



**Centro de Investigación en Alimentación y
Desarrollo. A.C.**

**MASCULINIDADES: PERCEPCIÓN DE RIESGO Y
AUTOCAUIDADO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD EN HOMBRES
DE TRES GENERACIONES EN HERMOSILLO**

Por:

Damaris Carrillo Castañeda

TESIS APROBADA POR LA

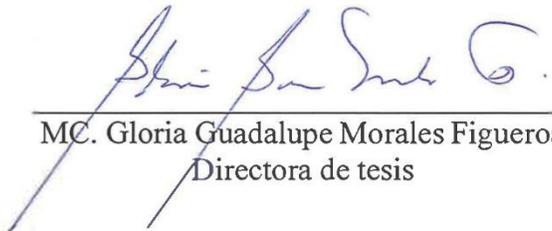
COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

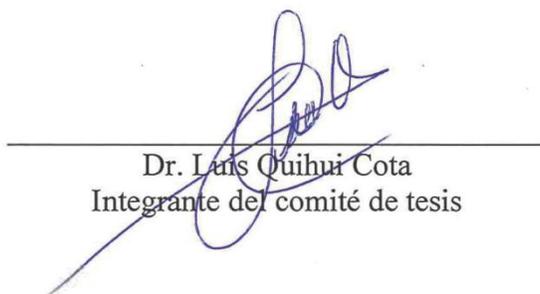
MAESTRA EN CIENCIAS

APROBACIÓN

Los miembros del comité designado para la revisión de la tesis de Damaris Carrillo Castañeda, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias.



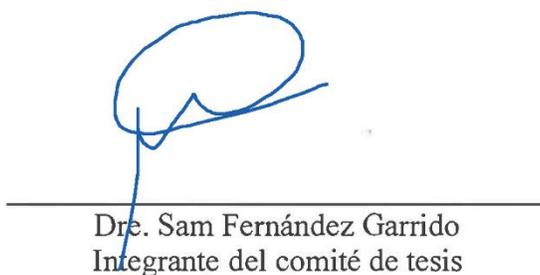
MC. Gloria Guadalupe Morales Figueroa
Directora de tesis



Dr. Luis Quihui Cota
Integrante del comité de tesis



Dra. María del Carmen Hernández Moreno
Integrante del comité de tesis



Dre. Sam Fernández Garrido
Integrante del comité de tesis

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

La información generada en la tesis "Masculinidades: Percepción de Riesgo y Autocuidado de Alimentación y Salud en Hombres de Tres Generaciones en Hermosillo" es propiedad intelectual del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD). Se permiten y agradecen las citas breves del material contenido en esta tesis sin permiso especial de la autora Damaris Carrillo Castañeda, siempre y cuando se dé crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita de quien ocupe la titularidad de la Dirección General del CIAD.

La publicación en comunicaciones científicas o de divulgación popular de los datos contenidos en esta tesis, deberá dar los créditos al CIAD, previa autorización escrita del director(a) de tesis.



CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN
ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C.
Coordinación de Programas Académicos

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Graciela Calre Juvera", written over a horizontal line.

Dra. Graciela Calre Juvera
Directora General

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por el apoyo brindado durante este proyecto, sin el cual no hubiese sido posible.

Al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD) por abrirme sus puertas y otorgarme la oportunidad de prepararme profesionalmente aprendiendo de docentes de alto nivel y por el constante apoyo otorgado por la coordinación de programas académicos en el seguimiento de mis solicitudes para el mejor aprovechamiento de mi estancia.

A todos los maestros y doctores de los cuales tuve el honor de aprender de sus conocimientos y experiencias. Gracias por su tiempo, dedicación y paciencia, por escuchar mis inquietudes y siempre darme palabras de aliento para desempeñarme de la mejor manera.

Sobre todo, a mi comité de tesis, a la directora M.C. Gloria Guadalupe Morales Figueroa por confiar en mí para desarrollar su idea y como dijo usted para aprender juntas desde esta perspectiva, que me ha permitido crecer más allá de lo que académico. Gracias por sus detalles, por la humanidad con la me cobijó, por su comprensión, sus cuidados y atenciones. Por darme las herramientas para realizar este trabajo, por su valioso tiempo y energía depositada en este proyecto. Por motivarme y apoyarme en mis inquietudes, por sus enseñanzas, su guía, aliento y abundante paciencia, por creer en mí y por hacerme creer en mi capacidad para alcanzar este logro.

Al Dr. Luis Quihui Cota por mostrar desde el primer momento su entusiasmo para formar parte de este comité y por sus valiosas aportaciones con su destacada visión crítica.

A la Dra. María del Carmen Hernández Moreno por ser una pieza clave de equilibrio para lograr desarrollar un estudio cualitativo desde un área cuantitativa, gracias por creer en nosotras y por apoyarnos a hacerlo posible.

A le Dre. Sam Fernández Garrido que, a pesar de tener una agenda muy ocupada, cuando solicitamos su participación nos brindó su tiempo con mucho entusiasmo, sus aportaciones fueron una valiosa guía, que causaban mucho ruido y nos obligó a profundizar en una dirección que no habíamos considerado pero que nos abrió grandes oportunidades de crecimiento.

A la Dra. Rosario Román Pérez, aunque no tenía la responsabilidad del comité puso a nuestra disposición una importante revisión con aportaciones clave que nos permitieron vislumbrar nuestras áreas de oportunidad con una experimentada visión de las áreas sociales.

De manera muy especial agradezco a los voluntarios que aceptaron formar parte de este proyecto, ustedes son la esencia de este trabajo, sin sus aportaciones simplemente esto no sería posible. Gracias por darme un espacio en sus hogares, trabajos y familias donde siempre me sentí segura, gracias por la confianza para compartirme una parte de su vida y por regalarme sus más sabios consejos, me llevo un invaluable conocimiento y reconocimiento de cada una de sus historias.

DEDICATORIA

A mi mamá, Yarna Castañeda Martínez, por ser mi mayor referencia de cómo salir adelante ante cualquier adversidad y nunca dejar mis sueños por más lejanos o difíciles que parezcan. Gracias por siempre estar presente y no rendirte ante al cansancio de ponernos todo tu esfuerzo a nuestra disposición, gracias por darme la confianza y llenarme de valentía para emprender mis propios pasos.

A mi papá, Armando Carrillo López, por inspirarme, impulsarme y alentarme para emprender este proyecto que fue un deseo mutuo, gracias por guiarme con cuidado y paciencia en mis primeros pasos en la ciencia y por demostrarme tu interés y confianza para desarrollar futuros proyectos juntos. Gracias por todo tu apoyo y el gran entusiasmo con el que me has acompañado durante esta etapa.

A mi hermano, Jezreel Carrillo Castañeda, por demostrarme que confías en que saldré adelante en cualquier objetivo que me proponga, por recordarme en cada oportunidad mis capacidades y fortalezas, por ser un ejemplo de resiliencia y por pensar siempre lo mejor para el siguiente paso de mi camino.

A mis familias Carrillo y Castañeda por estar al pendiente de mi bienestar, por mostrar su interés y entusiasmo con mis avances, por todo su apoyo y amor con el que me han abrazado y se han hecho presentes a lo largo de mi vida.

A la familia Hernández-Díaz por abrirme sus brazos desde el primer momento en que nos conocimos y por ofrecerme en su hogar un refugio lleno del cariño más sincero.

A mis amigos de siempre, que sin importar la distancia me han dado todo su apoyo, que han sido testigos de cómo esto que para mí era un sueño se ha vuelto realidad y han creído que así sería desde el primer momento. A mis nuevos amigos que hice en este camino, y me dieron la fuerza para no rendirme, gracias por hacerme aprender mucho, incluso de mí misma.

Al Apóstol de Jesucristo, Naasón Joaquín García, por cobijarme en sus oraciones y por alentarme a siempre ir con firmeza hacia delante, con orgullo y mi puño en alto hasta el último aliento.

A Dios por concederme la vida y la capacidad para realizar este proyecto, por su amor y misericordia con la que me ha protegido y me ha colmado de bendiciones y por poner en mi camino a todas estas personas que me han acompañado en mis luchas, mis batallas y mis triunfos.

Por último, a la “Dama” que soñaba con este momento, gracias por hacer todo lo posible para que no quedara sólo cómo un sueño, gracias por no rendirte, por tu valentía para afrontar las dificultades, por la fortaleza con la que te levantaste de cada caída y por demostrarme que eres capaz de llegar más lejos de lo que pueda imaginar.

*Les dedico este logro con toda mi gratitud,
respeto, admiración y amor para ustedes.*

¡Lo logramos!

CONTENIDO

APROBACIÓN	2
DECLARACIÓN INSTITUCIONAL	3
AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIA	6
CONTENIDO	8
LISTA DE CUADROS	11
LISTA DE FIGURAS	12
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
1. INTRODUCCIÓN	15
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	17
2.1. Atención de Salud en la Población Masculina	17
2.1.1. Alimenticia.....	19
2.1.2. Médica.....	20
2.2. Conocimiento y Hábitos de Alimentación de los Hombres	22
2.3. Problemas de Salud Relacionados a la Alimentación en Hombres	26
2.3.1. Sobrepeso y Obesidad.....	26
2.3.2. Hipertensión.....	27
2.3.3. Diabetes.....	28
2.3.4. Otros Problemas de Salud de los Hombres.....	30
2.4. Medios de Apoyo para la Atención de la Alimentación y Salud de Hombres	31
2.4.1. Orientación Profesional.....	31
2.4.2. Herramientas Tecnológicas.....	32
2.4.3. Sociedad, Familia y Amigos.....	33
2.5. Motivos de Decisión de los Hombres para Atender o no su Salud	34
2.6. Natura-Cultura.....	37
2.6.1. Aspectos Socioculturales	39
2.7. Construcción de la Masculinidad.	40
2.7.1. Masculinidad hegemónica en México y Hermosillo.....	40
2.7.2. Machismo	41
2.7.3. Nuevas Masculinidades.....	42
2.8. Percepción de Riesgo en Hombres.	43
2.9. Capacitismo	44
2.10. Propósito del Estudio.....	45
3. HIPÓTESIS	47
4. OBJETIVOS	48
4.1. Objetivo General	48

CONTENIDO (continuación)

4.2. Objetivos Específicos	48
5. PARTICIPANTES Y MÉTODOS	49
5.2. Diseño de Estudio	49
5.3. Fenomenología.	49
5.4. Método de Contenido Temático	50
5.5. Enfoque de Significados y Entendimiento	50
5.6. Participantes	51
5.7. Criterios de Inclusión y Exclusión	51
5.8. Instrumentos para la Recolección de Información	52
5.8.1. Mediciones Antropométricas.....	52
5.8.2. Percepción Física	52
5.8.3. Cuestionario de Nivel Socioeconómico (NSE)	54
5.8.4. Entrevista Semiestructurada.....	54
5.9. Consideraciones Éticas.....	55
5.10. Análisis de Datos	55
5.11. Elaboración de la Entrevista Semiestructurada	56
5.12. Piloto para Ajuste de Estrategias y Tiempos para el Levantamiento de los Datos	59
5.13. Logística de Trabajo de Campo.....	60
5.14. Retos para el Reclutamiento de Voluntarios	60
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	62
6.1. Descripción de Participantes y Nivel Socioeconómico.....	62
6.2. Resultados del Estudio Antropométrico	63
6.3. Resultados de la Evaluación de Percepción Física.....	67
6.4. Resultados de la Entrevista Semiestructurada.....	69
6.4.1. Prácticas de Autocuidado.....	70
6.4.1.1. Alimentación.....	70
6.4.1.2. Salud.....	76
6.4.1.3. Búsqueda de información.....	81
6.4.2. Construcción de la Masculinidad	83
6.4.2.1. Influencia de la familia	87
6.4.2.2. Figuras como modelo de masculinidad.....	88
6.4.2.3. Rasgos sobresalientes de cada generación.	90
6.4.2.4. Masculinidad y prácticas de autocuidado.	93
6.4.3. Percepción de Riesgo	95
6.4.3.1. Enfermedades.....	95
6.4.3.2. Conductas de riesgo y violencia.....	98
6.4.3.3. Hábitos de alimentación con riesgo a enfermarse.....	101
6.4.4. Autocuidado como Tarea aún por Resolver	102
7. CONCLUSIONES	106
8. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	107

CONTENIDO (continuación)

