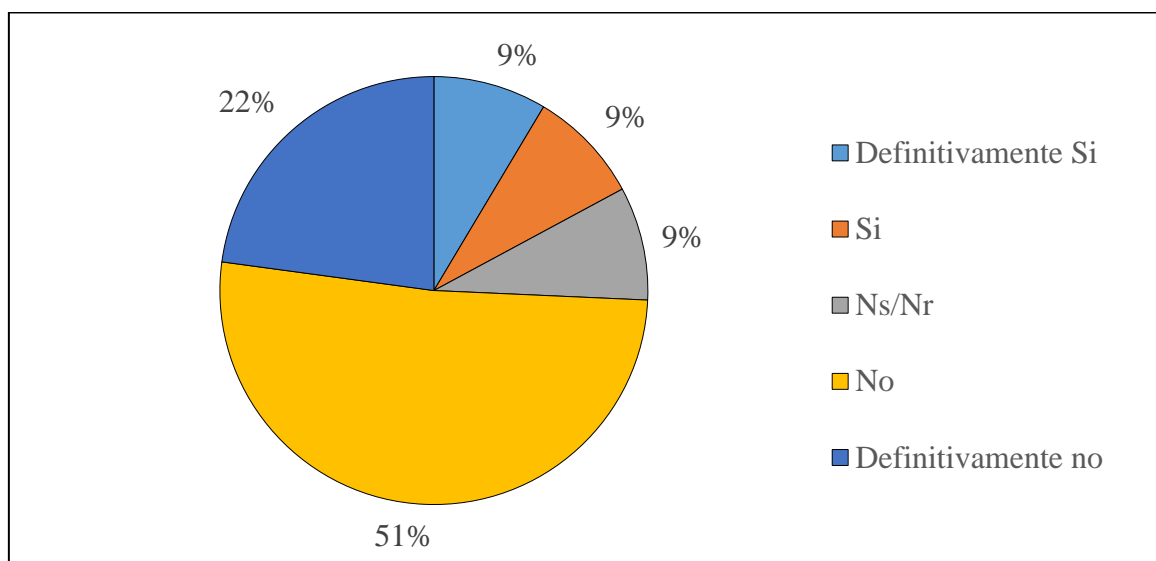
El 54% de los encuestados considera que definitivamente no está de acuerdo con la afirmación que las mujeres tienen más tiempo de atender su salud que los hombres. A si mismo estos resultados demuestran que el 23% de los participantes si considera estar de acuerdo con esta afirmación y que el 3% dijo que definitivamente sí lo estaba.

#### 4.1.4 Identidad Sexual Masculina

**Tabla 21: Opinión acerca de que únicamente las personas homosexuales deberían buscar información sobre salud sexual**

<b>Considero que solo las personas homosexuales deberían buscar información sobre salud sexual</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Definitivamente Si	3	9%
Si	3	9%
Ns/Nr	3	9%
No	18	51%
Definitivamente no	8	22%
Total	35	100%

**Gráfico 21: Opinión acerca de que únicamente las personas homosexuales deberían buscar información sobre salud sexual**

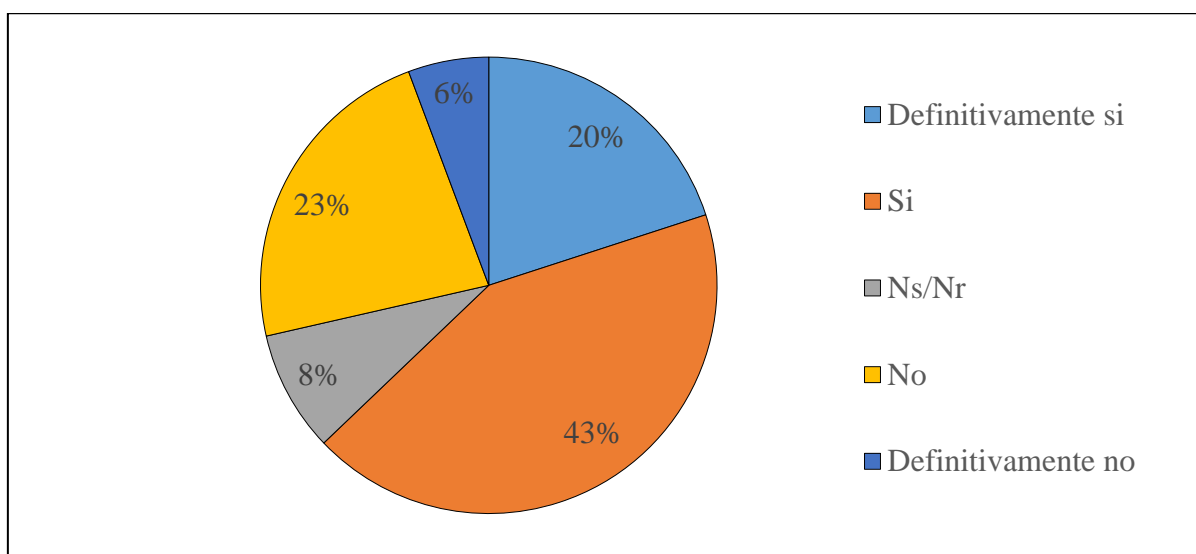


En el presente gráfico se refleja que el 51% de los participantes expresó que no consideraban que solo las personas homosexuales buscaran información sobre salud sexual mientras que el 22% dijo que definitivamente no. El 9% de los encuestados dijo que consideraba que sí y otro 9% dijo que definitivamente sí.

**Tabla 22: Opinión acerca de la importancia que diversas instituciones brinden información sobre la diversidad sexual**

Considero que es importante que en las instituciones de salud se brinde información sobre diversidad sexual (homosexualidad, bisexualidad etc.)	Fa	%
Definitivamente si	7	20.0%
Si	15	43%
Ns/Nr	3	8%
No	8	23%
Definitivamente no	2	6%
Total	35	100%

**Grafico 22: Opinión acerca de la importancia que diversas instituciones brinden información sobre la diversidad sexual**



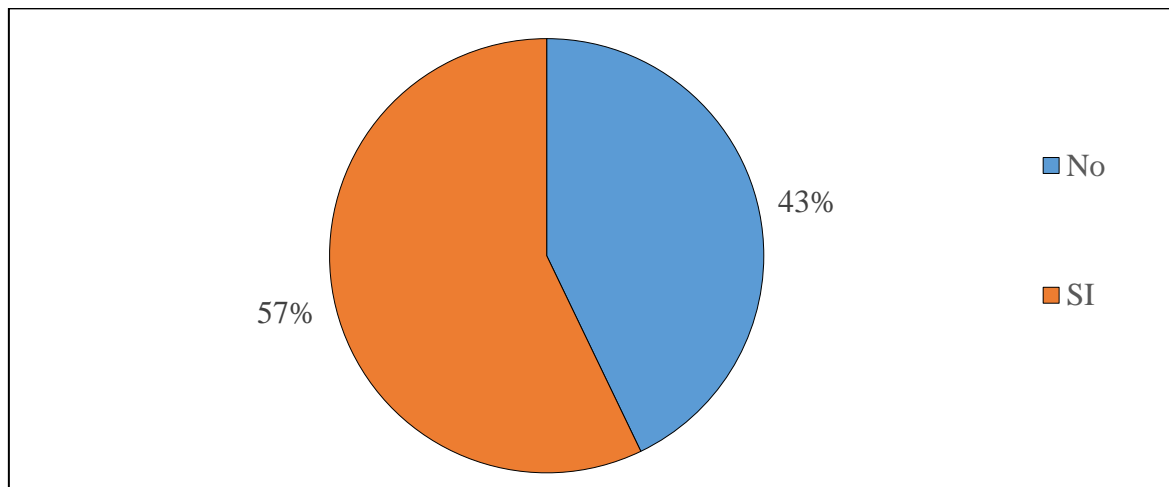
El 43% de los encuestados considera que si es importante que las instituciones brinden información sobre la diversidad sexual, mientras el 20% considera que definitivamente si es importante. Y el 23% consideran que no es importante.

