

Conductas de autocuidado y actitudes machistas en adultos

Self-care behaviors and macho attitudes in adults

JOSÉ ANGEL MORENO JABALERA

Universidad de Sonora, Sonora, México (a217203263@unison.mx) (<https://orcid.org/0000-0003-3691-2354>)

DRA. LAURA FERNANDA BARRERA HERNÁNDEZ

Universidad de Sonora, Sonora, México (laura.barrera@unison.mx) (<https://orcid.org/0000-0002-1646-2037>)

RESUMEN

Las conductas de autocuidado y el machismo son factores importantes que pueden influir en la vida y la salud de las personas tanto en el ámbito individual como en el social, así como la manera en la que se interactúa con otros, no obstante, existen pocos estudios acerca de la asociación de estos dos factores entre sí. El presente estudio tuvo como objetivo indagar en la relación entre conductas de autocuidado y las actitudes hacia el machismo, además de comparar los resultados de estas variables en función del sexo de los participantes. Participaron 102 personas, 66.7% mujeres y 33.3% hombres, con una edad media de 27 años, DE = 9.6, quienes respondieron a un instrumento que incluyó un apartado de consentimiento informado, seguido de los datos demográficos y dos escalas, donde la primera consistió en la valoración de la capacidad de autocuidado y la segunda escala evaluó actitudes hacia el machismo. En los resultados se observó un nivel medio-alto en la capacidad de autocuidado, y un nivel bajo en actitudes hacia el machismo. Adicionalmente se encontró una relación negativa y significativa entre ambas variables de estudio. Respecto a la comparación en función del sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el machismo y en el factor conductas de autocuidado acerca de la falta de capacidad para el autocuidado, donde los hombres obtuvieron medias más altas que las mujeres.

ABSTRACT

Self-care behaviors and machismo attitudes are important factors

that can influence the life and health of people both individually and socially, as well as the way in which they interact with others, however, there are few studies about the association of these two factors with each other. The present study aimed to investigate the relationship between self-care behaviors and attitudes towards machismo, in addition to comparing the results of these variables based on the sex of the participants. One hundred and two people people participated, 66.7% women and 33.3% men, with a mean age of 27 years, SD = 9.6, who responded to an instrument that included an informed consent section, followed by demographic data and two scales, where the first one consisted of in the assessment of self-care capacity and the second scale, evaluate attitudes towards machismo. In the results, a medium-high level in self-care capacity was observed, and a low level in attitudes towards machismo. Additionally, a negative and significant relationship was found between both study variables. Regarding the comparison based on sex, statistically significant differences were found in attitudes towards machismo and in the factor of self-care behaviors regarding the lack of capacity for self-care, where men obtained higher means than women.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

conductas de autocuidado, machismo, actitudes machistas, género, salud, adultez. / self-care behaviors, machismo, macho attitudes, gender, health, adulthood.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2019) define al autocuidado o autoasistencia como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un prestador de atención de salud; entre las acciones se incluye la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, automedicación, atención a personas dependientes, búsqueda de atención hospitalaria, especializada o primaria, rehabilitación y cuidados paliativos.

El autocuidado implica tanto la capacidad de cuidarse a uno mismo como la realización de actividades necesarias para lograr, mantener o promover la salud y el bienestar. Ambos conceptos forman parte de la Teoría del Déficit en el Autocuidado de Orem, en donde la práctica de aquellas actividades destinadas a mantener la vida, la salud y el bienestar se conoce como autocuidado en sí, y la capacidad de involucrarse en las operaciones requeridas para el autocuidado se define como agencia de autocuidado. La agencia de autocuidado consta de tres tipos de componentes: fundacional, habilitante y operativo. Los componentes fundamentales son las capacidades más básicas para el autocuidado en cuanto a sensación, percepción, memoria y orientación. Las capacidades habilitadoras son los componentes

de poder del autocuidado. Estos componentes habilitadores son capacidades específicas necesarias para la realización de actividades de autocuidado y las presupone en el tiempo, como la capacidad de adquirir conocimientos sobre los recursos de autocuidado, o la energía física para el autocuidado. El último componente, las capacidades operativas, son la operación productiva del autocuidado, por ejemplo, la inyección de insulina para controlar la diabetes (Alhambra-Borrás et al., 2017).