9. REFERENCIAS	108
10. ANEXOS	121
10.1. AMAI 2022	121
10.2. Guion De Entrevista Semiestructurada	123
10.3. Dictamen Comité de Ética de Investigación del CIAD.....	130
10.4. Carta De Consentimiento Informado.....	131

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Relación de siluetas de Stunkard con IMC para evaluación de percepción física.....	53
2	Estructura de la entrevista semiestructurada para recopilación de datos.....	56
3	Ejemplo de preguntas por objetivos para recabar información en la entrevista semiestructurada.....	58
4	Seudónimos y características para clasificación de participantes en el estudio.....	62
5	Información antropométrica de los 16 participantes en este estudio.....	64
6	Percepción física comparada con estado físico real.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Siluetas de Stunkard para evaluación de percepción física.....	53
2	Comparación de resultados del IMC por tríadas familiares.....	65
3	Comparación de resultados del IMC por generaciones.....	67
4	Diagrama de tipos de masculinidad, categorías evaluadas en este proyecto....	84
5	Ciclo de autocuidado/descuido en hombres de este estudio.....	102

RESUMEN

Los hombres y las mujeres no son iguales, más allá de las diferencias biológicas, existen diversos factores que influyen en la salud, mucho tiene que ver con el género más que con el sexo. En México solamente el 5.1% de los hombres acuden a los centros de atención de salud de manera ambulatoria y un 3.3% de manera hospitalaria, la mayoría no van por decisión propia. Este comportamiento puede ser influenciado por aspectos socioculturales y la experiencia de vida. Por esto buscamos comprender las prácticas de autocuidado en alimentación y salud, de tres generaciones de hombres en Hermosillo, Sonora, influenciadas por la relación entre la percepción del riesgo y la construcción de su masculinidad. Se empleó la fenomenología, con enfoque en los significados y entendimientos, haciendo un análisis de contenido temático. Además, se aplicó el cuestionario AMAI 2022 para medir el NSE, antropometría para evaluar la percepción física, y un guion de entrevista semiestructurada con cinco secciones: Datos generales, Estilo de vida, Percepción física, Entrevista dietaria e Historial de salud. Las categorías para análisis de las masculinidades fueron la hegemónica, machista y nuevas masculinidades. Como resultados tuvimos la participación de 5 triadas (abuelo, papá y nieto), con edades entre 19 y 92 años, y niveles socioeconómicos desde la clase baja a alta. Las prácticas de alimentación son diferentes en cada grupo de edad, los jóvenes reportaron comer más fuera de casa y los adultos mayores prefirieron platillos regionales. Mientras que la construcción de la masculinidad y las prácticas de autocuidado de salud son más similares entre los miembros de una misma tríada. A diferencia de la percepción física la cual encontramos relacionada a la subjetividad de cada individuo y no mostró vínculos con los diferentes grupos de edad ni triadas familiares. Concluimos que algunos rasgos machistas concuerdan con una percepción de riesgo indiferente y prácticas de autocuidado en alimentación y salud deficientes, como el no atender los primeros síntomas de una enfermedad, prolongándolos hasta ser incapacitantes. Mientras que triadas con atributos de masculinidad hegemónica prestaron atención a su percepción de riesgo y prácticas de autocuidado. En ambos casos la motivación fue el cumplimiento del arquetipo de hombre. Aunque presentaran alguna enfermedad y/o hábitos sedentarios, se declaran sanos y activos para evitar la estigmatización de decirse enfermos y cuidar así su privilegio capacitista, lo que se considera un acto violento hacia sí mismos.

Palabras clave: Masculinidades, Autocuidado, Salud y Alimentación

ABSTRACT

Men and women are not equal, beyond biological differences; there are various factors influencing health, much more related to gender than sex. In Mexico, only 5.1% of men seek outpatient health care, and 3.3% seek hospital care, with the majority not doing so by their own choice. This behavior may be influenced by sociocultural aspects and life experiences. Therefore, we seek to understand self-care practices in nutrition and health among three generations of men in Hermosillo, Sonora, influenced by the relationship between risk perception and the construction of their masculinity. We employed phenomenology, focusing on meanings and understandings, conducting a thematic content analysis. Additionally, the AMAI 2022 questionnaire was used to measure socioeconomic status, anthropometry to assess physical perception, and a semi-structured interview script with five sections: General data, Lifestyle, Physical perception, Dietary interview, and Health history. The categories for analyzing masculinities were hegemonic, macho, and new masculinities. As a result, we had the participation of 5 triads (grandfather, father, and grandson), ranging in age from 19 to 92 years, and socioeconomic levels from low to high class. Eating practices differ among age groups, with young people reporting more meals eaten outside the home, and older adults preferring regional dishes. Meanwhile, the construction of masculinity and self-care health practices is more similar among members of the same triad. In contrast to physical perception, which we found to be related to each individual's subjectivity and showed no links to different age groups or family triads. We conclude that some macho traits align with an indifferent risk perception and deficient self-care practices in nutrition and health, such as not addressing the first symptoms of an illness, prolonging them until they become disabling. Triads with attributes of hegemonic masculinity, on the other hand, paid attention to their risk perception and self-care practices. In both cases, the motivation was to fulfill the archetype of a man. Even if they had some illness and/or sedentary habits, they declared themselves healthy and active to avoid the stigma of admitting illness and thus protect their ableist privilege, considered a violent act toward themselves.

Keywords: Masculinities, Self-care, Health, and Nutrition.

1. INTRODUCCIÓN

México, al igual que otros países, ha avanzado en tecnología, innovación y ciertos aspectos socioeconómicos. Sin embargo, la sociedad no ha avanzado en la misma velocidad en cuanto a movimientos y posturas sociales, como por ejemplo vemos que siguen presentes normativas establecidas de generación en generación, respecto a características y roles específicos para cada género. En pleno siglo veintiuno, se siguen encontrando hombres con pensamientos y actitudes machistas como demostración de virilidad, lo que puede manifestarse en el manejo y expresión de sus emociones, como la vulnerabilidad. En consecuencia, vemos limitado el avance de algunos campos como el de la salud pública, donde se presenta una resistencia para atender las cuestiones de salud desde una perspectiva de género, lo que podría tener un impacto positivo en los alcances de las campañas de prevención o en el mejoramiento del apego a los tratamientos (Uresti-Maldonado *et al.*, 2017). La masculinidad en los hombres es un factor de riesgo para decidir sobre ciertas acciones como el consumo de drogas, solucionar diferencias por medio de violencia o infringir normativas de diferente índole, con la finalidad de demostrar su hombría, arriesgando su bienestar. Estos comportamientos pueden llevarlos a ciertos descuidos, entre los que están las prácticas de autocuidado, por ejemplo en el ámbito de contagio de enfermedades sexuales o de exploración de ciertas áreas del cuerpo, en donde los hombres priorizan la percepción de placer sobre la seguridad sexual, evitando el uso de preservativos o el acudir a consultas con especialistas, sobre todo cuando se requiere contacto o exploración física (Orm-Saab y Camacaro-Cuevas, 2013). La pertenencia a una sociedad machista que beneficia a los hombres también tiene consecuencias negativas. Entre estas, las dificultades para demostrar emociones, sobrellevar la carga de solvencia económica, o mantener una imagen de fortaleza aún en momentos de vulnerabilidad, pueden desencadenar problemas en su salud (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005), además de sumar a esto las actitudes y comportamientos de descuido o despreocupación por su salud. Estas situaciones pudieran evitarse si hubiera alguna responsabilidad en el cuidado de su alimentación y seguimiento médico, sin embargo, algunos hombres no lo hacen. Al indagar los motivos, la respuesta se reduce a “es que son hombres”, “eso es cosa de mujeres”, “así son los hombres”, entre otros ejemplos. Por consecuencia podemos ver que entre las principales causas de muerte en los hombres son las enfermedades del corazón, y complicaciones de diabetes, pero también los accidentes y asesinatos,

que no son condiciones médicas, pero sí consecuencias por conductas de riesgo (INEGI, 2022c; Kaufman, 1995a, 1999).

Para algunos autores como De Keijzer (1997) y Kaufman (1999) las masculinidades constituyen por sí mismas un factor de riesgo para la salud de los hombres, sin embargo, existen pocos estudios que documentan de cómo los hombres jóvenes, adultos y adultos mayores se ocupan de su alimentación y salud. Por otro lado en Sonora, si bien han existido estudios como el de Núñez (2013) realizado en un ambiente rural, sobre masculinidades en hombre de tres generaciones, donde documentan las relaciones sociales con las mujeres y con otros hombres, la evolución de los estereotipos e ideología de género, no abordan la percepción de riesgo de enfermarse ni las formas en el autocuidado de su alimentación y salud, tampoco exploran los métodos que utilizan para ello o cómo influye la construcción de su masculinidad. De ahí la pertinencia y relevancia de la presente investigación cuyo objetivo es comprender las conductas de autocuidado en alimentación y salud, de tres generaciones de hombres en Hermosillo, influencias por la relación entre la percepción del riesgo y la construcción de su masculinidad. Para ello se presentan primeramente los antecedentes con respecto a atención de salud en la población masculina, su conocimiento y hábitos de alimentación, problemas de salud relacionados a su alimentación, medios de apoyo para la atención de su alimentación y salud, motivos de decisión de para atender o no su salud, natura-cultura, percepción de riesgo y capacitismo.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Atención de Salud en la Población Masculina

Los hombres y las mujeres no son iguales, por lo tanto, sus condiciones de salud tampoco lo son. Por ello la atención de su salud también debería diferenciarse para cada género, pero es donde el sistema sigue fallando. Más allá de las diferencias físicas, existen diversas situaciones que influyen en la salud, y mucho de esto tiene que ver con el género más que con el sexo (Martini-Minello, 2002). El sexo hace referencia a las características biológicas, físicas y fisiológicas de una persona, su condición genética en la combinación de cromosomas y los órganos presentes en su aparato reproductor, que los distingue como hembra o varón. Por otra parte, el género es una construcción social que simboliza las diferencias entre hombres y mujeres, adjudicando características psicológicas, culturales, políticas, y sociales. Estas características son impuestas por la sociedad como el ideal de masculino y femenino, y suelen modificarse a través de la historia (García-Hernández, 2006; Hendel, 2017; INAH, 2016; Ramírez-García y Sánchez-Morales, 2013).

En 2019, según el informe de masculinidad y salud en la región de las Américas (OPS, 2019), la esperanza de vida al nacer es 5.8 años menos para los hombres comparado con las mujeres. En el caso de la esperanza de vida saludable también es menor para los hombres con 4 años de ventaja para las mujeres. En consecuencia, se ha obtenido un fenómeno de “vejez femenina” en adultos de 80 años en adelante, que muestra una proporción de 190 mujeres por cada 100 hombres, lo que sería casi el doble. Aunque las cifras pueden diferir, en todo el mundo hay más mujeres que hombres entre los adultos mayores (de Keijzer *et al.*, 2022).

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2022 se reportaba que en los hombres existe un mayor riesgo a enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión, además de complicaciones asociadas al consumo de drogas o de elevadas cantidades de alcohol y/o tabaco, así como, la cantidad de muertes por accidentes y la notable diferencia de casos de fallecimiento por COVID-19. Por ejemplo, en el 2021 se registraron 86,225 y 53,591 entre hombres y mujeres, respectivamente, es decir, más de 30,000 muertes de hombres por encima de la cantidad de muertes de mujeres. Recordemos que tanto para las enfermedades no

transmisibles y el COVID-19, la atención temprana es esencial para un mejor pronóstico. Además, el reporte del INEGI incluyó datos sobre el suicidio, un problema creciente en la salud pública con tasas de 4.5 más altas en los hombres que en las mujeres (10.9 y 2.4, respectivamente) (INEGI, 2022b).

Las incidencias de defunciones que compartió la INEGI en su comunicado emitido el 24 de enero del 2023, mostró mayor mortalidad en hombres que en mujeres. Por ejemplo, se registraron 57,075 defunciones de hombres por enfermedades del corazón, cuando fueron 48,780 defunciones de mujeres por el mismo motivo. Con relación a las muertes relacionadas por enfermedades del hígado se mencionó alrededor de 15,065 casos de hombres y sólo 5,539 casos de mujeres. Otro ejemplo alarmante es la diferencia de defunciones por accidentes, donde se registraron 14,077 hombres fallecidos y 4,148 mujeres. Lo anterior enciende señales de alerta para explorar qué, cómo y por qué, sienten, piensan, reaccionan, interpretan los hombres lo que les sucede en temas que tienen que ver con el autocuidado en salud, además de indagar sobre el manejo de prevención de enfermedades y atender su salud de manera constante (INEGI, 2022a, 2023).