#### 4.1.5 Servicios de Salud que brinda el Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario

**Tabla 23: Conocimiento acerca de los servicios que brinda el Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador**

Sabe usted ¿cuáles son los servicios que se brinda el Centro de Salud de Bienestar Universitario?	Fa	%
No	15	43%
SI	20	57%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Grafico 23: Conocimiento acerca de los servicios que brinda el Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador**

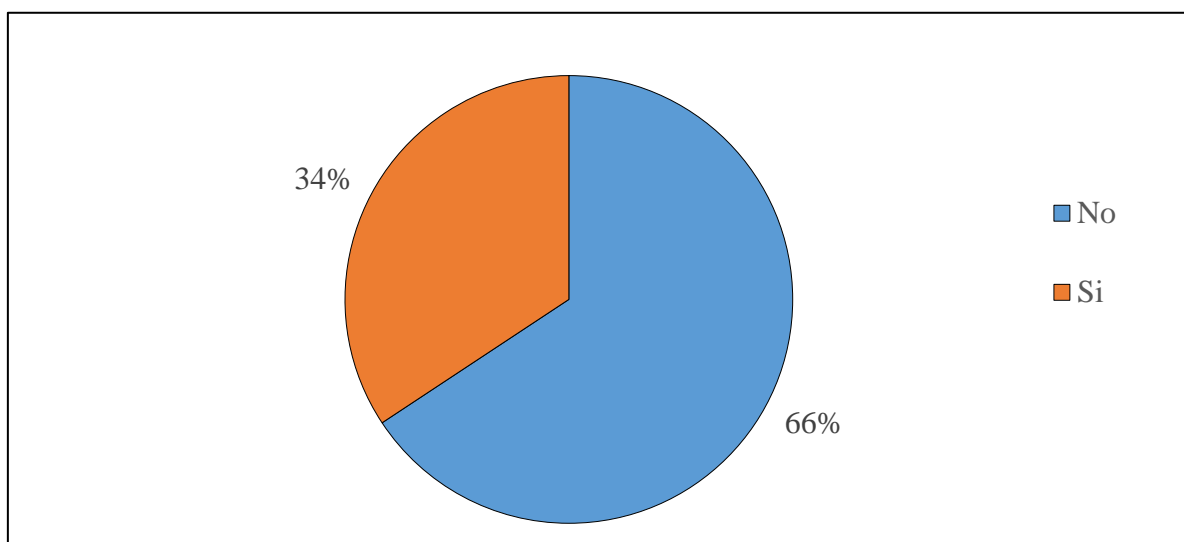


En el presente grafico se muestra que el 57% de los encuestados afirma conocer cuáles son los servicios que brinda el Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario, mientras que el 43% dijo no conocer cuáles son dichos servicios.

**Tabla 24: Uso de los servicios de salud que brinda la Secretaria de Bienestar Universitario durante el último año**

<b>Durante el último año ¿ha utilizado los servicios que brinda bienestar universitario?</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	23	66%
<b>Si</b>	12	34%
<b>Total</b>	35	100%

**Grafico 24: Uso de los servicios de salud que brinda la Secretaria de Bienestar Universitario durante el último año**



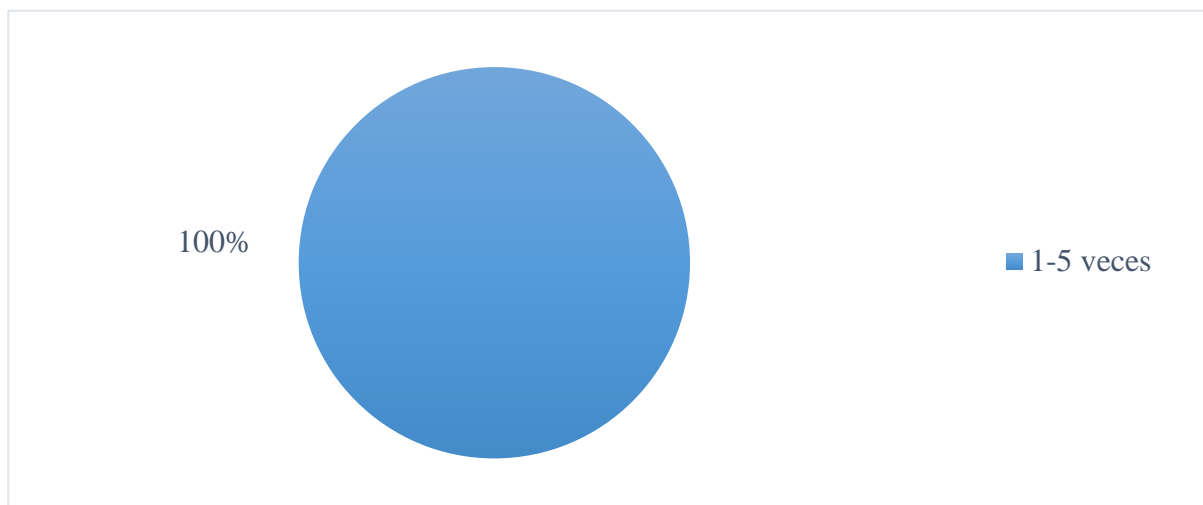
El presente grafico muestra que el 66% de los estudiantes expresa no haber utilizado los servicios de salud que brinda Bienestar Universitario durante el último año y que solamente el 34% afirma haberlos utilizado.



**Tabla 25: Cantidad de veces que los estudiantes hicieron uso los servicios de salud que brinda la Clínica de Bienestar Universitario durante el último año.**

<b>Si responde afirmativamente a la pregunta anterior. ¿Cuántas veces durante el último año?</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>1-5 veces</b>	12	100%
<b>Total</b>	12	100%

**Grafico 25: Cantidad de veces que los estudiantes hicieron uso los servicios de salud que brinda la Clínica de Bienestar Universitario durante el último año.**