Respecto a las investigaciones relacionadas a la capacidad o conductas de auto cuidado, Rodríguez et al. (2013) encontraron en un estudio realizado en Colombia que el 53% de los participantes que eran personas mayores de edad con falla cardiaca funcional atendidos en hospitales tuvieron capacidad de agencia de autocuidado suficiente, en donde predominaron las personas mayores de 50 años, con nivel socioeconómico altos, casadas, con educación tecnológica o universitaria, que practicaban actividades recreativas, tenían algún tipo de apoyo social y con una capacidad de bombeo de sangre menor al 40%. Por su parte Can et al. (2016) en su investigación con adultos mayores, hallaron que los participantes tenían una percepción de autocuidado adecuado y parcialmente adecuado, además se percibieron a sí mismos como personas saludables. En otro estudio realizado en Ecuador por Velis et al. (2019) se encontró un grado de autocuidado deficiente en un 75% de los participantes, lo que se concluyó que se asocia con una disminución en su capacidad funcional por la etapa de vida en la que se encuentran, así como una percepción menor de sus capacidades en general y posiblemente peor valoración de su estado de salud.

En relación a los estudios de autocuidado que han buscado diferencias en función del sexo de los participantes, Escobar y Pico (2013) realizaron un estudio en donde se compararon conductas de autocuidado entre hombres y mujeres universitarias, y se concluyó que las prácticas de autocuidado de la salud fueron saludables sin diferencias significativas entre los estudiantes según el sexo, sin embargo, los resultados mostraron que las mujeres presentaron más prácticas de autocuidado que hombres. Igualmente, Arenas et al. (2012) encontraron diferencias significativas en el autocuidado entre hombres y mujeres profesionistas y universitarios, siendo ellas quienes realizan estas actividades en mayor medida, entre ellas menor consumo de alcohol, mayor utilización de condón en las relaciones sexuales y mantener una tasa de sobrepeso más baja; también se encontró que ellas son quienes apoyan a otros miembros de su familia en mayor medida, puesto que así fue aprendido e internalizado como deber inherente a su género, lo cual puede influir en el cuidado de sí mismas, a diferencia de la construcción identitaria masculina en donde el cuidado de uno mismo podría representar una vulnerabilidad. Can et al. (2016) también encontraron diferencias con relación al sexo de los participantes en un estudio con adultos mayores, pero a diferencia aquí se encontró que los hombres presentaban una mayor percepción de autocuidado en comparación con las mujeres, lo que las autoras relacionan al rol de cuidadora de mujer, especialmente en personas mayores. Por otra parte, Rodríguez et al. (2013) en su estudio con pacientes con falla cardiaca funcional no encontraron una diferencia significativa en relación a la diferencia por sexo, y a su vez encontraron una relación más significativa en relación con factores como la capacidad de bombeo de sangre, edad y estado civil, siendo mayor en personas con menor capacidad de bombeo de sangre, con mayor edad y casadas; de igual manera, Velis et al. (2019) no encontraron una diferencia significativa en relación al sexo de los participantes de su estudio realizado con personas mayores, pues a pesar de que las mujeres participantes dedicaban más tiempo al cuidado de su familia que los hombres, no incorporaban dichas conductas de cuidado para sí mismas, en cambio, se observó disminución de autocuidado conforme la edad avanzaba. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017)

reportó con base en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017 que la cantidad de personas que refirieron haber acudido a algún servicio médico en ese año fue de 67.2 millones (sólo el 54.3% de la población), de las cuales el 49.7% fueron hombres y el 58.7% mujeres, mostrando una diferencia de casi diez puntos entre ambos grupos, que es un resultado similar en comparación con años anteriores. Por otra parte, en los relatos de un estudio cualitativo realizado en Brasil se encontró que entre las dificultades que existen para el autocuidado en hombres se encuentra relacionado a la percepción de falta de tiempo para hacerlo, al aprendizaje de dar mayor importancia a otras áreas de su vida, como el ser proveedor o trabajador, y de estereotipos que no permiten al hombre tener alguna condición médica o mental, desinformación sobre la salud y dónde se brindan estos servicios, así como el enfoque inadecuado de las instituciones de salud para dar difusión, el horario de atención de las instituciones de salud o la poca flexibilidad de horario de trabajo (Paiva et al., 2020).

Por otra parte, el machismo es definido por Castañeda (2019) como un conjunto de creencias, actitudes y conductas, que se basan en las siguientes ideas: la primera es la polarización de los sexos masculino y femenino, no sólo como una diferenciación entre estos, sino como conceptos opuestos y excluyentes tanto física como psicológicamente; la segunda es la superioridad de lo masculino. Con base en estas dos ideas se construyen las definiciones sobre qué es lo que significa ser hombre y qué significa ser mujer, y se forma no sólo una manera de relacionarse entre hombres y mujeres, sino toda una estructura de cómo comportarse, cómo pensar y qué valores tener. Esta autora no concibe el machismo como una característica innata de las personas o como un componente de un único grupo, sino como resultado de una sociedad con una dinámica de poder que crea roles y personajes que parecen naturales, y que se perpetúan a través del tiempo. Además, menciona que el machismo tiene diferentes maneras de expresarse, pues es una característica que se presenta en básicamente todas las áreas de la vida y esto será diferente dependiendo si se es hombre o es mujer por cómo se espera que se desarrollen y actúen en sociedad.