Dentro del grupo de hombres, en México, se observa diferencia en las principales causas de muerte por rangos de edad. Para el grupo de 15 a 24 años las principales causas de muerte fueron los homicidios, que en 2022 fueron alrededor de 2,749, seguido de accidentes, suicidios y enfermedades del corazón. En el grupo de 25 a 44 años, también la primera causa de muerte fueron los homicidios, que en 2022 se registraron 6,891, seguido de enfermedades del corazón, accidentes, diabetes y enfermedades del hígado. Por su parte, los hombres de 60 años en adelante mueren mayormente por motivo de enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos. Sin hacer distinción por edad, en Sonora la principal causa de muerte tanto en hombres y como en mujeres son las enfermedades del corazón, mientras que la segunda causa de muerte en los hombres son los homicidios, y en las mujeres son los tumores malignos (INEGI, 2023). Estos datos motivaron en parte el planteamiento de este estudio, porque nos muestran la violencia que presenta el estado y la poca percepción que hay de sus consecuencias entre los hombres.

Las diferentes instituciones de salud, en conjunto con las organizaciones de gobierno correspondientes, han diseñado múltiples campañas de promoción para la salud, enfocándose tanto en hombres como en mujeres. Un destacado ejemplo es la promoción de la detección temprana de cáncer de mama establecida en el mes de octubre. El lazo rosa es por sí mismo un mensaje implícito en la población, sobre todo en las mujeres. Por otra parte, a pesar de que existen proyectos dirigidos

al cuidado de la salud de los hombres por instituciones de salud públicas y privadas, no se han pronunciado con tanta fuerza y su impacto se ve reducido, hasta llegar al desconocimiento de los mismos, y algunos ejemplos de estas campañas lo son la salud integral del hombre por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) establecida en el mes de noviembre y en Febrero como el mes de la salud del hombre por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (INSP, 2020; OPS, 2023; Salazar-Coronel *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2016; SSA, 2001; Zepeda-Iniesta, 2013).

Además, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT, 2018), solamente un 5.1% de los hombres encuestados utilizaban los servicios de salud de manera ambulatoria y un 3.3% de manera hospitalaria, mientras que las tasas de mujeres que acudieron eran de 7.6% en el servicio ambulatorio y 5.8% en el servicio hospitalario. De esos porcentajes de hombres que acudían a los servicios de salud, el 80% eran de manera obligada, por decisión de otra persona, mayormente la pareja, y no por decisión propia. Este comportamiento se presenta de manera constante en todo el mundo y tiene consecuencias en la cantidad y calidad de vida de los hombres (Elterman y Pelman, 2014; Schnel, 2014).

2.1.1. Alimenticia

La percepción del estado nutricional de los individuos es pieza clave en la decisión de su atención. Como parte de la cultura mexicana, por muchos años se había asociado que el tener mejillas redondas y rosadas con un buen estado de salud. Con esta ideología se presenta una infraestimación de riesgo, considerando el sobrepeso únicamente como un problema estético (Murillo-Godínez y Pérez-Escamilla, 2017; Schnel, 2014).

Algunos individuos y el personal sanitario consideran que existe un problema de salud cuando su índice de masa corporal indica niveles de obesidad por exceso de tejido adiposo y su asociación con indicadores de morbilidad. Desde otra visión, en escenarios sociales más generales, también están expuestos a discriminación, violencia y microagresiones, así como a asociaciones negativas, convirtiéndose además en un aspecto cultural difícil de ignorar (Contrera, 2019). El interés disminuye si se consideran con peso normal o sobrepeso. Otro punto es si el individuo identifica

algún motivo específico que cause su incremento de peso. Si la persona registra una situación dentro de sus hábitos o conductas, es más probable que realice acciones para atenderlo y contrarrestarlo. En cambio, si identifica que la causa o las acciones son externas, es más difícil que se decida a desarrollar estrategias para mejorar sus hábitos de alimentación y su salud (Matus-Lerma *et al.*, 2016).

La edad también puede tener relación con las decisiones que toman los hombres para atender el cuidado de su alimentación. En la juventud, el percibir un problema estético, como tener sobrepeso u obesidad, genera suficiente preocupación para buscar la manera de corregirlo. En este grupo de edad, es común utilizar estrategias nocivas para la salud, como dietas muy restrictivas, exceso de ejercicio o la inducción del vómito, en lugar de acudir con profesionales que los apoyen en el proceso. Por esto, es importante realizar estrategias de evaluación y detección temprana de hábitos de riesgo (Gómez-Campos *et al.*, 2016).

En un estudio realizado en España, 6 pacientes hombres con obesidad refirieron que el motivo principal para acudir a consulta nutricional fue el cuidado de salud y no tanto el factor estético. Este grupo de estudio comentó que el acudir a una consulta nutricional y seguir un plan alimenticio les llegó a causar ansiedad o estrés al sentirse limitados. También destacaron que los compromisos sociales, las relaciones con amigos y familiares pueden influir en su peso. En las reuniones donde la comida es el centro de atención influye negativamente, pero también puede influir de forma positiva cuando se involucran actividades físicas, como el practicar deportes de equipos (Barragán-Rubio *et al.*, 2018).

2.1.2. Médica

Para los jóvenes, existe una barrera entre ellos y los servicios de salud, por lo que evitan plantearse revisiones clínicas de control, acudiendo únicamente en casos de emergencia, por ejemplo, por dolores que consideren insoportables, o como acompañante de alguien más. Es poco frecuente que los jóvenes consideren de manera prioritaria el cuidado de su salud, en cambio buscan la atención médica cuando enfrentan una condición que limita sus actividades. Al encontrar este conflicto, los centros de salud se han planteado estrategias por las cuales buscan espacios de cercanía con los

jóvenes, por ejemplo, acudir a las escuelas a impartir pláticas, talleres o consultas esporádicas de orientación. Estas estrategias se realizan desde los primeros niveles educativos y también se utilizan para cubrir el esquema de vacunación de la mayor parte de los niños (Obach *et al.*, 2019).

Además del género, se observó una asociación geográfica con el cuidado de las enfermedades. Hay más recurrencia en ciudades industrializadas como Monterrey, capital del estado de Nuevo León en el Noreste de México, sede de empresas de importancia nacional e internacional, en donde los pacientes son más constantes en sus consultas y evaluaciones de control, comparado con comunidades que tienen entornos rurales. Esto pudiera relacionarse con la cantidad de opciones de clínicas y consultorios a disposición de la población, ya que en las ciudades grandes suele haber más opciones. También varía la distancia que hay desde las zonas de vivienda a las clínicas, las condiciones de los caminos y los medios de transporte. Otro de los aspectos que afectan en esta situación es el nivel educativo, que está asociado al tipo de comunidad. En espacios rurales suele haber menor nivel educativo comparado con los espacios urbanos, y a su vez, entre menor sea el nivel educativo es menor la atención que ponen en el cuidado de su salud. Otra característica que se asocia a una baja atención en el cuidado de la salud es la cultura del machismo que también es más frecuente en los entornos rurales comparado con las comunidades urbanas (Núñez-López, 2013; Ovalle-Luna *et al.*, 2019).

La salud no solamente refiere a la ausencia de una enfermedad, sino que también es el bienestar integral entre el físico, la mente y las emociones. En la actualidad aún no hay suficiente consciencia sobre la salud mental masculina y los que desmeritan su importancia son los mismos hombres. Aunque se han encontrado niveles elevados de depresión y ansiedad en aquellos, que al menos, acuden a consultas psicológicas (Espinosa-Muñoz *et al.*, 2015). Esto se manifiesta en la diferencia de la tasa de incidencia de suicidios entre hombres y mujeres, tanto a nivel mundial como nacional, siendo de 10.9 suicidios por cada 100 mil habitantes para los hombres, y de 2.4 por cada 100 mil en mujeres de acuerdo a lo reportado en 2021 por INEGI. En Sonora, también en el 2021 se reportaron 328 fallecimientos por suicidio, donde 51 eran mujeres y 277 hombres (INEGI, 2022a, 2022b). En el continente americano, la incidencia de suicidios es casi cuatro veces más en los hombres que en las mujeres, pero en otros continentes la disparidad es mayor. Haciendo una comparación entre géneros masculino y femenino, las mujeres tienen más libertad en la expresión de sus emociones y atienden su salud mental y emocional (Millán-Rosado *et al.*, 2014).

Algunas instituciones de salud, como el IMSS, han hecho esfuerzos para diseñar e implementar

estrategias de atención de enfermedades crónicas y prevención de complicaciones, tomando en cuenta no sólo la consulta del médico, sino de un equipo multidisciplinario de trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, nutriólogos y especialistas necesarios para cada caso. Sin embargo, el encontrar las formas para mejorar la participación y el compromiso de los mismos pacientes en el aprovechamiento de estas oportunidades sigue siendo el principal reto para hacer funcionar estas estrategias (Balcázar-Rincón *et al.*, 2018).

2.2. Conocimiento y Hábitos de Alimentación de los Hombres

En la actualidad existe un persistente desequilibrio en cuanto a cantidad y calidad de la energía consumida. Por cantidad se refiere a cuántas calorías forman parte de la dieta diaria de una persona, mientras que la calidad aborda los porcentajes en los que se organiza la dieta en cuanto a macro y micro nutrientes. Este desequilibrio pudiera presentarse por el desconocimiento que hay en cuanto a las cantidades recomendadas de consumo para cada persona y las características nutricionales específicas de los diferentes grupos de alimentos (Ratner *et al.*, 2012).

En un estudio realizado por Rivas-Pajuelo *et al.* (2021) en adolescentes peruanos, se encontró que los hombres tienen menos conocimiento sobre la alimentación saludable comparado con las mujeres, e igualmente los hombres tenían menos actitudes favorables y prácticas adecuadas en alimentación. Como consecuencia se identificó una relación entre la falta de conocimiento y una mayor incidencia de sobrepeso y obesidad en el género masculino, lo cual coincide con lo expuesto por Kalkan (2019).

Sánchez y colaboradores en 2017 en España concluyeron que a pesar de que se tiene conocimiento sobre lo que conlleva una dieta adecuada, los jóvenes deciden llevar una alimentación poco saludable. Aunque en el estudio realizado no se hizo una distinción sobre género, se destaca que el 58.5% de los participantes fueron hombres (Sánchez *et al.*, 2017).

La alimentación en la juventud se destaca por un consumo elevado de alimentos industrializados o ultra procesados que se caracterizan por tener cantidades excesivas de sodio, grasa y/o azúcar, al igual que elevadas cantidades de calorías. Esto causa un equilibrio energético positivo, que lleva al aumento de peso. Como consecuencia de ello, se incrementa la prevalencia de sobrepeso y

obesidad, en especial si no va acompañada de actividad física, lo que da pie al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Hernández-Gallardo *et al.*, 2021; Mori-Vara, 2018).

Además de las características mencionadas, los adolescentes y jóvenes tienen un bajo consumo de frutas y verduras en comparación con personas de mayor edad, sobre todo en el sexo masculino. En otro estudio realizado en España, los grupos de alimentos que destacan en las preferencias de los jóvenes son los cereales, en especial el arroz y las pastas. En cuanto a los de alimentos de origen animal, se puede observar la preferencia por la carne de pollo, res, huevo y cerdo en ese orden (Morata-Piedad *et al.*, 2020). A diferencia de México, se registra una mayor preferencia por el pan y productos derivados del maíz en el caso de los cereales, y en el caso de los productos de origen animal se prefiere la carne de res y cerdo (Arroyo-Pilar y Carrete, 2018; BAYER, 2017; UVM, 2015). De manera particular en Hermosillo, los jóvenes muestran preferencia por comidas fuera de casa, que, en esta región, se destacan por ser grandes en tamaño y abundantes en ingredientes de complemento, por ejemplo, los burros percherones (tortilla de harina de aproximadamente 50-60 cm de diámetro, carne de res a la plancha, aderezos y salsas), hot dogs, sushi, pizzas y hamburguesas. Entre los alimentos que más consumen los jóvenes en el entorno familiar se encuentran los huevos, leche con y sin chocolate, cereales, plátano, frijol, tortillas de maíz y de harina de trigo, pan y refrescos de cola (Horta-Gim, 2022; Meléndez-Torres *et al.*, 2012; Palacios-Esquer *et al.*, 2015).