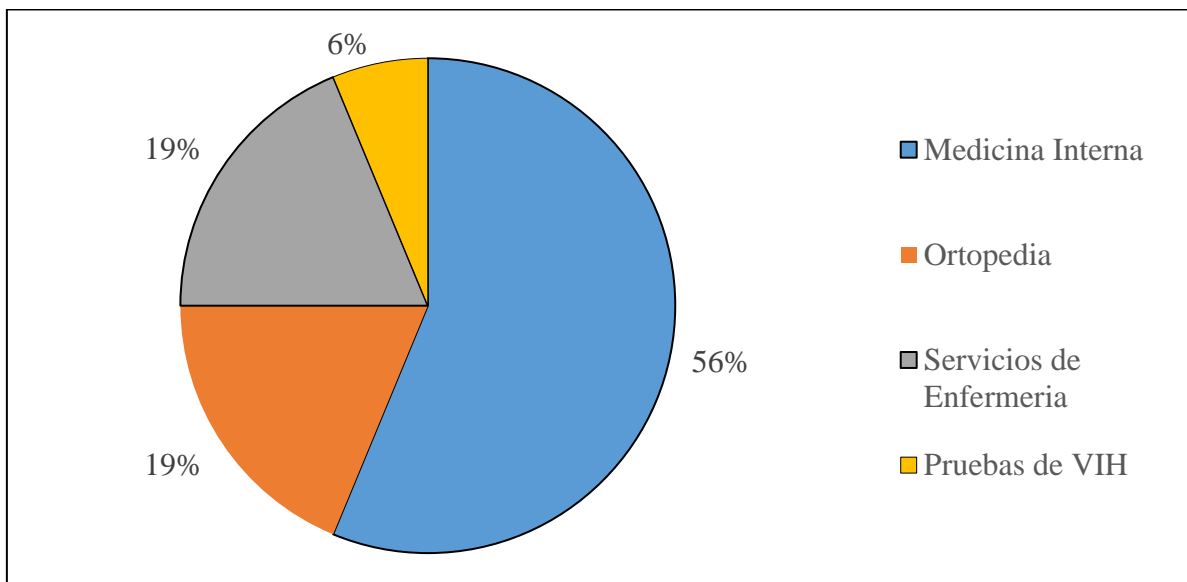


Del total estudiantes que hicieron uso de los servicios de salud que brinda Bienestar Universitario, el 100% afirma haberlos utilizado de 1a 5 veces durante el último año.

**Tabla 26: Tipos de servicios médicos utilizados en la Clínica de Bienestar Universitario durante el último año**

¿Qué tipo de Servicios Utilizo?	Fa	%
Medicina Interna	9	56%
Ortopedia	3	19%
Servicios de Enfermería	3	19%
Pruebas de VIH	1	6%

**Grafico 26: Tipos de servicios médicos utilizados en la Clínica de Bienestar Universitario durante el último año**

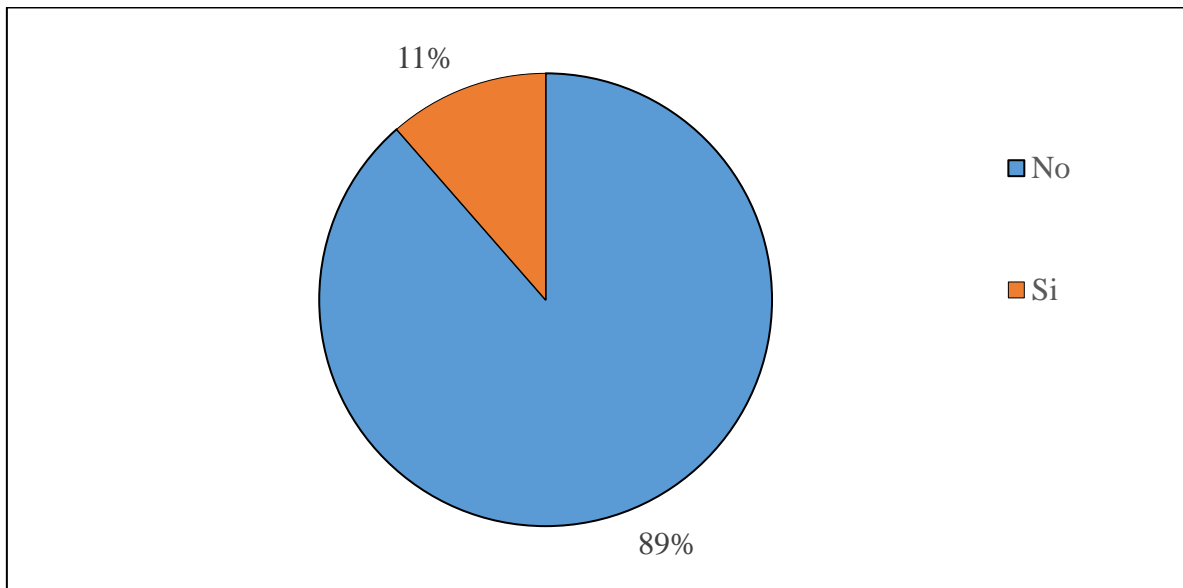


Los estudiantes encuestados que afirmaron haber utilizado los servicios que brinda Bienestar Universitario durante el último año, indicaron que los servicios que utilizaron con mayor frecuencia fueron medicina interna, ortopedia y servicios de enfermería.

**Tabla 27: Participación en campañas de salud desarrolladas por la Clínica de Bienestar Universitario dentro del Campus Universitario.**

<b>¿Ha participado usted en alguna campaña de salud desarrollada por la clínica de bienestar universitario dentro del campus?</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	31	89%
<b>Si</b>	4	11%
<b>Total</b>	35	100%

**Grafico 27: Participación en campañas de salud desarrolladas por la Clínica de Bienestar Universitario dentro del Campus Universitario**

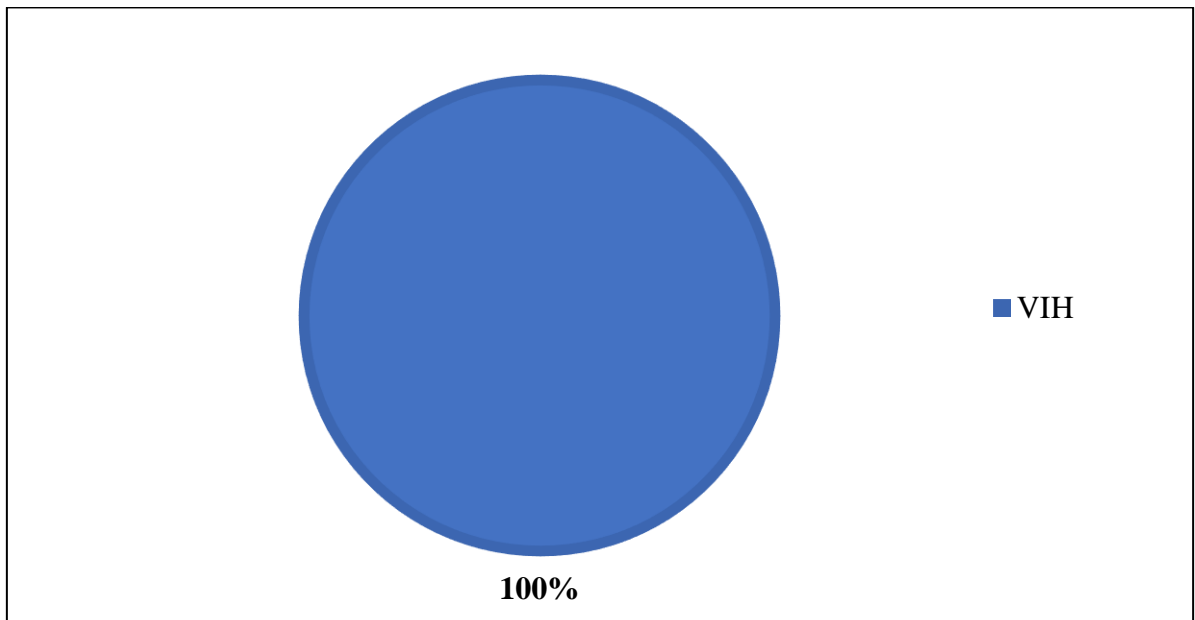


El 89% de los encuestados expreso que no han participado en una campaña de salud desarrollada por la Clínica Bienestar Universitario; sin embargo el 11% restante indicó que si lo habían hecho.