En relación al machismo, Kaufmann (1997) señala generalmente que el poder masculino implica el tener que eliminar todo tipo de emociones, necesidades y posibilidades, entre ellas el cuidar de otros, ser receptivos, empáticos y compasivos, las cuales son inconsistentes con la masculinidad, derivando en que se pierda también la capacidad de autocuidado (citado en De Keijzer, 1997). Asimismo, Rodríguez et al. (1993) mencionaron que el machismo crea limitaciones en el pensamiento y conducta de las personas, ya sea en cuanto a cómo se puede actuar en situaciones cotidianas o incluso a tener un pensamiento restrictivo sobre el ejercicio de una profesión en función del género de la persona.

En relación a los estudios respecto a las actitudes machistas, Moral y Ramos (2016) encontraron una baja aceptación hacia el machismo al analizar los resultados de una muestra conjunta de personas mexicanas mayores de edad heterosexuales. En otros estudios se apunta hacia la variabilidad de estos resultados con relación a diferentes factores; por ejemplo, Cabanillas (2018) encontró en Perú que el 94% de su muestra de estudiantes universitarios mostraron actitudes desfavorables hacia el machismo, en contraste con lo informado por Mamani et al. (2020) en su investigación con estudiantes universitarios peruanos y chilenos donde informaron que el 28% presentaban actitudes de aceptación hacia el machismo, el 46% un nivel moderado de aceptación y el 26% un nivel bajo de aceptación. También en un estudio realizado por Baldera (2020) se compararon dos grupos de mujeres, uno de un área urbana y otro de un área rural, y se encontró que el 89.6% de la muestra urbana mostró tendencias de rechazo hacia el machismo, mientras que en un 49.6% de la muestra

rural mostró actitudes ambivalentes. En un estudio realizado con hombres con diabetes mellitus tipo 2, donde se estudió el impacto del machismo en el autocuidado, se concluyó que machismo puede influir de manera directa al autocuidado y de manera indirecta, por medio del apoyo familiar y la autoeficacia (Mendoza, Gallegos y Gutiérrez, 2018).

Asimismo, respecto a investigaciones donde se han comparado las actitudes machistas en hombres y mujeres, Candiotti y Huaman (2017) en su estudio con estudiantes hallaron que los hombres tienen una actitud más positiva hacia el machismo, mientras que las mujeres tienen actitudes con tendencia al rechazo del machismo. De la misma manera, Huerta et al. (2021) observaron en estudiantes universitarios la presencia de actitudes machistas para las cuales utilizaban la supresión como manera de afrontamiento, atribuido a un problema cultural de crianza en México, a diferencia de las mujeres que presentaron un rechazo al machismo de manera general. Otro estudio similar fue el de Moral y Ramos (2016) en donde existió una diferencia significativa entre mujeres y hombres, aquí las mujeres mostraron desacuerdo con el machismo y los hombres mostraron ambigüedad ante éste. En contraparte con estos resultados, en el estudio de León (2018) con estudiantes de nivel secundario de Perú, se mostró una aceptación al machismo en ambos sexos sin diferencias significativas entre estos.

Paiva et al. (2020) al analizar los relatos de los participantes en su estudio, reconocieron el estereotipo del hombre “fuerte”, que se originó especialmente en las relaciones padre-hijo, así como características como la vergüenza por desinformación o por diferentes situaciones médicas que “amenazaban” su masculinidad, y ponían en riesgo y afectaban la salud de los hombres, tanto física como mentalmente, además de afectar la visión hegemónica que tenían y que aunque se mostró necesidad de comenzar a desarticularla, no se encontraban en esa fase cambio.

Por otra parte, la relación entre machismo y salud, ha sido abordada en la literatura científica mayormente desde el discurso y revisiones teóricas centradas en los efectos del machismo en la salud mental (Besosa, 2017; Fragoso & Kashubeck, 2000; George, 2018). No se encontraron investigaciones empíricas respecto a la relación entre la capacidad de autocuidado y las actitudes machistas o machismo, por ello, la presente investigación tuvo como objetivo el indagar en la relación entre conductas de autocuidado y las actitudes hacia el machismo, además de comparar los resultados de estas variables en función del sexo de los participantes.

MÉTODO

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, no experimental y transeccional, con alcance correlacional. Cuantitativo debido a que se realizará una medición numérica y se realizará un análisis estadístico de los datos; no experimental debido a que no existió manipulación de variables, y transeccional debido a que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento. Es correlacional, porque pretende establecer una relación entre las variables de estudio (Hernández et al., 2014).