Los estudios sobre hábitos alimenticios en jóvenes de 16 a 23 años, destacan generalmente, que en esta etapa de la vida se empiezan a tomar decisiones sobre la alimentación. De esta manera, ellos toman la dirección de la dieta, liberando de esa responsabilidad a la familia, y dando mayor preferencia a las convivencias sociales y condiciones personales. Algunos jóvenes de este grupo de edad se ven orillados a salir de sus hogares para continuar con sus estudios, y el ser foráneos implica cambios en su alimentación, los cuales se relacionan a los contextos diferentes que enfrentan en cuanto a costumbres de alimentación y disposición de alimentos, o el vivir en soledad o acompañados. Otras situaciones incluyen la organización económica para la compra de despensa, el poco conocimiento y la falta de práctica en la preparación de comidas, además de las leyes de la alimentación. Estas experiencias pueden afectar los hábitos en el de consumo de alimentos, ya que los jóvenes se ven obligados a programar sus comidas con presupuestos y tiempos limitados. Además en su autonomía, sus prioridades tienden a ser principalmente recreativas, incluyendo el consumo de alcohol y uso de tabaco, dejando de lado el equilibrio entre las diferentes necesidades

(Cárdenas-Quintana *et al.*, 2019).

De acuerdo con un estudio realizado por Paredes y colaboradores en 2018, en Paraguay con 121 hombres funcionarios empresariales, que cubrían un horario laboral administrativo, desarrollaban hábitos alimentarios no saludables como el saltarse tiempos de comida y consumir botanas densamente calóricas, excediendo la ingesta diaria recomendada de azúcares, grasas y sodio. Además, tenían una rutina sedentaria y no completaban las horas de sueño recomendadas para su edad lo cual podría afectar su metabolismo (Paredes *et al.*, 2018).

Por otro lado, un estudio realizado en la región agrícola de Sonora, con jornaleros del sur de México, en su mayoría migrantes, encontraron que su alimentación no cumplía con las recomendaciones dietarias, quizá por los recursos económicos limitados. Sin embargo, al tomar en cuenta los testimonios de los jornaleros, estos mencionaron un rechazo hacia los guisos regionales del norte que tienen adobos o condimentos que no acostumbraban a consumir y que eran ofrecidos en algunos campos agrícolas, refiriendo que no consideraban sus gustos y preferencias de alimentos (Arellano-Gálvez *et al.*, 2019).

El consumo de alcohol se asocia al desarrollo de sobrepeso y obesidad, dependiendo de la frecuencia y cantidad de consumo. Esta asociación puede presentarse porque además del contenido calórico de estas bebidas, frecuentemente las acompañan de botanas o platillos con altos contenidos de grasa. Se ha observado una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, el cual es factor de riesgo para diversas enfermedades, entre ellas varios tipos de cáncer, como el de pulmón, boca y garganta (Ruiz-Díaz *et al.*, 2018).

En el caso de adultos mayores de cincuenta años, se ha identificado una relación negativa entre el cumplimiento de las recomendaciones de alimentación y su percepción de salud. Aún tomando en cuenta la variedad y cantidad de enfermedades crónicas que presenta este grupo de edad, no se cuida la dieta que requieren para mantener su salud (Blázquez *et al.*, 2016). Los adultos mayores suelen verse obligados a modificar conductas alimentarias en la preparación de los alimentos, además de disminuir la frecuencia de consumo de algunas comidas, por factores relacionados a la edad como el desgaste dental. En consecuencia, un importante porcentaje presenta riesgo de desnutrición, o desnutrición como tal, así como casos de exceso de masa grasa, sobrepeso u obesidad (Deossa-Restrepo *et al.*, 2016).

Una correcta alimentación no solamente mejora la percepción de salud, también contribuye en el bienestar emocional. Existe evidencia de que mantener un estado de nutrición adecuado y llevar

una rutina de actividad física repercute de manera positiva en la calidad de vida. Es por esto que estas acciones se consideran factores de protección para prevenir o controlar enfermedades y retrasar el deterioro cognitivo (Barrón *et al.*, 2017).

De manera puntual, podemos afirmar que los hábitos de alimentación de los hombres van evolucionando en las diferentes etapas de la vida (Blázquez *et al.*, 2016; Cárdenas-Quintana *et al.*, 2019; Paredes *et al.*, 2018). Los jóvenes son más influenciados por los hábitos alimenticios compartidos con sus grupos de amistades. Por otra parte, en el caso de los adultos que participan en ambientes laborales, su alimentación depende mucho de las actividades económicas que realizan, considerando sus espacios y tiempos de trabajo. En contraste, los factores que dirigen las decisiones de la alimentación de los adultos mayores están más relacionados a su situación de salud y cuidado de sus familiares.

Tenemos, entonces, por un lado, a la biomedicina, con diferentes recomendaciones para cada grupo de edad, sexo, actividad física, complejidad física, estado de salud, entre otros (Gibson, 2005), con una terminología y conceptos complejos de interiorizar al momento de llevar el día a día la elección de cuáles alimentos comer y por otro lado, la antropología de la alimentación, donde los gustos, preferencias, recurso económico, composición familiar, disponibilidad de alimentos, accesibilidad, y de quién prepara los alimentos, juegan un rol importante (Contreras-Hernández y Gracia-Arnáiz, 2005). Ambos mundos en mayor o menor grado, están presentes al momento de elegir qué, cuándo, dónde, cómo y con quién comer. En resumen, el conocimiento sobre lo que debemos comer y hacer, visto y recomendado desde los especialistas encargados de la salud, así como los contextos en los cuales se toman las elecciones alimentarias y estilos de vida, son complejas, lo cual conducirá a acciones que incluyan el atender-entender, bajo su propia interpretación, y elijan lo que consideren mejor para la creación de sus hábitos de alimentación.

Por lo expuesto en los estudios mencionados, aunque existen excepciones, es común que los hombres elijan su alimentación con base a sus gustos, sin importar que en algunos casos estén contraindicados para su salud. Esta situación se repite de manera uniforme en los diferentes grupos de edad pudiendo en algunos casos dar pie a enfermedades relacionadas a la alimentación.

2.3. Problemas de Salud Relacionados a la Alimentación en Hombres

En algunos casos, como consecuencia de una alimentación descuidada, es decir, cuando no se respetan las cantidades y la calidad de los alimentos que necesitamos, el cuerpo empieza a modificar su funcionamiento metabólico de forma silenciosa. Por ejemplo, cuando una persona percibe que ha aumentado de peso, es porque ya subió varios kilos y posiblemente también sus niveles de lípidos y glucosa en sangre, llegando a tener un efecto en los niveles de presión arterial, presentando niveles elevados y riesgosos, sin percatarse de ello. Esto se denomina síndrome metabólico, el cual es un estado de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y cardiovasculares. En el estado de Sonora, región noroeste de México, algunas de las condiciones de salud que se relacionan con la alimentación, destacan la obesidad, la diabetes, la hipertensión, entre otros. En la actualidad es común y normalizado que los hombres no atiendan su salud, porque no es parte de la cultura el tener como costumbre el realizarse estudios clínicos generales de manera periódica, por lo que pierden la oportunidad de modificar sus hábitos cuando hay pequeños desajustes reversibles y así evitar desarrollar complicaciones médicas prevenibles (Morales-Arandojo *et al.*, 2016).

2.3.1. Sobrepeso y Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe al sobrepeso y la obesidad únicamente como un exceso de grasa corporal, y no como una enfermedad, aunque ese exceso es un riesgo para la salud. Identificar a la obesidad como una enfermedad o no, es un tema constante de debate entre distintos profesionales desde hace algunos años. Se ha comprobado que la obesidad no es únicamente provocada por un desequilibrio entre el consumo y gasto de energía. Hay muchos factores asociados, como el nivel socioeconómico o académico. Esta condición es compleja y multifactorial, y por lo tanto, la manera adecuada de atenderlo, desde la prevención hasta el tratamiento terapéutico, es bajo un régimen multidisciplinario (OMS, 2021).

De acuerdo con la ENSANUT (2018) en México, la prevalencia total de sobrepeso y obesidad fue

del 75.2% en los hombres mayores de 20 años, de la cual el 39.1% y 36.1% correspondieron al sobrepeso y obesidad, respectivamente, y esta situación ha puesto al país en los primeros lugares de prevalencia a nivel mundial. Es posible evidenciar que la población vulnerable, que vive con inseguridad alimentaria, es afectada en su salud nutricional, ya que según la ENSANUT (2012) y Shamah-Levy et al. (2020), reportaron un incremento del 10.5 al 14.2% en la prevalencia de obesidad en adolescentes, y en los hombres adultos el aumento fue de 1.5% entre las dos fechas. Finalmente, reportaron diferencias entre la población masculina adulta y adolescente que recibía y no ayuda alimentaria, existiendo un 76% más de casos de obesidad en los no beneficiados.

Además de tener prevalencias alarmantes de sobrepeso y obesidad en diversas partes del mundo, dentro de la población masculina, en especial, se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas como la insuficiencia cardíaca. Algunos de los factores de riesgo asociados a estas enfermedades son los altos niveles de lípidos en sangre, específicamente triglicéridos y colesterol LDL, así como altos porcentajes de masa grasa, que aumenta significativamente el riesgo a infarto, sobre todo si se concentra en el área visceral (García *et al.*, 2016; Pereira-Chao *et al.*, 2020).

2.3.2. Hipertensión

La hipertensión es considerada una enfermedad silenciosa, y presenta síntomas cuando el problema ya tiene cierta cronicidad, por lo que existen casos de hombres que padecen hipertensión sin saberlo, sobre todo en jóvenes que no perciben el riesgo. Incluso en situaciones donde se tiene un diagnóstico certero, no es sencillo mantener un control de los niveles de tensión arterial, debido a la falta de compromiso y responsabilidad por parte de los pacientes en el cuidado de su tratamiento farmacológico y dieta terapia (Morejón-Giraldoni *et al.*, 2020).

El control y seguimiento de las enfermedades crónicas como la hipertensión se ven afectados por la baja adherencia a los tratamientos. Como consecuencia, es frecuente encontrar pacientes descontrolados que mantienen niveles de tensión elevados de manera constante lo que aumenta el riesgo si se presentan con otras comorbilidades como las dislipidemias que pueden desencadenar infartos. Existe una cadena de pensamientos y acciones previas a la manifestación de una complicación médica, si la persona que padece una enfermedad toma responsabilidad y conciencia

de sus decisiones y actúa asertivamente desde los primeros eslabones de esa cadena, es probable que logre controlar o disminuir las complicaciones propias de la hipertensión (Chacón *et al.*, 2015). En México, entre los años de 2016 y 2018 hubo un incremento de 1.2% en el diagnóstico de hipertensión en los hombres mayores de 20 años. Sonora fue el segundo estado entre los que reportaron prevalencias elevadas de hipertensión, con un 24.6% (Romero-Martínez *et al.*, 2021). La edad tiene una relación con la hipertensión, y entre mayor sea aumenta el riesgo. Otros factores asociados son la diabetes y el sobrepeso, que duplican el riesgo a desarrollarla, pero también aumentan el riesgo de complicaciones cuando ya se tiene un diagnóstico de múltiples enfermedades. Por último, el tener un alto índice de masa corporal que indique obesidad aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión, cinco veces más respecto a las personas con peso normal (Zubeldia-Lauzurica *et al.*, 2017).

El tener un diagnóstico de hipertensión, o cualquier enfermedad crónica, afecta la calidad de vida, incluyendo la salud mental y emocional. La edad influye en el proceso de duelo de vivir con una enfermedad crónica, ya que, entre más joven se recibe el diagnóstico, más afecta la percepción de calidad de vida. Esto sucede también cuando la persona presenta otros problemas de salud y debe recibir múltiples tratamientos.

Por otra parte, al evaluar la calidad de vida tomando en cuenta las manifestaciones somáticas, se ve una diferencia por edad. Los adultos mayores tienen menor calidad de vida, muchas veces debido al desarrollo de otras complicaciones médicas como problemas relacionados con la próstata y circuitos arteriales. Además, la falta de apego a los tratamientos afecta la calidad de vida tanto en el estado mental como en las manifestaciones somáticas (Diosdado, 2021).