**Tabla 28: Tipo de Campañas de Salud en las que han participado los estudiantes**

Tipo de Campaña en la que ha participado	Fa	%
VIH	4	100%

**Grafico 28: Tipo de Campañas de Salud en las que han participado los estudiantes**

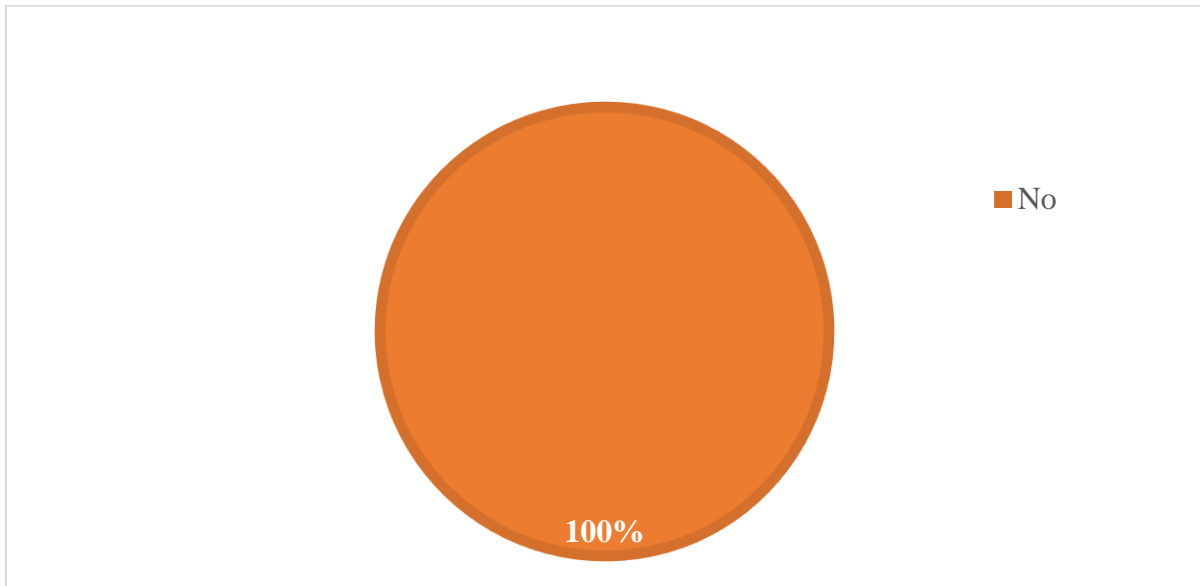


Del total de estudiantes que afirma haber participado en una campaña de salud desarrollada por Bienestar Universitario, el 100% afirma haber participado en una campaña donde se abordó el tema de prevención de VIH.

**Tabla 29: Participación en grupos de apoyo organizados por la Clínica de Bienestar Universitario**

¿Ha participado en algún grupo de apoyo, organizado por la Clínica de Bienestar Universitario?	Fa	%
No	35	100%
Si	0	0%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Grafico 29: Participación en grupos de apoyo organizados por la Clínica de Bienestar Universitario**

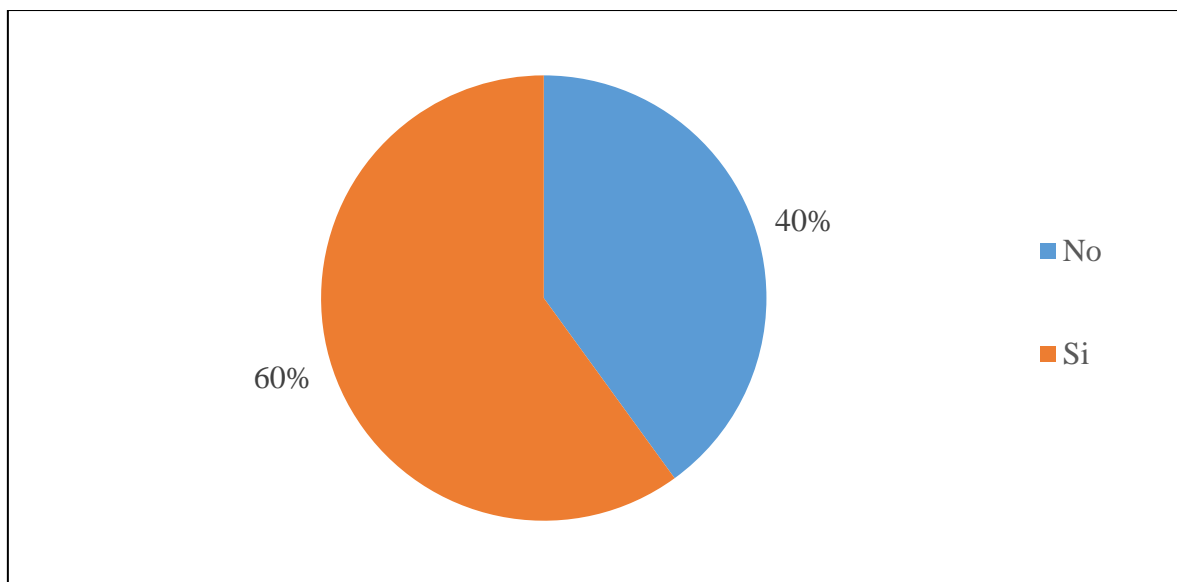


En cuanto a la participación en grupos de apoyo, el 100% de los encuestados expreso no haber participado en un grupo de apoyo organizado por la clínica de Bienestar Universitario.

**Tabla 30: Utilización de otros establecimientos de salud**

<b>¿Utiliza usted otros establecimientos de salud?</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	14	40%
<b>Si</b>	21	60%
<b>Total</b>	35	100%

**Grafico 30: Utilización de otros establecimientos de salud**

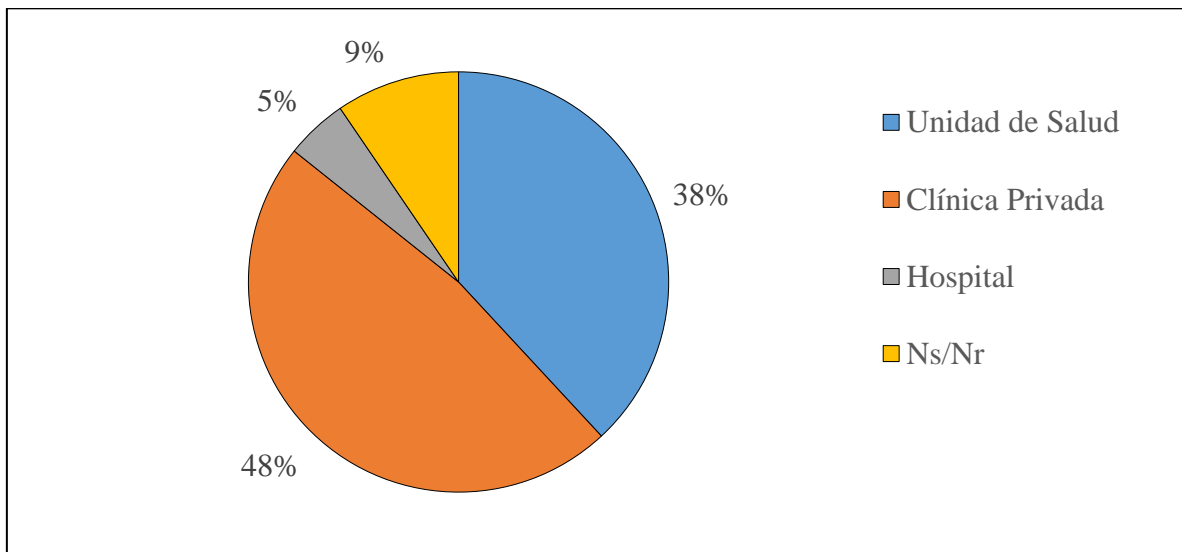


En el presente grafico se muestra que el 60% de los encuestados afirma que utiliza otros establecimientos de salud y que el 40% restante expreso no utilizar otros establecimientos.