PARTICIPANTES

Participaron 102 personas adultas del estado al noroeste de México, de los cuales 66.7% eran mujeres y 33.3% hombres, el rango de edad se encontró entre los 18 y los 76 años con una media de 27 años (D.E. =9.6). Como ocupación se encontró que el 49% de la población era estudiante, 38.2% empleado, 4.9% comerciante o emprendedor, 2% jubilado o pensionado y 5.9% tenía otra ocupación. Respecto al estado civil de los participantes se encontró que el 74.5% eran solteros, 17.6% casados, 6.9% vivían en unión libre y 1% no respondió. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

INSTRUMENTO

Se aplicó un instrumentó que consistió en dos escalas:

Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado (ASA-R) adaptada al español por Alhambra-Borrás et al. (2017). La escala consta de 15 ítems de escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo), con un puntaje entre 15 y 75, evalúa tres factores: Tener capacidad de autocuidado (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 10), desarrollar capacidad de autocuidado (ítems 7, 8, 9, 12, 13) y falta de capacidad para el autocuidado (ítems 4, 11, 14, 15). La escala presentó una confiabilidad de .87 en esta investigación.

Adicionalmente, se aplicó la Escala de Actitudes hacia el Machismo de Bustamante (1990) en la versión de Huamán y Vilela (2018) la cual es una escala tipo Likert de 16 ítems que evalúan conductas y pensamientos machistas, cuenta con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (completamente en desacuerdo) hasta 5 (completamente de acuerdo). Los dos factores que evalúa son: Dominio masculino (ítems 1 al 9) y control de la sexualidad (ítems 10 al 16), en esta investigación la escala obtuvo una confiabilidad de 0.961.

PROCEDIMIENTO

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario en la plataforma de Google forms en donde se indicaba que para participar debían ser mayores de edad y leer el consentimiento informado y aceptar su participación en el estudio. También se solicitó información sociodemográfica y se aplicaron dos instrumentos de manera seguida. Ambos instrumentos fueron transcritos a un cuestionario en la plataforma Google Forms, donde se agregó un consentimiento informado antes de la sección de los ítems. En éste se indicó que la participación en la investigación y el aporte de información era voluntaria y que podían retirarse en el momento que se deseara, así mismo se aseguró la confidencialidad de sus datos demográficos y sus respuestas a los instrumentos. Los datos fueron capturados a la vez que los participantes terminaban de contestar el cuestionario. Posteriormente, la información obtenida se analizó en programa SPSS 24.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez los datos se encontraron en la base de datos, se codificó de manera inversa los ítems que lo requerían.

Primeramente, se analizó la confiabilidad de las escalas, seguido de los estadísticos descriptivos de cada una de las escalas, así como análisis de comparación y de correlación de variables.

RESULTADOS

En capacidad de autocuidado, los participantes presentaron una media de 3.74 lo cual es un puntaje medio-alto pues las puntuaciones de la escala van de 1 a 5. También se mostró en los participantes un puntaje alto en las medias de las dimensiones tener capacidad de autocuidado (M=4.09) y desarrollar capacidad de autocuidado (M=4.08), mientras que en la media de falta de capacidad de autocuidado se obtuvo un puntaje medio (M=2.79) (ver tabla 1).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de autocuidado y sus dimensiones				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Capacidad de autocuidado	1.33	4.87	3.74	.671
Tener capacidad de autocuidado	1.83	5.00	4.09	.804
Desarrollar capacidad de autocuidado	1.00	5.00	4.08	.796
Falta de capacidad de autocuidado	1.00	5.00	2.79	.991

En capacidad de autocuidado, los ítems con medias más altas fueron 2 "Si tengo problemas para moverme o desplazarme hago los ajustes necesarios", 8 "En el pasado, he cambiado algunos hábitos con el fin de mejorar mi salud", 9 "Habitualmente tomo medidas para garantizar mi seguridad y la de mi familia", 12 "Soy capaz de encontrar la información que necesito cuando mi salud se ve amenazada", y 1 "A medida que cambian mis circunstancias voy haciendo los ajustes que necesito para mantenerme sana/sano". Los ítems con los que estuvieron menos de acuerdo fueron 15 "No siempre puedo cuidarme como me gustaría" y 11 "En mí día a día, apenas tengo tiempo para cuidar de mí misma/mismo" (ver tabla 2).