2.3.3. Diabetes

La diabetes se relaciona con el estilo de vida, como la actividad física y la alimentación. El tener un cuidado responsable en estos aspectos se considera un factor de protección o prevención para el desarrollo de problemas de salud no transmisibles. Por el contrario, el descuido de estos implica un estado de riesgo a la salud como puede ser un porcentaje de grasa corporal elevado, así como problemas cardiovasculares. Por su parte, el diagnóstico de diabetes en hombres duplica su riesgo

de mortalidad (Ares-Blanco *et al.*, 2021). En México, según la encuesta nacional de salud y nutrición, en el 2018 la prevalencia de este padecimiento en mayores de 20 años fue de 9.1% en hombres y 11.4% para las mujeres (ENSANUT, 2018).

Aunque debemos considerar que estos resultados fueron de encuestas realizadas en los hogares mexicanos, podría existir un sesgo por aquellos casos que respondieron no tener la condición de diabetes, por desconocimiento. Sobre esto, el sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria de diabetes mellitus tipo 2, en el 2020, mencionó que el 39% de los hombres adultos y el 20% de mujeres con diabetes en México desconocen su condición. También menciona que, de los 15,237 casos con diabetes reportados en hospitales en el 2020, 8,210 (53.9%) y 7,027 (46.1%) fueron hombres y mujeres, respectivamente (SSA, 2020).

Tener familiares antecesores con diabetes se convierte en un factor de riesgo para desarrollar esta condición por la carga genética que es heredada del abuelo, al padre, al hijo, al nieto, pero no solamente se hereda la genética, también se transmiten hábitos, costumbres, creencias y otras características, que pueden influir en el desarrollo de enfermedades como la diabetes (Pacheco-Núñez *et al.*, 2009).

El padecer una enfermedad crónica como la diabetes afecta la calidad de vida. Las personas con este padecimiento tienen el doble de probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos como depresión, que aquellas sin el diagnóstico. También se ha encontrado relación de esta condición con el aumento en los niveles de estrés. Esta situación crea un patrón cíclico. La depresión y el estrés afectan fisiológicamente, contribuyendo a complicaciones médicas que podrían desencadenar la apatía para seguir el tratamiento y control médico (Colunga-Rodríguez *et al.*, 2008).

Es importante tomar en cuenta que un diagnóstico, además de sus características de salud o enfermedad, tiene una carga social, un simbolismo complejo de lo que representa para la persona una condición específica, incluidas sus limitaciones dentro de la sociedad, lo que influye en el estado emocional de los pacientes. A esto se le conoce como construcción social de la enfermedad (Freidson, 1970; Jiménez-Benítez, 2015; Lejarraga, 2004).

En las complicaciones médicas de la diabetes participan una glucosa descontrolada de forma constante, la dieta y una deficiente comunicación entre médico-paciente. En los hombres existe un desinterés para acudir a sus revisiones y realizarse estudios bioquímicos de sangre de manera regular, que podrían prevenir estos problemas. En cambio, acuden a consulta cuando ya tienen una

complicación muy avanzada que consideran que ya no pueden atender en casa por sus cuidadores, comúnmente familiares sin preparación profesional en el área de salud. Esta situación ha provocado un aumento en amputaciones de pie diabético en los últimos años (Ovalle-Luna *et al.*, 2019).

2.3.4. Otros Problemas de Salud de los Hombres

Además de la clara interacción que tiene la alimentación con la salud física, también tiene una relación con la salud mental, pero desgraciadamente esta es poco valorada. El mantener una dieta balanceada tiene beneficios en el bienestar emocional. Este efecto se obtiene por medio de procesos metabólicos, donde se utilizan los elementos provenientes en los alimentos para mantener un equilibrio entre el organismo y el funcionamiento correcto de los distintos sistemas, incluyendo el nervioso. De igual manera, influye de forma positiva, psicológicamente, el estar consciente de que se están tomando decisiones responsables en la alimentación y cuidado de la salud, lo que da una sensación de realización personal (Elipe-Miravet *et al.*, 2020).

Las problemáticas que abarcan la relación con los alimentos y la salud emocional y mental son diferentes en cada grupo de edad, por ejemplo, cada vez se encuentran más actitudes de riesgo para desarrollar trastornos alimenticios en los hombres jóvenes. Algunas de las acciones que llaman la atención son: el sobreesfuerzo en el ejercicio, los atracones, el uso de laxantes y la inducción del vómito (Escolar-Llamazares *et al.*, 2017).

En los adultos mayores se detectan más problemas emocionales y mentales que en la población más joven, con prevalencias de depresión mayores al 70%. Este alto porcentaje podría estar involucrado con la incidencia de comorbilidades en este grupo de edad, ya que el padecer una o más enfermedades crónicas afecta directamente la calidad de vida y el estado emocional. Esta situación podría moderarse en algunos casos llevando un estilo de vida saludable desde la juventud (De los Santos y Carmona-Valdés, 2018), y en el caso de haberlo tenido, mantenerlos en lo posible conforme la edad aumente.

Hablando de la salud masculina, específicamente del sistema reproductor, los hábitos alimenticios pueden influir negativamente cuando se tiene una dieta elevada en grasas saturadas y azúcares refinados, como los alimentos ultra procesados y las bebidas gasificadas para el desarrollo de

disfunción eréctil y la calidad seminal (Espitia-De La Hoz, 2019; Gómez-Gutiérrez *et al.*, 2020). Aunque en décadas anteriores se consideraba como “salud masculina” únicamente a las situaciones referentes al aparato reproductor y sistema urinario de los hombres, este término se encuentra en proceso de evolución.

Algunos países como Australia, Canadá e Irlanda han detectado la apatía del hombre en su autocuidado y se han planteado la necesidad de desarrollar investigación en la salud y epidemiología, con enfoques que involucren el género. Estas investigaciones buscan evaluar la influencia de las características socioculturales de la masculinidad sobre su estado de salud (Elterman y Pelman, 2014).

2.4. Medios de Apoyo para la Atención de la Alimentación y Salud de Hombres

Para abordar la temática bajo estudio, consideramos relevante incluir información acerca de qué medios de apoyo utilizaban los voluntarios para atender su alimentación y salud. Los siguientes fueron los más referenciados en la literatura revisada.

2.4.1. Orientación Profesional

Algunos hombres en edad laboral trabajan en empresas que cuentan con programas de entorno laboral saludable. En estos programas se pone a disposición de los empleados la atención de nutriólogos con planes individualizados, espacios libres de tabaco y gimnasio disponible en horario laboral. Sin embargo, no es común encontrarlo en México, y aunque algunos empresarios pudieran conocer estos proyectos, no los consideran viables para su aplicación debido a los costos que representa ofrecer esos servicios al personal (Paredes *et al.*, 2018).

Los hombres que no presentan enfermedades crónicas suelen tener una baja percepción en cuanto al riesgo de desarrollarlas. Aunque esta percepción es más evidente en quienes tienen sobrepeso u obesidad, los hombres con normopeso también tienen cierto riesgo, ya que suelen confiarse de

tener un peso adecuado para su estatura y pueden descuidar su alimentación excediendo el consumo de azúcares refinadas y grasas saturadas, justificándose que no tienen un problema de sobrepeso u obesidad como para restringir su consumo. Parte de la población desplaza sus propias responsabilidades a los profesionales sanitarios como los encargados de la prevención de estas condiciones crónicas, sin considerar conscientemente el poder que tienen los actos y decisiones propios sobre su salud (Vicente-Sánchez *et al.*, 2016).

2.4.2. Herramientas Tecnológicas

Las redes sociales han ganado gran popularidad por su fácil acceso en todo el mundo. De forma particular los jóvenes, los cuales manejan múltiples cuentas de manera simultánea, a las que dedican varias horas al día, mismas que pueden influir sobre su alimentación o su salud. Se ha documentado que el uso de la tecnología disminuye los tiempos de actividad física y aumenta el consumo de alimentos ultra procesados. Este estilo de vida virtual normalizado afecta el comportamiento actual de la sociedad ya que, a pesar de aceptar la utilización de medios tecnológicos por mayor tiempo al recomendado, no perciben que esto tenga repercusiones sobre su salud. (Hanna-Lavalle *et al.*, 2020; López-López, 2022; Torices-Aldaco *et al.*, 2018).

El uso que le dan a las redes sociales varía dependiendo de la edad de los hombres. A pesar de la amplitud de opciones que ofrece el internet, es muy poco utilizado por los hombres para buscar información sobre salud y apoyo nutricional. Entre los usos más destacados se encontró que los jóvenes lo utilizan como medio de comunicación y entretenimiento, los adultos la utilizan como herramienta de trabajo y comunicación, y los adultos mayores suelen limitar su uso a la comunicación. Además de ver reducidos las funciones empleadas, el tiempo de uso también disminuye con la edad (López-de-Ayala *et al.*, 2020).

El exceso de tiempo empleado en las redes sociales puede tener efectos sobre la salud mental, generando una dependencia de los medios electrónicos hasta un punto de adicción. De igual manera, la cronicidad de este hábito puede afectar la salud física, ya que existe una relación entre el elevado uso de la tecnología con el sedentarismo, además de los múltiples anuncios publicitarios de alimentos y bebidas no saludables, y recomendaciones sin sustento científico calificado que en

vez de favorecer pudieran terminar afectando el bienestar de quienes sigan sus consejos (Torices-Aldaco *et al.*, 2018).

Es indudable que el uso de internet y las redes sociales han tenido un impacto en diferentes ámbitos de la vida de las personas, como también es importante tomar en cuenta el conocimiento y experiencia previas para discernir entre fuentes serias y confiables de las que no lo son. Pero, además, no podemos ignorar que, en momentos de crisis de salud, los sentimientos de angustia, prisa, desesperación, indiferencia, autocontrol, expresados como tal o disfrazados, serán los disparadores u ocultadores para ignorar la enfermedad, o bien, conseguir o recuperar la salud, en donde el acceso a internet y redes sociales toman relevancia.

2.4.3. Sociedad, Familia y Amigos

La sociedad ha marcado estándares de comportamiento y estética para cada género y grupo de edad. Esto genera una influencia en la percepción de las personas y satisfacción de su imagen. En la convivencia entre iguales, existe presión social en los jóvenes con sobrepeso u obesidad, lo que les hace vulnerables a presentar trastornos alimenticios como bulimia o atracones por ansiedad. En menor representación, dentro de este tipo de relación, se encontraron apoyos para compartir guías o métodos para perder peso. Con la edad, el impacto de la sociedad pierde importancia sobre la toma de decisiones, dando mayor valor al criterio propio y poniendo como objetivo darse gusto a sí mismo (Cruzat-Mandich *et al.*, 2017; Román *et al.*, 2018). En los jóvenes, los modelos que tienen impacto como referentes en hábitos de alimentación suelen ser personalidades del espectáculo como artistas o deportistas de élite, o personas de con cierta autoridad como padres de familia y docentes, y de manera muy importante sus pares. Sin embargo, no consideran a los profesionales del área de la salud (Sánchez *et al.*, 2019).

Otro ejemplo de estándar de comportamiento marcado por la sociedad es el rol que “debe cumplir” la mujer como cuidadora. Como parte de los aspectos socioculturales en México, en el hogar, se responsabiliza a las mujeres como las encargadas de los niños y niñas, aunque no sean sus hijos, así como de la atención de los adultos mayores y los enfermos. Estos cuidados incluyen la salud desde la prevención hasta la atención de alguna condición o enfermedad y la alimentación. Es

importante mencionar que este rol es independiente de la preparación profesional de la mujer, porque debe saber cómo “cumplir con el papel”. Esta situación “libera” a los hombres de esa labor, pero como consecuencia, se desvinculan incluso de los cuidados propios, otorgando en ocasiones la responsabilidad a la pareja (Crespo y López, 2008; Mardones-Fonseca, 2020; Ruiz-Jiménez y Nicolás-Moya, 2018; Villarías-Mier *et al.*, 2007).

Además de la sociedad, la influencia del círculo familiar juega un papel muy importante en el desarrollo del ser humano. La participación de los padres en la atención de los hijos tiene un efecto en la carga emocional y la salud. Fuera de los factores genéticos, lo que se aprende por imitación o normalización de hábitos en el hogar tiene consecuencias positivas o negativas en la vida futura. El vínculo de padres e hijos ha crecido en los últimos años, como consecuencia de las adaptaciones que se ha necesitado implementar en la dinámica familiar. Debido a que tanto la madre como el padre deben aportar económicamente en la casa, las responsabilidades del hogar también deben distribuirse equitativamente entre los miembros de la familia (Castillo-Carreño *et al.*, 2020).