**Tabla 31: Otros establecimientos de salud utilizados por los participantes**

¿Cuáles establecimientos de Salud Utiliza?	Fa	%
Unidad de Salud	8	38%
Clínica Privada	10	48%
Hospital	1	5%
Ns/Nr	2	9%
Total	21	100%

**Grafico 31: Otros establecimientos de salud utilizados por los participantes**

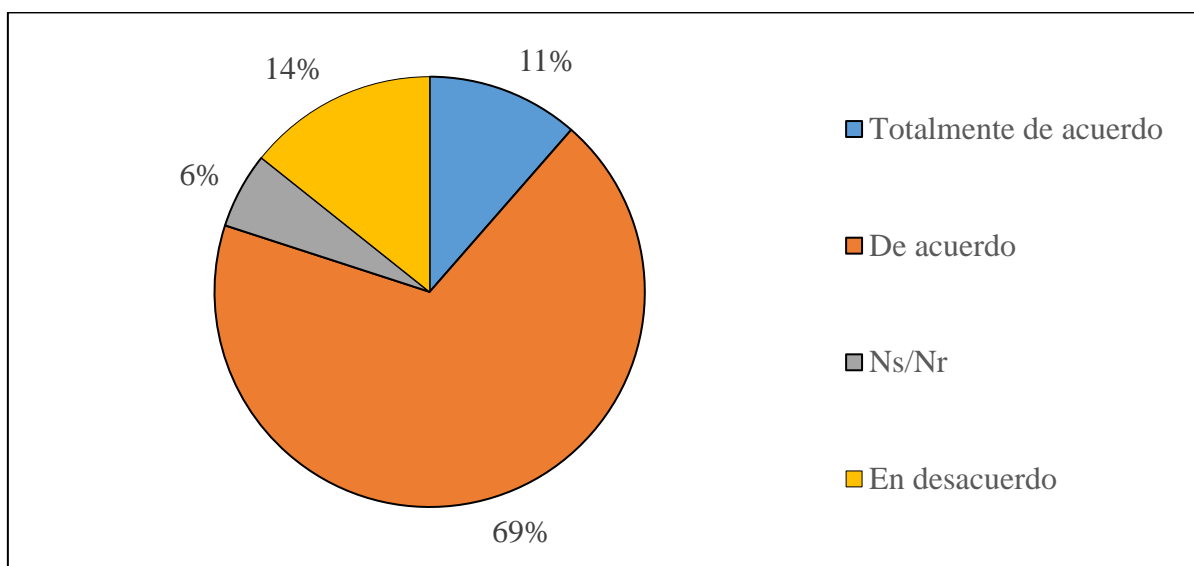


Del total de estudiantes que afirmaron utilizar otros establecimientos de salud, el 48% afirmó que hacían uso de Clínicas Privadas para atender su salud, el 38% dijo usar las Unidades de Salud y el 9% se abstuvo de responder a la interrogante.

**Tabla 32: Opinión sobre la accesibilidad geográfica de las instalaciones del Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario**

<b>Las instalaciones de bienestar universitario están ubicadas en un lugar accesible</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Totalmente de acuerdo	4	11%
De acuerdo	24	69%
Ns/Nr	2	6%
En desacuerdo	5	14%
Totalmente en desacuerdo	0	0%
Total	35	100%

**Grafico 32: Opinión sobre la accesibilidad de las instalaciones del Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario**



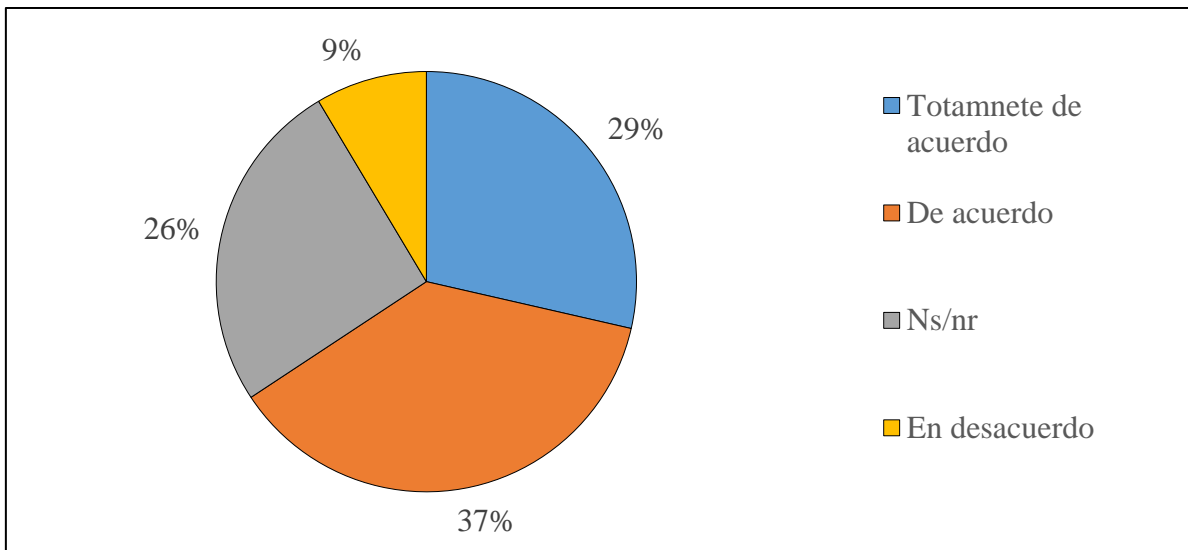
Los datos muestran que el 69% de los encuestados afirma estar de acuerdo con que las instalaciones de Bienestar Universitario están ubicadas en un lugar accesible y que el 11% manifestó estar muy de acuerdo. A si mismo los resultados muestran que el 14% expreso estar en desacuerdo con ello.



**Tabla 33: Opinión sobre el costo de los servicios que brinda la Clínica de Bienestar Universitario.**

<b>Los servicios médicos que brinda bienestar universitario son de muy bajo costo</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Totalmente de acuerdo	10	29%
De acuerdo	13	37%
Ns/nr	9	26%
En desacuerdo	3	9%
Totalmente en desacuerdo	0	0%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Grafico 33: Opinión sobre el costo de los servicios que brinda la Clínica de Bienestar Universitario**



El 37% de los encuestados dijo estar de acuerdo con que los servicios de Bienestar Universitario son de muy bajo costo y así mismo el 29% afirmó estar muy de acuerdo con ello. Solamente el 9% expresó estar en desacuerdo.

## 4.2 Análisis de Resultados

Masculinidad es el conjunto de actitudes valores y comportamientos considerados aptos para los hombres y su construcción se encuentra establecida por determinantes como el auto concepto de masculinidad, el rol sexual y la identidad sexual con la que los hombres se ven identificados.

En nuestro contexto sociocultural uno de los paradigmas que más predomina es el de masculinidad hegemónica o tradicional, que propone al hombre como un ser fuerte, valiente, autónomo, líder nato, heterosexual y carente de afecto. Este tipo de construcción influye no solamente en la vida social del hombre sino también en el cuidado que este hace sobre su salud.

Los resultados de la investigación determinaron que la población en estudio está compuesta por estudiantes entre 20 y 31 años de edad, en su mayoría solteros y con afiliación religiosa católica y evangélica. Sin embargo los resultados determinaron que tanto la afiliación religiosa como el estado civil no son factores que influyen en la no utilización de los servicios de salud. Es importante señalar que la edad de los participantes sí representa un factor influyente, ya que debido a que la población que participó en el estudio se encuentra en la etapa de la juventud tiende a enfermarse con menor frecuencia que un adulto joven o adulto mayor por lo que utilizan con menos frecuencia los servicios de salud.