Tabla 2: Estadísticos descriptivos por reactivos de cada escala de capacidad de autocuidado				
	Mín	Max	M	DE
Tener capacidad de autocuidado				
1. A medida que cambian mis circunstancias voy haciendo los ajustes que necesito para mantenerme sana/sano	1	5	4.29	.940
2. Si tengo problemas para moverme o desplazarme hago los ajustes necesarios	1	5	4.45	.791
3. Cuando es necesario, establezco como nuevas prioridades las medidas más adecuadas para mantenerme sana/sano	1	5	4.13	1.031
5. Busco mejores formas de cuidarme	1	5	3.97	1.076
6. Si lo necesito encuentro tiempo para cuidarme	1	5	3.92	1.012

Tabla 2: Estadísticos descriptivos por reactivos de cada escala de capacidad de autocuidado

	Mín	Max	M	DE
10. Habitualmente evalúo si las cosas que hago para mantenerme sana/sano funcionan	1	5	3.82	1.236
Desarrollar capacidad de autocuidado				
7. Cuando tengo que tomar un nuevo medicamento, me informo de los efectos secundarios para cuidarme mejor	1	5	3.58	1.485
8. En el pasado, he cambiado algunos hábitos con el fin de mejorar mi salud	1	5	4.31	.985
9. Habitualmente tomo medidas para garantizar mi seguridad y la de mi familia	1	5	4.30	.920
12. Soy capaz de encontrar la información que necesito cuando mi salud se ve amenazada	1	5	4.30	.878
13. Busco ayuda cuando no puedo cuidar de mí misma/mismo	1	5	3.94	1.233
Falta de capacidad de autocuidado				
4. A menudo me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como sé que debería	1	5	2.98	1.251
11. En mí día a día, apenas tengo tiempo para cuidar de mí misma/mismo	1	5	2.86	1.328
14. Pocas veces tengo tiempo para mí	1	5	2.97	1.316
15. No siempre puedo cuidarme como me gustaría	1	5	2.37	1.214

En actitudes hacia el machismo, los participantes presentaron una media de 1.43 lo cual es un puntaje bajo ya que las puntuaciones de la escala van de 1 a 5. También se mostró en los participantes un puntaje bajo en ambas dimensiones de la escala: Dominio masculino (M=1.45) y control de la sexualidad (M=1.39) (ver tabla 3).

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de actitudes hacia el machismo y sus dimensiones

	Mín	Max	M	DE
Actitudes hacia el machismo	1.00	4.63	1.43	.776
Dominio masculino	1.00	4.56	1.45	.803
Control de la sexualidad	1.00	4.71	1.39	.777

En actitudes hacia el machismo, los ítems con medias más altas y por ende con los que presentaron mayor grado de acuerdo fueron el 10 "A las niñas se les debe cultivar la ternura, la dulzura y la suavidad", seguido del 2 "Admiro a los hombres que saben imponer autoridad en el hogar". Mientras que los ítems con los que estuvieron menos de acuerdo fueron el 11 "Es deber de las hermanas atender a sus hermanos", seguido del 15 "El esposo es el que debe decidir el número de hijos que se debe tener", 13 "Los métodos anticonceptivos son un factor que hace que las mujeres sean infieles", 14 "La mujer debe sentirse obligada a tener

relaciones sexuales con el esposo, aunque no las desee”, y 16 “Sólo los hombres deben tener información sobre métodos anticonceptivos”.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos por reactivos de cada escala de actitudes hacia el machismo				
	Mín	Max	M	DE
Dominio masculino				
1. El marido puede oponerse a que su mujer desempeñe cualquier profesión u oficio	1	5	1.37	.994
2. Admiro a los hombres que saben imponer autoridad en el hogar	1	5	1.74	1.258
3. La mujer no puede asistir sola a una fiesta a la que su pareja no puede asistir	1	5	1.33	.836
4. Una mujer siempre debe pedir permiso a su esposo o a su padre para salir a la calle	1	5	1.50	.909
5. Los hombres son más inteligentes que las mujeres	1	5	1.45	1.04
6. Pienso que los hombres ejercen un mejor cargo de autoridad que las mujeres	1	5	1.51	1.041
7. Es mejor en cuanto a niveles en el trabajo que la mujer no sobrepase al hombre	1	5	1.42	.969
8. El marido siempre debe administrar la economía del hogar	1	5	1.43	1.00
9. El llevar los niños al colegio es función más de la madre que del padre	1	5	1.34	.898
Control de la sexualidad				
10. A las niñas se les debe cultivar la ternura, la dulzura y la suavidad	1	5	1.99	1.309
11. Es deber de las hermanas atender a sus hermanos	1	5	1.25	.737
12. Las niñas desde pequeñas deben aprender que su deber es servir a su padre	1	5	1.37	.967
13. Los métodos anticonceptivos son un factor que hace que las mujeres sean infieles	1	5	1.30	.920
14. La mujer debe sentirse obligada a tener relaciones sexuales con el esposo, aunque no las desee	1	5	1.30	.876
15. El esposo es el que debe decidir el número de hijos que se debe tener	1	5	1.28	.825
16. Sólo los hombres deben tener información sobre métodos anticonceptivos	1	5	1.30	.920