La pareja, sin importar el género, puede tener una influencia importante en la toma de decisiones respecto a la salud. Esto depende de la disponibilidad de la persona para brindar su apoyo. Sin embargo, es más importante que la pareja esté dispuesta a recibir el apoyo, ya que, si se niega a aceptarlo, no importará qué tanto quieran ayudarlo. La masculinidad también puede obstaculizar este apoyo, ya que los hombres suelen sentirse más preparados o con mayor conocimiento que las mujeres por lo que restan importancia a las opiniones de sus parejas. En una relación sana y sólida las personas involucradas trabajan en equipo para encontrar solución a los conflictos mutuos e individuales, incluyendo los relacionados con cuidado de su salud. Pero llegar a este punto no es sencillo, aunque tampoco es imposible, mientras se comparta el objetivo, también es indispensable tener una buena y constante comunicación (Zepeda-Goncen y Sánchez-Aragón, 2019).

2.5. Motivos de Decisión de los Hombres para Atender o no su Salud

La masculinidad se ha convertido en una limitante para que los hombres decidan atender su salud, sobre todo a nivel de prevención. Terminan acudiendo a consulta únicamente cuando hay motivos de emergencia que pudieron evitarse con la atención oportuna (Keijzer, 2016). Los bajos ingresos

económicos familiares, condiciones emocionales como depresión, bajos niveles educativos y una mala interacción médico-paciente son algunos de los motivos por los cuales los hombres no tienen un adecuado apego a los tratamientos (Chacón *et al.*, 2015).

La salud mental es igual de valiosa que la salud física, por lo tanto, es importante fomentar su cuidado desde la juventud. El autoconocimiento y valoración propia, son herramientas indispensables para una toma de decisiones asertivas como por ejemplo elegir los grupos de amigos, o la carrera a estudiar. Estas cualidades tienen un impacto positivo sobre la salud, al ser factores protectores en el consumo de sustancias nocivas y desarrollo de adicciones, procurando así ser adultos sanos en el futuro (Palacios-Delgado y Cañas-Martínez, 2010).

Otros aspectos que deben cuidarse en la juventud para asegurar una buena salud en la edad adulta son la alimentación, la actividad física y el descanso. Sin embargo, los jóvenes no tienen conciencia sobre la importancia de estos aspectos. La actividad física es más valorada por los jóvenes, pero de una manera recreativa y para convivencia social, más que para búsqueda de la salud. Existen también grupos sociales del mismo rango de edad, que no se relacionan con deportes y comparten actividades sedentarias como el uso de videojuegos. Aunque, tanto en los sedentarios como en los que realizan deportes por recreación, se observan hábitos alimenticios perjudiciales con consumo de elevadas cantidades de alimentos ultra procesados. Finalmente, el descanso adecuado suele ser el aspecto menos valorado, a pesar de ser un elemento clave para preservar la salud. La higiene del sueño reconoce que respetar las horas de sueño y descanso recomendadas para cada rango de edad, favorece a una buena salud mental, física y emocional (Ibarra-Mora y Hernández-Mosqueira, 2019; López-López, 2022).

Un aspecto que tiene influencia en el autocuidado de los hombres es la presencia de enfermedades crónicas. Los pacientes masculinos con hipertensión que han presentado baja adherencia a los tratamientos mencionan que algunos de los motivos asociados a esto son el sentirse físicamente bien, y no presentar síntomas o dolor. Otro factor es la complejidad del mismo tratamiento, como es la toma de múltiples dosis al día, o más de un medicamento para llevar el control de la enfermedad. Finalmente se destaca que el tiempo de evolución de la enfermedad también presentó asociación con la adherencia al tratamiento, mostrando mayor compromiso de seguimiento durante los primeros cinco años a partir del diagnóstico (Carhuallanqui *et al.*, 2010; Martínez de Murga-García *et al.*, 2020).

En los casos de hombres con diabetes, se ha encontrado una asociación de riesgo entre

amputaciones por complicaciones de pie diabético y la masculinidad. Los hombres descuidan el seguimiento de atención que deben de llevar en el cuidado de su piel, una correcta hidratación, higiene adecuada, exfoliación frecuente, recorte de uñas, evitar humedad y usar zapatos adecuados. Solo cumplen por lo general sólo con el último requisito, ya que el cuidado de la piel suele asociarse a una práctica femenina (Rossaneis *et al.*, 2016).

A pesar de que la investigación y tecnología para la atención de la diabetes han avanzado a pasos grandes, muchos hombres diagnosticados no aceptan su tratamiento, incluso algunos se niegan a aceptar su diagnóstico. En ocasiones consideran que sus síntomas no son suficientes para recibir atención médica. Se justifican por no sentir dolor o le dan mayor importancia a seguir cumpliendo con sus jornadas laborales. Otro motivo, es la decisión de no cambiar sus hábitos en su estilo de vida, sobre todo su dieta. Todo esto ocasiona que presenten complicaciones médicas, incluso una muerte prematura (Mendoza-Catalán *et al.*, 2017).

Otro aspecto asociado a la toma de decisiones de autocuidado es la actividad económica que realizan. En el caso de los hombres que se dedican a la agricultura como jornaleros agrícolas migrantes, no les permite contar con la protección de un servicio médico para la atención de su salud. Además, los sueldos insuficientes tampoco les permiten buscar atención privada. Ante una indiscutible necesidad de atención suelen acudir a consulta en las farmacias populares (Arellano-Gálvez *et al.*, 2019).

También para el autocuidado influye la edad. Los adultos mayores son un grupo muy vulnerable a conflictos psicológicos. Esto debido a que pierden de manera frecuente a seres queridos, además se reducen sus capacidades biológicas y físicas de manera crónica, lo que afecta su autoestima. La dependencia para realizar las actividades que antes hacían con libertad, los limita, y la responsabilidad de la atención para su bienestar es delegada a sus cuidadores, generalmente familiares mujeres (Trujano-Soria *et al.*, 2019).

Algunos adultos mayores requieren apoyo para realizar diferentes actividades, entre ellas acudir a los centros de salud, esta situación ha impactado la respuesta de la población a los servicios de apoyo. Un ejemplo es que a pesar de que existen diversos programas con el objetivo de atender las necesidades de salud y nutrición de los adultos mayores en Chile, no se ha logrado el impacto esperado. Algunos de los motivos que refieren para no acudir a recoger sus beneficios de becas, medicamentos o despensas, son condiciones de salud que los incapacitan o dificultan su traslado y las barreras de accesibilidad para su desplazamiento (Ceroni *et al.*, 2019). En México existen

apoyos similares, como el programa setenta y más, que también tiene como objetivo ayudar económicamente a la población de mayor edad, pero hasta ahora se desconoce si han sido evaluados (Rubio y Garfias, 2010).

La principal barrera para la atención de la salud en el hombre es la negación de su diagnóstico, y mientras no acepten que necesitan ayuda no la van a buscar y sus familiares o amistades tampoco pueden ayudarlos en esa situación. También se ha encontrado que el apoyo de la familia o la falta de éste tiene un impacto en la adherencia a los tratamientos.

El estigma social, más específico el machismo, por lo que los hombres no le dan importancia a su salud. Los hombres consideran de mayor importancia la atención a la familia en específico sus aportaciones económicas, el cumplimiento de su trabajo y el continuar con rutinas sociales como el consumo de tabaco y alcohol. Además de complacer sus gustos en una alimentación no saludable (Mendoza-Catalán *et al.*, 2017).

La construcción social de las masculinidades incluye el sentimiento de omnipotencia, siempre saben más que las mujeres y por lo tanto no las escuchan o invalidan su opinión o conocimiento. También se puede ver involucrada en la falta de adopción de las recomendaciones médicas, por ejemplo, cuando la persona que les da las indicaciones es mujer, demeritando su capacidad por su género. Algunos hombres incluso toman el lugar de la profesional para sobreponer sus conocimientos empíricos, sobre los conocimientos profesionales. A este fenómeno se le conoce como “mansplaining” y fue nombrado así por Solnit (Santamaría-Pérez, 2022; Solnit, 2018).

Nos queda claro que la disciplina del autocuidado de la salud y alimentación no es una característica presente ni constante en los hombres, pero la pregunta sobre el por qué existe esta situación tan arraigada en la sociedad aún prevalece. Más allá de las especulaciones hace falta evidencia, que se genere, por el interés de la comunidad, a partir de estudios transdisciplinarios que consideren, no solo aspectos biomédicos sino otros de carácter psicosocial o antropológico.

2.6. Natura-Cultura

Por muchos años, las comunidades han funcionado en organizaciones duales, en el que una característica se divide en dos categorías que son excluyentes entre sí. Por ejemplo, niño/adulto o

hembra/varón. Pero estas categorías son compuestas por dos características, naturaleza y cultura, que, aunque parecen excluyentes, no lo son. En el caso del ejemplo de hembra/varón la parte de la naturaleza se refiere al sexo, es decir, si es hombre o mujer, y la parte de la cultura hace referencia al género, femenino o masculino. Dentro de la natura/cultura está la perspectiva del “determinismo ambiental” el cual manifiesta que los comportamientos de la sociedad son determinados por los factores ambientales, ya que los grupos sociales deben adaptarse a los medios de su entorno natural; pero, también plantea el “determinismo cultural” que expone la manera en la que la sociedad tiene un constante impacto sobre el medio ambiente, por lo que la cultura dicta el desarrollo del entorno natural. Por lo tanto, la naturaleza y la cultura no forman una dicotomía rígida y contraria, sino que se desenvuelven de manera conjunta, siendo imposible modificar una sin impactar a la otra, lo que justifica la importancia de considerar ambas partes para la planeación de un desarrollo positivo y sustentable (Milesi, 2013).

La dinámica y organización de la sociedad es la que posiciona cada concepto en un nivel específico de la jerarquía, incluyendo los roles que deben cumplir. Esto puede ocasionar conflictos en las personas que tienen gustos o deseos que no cumplen con los correspondientes de su sexo o género, o, bien, tampoco tienen ningún interés en los temas que según su género deberían importarles. En el extremo opuesto, en el caso de que sus preferencias sean manifestadas y contrarias a los roles esperados por la sociedad, quedan expuestos al rechazo de la misma, entonces para evitar esto tienden a reprimirlo. Ejemplos de esto es un hombre que no le interese el futbol o que le atraiga la danza clásica (Amodio, 2006).

Al hablar de cultura, cuando se quiere tomar en cuenta como parte de un estudio, se debe elegir un diseño de análisis transversal, que considera los resultados como una fotografía de un espacio y tiempo específico, ya que es una característica cambiante. La cultura evoluciona constantemente convirtiéndose en distintivo de un lugar y una época en la historia, por lo que los instrumentos y herramientas empleadas difícilmente son replicables, particularmente, se deben diseñar específicamente para la población y el objetivo del estudio, considerando las características socioculturales representativas en esa región y momento (Falcón-Mantilla, 1996; Rodríguez-Perpiñá, 1981).

2.6.1. Aspectos Socioculturales

Los aspectos socioculturales son aquellos que describen a una comunidad o región, y algunos ejemplos de estos son la alimentación, el nivel socioeconómico, la violencia, el nivel académico, las creencias, costumbres y tradiciones. Las especificaciones de estas características o aspectos son distintas dependiendo del área o región de estudio. Por ejemplo, el continente americano tiene aspectos socioculturales específicos, así que, si queremos describir en estos términos a un país como México, los mismos aspectos tienen un significado diferente, a pesar de que México forma parte del mismo continente, que sucede también si nos enfocamos en un estado, municipio o localidad de la República mexicana.

Todos los ejemplos anteriores pueden abordarse desde un contexto social, aunque también existe el contexto individual en el cual se describen los aspectos socioculturales de una persona en específico. Como ejemplo, la alimentación en un contexto social hace referencia a la gastronomía de una región, pero en el contexto individual hace referencia a la dieta habitual de la persona. Otro ejemplo sería el nivel socioeconómico, ya que pudiéramos hablar de una ciudad que sea destacada por tener un entorno empresarial o con un flujo de turismo importante, pero dentro de esa ciudad hay personas con un alto o bajo nivel socioeconómico (Haro, 2011).

Estos aspectos son nombrados socioculturales precisamente porque son la representación de la cultura de una sociedad, y su impacto va más allá de la caracterización de una región. Existen muchas características implícitas en la masculinidad de los hombres que se han arraigado por medio de la cultura y la evolución de la sociedad. Es importante considerar que estas influyen indirectamente en el comportamiento y toma de decisiones de los hombres en muchos aspectos de su vida, ya que marcan los prototipos que debe de cumplir el hombre en la comunidad, como hijo, como padre, como trabajador, como pareja, entre otros roles que se relacionan con el género.