Con relación a los constructos que forman el paradigma de masculinidad, los datos mostraron que los estudiantes tienen un auto concepto de masculinidad asociado con el paradigma de masculinidad tradicional.

Así mismo los resultados también muestran que los estudiantes tienen poco conocimiento sobre los servicios de salud que brinda la Clínica de Bienestar Universitario, pero sin embargo no los han utilizado durante el último año ya que han buscado otras instituciones para atender su salud como Unidades de Salud o Clínicas Privadas.

De igual forma es importante mencionar que los datos reflejan que existe poca participación de los estudiantes en grupos de apoyo y campañas de salud desarrolladas por dicha clínica, lo que repercute no solamente en su bienestar físico y mental sino también en su desarrollo académico.

### **Susceptibilidad Percibida:**

La susceptibilidad percibida consiste en una percepción subjetiva de contraer una determinada condición de salud e incluye la percepción individual de riesgo de contraer una enfermedad y la aceptación del diagnóstico.

Los resultados indican que los estudiantes tienen una baja percepción de riesgo de enfermar ya que muestran poca aceptación al momento de afrontar un diagnóstico relacionado con su salud y no buscan atención de forma oportuna cuando sufren algún tipo de enfermedad.

La baja percepción de riesgo de enfermar está asociado a que los estudiantes aún tienen un auto concepto de masculinidad arraigado al paradigma de masculinidad tradicional, que propone al hombre como un ser fuerte, capaz de controlar el dolor y que no necesita buscar los servicios de salud de forma preventiva o curativa.

Por otra parte, los datos también muestran que los roles de género no influye en la baja percepción de riesgo de enfermar que los estudiantes tienen ya que consideran que los hombres sin importar el rol que ejerzan en la sociedad son vulnerables a sufrir enfermedades.

Es importante destacar que los estudiantes no consideran que los roles que los hombres ejercen en la familia y sociedad sean un factor que influyan en la salud del hombre; esto podría estar relacionado con que los participantes aun no ejercen roles activos dentro de la sociedad ya que son dependientes económicamente y aún se encuentran solteros.

### **Gravedad Percibida:**

La gravedad percibida está asociada a los sentimientos concernientes con la seriedad de contraer una enfermedad o de dejarla sin tratar. La gravedad percibida incluye tanto las consecuencias médicas o clínicas como las posibles consecuencias sociales.

En la práctica de masculinidad tradicional, se considera que el hombre debe tener control no solo de su entorno si no también de su propio cuerpo y de las complicaciones relacionadas con su salud, por lo que no busca los servicios de salud de manera oportuna.

Los resultados del estudio determinaron la gravedad percibida de los estudiantes es baja ya que no se consideran vulnerables a los problemas o complicaciones relacionados con su estado de salud. Debido a esto es que no buscan atención inmediata cuando se enferman o presentan

problemas psicológicos como depresión o ansiedad. El que los estudiantes tengan una percepción de la gravedad baja se convierte en un factor para que no acudan a los servicios de salud de manera oportuna.

### **Beneficios Percibidos:**

Los beneficios percibidos dependen de las creencias con respecto a la efectividad. El individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o prejuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos.

La investigación muestra que los estudiantes consideran importante y beneficioso que los hombres realicen acciones relacionadas con el auto cuidado de la salud como: buscar información sobre salud sexual, realizarse la prueba de VIH de forma rutinaria, solicitar preservativos en un establecimiento de salud o conocer su estado nutricional. De igual forma los estudiantes consideran que es beneficioso e importante que las instituciones brinden información sobre la diversidad sexual.

Además, los datos muestran que los participantes consideran importantes y accesibles los servicios de salud que brinda el Centro de Salud de la Secretaría de Bienestar Universitario.

Lo anterior indica que a pesar de que los estudiantes tienen un concepto de masculinidad tradicional, esto no influye en la percepción que tienen sobre los beneficios de buscar atención en salud.

### **Barreras Percibidas:**

Los aspectos potencialmente negativos de una acción particular de salud, pueden actuar como impedimento para adoptar la conducta recomendada. Dificultades como: coste económico, molestias físicas o emocionales, incomodidad, dolor, consumo de tiempo, etc.

En la práctica de masculinidad tradicional se propone al hombre como un ser fuerte, valiente y autónomo, este tipo de creencias influye en el cuidado de la salud del hombre y constituye una barrera para que este busque los servicios de salud.

Lo anterior se ve reflejado en los resultados de la investigación, que determinaron que el auto concepto de masculinidad tradicional influye en gran manera en la toma de decisiones hacia el uso de los servicios de salud, ya los estudiantes con un elevado autoconcepto de masculinidad tradicional son los que no han utilizado los servicios de salud durante el último año.

A si mismo estos datos indicaron que los estudiantes que tienen un auto concepto de masculinidad asociado con el paradigma de masculinidad tradicional son los que menos conocimiento tienen sobre los servicios de salud que brinda el Centro de Salud de Bienestar Universitario. El poco conocimiento constituye una barrera para que los estudiantes busquen atención médica oportuna y utilicen otros servicios de salud más especializados. A su vez esto influye en que los mismos no participen en actividades relacionadas con la promoción de la salud, como lo son campañas y jornadas de salud.

Otra barrera importante es que el Centro de Salud de Bienestar Universitario no cuenta con programas y servicios de salud dirigidos directamente a la población masculina y tampoco desarrolla actividades de promoción con enfoque de género y masculinidades.

### **Estímulos para la acción**

Un factor que influye en que los hombres no utilicen los servicios de salud es que no existen programas de salud dirigidos directamente a esta población, donde se aborden los problemas de salud de acuerdo a las necesidades que estos tienen. La poca participación del hombre en los distintos programas de salud, también se ve reflejado en los resultados del estudio que determinaron que los estudiantes no utilizan los servicios de salud de forma oportuna cuando se enferman y no participan en campañas de salud. Lo anterior se debe que a pesar que Bienestar Universitario brinda servicios de salud integrales y accesibles no cuenta con programas en salud dirigidos a atender las necesidades específicas de la población masculina. A sí mismo no desarrolla actividades donde se promueva la salud de esta población y donde se integre el componente de género y masculinidades.

También resulta importante mencionar que la poca participación de los estudiantes en las actividades de promoción de salud, se debe a que no tienen conocimiento del desarrollo de estas acciones, lo que podría indicar que el Centro de Salud no cuenta con mecanismos de divulgación efectivos.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones**

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación realizada con los estudiantes de la Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura con el objetivo de analizar cuales determinantes de masculinidad tradicional influyen en la no utilización de los Servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario, se concluye que:

- 1.** El auto concepto de masculinidad tradicional influye en la baja susceptibilidad de riesgo de enfermar que los estudiantes tienen y por consecuencia en la no utilización de los servicios de salud que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario.
- 2.** Los estudiantes tienen una baja percepción de la gravedad de enfermar, por lo que no buscan atención médica inmediata cuando se enferman y se exponen a la complicación de la enfermedad.
- 3.** El auto concepto de masculinidad tradicional influye en la baja percepción de la gravedad al enfermar que tienen los estudiantes.
- 4.** Los estudiantes perciben los beneficiosos de realizar acciones relacionadas con el autocuidado de la salud sin embargo no las realizan debido a que tienen una baja percepción de riesgo de sufrir una enfermedad.
- 5.** El auto concepto de masculinidad que los estudiantes tienen representa una barrera para que utilicen los servicios de salud que brinda la Bienestar Universitario, debido a que consideran que el hombre tiene que ser un ser fuerte, valiente y capaz de soportar el dolor.
- 6.** No existen estímulos directos dirigidos a la población que permitan la participación de los estudiantes en los programas de salud ya que dentro de los servicios que brinda Bienestar Universitario, no existen acciones o programas dirigidos a promover la salud de la población masculina.