Se compararon las medias de capacidad de autocuidado, actitudes hacia el machismo y sus dimensiones respecto al sexo de las y los participantes y se observó diferencia significativa en la dimensión falta de capacidad para el autocuidado ($t = -2.182$, $p = .031$), actitudes hacia el machismo ($t = -3.654$, $p = .000$) y sus dimensiones dominio masculino ($t = -3.806$, $p = .000$) y control de la sexualidad ($t = -3.275$, $p = .001$), donde los hombres obtuvieron una media más elevada que las mujeres, lo que indica que los hombres presentan menos capacidad para el autocuidado y una actitud más positiva hacia el machismo y sus dimensiones que las

mujeres (ver tabla 5).

Tabla 5: Diferencias entre hombres y mujeres por escalas									
Escala	Hombres			Mujeres			gl	t	p
	n	M	DE	n	M	DE			
Capacidad de autocuidado	34	3.73	0.612	68	3.75	0.702	100	.170	.866
Tener capacidad de autocuidado	34	3.97	0.861	68	4.16	0.774	100	1.097	.275
Desarrollar capacidad de autocuidado	34	3.94	0.809	68	2.64	1.01	100	1.3	.197
Falta de capacidad para el autocuidado	34	3.09	0.893	68	2.98	0.413	100	-2.182	.031
Actitudes hacia el machismo	34	1.8	1.002	68	1.24	0.554	100	-3.654	.000
Dominio masculino	34	1.85	1.042	68	1.25	0.559	100	-3.806	.000
Control de la sexualidad	34	1.73	0.979	68	1.22	0.590	100	-3.275	.001

La capacidad de autocuidado se relacionó de manera negativa y significativa con las actitudes hacia el machismo ($r = -0.224$, $p < 0.001$) (véase tabla 6).

Tabla 6: Matriz de correlaciones entre variables		
	CA	AM
Capacidad de autocuidado	1	
Actitudes hacia el machismo	-.224*	1

$p < .05^*$, $p < .001^{**}$
CA= Capacidad de autocuidado, AM = Actitudes hacia el machismo.

También se encontraron relaciones significativas entre los factores de capacidad de autocuidado y actitudes machistas, donde destacaron las relaciones entre el factor de tener capacidad de autocuidado y actitud hacia el machismo ($r = -0.375$, $p < 0.001$), así como entre el factor de tener capacidad de autocuidado con las dimensiones de dominio masculino ($r = -0.365$, $p < 0.001$) y control de la sexualidad ($r = -0.373$, $p < 0.001$) (véase tabla 7).

Tabla 7: Matriz de correlaciones entre variables y sus dimensiones

Escala	CA	TCA	DCA	FCA	AM	DM	CS
Capacidad de autocuidado	1						
Tener capacidad de autocuidado	.898**	1					
Desarrollar capacidad de autocuidado	.822**	.742**	1				
Falta de capacidad de autocuidado	.618**	.317**	0.179	1			
Actitud hacia el machismo	-.224*	-.375**	-.291**	0.183	1		
Dominio masculino	-.210*	-.365**	-.275**	0.189	.986**	1	
Control de la sexualidad	-.232*	-.373**	-.300**	0.166	.974**	.922**	1

p<.05*, p<.001**

CA= Capacidad de autocuidado, TCA= Tener capacidad de autocuidado, DCA=Desarrollar capacidad de autocuidado, FCA= Falta de capacidad de autocuidado, AM= Actitud hacia el machismo, DM= Dominio masculino, CS= Control de la sexualidad.

CONCLUSIONES

La presente investigación se centró en el estudio de la posible relación que podría existir entre las conductas de autocuidado y las actitudes hacia el machismo. En los resultados de capacidad de autocuidado se encontró que los participantes presentaron un puntaje de nivel medio-alto, y en la comparación por sexo de esta variable, se encontró una diferencia significativa en la dimensión falta de capacidad de autocuidado, la cual fue mayor en hombres, indicando que los hombres refirieron tener menos capacidad para el autocuidado en comparación de las mujeres, resultados que corroboran lo señalado en la investigación de Arenas et al. (2012), y que contrastan con los de Can et al. (2016) donde los hombres presentaban un nivel más elevado que las mujeres, también difieren de lo informado por Rodríguez et al. (2013) y Velis et al. (2019) donde no se encontró una diferencia en cuanto al sexo, sino con otros aspectos como edad, condición de salud o apoyo social.