De acuerdo con Morales-Sánchez el género es un atributo más, ya sea masculino o femenino, con características atribuidas a cada sexo por la sociedad. Este puede tener un efecto de beneficio o dañino en la vida de las personas, lo cual es una construcción que se da día a día y que por esta fluidez puede tener variaciones en diferentes etapas de una misma persona, por lo que es un concepto evolutivo en la experiencia individualizada de cada ser humano (Morales-Sánchez, 2011).

La masculinidad desde esta perspectiva es un conjunto de características impuestas socialmente a

quienes nacen hombres. En el siguiente apartado, se analizará cómo se constituyen y se abordarán ejemplos de masculinidades presentes en México.

2.7. Construcción de la Masculinidad.

Biológicamente se nace siendo hombre, pero no se nace siendo masculino. Las características que se identifican como “el deber ser” del hombre pueden ser diferentes entre una persona y otra, ya que se van adquiriendo del entorno particular, iniciando por el núcleo familiar, observando, por ejemplo, qué roles cumplen papá y mamá en el hogar (Asturias, 1997; Butler, 2012). La construcción de la masculinidad es cambiante, evoluciona con la persona conforme va creciendo y va ampliando su entorno social. Por lo que también participan en esta conceptualización la escuela, la comunidad, los medios de comunicación, las amistades, el lugar y ambiente de trabajo, las creencias religiosas, entre otros aspectos (Salas, 1996). Esta fluidez permite que existan diferentes maneras de expresar la masculinidad, lo que, en las ciencias sociales, con fines de clasificar las características gruesas y análisis, se denominan tipos de masculinidad. Para este estudio tomaremos los tipos expuestos por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) presentados en el curso “MASCULINIDADES. Modelos para transformar” los cuales abarcan la masculinidad hegemónica, la machista y las nuevas masculinidades.

2.7.1. Masculinidad hegemónica en México y Hermosillo

Un estudio realizado por Ramos-Olarte y de Keijzer-Benno (2018), en Tabasco, México, identificaron que los participantes masculinos entrevistados relacionaron la masculinidad de otros hombres según su rudeza. Además, consideraron que los hombres suelen ser herméticos en sus necesidades afectivas y emocionales, ya que socialmente es mal visto que demuestren sentimientos de cariño, incluso entre amistades, familia y parejas. Esto sucede, ya que estas prácticas se asocian con debilidad o falta de carácter, que son características identificadas como femeninas, y como

consecuencia lo desacreditan o desaprueban como líder. Por el contrario, está normalizado que presenten actitudes violentas, agresivas o bruscas.

Existen diferentes tipos de masculinidad, al hablar de masculinidad hegemónica se hace referencia a lo que es normalizado y predominante en una sociedad y que se reconoce como patriarcado en alusión al dominio de poder en la política que rige a esa comunidad. Esta se coloca dentro de una sociedad dominante para que funcione desde el consentimiento y no de la imposición, sentando bases de diferentes formas en que la desigualdad de género se instala como una costumbre social e imperceptible. La masculinidad dominante se fundamenta con una serie de normativas que los hombres deben de cumplir para que sean considerados como “hombres de verdad” dentro de la sociedad, símbolos de poder y estatus, liderazgo, autoritarios, heterosexuales, proveedores y fuertes (Schöngut-Grollmus, 2012).

Cabe destacar que, por ser una amplia y exigente lista de requisitos, la mayoría de los hombres no cumplen con todo. Entonces la masculinidad dominante es la hegemónica no porque la mayoría de los hombres representen el papel al pie de la letra, sino porque la mayoría busca cubrir los estándares. El hombre dominante no es sólo un grupo de pertenencia, es, principalmente, un grupo de referencia. Por lo que se identifican a los hombres con masculinidad dominante a aquellos que sientan el deber de cumplir con los estándares propuestos por esta masculinidad (Albelda-Sanfélix, 2011).

Diferentes autores como Kaufman y Keijzer hablan de una triada de vertientes hacia los cuales, los hombres, descargan la violencia influenciada por la masculinidad hegemónica o dominante. Estas involucran a las mujeres y niñas, otros hombres que no cumplan con las características de la masculinidad dominante como niños u homosexuales; y por último a ellos mismos. Esta violencia contra sí mismos se ve representada en la desatención de su salud (De Keijzer, 1997; Kaufman, 1995b, 1999; Núñez-López, 2013).

2.7.2. Machismo

El machismo es el conjunto de estigmas y rechazo contra todo aquello que no cumpla con una masculinidad hegemónica, es caracterizado por tener respuestas violentas y una constante

necesidad de control y dominación sobre otras personas. Este tipo de masculinidad tiene arraigada de forma más acentuada la conceptualización del “ser hombre” desde el “no ser mujer”, por esto, los hombres que son machistas se niegan a toda situación que se relacione a los estereotipos femeninos. Un ejemplo de esto es que suelen ser más cerrados para la demostración de sus emociones porque la sensibilidad es una característica mayormente presente en las mujeres. De igual manera rechazan el participar de los roles socialmente asociados al género femenino como las tareas domésticas y el cuidado de personas vulnerables como niños, ancianos y enfermos. Suelen utilizar los términos femeninos como ofensas o burla, por ejemplo “corres como niña”, “no seas vieja”, entre otros, muchas veces acompañado de palabras altisonantes y un volumen elevado en su voz. Además de ejercer diferentes tipos y niveles de violencia, que frecuentemente es invisible para sus víctimas e incluso a sí mismos, aún en momentos evidentes. Tal como lo menciona Bourdieu, 2000, esta invisibilidad está dada por la astucia que se ha tenido para la “transformación de la historia en naturaleza y la arbitrariedad cultural en natural” (Aguinaga-Reyes, 1998; Bourdieu, 2000; CNDH, 2022; Nerio-Monroy, 2019; Uresti-Maldonado *et al.*, 2017).

2.7.3. Nuevas Masculinidades

También llamadas masculinidades alternas, son las estrategias que están utilizando los hombres que no se sienten identificados por la masculinidad hegemónica y buscan la libertad de desarrollarse en plenitud sin la carga que ejercen los estereotipos y roles de género marcados por la sociedad. Para llegar a esta construcción debe llevarse un proceso de deconstrucción, iniciando por un cuestionamiento en los mandatos del patriarcado, identificando los privilegios de los hombres en esta cultura, pero también las dificultades y repercusiones a las que son expuestos. En este tipo de masculinidad existe mayor libertad en la demostración de las emociones, entendiendo que el sentimentalismo no es propio de las mujeres, si no del ser humano. Los colores, la ropa, las actividades económicas, artísticas o recreativas pierden las barreras dicotómicas de lo que supuestamente es para hombres o para mujeres, abriéndose una amplitud de posibilidades. Entre sus objetivos busca la igualdad de género entre los deberes y oportunidades, tratan de atenuar la masculinidad hegemónica tanto desde un enfoque socio-político como desde una visión ideológica.

(Cascales-Ribera, 2015; CNDH, 2018; Robles *et al.*, 2021).

El género y su construcción social es un tema que tiene un camino histórico y teórico grande e importante, particularmente en las últimas décadas, y por ello se puede mencionar que las masculinidades son dinámicas tanto de manera individual como en sociedades completas. Por esto, un individuo puede presentar rasgos de diferentes tipos de masculinidad al mismo tiempo, dependiendo de la situación. El desaprender lo que cientos de años se ha inculcado en la sociedad con tanta normalidad no es un proceso lineal, y esta formación del hombre desde su significancia sobre el “qué soy” y “quién soy” no termina en la juventud, sigue modificándose constantemente en todas las etapas de la vida (Albelda-Sanfélix, 2011; Boscán-Leal, 2008; Nerio-Monroy, 2019).

2.8. Percepción de Riesgo en Hombres.

La percepción es la interpretación que las personas tienen a partir de la información y conocimiento que han adquirido desde su experiencia. Es una herramienta, presente en todos los individuos, que les ayuda a tomar decisiones sobre la manera de actuar ante una situación determinada, procesando las experiencias a conocimientos impregnados de pensamientos y emociones (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Los aspectos culturales, sociales e individuales tienen influencia en la percepción de riesgos, por esto, el involucrar estos aspectos y otras características de la comunidad y las personas, ayudan en el entendimiento e interpretación de los fenómenos sociales (Dueñas-Tellechea, 2022; Glover, 2009; Nichter, 2008).

Nuevamente la masculinidad influye a los hombres, particularmente disminuyendo su percepción de riesgo. Suelen tomar actitudes que ponen en riesgo su salud y bienestar con la finalidad de demostrar su hombría. Tienen una constante competencia en la que se destacan los excesos, como el consumo de sustancias nocivas para la salud, o en otras situaciones como la velocidad al conducir, o el evitar el uso de condón en las relaciones sexuales (sin distinción en parejas homosexuales o heterosexuales). Esto también afecta descartando la atención de síntomas clave para la detección temprana de enfermedades como algunos tipos de cáncer, además del descuido de su alimentación comiendo en exceso o en tiempos inadecuados (Garay-Ibáñez De Elejalde *et al.*, 2017; Metz-Galán, 2016; Núñez, 2013).

2.9. Capacitismo

El capacitismo es un conjunto de creencias que considera esenciales algunas capacidades que se deben poseer, conservar o adquirir en el transcurso de la vida; en consecuencia, clasifica a las personas con discapacidad como deficientes, colocándolas en una posición de inferioridad con relación a personas sin discapacidad, en este entendido, el capacitismo atenta contra el derecho a la vida y la dignidad humana, además de fomentar la discriminación y estigmatización. Fuera de lo que la medicina clasifica como capacidad y discapacidad, estas clasificaciones son también una construcción sociocultural, por lo que genera limitaciones sociales, incluso más allá de las físicas. En este sentido se entiende al capacitismo como un sistema de poder y encasilla a su contraparte, el discapacitismo, a una discriminación estructural (Moscoso, 2020).

Las personas con discapacidad o con diversidad funcional, no son las únicas víctimas de la discriminación del capacitismo, esta postura afecta a todos los grupos sociales que no cumplen con lo plateado como “normal”. En este caso la normalidad es el conjunto de cualidades y capacidades favorecidas que se dan por hecho que todos debemos tener y por ese mismo motivo son deseadas y buscadas por quien no las tiene. Como ejemplo de las personas que también son afectadas por esta postura podemos mencionar a la niñez y a los adultos mayores. Esta estructura de creencias también tiene un efecto sobre el género, por lo que un hombre que no cumple con los mandatos del capacitismo toma el lugar de una feminidad simbólica, ya que su cuerpo es visto y clasificado como frágil, débil, dependiente o incapaz, que lo hace incumplir con la normatividad de la masculinidad (García-Santesmases, 2015; Moya, 2023). Esto motiva a los hombres a negar u ocultar cualquier estado de enfermedad o condición que limite sus capacidades o que le impida el cumplimiento de su papel como proveedor.

El capacitismo utiliza un sistema de opresión para que las personas encajen en el estándar corporal y que estas cumplan con los deberes y demandas que solicita el sistema productivo. En este sentido determina que un “cuerpo válido” es aquel supuestamente capaz, productivo y reproductivo. Al contrario, un “cuerpo inválido” se identifica como incapaz, improductivo y no-reproductivo. Una de las problemáticas de estas creencias son las marcadas dicotomías que plantean como las ya mencionadas válido/inválido, capaz/incapaz o sano/enfermo. (McRuer, 2020; Toboso-Martín y Feltrero-Oreja, 2020).

Bajo estas descripciones y en apego a los objetivos de este estudio, entendemos el concepto de “capacitismo” como el estado pleno de salud y el cumplimiento de la normalidad del “cuerpo válido” (capaz, productivo y reproductivo), y “discapacitismo” como la presencia de cualquier enfermedad, condición o limitante física.

2.10. Propósito del Estudio

Por todo lo anteriormente, este estudio propone una mejor comprensión acerca de cómo los hombres de tres generaciones abordan los temas de salud y alimentación desde una visión masculina, es decir, independientemente del sexo, el enfoque principal abarca el género. Además de identificar qué riesgos a enfermedades perciben, y si estos están influidos por la generación a la que pertenecen, o la forma en que han conceptualizado su masculinidad. Esta comprensión podría permitir hacer propuestas más cercanas y efectivas a sus realidades, de tal manera que en el futuro se pueden realizar intervenciones con un enfoque más incluyente, sensible a sus necesidades, con equidad de género, tomando en cuenta sus percepciones, contextos y edades, pero sobre todo venida desde su perspectiva. La información generada puede ser de utilidad para las campañas de prevención de daños a la salud de los varones y de la población en general, implementadas por el sector público.