## **CAPITULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

#### **Al Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario:**

1. Capacitar el personal en el tema de Género y masculinidades, con el objetivo de brindar servicios de salud acordes a las necesidades de la población estudiantil masculina.
2. Promover la participación de la población masculina en los programas de salud por medio de acciones de prevención y promoción de salud.
3. Promocionar los servicios médicos especializados y grupos de apoyo dirigidos a poblaciones vulnerables dentro de la Universidad.
4. Incorporar el componente de género y masculinidades en las actividades de prevención y promoción de salud que se desarrollan en el campus.

#### **A la Carrera Educación para la Salud**

5. Que brinde apoyo al Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario a través de la formulación y desarrollo de programas de promoción y educación para la salud, que contengan el componente de género y masculinidades.
6. Que desarrolle actividades dentro de la Universidad de El Salvador que ayuden a promover y fortalecer el modelo de nuevas masculinidades.

#### **A la Carrera de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura:**

7. Promover espacios para que se desarrollen actividades que permitan el abordaje de temas relacionados a equidad de género y el modelo de nuevas masculinidades.

## Capítulo VII

### 7. Fuentes de Información

#### 7.1 Fuentes Bibliográficas

1. Gomes Gomes E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington Mayo/Junio 2002.
2. Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2011. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2011.
3. Fondo Solidario para la Salud y Ministerio de Economía a través de Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Alcohol y Tabaco 2014. San Salvador Octubre 2014.
4. Comisión Económica para América y El Caribe (CEPAL). Informes Anuales, Panorama Social de América Latina 200-2001. Octubre 2001.
5. Connell, R. Masculinidades, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México. Edición española, Mexico 2003.
6. Kaufman M. Hombres, Placer, Poder y Cambio. Ed CIPAF. República Dominicana 1989.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). Los Hombres y el Cuidado de la Salud. eSeCé, Servicios Integrales. España 2009.
8. Badinter, E. XY La Identidad Masculina. Segunda Edición .Editorial Alianza. Madrid 1993.
9. Averasturi García L. Masculinidad, género y salud. La contribución de Will Courtenay. Hojas informativas del @psicólogo@s de las palmas. Marzo de 2006 nº 85(pp.10-17)



10. Connell R. ¿Todos los Hombres son Iguales? Identidades masculinas y cambios sociales / coord. por Carlos Lomas, 2003, ISBN 84-493-1460-7, págs. 31-54
11. Sabo, D. Harvard University, OPS Publicaciones Generales, Comprender la salud de los Hombres: un enfoque relacional y sensible de genero Washington DC, 2000
12. García A. Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. Relaciones entre Masculinidad y Conductas de Salud de Estudiantes Universitarios. Vol. 1. Madrid España 2011
13. Martínez C. Historia de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador durante los años 1935-1965. Ciudad Universitaria, Marzo de 2013.
14. Órgano Científico-Socio Cultural de la Universidad de El Salvador. La Universidad, Bosquejo Histórico. Editorial Nueva Época. N°20. Enero –Marzo 2013.

## **7.2 Fuentes de Información Electrónica**

1. Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria, Unidad de Estadísticas e Información en Salud. Causas Frecuentes y Principales año 2016.  
<http://www.salud.gob.sv/causas-frecuentes-y-principales-ano-2016/>
2. Universidad de El Salvador. Secretaria de Bienestar Universitario. Portal Web. 2010  
<http://www.bienestar.ues.edu.sv/>

## **7.3 Fuentes de Información Directas**

1. Estudiantes de Tercer, Cuarto y Quinto año de la Carrera de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador.

## ANEXOS

### Anexo 1. Guía de Entrevista



Universidad de El Salvador  
Escuela de Tecnología Médica  
Lic. Educación para la Salud



**Cuestionario :** Determinantes de Masculinidad Tradicional de los estudiantes de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador, que influyen en la no utilización de los servicios que brinda El Centro de Salud de la Secretaria de Bienestar Universitario, En Ciclo II-2017

Fecha \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Recopilar información cualitativa y cuantitativa de los estudiantes de Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador.

Indicaciones: A continuación se le presentara un cuestionario que contiene una serie de preguntas cerradas con opciones múltiples. Inicie leyendo la pregunta y cada una de las opciones que se presentan en la misma, luego marque con una X la respuesta según lo que indique el encuestado.

#### Parte I.

1- Edad: \_\_\_\_\_ 2- Sexo \_\_\_\_\_ 3- Nivel Académico \_\_\_\_\_

4- Estado Civil:

Casado \_\_\_\_\_

Unión libre \_\_\_\_\_

Soltero \_\_\_\_\_

Separado \_\_\_\_\_

5- ¿Posee alguna afiliación o creencia religiosa? ¿Cuál?

Católico

Mormones

Ns/Nr

Evangélico o Protestante

Otra

Testigos de Jehová

Ninguna

## Parte II.

6 - ¿Cuál de las siguientes características que se le mencionan, describen mejor al hombre? (Puede seleccionar varias o todas de las que considere correctas)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajador                  | <input type="checkbox"/> Delicado                  |
| <input type="checkbox"/> Fuerte                      | <input type="checkbox"/> Rudo                      |
| <input type="checkbox"/> Valiente                    | <input type="checkbox"/> Pasivo                    |
| <input type="checkbox"/> Con buenos Sentimientos     | <input type="checkbox"/> Sumiso                    |
| <input type="checkbox"/> Mujeriego                   | <input type="checkbox"/> Gentil                    |
| <input type="checkbox"/> Macho                       | <input type="checkbox"/> Líder Nato                |
| <input type="checkbox"/> Jefe del Hogar              | <input type="checkbox"/> Sensible                  |
| <input type="checkbox"/> Irresponsable con los hijos | <input type="checkbox"/> Responsable               |
| <input type="checkbox"/> Inteligente                 | <input type="checkbox"/> Todas las anteriores      |
| <input type="checkbox"/> Conciencia Social           | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Con habilidades Numéricas   |  |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual                |  |
| <input type="checkbox"/> Luchador                    |  |

Indicaciones: En cada una de las preguntas siguientes del cuestionario, el participante solo puede elegir una opción como respuesta.

7- Creo que los hombres cuidan mejor su salud que las mujeres

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ns/Nr
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

8- Creo que los hombres tienden a enfermarse menos que las mujeres y por eso utilizan poco los servicios de salud

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ns/Nr
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

9- Creo que la mayoría de hombres no buscan atención médica inmediata cuando están enfermos.

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ns/Nr
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

10- Que los hombres se realicen chequeos médicos rutinarios lo considero

- Muy importante
- Importante
- Ns/Nr
- Poco Importante
- Nada Importante

11- Que los hombres reciban atención profesional cuando sienten tristeza, depresión o estrés lo considero.