En los resultados de actitudes machistas se encontró que los participantes presentaron un puntaje de nivel bajo, lo que refleja una actitud de aceptación baja hacia el machismo. Al hacer la comparación por sexo, se encontró también una diferencia significativa siendo mayores las actitudes machistas en hombres, al igual que en ambos factores de la escala: dominio masculino y control de la sexualidad; esto indica que los hombres tienen una actitud más positiva hacia el machismo que las mujeres, estos hallazgos coinciden por lo reportado en estudios previos (Candiotti y Huaman, 2017; Huerta et al., 2021; Moral y Ramos, 2016).

En el aspecto de la relación entre variables, se encontró la existencia de una relación negativa y significativa entre la capacidad de autocuidado y las actitudes hacia el machismo. No se encontró información concerniente a la relación entre estas variables en la literatura, sin embargo, se encontró información que explica o relaciona fenómenos similares, como lo mencionado por Paiva et al. (2020) donde se observó cómo surge la imagen que se tiene que

seguir para “ser un hombre”; y Rey (2008) donde se observa la tendencia de replicar patrones de comportamientos observados en sus padres al presenciar violencia entre ellos. También se encuentra el estudio de Cabanillas (2018) que encontró una relación entre inteligencia emocional y actitudes hacia el machismo; y el de Mendoza et al. (2018) donde se encontró una relación entre machismo con autoeficacia y apoyo social.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe mencionar distintas características de la muestra, entre ellas el tamaño y tipo de muestreo, debido a que no se utilizó una muestra representativa de la población y el muestreo fue no probabilístico, lo que imposibilita la generalización de los resultados. Adicionalmente, el tipo de recolección de datos, se puede considerar como limitación debido a que los instrumentos fueron autoadministrados vía online, lo que derivó en la existencia de una menor comunicación entre el aplicador y el participante, dificultando la resolución de dudas, comprensión de las instrucciones y tal vez afectar la motivación para responder al instrumento.

A pesar de las limitaciones anteriormente señaladas, los resultados de la presente investigación aportan al estudio de las actitudes hacia el machismo y su relación con la capacidad de autocuidado. Si bien existen investigaciones sobre las actitudes machistas y el cuidado de la salud, esta clase de información suele encontrarse relacionada con el aspecto de salud mental y sexual, la dinámica existente en las relaciones, el cuidado de una enfermedad o condición particular, o bien, sin asociándolo a variables sociodemográficas, y no en conductas de autocuidado en general (Besosa, 2017; Huerta et al., 2021; Mendoza, 2018; Ortiz et al., 2016; Pampa, 2020; Solano, 2017; Uresti et al., 2017).

Esta investigación puede servir de base para dar un enfoque distinto a las investigaciones en el área de la salud, así como para el diseño e implementación de intervenciones, donde se consideren, por ejemplo, la modificación de cogniciones referentes a los estereotipos asignados a cada sexo y los comportamientos de prevención y mantenimiento de la salud adecuados. Esto puede beneficiar a la comunidad académica y a los profesionales de la salud pues la información es oportuna para trabajar en el área comunitaria, clínica y de la salud, especialmente en aquellas que se encuentran en un ambiente y sociedad con predominancia machista y donde el autocuidado no sea una práctica cotidiana.

Se sugiere continuar realizando estudios que enriquezcan esta línea de investigación sobre las relaciones existentes entre autocuidado y machismo. Una manera de ello implicaría la replicación de este estudio con una muestra más amplia y representativa, de diferentes ciudades de México, e incluso otros países de Latinoamérica, a fin de identificar diferencias de grupos y si la relación encontrada entre las variables se mantiene. De igual manera, la investigación a profundidad y reflexión acerca de esta relación, lo que podría aportar una mejor comprensión del fenómeno y facilitar la implementación de diversos enfoques de intervención en la población mexicana para el establecimiento de prácticas de autocuidado y desarticulación del machismo. Se sugiere también analizar diferencias en distintos grupos de edad, además de incluir otras variables para analizar diferencias tales como la orientación sexual, nivel escolar, ingreso económico y estructura familiar de los participantes.

REFERENCIAS

- Alhambra-Borrás, T., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., & Sánchez-García, J. (2017). The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASA-R): Adaptation and Validation in a Sample of Spanish Older Adults. *The Spanish Journal of Psychology*, 20. e48. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.52>
- Arenas, L.M., Keijzer, B., Bonilla, P.F., Treviño, S.T., y Hernández, I.T. (2012). Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México. *Género y Salud en Cifras*, 10 (2/3), 7-16. http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen10_2/Generoyautocuidadoentreprofesionales.pdf
- Baldera, M.Y.A. (2020). Actitudes hacia el machismo en mujeres del programa vaso de leche, de la zona urbana y rural del distrito de Pítipo. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/8112>
- Besosa, S. M. (2017). Depresión masculina: entre el machismo y la salud mental. *Revista Neuronum*, 3(1), 1-5. <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistanuronum/article/viewFile/76/66>
- Cabanillas, J.J.P. (2018). Inteligencia emocional y actitudes frente al machismo en estudiantes de una universidad particular de Chiclayo. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/5685>
- Can, A. V., Sarabia, B.A., y Guerrero, J.C. (2016). Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 6 (11), 721-739. <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/203>
- Candiotti, E.N.D. y Huaman, S.C.B. (2017). Actitudes machistas en estudiantes del octavo semestre de las facultades de Ingeniería Mecánica y Trabajo Social de la Universidad Nacional del Centro del Perú - 2015. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional de la UNCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12894/1680>
- Castañeda, M. (2019). *El machismo invisible*. Penguin Random House Grupo Editorial México. <https://books.google.com.mx/books?id=8FyvDwAAQBA>
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. *Género y salud en el Sureste de México*, 199-219. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/11734/Del%20dicho%20al%20hecho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Escobar, M.P., y Pico, M.E. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (2), 178-186. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/10806>
- Fragoso, J. M., & Kashubeck, S. (2000). Machismo, gender role conflict, and mental health in Mexican American men. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(2), 87-97. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.1.2.87>
- George, T. (2018). Los Efectos del Machismo en El Desarrollo de Los Trastornos de Salud Mental de Las Mujeres en México. <https://digitalworks.union.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2168&context=theses>
- Hernández, R.S., Fernández, C.C., y Baptista, M.P.L. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Huamán, J. M. y Vilela, M.C. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia

- el machismo en varones y mujeres de Lima, 2018. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29222>
- Huerta, R.E.R., Santibáñez, R. W.O., Ramírez, N.L.S., Vega, J.M.G., Quispe, J.J.G., Terrel, S.J.Q., Gamboa, S.K.P., Escudero, J.C.N., Chumbes, G.T., Gonzales, A.J.H., Merino, S.G.R., Potenciano, J.L.M., y Ortiz, A.F.M. (2021). Actitudes hacia el machismo y regulación emocional en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista De Investigación En Psicología*, 24 (1), 39-54. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20099>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017. <https://www.inegi.org.mx/programas/eness/2017/>
- León, M.S.B. (2018). Actitudes hacia el machismo en estudiantes de secundaria de un centro educativo de Huaylas 2017. [Tesis de licenciatura, Universidad San Pedro]. Repositorio Institucional de la Universidad San Pedro. <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/9013>
- Mamani, V.L., Herrera, D.S., y Arias, W.L.G. (2020). Análisis comparativo de machismo sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58 (2), 106-115. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000200106
- Mendoza, G.C., Gallegos, E.C., y Gutiérrez, J. V. (2018). Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo. *Enfermería Global*, 17 (3), 1-25. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/287231/226961>
- Moral, J.R., y Ramos, S.B. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 22 (43), 37-66. <https://www.redalyc.org/journal/316/31646035003/html/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>
- Ortiz, J.I.S., Freire, M.V.A., Palacios, E.C.E., Vega, B.J.B., Jiménez, D.A.B., Campoverde, M.A.C., Muñoz, L.C.E.T., y Alvarado, L.G.V. (2016). Percepciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Kichwas y Shuaras. Ecuador, 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 34 (2), 21-31. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25817>
- Paiva, F.T.N., Sandreschi, P.F., Araújo, M.S.D., y Loch, M.R. (2020). Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. *Salud Colectiva*, 16, e2250. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>.
- Pampa, D.M.J. (2020). Actitudes machistas en estudiantes de una institución educativa de varones y estudiantes de una institución educativa mixta de Huánuco. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4724>
- Rey, C.A.A. (2008). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad en género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 107-118. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000100011
- Rodríguez, A.K., Marín, L.M., y Leone, M.E.Q. (1993). El machismo en el imaginario social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 275-284. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525209>

- Rodríguez., M.A.G., Arredondo E.H., y Salamanca, Y.A.A. (2013). Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería Global*, 12 (30), 183–195. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009
- Solano, K.L.S. (2017). Maltrato psicológico hacia la mujer y actitudes hacia el machismo en mujeres que acuden a un centro de salud del Distrito de Nuevo Chimbote. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/415>
- Uresti, K.C.M., Orozco, L.A.R., Ybarra, J.L.S., y Espinosa, M.C.M. (2017). Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México. *Acta universitaria*, 27(4), 59–68. <https://doi.org/10.15174/au.2017.1273>. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662017000400059
- Velis, L.M.A., Macías, C.G.S., Vargas, G.M.A., y Lozano, M.M.D. (2019). Percepción de la capacidad de autocuidado de los y las adultas mayores, Fundación NURTAC. *RECIAMUC*, 2 (3), 136–153. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/2>