- Muy Beneficioso
- Beneficioso
- Ns/Nr
- Poco Beneficioso
- Nada Beneficioso

12- Que los hombres busquen información sobre métodos de planificación familiar lo considero:

- Muy importante
- Importante
- Ns/Nr
- Poco Importante
- Nada Importante

13- Que los hombres conozcan su estado nutricional me parece

- Muy Beneficioso
- Beneficioso
- Ns/Nr
- Poco Beneficioso
- Nada Beneficioso

14- Que los hombres se hagan la prueba de VIH de forma rutinaria me parece

- Muy importante
- Importante
- Ns/Nr
- Poco Importante
- Nada Importante

15- Que los hombres se integren a grupos de apoyo cuando tienen problemas de adicción al alcohol u otras sustancias lo considero

- Muy importante
- Importante
- Ns/Nr
- Poco Importante
- Nada Importante

16- Usted busca atención médica inmediata, cuando se enferma

- Siempre
- Casi siempre
- Ns/nr
- Casi nunca
- Nunca

17- Usted se realiza chequeos médicos rutinarios

- Siempre
- Casi siempre
- Ns/nr
- Casi nunca
- Nunca

18- Usted habla de sus problemas con un profesional calificado cuando se siente preocupado o deprimido

- Siempre
- Casi siempre
- Ns/nr
- Casi nunca
- Nunca

19- Usted busca información sobre cómo prevenir Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no planificados

- Siempre
- Casi siempre
- Ns/nr
- Casi nunca
- Nunca

20- Usted solicita preservativos en algún establecimiento de salud

- Siempre
- Casi siempre
- Ns/nr
- Casi nunca
- Nunca

**Parte III.**

21- Considero que los hombres que son jefes del hogar, dedican mucho tiempo a su trabajo y familia por lo que no pueden atender su salud.

- Definitivamente si
- Si
- Ns/Nr
- No
- Definitivamente no

22- Considero que las mujeres tienen más tiempo de atender su salud que los hombres

- Definitivamente si
- Si
- Ns/Nr
- No
- Definitivamente no

**Parte IV.**

23- Considero que solo las personas homosexuales deberían buscar información sobre salud sexual

- Definitivamente no
- No
- Ns/Nr
- Si
- Definitivamente si

24- Considero que es importante que en las instituciones de salud se brinde información sobre diversidad sexual (homosexualidad, bisexualidad etc.)

- Definitivamente si
- Si
- Ns/Nr
- No
- Definitivamente no

**Parte V.**

25--Sabe usted ¿cuáles son los servicios que se brinda el Centro de Salud de Bienestar Universitario?

- Si
- No

26--Durante el último año ¿ha utilizado los servicios que brinda bienestar universitario?

- Si
- No

27-Si responde afirmativamente. ¿Con que frecuencia?

- 1 – 5 veces
- 6 – 10 veces
- 10 – 15 veces
- 16 – más veces

28-¿Qué tipo de servicios utilizo? (Seleccione todas las que el participante le mencione)

- Medicina Interna
- Dermatología
- Ortopedia
- Psicología
- Nutrición
- Fisioterapia
- Servicios de Enfermería
- Pruebas de VIH
- Entrega de Preservativos
- Todos los anteriores
- Ninguno

Otros: \_\_\_\_\_



29-¿Ha participado usted en alguna campaña de salud desarrollada por la clínica de bienestar universitario dentro del campus?

- Si
- No

Si respondió afirmativamente a lo anterior mencione ¿Cuál?\_\_\_\_\_

30-¿Ha participado en algún grupo de apoyo, organizado por la Clínica de Bienestar Universitario?

- Si
- No

Si respondió afirmativamente ¿Cuál?\_\_\_\_\_

31- ¿Utiliza usted otros establecimientos de salud?

- Si
- No

Si respondió afirmativamente ¿Cuál?\_\_\_\_\_

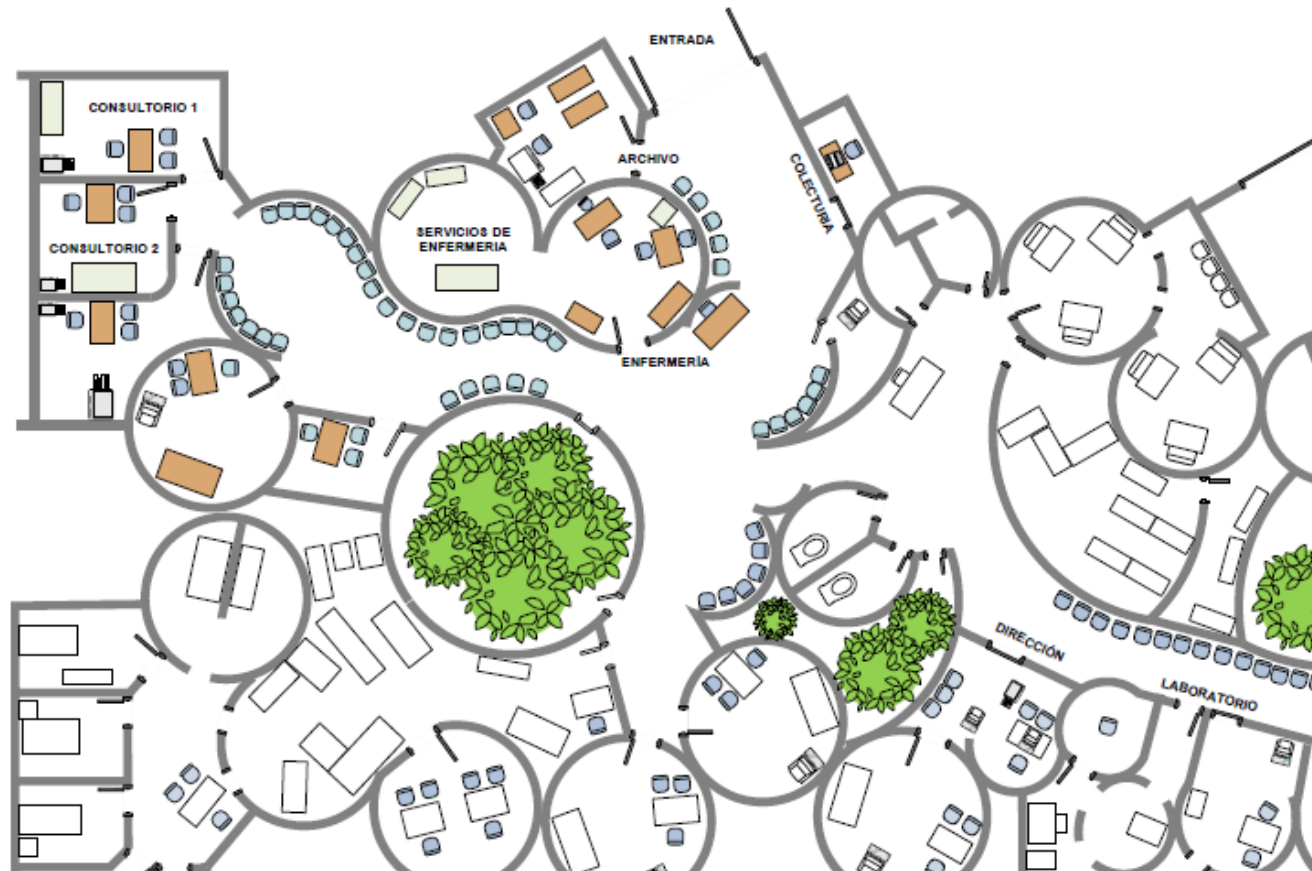
32- Las instalaciones de bienestar universitario están ubicadas en un lugar accesible

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ns/Nr
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

33- Los servicios médicos que brinda bienestar universitario son de muy bajo costo

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ns/Nr
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

## ANEXO 2. Diseño de Infraestructura de Bienestar Universitario



**ANEXO 3: Organigrama Institucional, Centro de Salud de la Secretaría de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador**