Resumiendo, la revisión bibliográfica se centró en la conceptualización de la situación de salud de los hombres en México y Sonora, además de los conocimientos que tienen y que utilizan para sus cuidados, los medios que prefieren para atenderse y los motivos por los cuales deciden no atenderse. Incluimos también las características socioculturales que consideramos pudieran afectar la percepción de riesgo de los hombres, en especial lo relacionado a las masculinidades predominantes en el país. De esta forma, este estudio se planeó con la participación de tres generaciones y en tríadas familiares, con la finalidad de identificar qué características son propias de cada grupo de edad y en qué situaciones la familia puede influir en las decisiones de autocuidado en salud y alimentación. Entonces, dada la problemática presente en este grupo de personas y la necesidad de generar información de relevancia para ellos es que se plantearon las siguientes preguntas de investigación: qué prácticas realizan los hombres jóvenes, adultos y adultos mayores

para el autocuidado de su alimentación y salud, en Hermosillo, Sonora y, cómo influye la construcción de su masculinidad y su percepción de riesgo al tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y alimentación, así que para la búsqueda de respuestas se formularon la siguiente hipótesis y objetivos.

3. HIPÓTESIS

Las prácticas de autocuidado en alimentación y salud que llevan a cabo los hombres jóvenes, adultos y adultos mayores en Hermosillo, Sonora, son diferentes en cada grupo de edad y están influenciadas por la construcción de su masculinidad y la percepción de riesgo a enfermarse.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Comprender las prácticas de autocuidado en alimentación y salud, de tres generaciones de hombres en Hermosillo, influenciadas por la relación entre la percepción del riesgo y la construcción de su masculinidad

4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar en hombres de tres generaciones en Hermosillo, el conocimiento, percepción de riesgo y prácticas de autocuidado llevan a cabo.
2. Relacionar la percepción física de hombres de tres generaciones en Hermosillo, con su alimentación, historial de salud, información antropométrica y estilo de vida.
3. Analizar los discursos sobre autocuidado en alimentación y salud de hombres de tres generaciones en Hermosillo, y relacionarlos con su percepción de riesgo y la construcción de su masculinidad.

5. PARTICIPANTES Y MÉTODOS

5.2. Diseño de Estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal de análisis mixto cualitativo-cuantitativo, y un muestreo no probabilístico e intencional con un enfoque fenomenológico. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas diseñadas exprofeso por un equipo multidisciplinario a una población objetivo de hombres en Hermosillo de 19 años o más. Se establecieron tres categorías por edad: jóvenes (19 a 39 años), adultos (40 a 59 años) y adultos mayores (60 años en adelante), con la finalidad de realizar un análisis por generaciones, utilizando la hermenéutica para el análisis de los discursos, además del método de contenido temático y el enfoque de significados y entendimiento.

5.3. Fenomenología.

Para la comprensión de cómo son las prácticas de autocuidado en alimentación y salud, además de cómo se da la construcción de la masculinidad en cada persona y cómo esta se relaciona a los aspectos socioculturales y la percepción del riesgo, este trabajo eligió utilizar a la fenomenología, una herramienta filosófica que permite obtener información desde cómo la consciencia se forma desde las experiencias vividas de cada individuo. El objetivo de la fenomenología es comprender qué conocimiento y significados desarrolla una persona a partir de su experiencia de vida, esta incluye no sólo una acción o situación en específico, si no todo el contexto que rodeaba el acto principal, cada elemento por individual y en conjunto tiene un impacto en el aprendizaje y conceptualización. El lugar, el momento, el contexto, las emociones y sensaciones conforman una experiencia que se convierte en información la cual es almacenada en el recuerdo (Aguirre-García y Jaramillo-Echeverri, 2012; Fuster-Guillen, 2019; Lambert, 2006; Mendieta-Izquierdo y Ramírez-Rodríguez, 2015; Soto-Núñez y Vargas-Celis, 2017).

5.4. Método de Contenido Temático

Este método tiene como objetivo describir las acciones de las personas haciendo una interpretación de las mismas buscando comprenderlas. Recolecta la información por medio de la interacción entre el investigador y el participante en una comunicación flexible. Requiere de un análisis interpretativo que intenta darles significado a las acciones presentadas. Estas características permiten que esta propuesta genere datos tangibles en estudios cualitativos y ayuda a complementar estudios cuantitativos. El método de contenido temático considera la totalidad del discurso del participante para categorizarse en los temas de nuestro interés de análisis. Por ejemplo: Generaciones, Nivel socioeconómico y Tipos de masculinidad (Green y Thorogood, 2018; Herrera, 2018; Igartua y Humanes, 2004).

5.5. Enfoque de Significados y Entendimiento

Consiste en un análisis profundo del discurso donde se destaca la actitud, las emociones y la gesticulación que enfatiza el mensaje del participante. Es decir, es importante lo que dicen, y también cómo lo dicen. La interpretación de estos dos elementos da los verdaderos resultados. Este enfoque destaca la complejidad que abarcan las experiencias vivenciales en cada persona, lo que coincide con la fenomenología. Como un mismo hecho puede representar sentidos opuestos en diferentes personas, y en cada caso sería completamente válido porque es la visión desde su perspectiva y remembranza de su experiencia por medio de la cual generó un conocimiento y, por lo tanto, explica las razones de sus conductas y decisiones presentes. El investigador se convierte en un guía que explora y aprende de la perspectiva de los participantes, por encima del conocimiento que pueda tener previo a estos encuentros. Al empatizar con la complejidad de las vivencias de los participantes, se tiene la oportunidad de desarrollar propuestas de intervención atractivas para ellos (Green y Thorogood, 2018; Ortega, 2018).

5.6. Participantes

Participaron 16 hombres entre 19 y 92 años de edad (al momento de realizar las entrevistas), de las colonias López Portillo, Tierra Nueva, Malecón, Balderrama, Las Quintas, Villa Bonita, Terranova y Modelo en Hermosillo, Sonora, México. Estas comunidades pertenecen a diferentes extractos socioeconómicos, desde clase baja hasta alta.

Se formaron tres grupos de hombres catalogados por generaciones donde se agruparon según el rango de edad. El primero incluye adultos jóvenes con edades entre 19 y 39 años. El segundo grupo está conformado por adultos con un rango de edad entre 40 y 59 años. Por último, el tercer grupo de adultos mayores con edades de 60 años en adelante.

Consideramos la participación de triadas que pertenezcan a la misma línea familiar, es decir, el abuelo, padre e hijo. Contamos con cinco triadas familiares, en total 16 participantes porque una triada contó con dos participantes en el rango de edad y ambos quisieron participar. Se buscó diversidad en características de educación, económicas, y religiosas, para lograr una mayor diversidad y comprensión sobre las precepciones que cada generación de hombres tiene sobre su salud y alimentación. La edad fue confirmada con una identificación oficial.

La invitación a participar se difundió por medio de publicaciones en diferentes redes sociales, a través de conocidos, familiares y amigos, y con el método de reclutamiento por conveniencia o bola de nieve (Baltar y Gorjup, 2012).

5.7. Criterios de Inclusión y Exclusión

Este estudio se llevó a cabo únicamente con participantes que se identificaron como hombres, lo cual fue el primer criterio de inclusión. Además, debían pertenecer a uno de los rangos de edad establecidos y residir en Hermosillo durante un mínimo de cinco años. Los participantes también firmaron una carta de consentimiento informado en la que afirmaban estar dispuestos a responder las entrevistas y autorizaban que estas fueran grabadas con el fin de transcribir sus respuestas y formar parte de la base de datos.

Antes de firmar la carta de consentimiento, se les aclararon las dudas existentes, y se les explicó

que su participación era voluntaria, y que podían declinar en cualquier momento. También era necesario contar con la participación de la triada completa. Los criterios de exclusión incluyeron el desacuerdo con las condiciones del estudio, o alguna condición física que impidiera las mediciones antropométricas, o condición cognitiva que les impidiera responder las entrevistas o dar su consentimiento.

5.8. Instrumentos para la Recolección de Información

5.8.1. Mediciones Antropométricas

Se llevó a cabo una evaluación nutricional a través de mediciones antropométricas que se realizaron siguiendo las recomendaciones y métodos sugeridos por Gibson (2005), estas mediciones se realizaron en los espacios brindados por los voluntarios, ya sea en sus hogares o sus lugares de trabajo, dependiendo de sus horarios, disponibilidad y preferencia. Se midieron peso, talla, circunferencia de cintura y circunferencia de cadera. Para esto se utilizó una báscula de marca AND modelo FG-150KBM, un estadiómetro marca SECA y una cinta métrica Lufkin. Para asegurar que las mediciones corporales fueran confiables se realizó una capacitación por parte del laboratorio de antropometría del CIAD. Con estas medidas se aplicaron las fórmulas para medir el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$) y el Índice Cintura-Cadera (ICC) (Lazo-Herrera *et al.*, 2019). Esto se realizó no con la finalidad de hacer un diagnóstico nutricional de los participantes, sino con el interés de evaluar su percepción física.

5.8.2. Percepción Física

Para evaluar la percepción física utilizamos como imagen de referencia la escala de siluetas de Stunkard (1983) (Figura 1). Esta escala tiene nueve siluetas, siendo la uno la más delgada y aumentando sucesivamente hasta la nueve que es más gruesa, y representan un rango del IMC

(Cuadro 1), referenciado por Hernández-Carbajal et al. (2014) en población mexicana con algunas adecuaciones, la cual quedó de la siguiente manera:

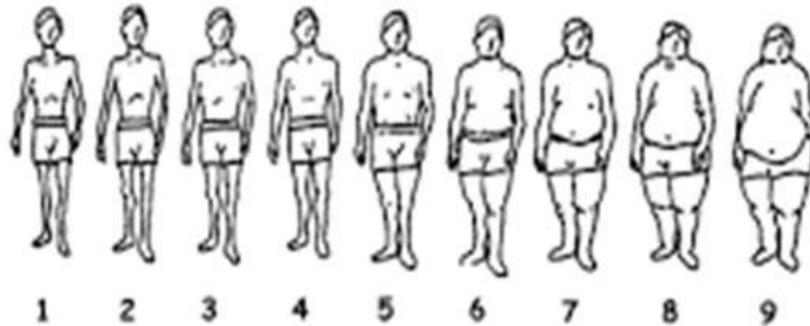


Figura 1. Siluetas de Stunkard para evaluación de percepción física (Tomado de Stunkard (1983))

Cuadro 1. Relación de siluetas de Stunkard con IMC para evaluación de percepción física

Silueta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	15	17.5	20	22.5	24.9	27.5	30	35	40
IMC	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III

IMC= Índice de Masa Corporal. Elaboración propia con base en Hernández-Carbajal et al. (2014)

El IMC obtenido por las mediciones antropométricas fue empleado para evaluar la percepción física, por lo que en este trabajo también será llamado “IMC real” ya que es el término utilizado en este tipo de análisis. Para evaluar si su percepción física es adecuada tomamos en cuenta un rango de 1.25 por debajo y por encima del valor de referencia del cuadro anterior, por ejemplo, si eligieron la imagen de referencia número cinco tienen un rango desde 23.65 hasta 26.15 unidades, si su IMC real está dentro de este rango identificamos su percepción física como adecuada. En cambio, si el rango, según la respuesta que dieron de cómo se perciben, queda por debajo de su IMC real decimos que su percepción es Infravalorada, esto quiere decir que se perciben con un IMC menor al que tienen. Por último, si el rango, según la respuesta que dieron de cómo se perciben, queda por encima de su IMC real decimos que su percepción es Sobrevalorada, es decir que se perciben con un IMC mayor al que tienen.

5.8.3. Cuestionario de Nivel Socioeconómico (NSE)

El NSE se determinó a través del cuestionario del Nivel Socioeconómico AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión) en su versión 2022 (Anexo 10.1), que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Este cuestionario está conformado de seis preguntas con múltiples opciones de respuestas. A cada respuesta le corresponde un puntaje específico, la sumatoria de los puntos arroja un total con el que se debe determinar el NSE de la persona encuestada ubicándolo en un cuadro de clasificación que consta de siete niveles: A/B=Clase alta, C+=Clase media alta, C=Clase media, C-= Clase media baja, D+=Clase baja, D=Clase pobre, E=Pobreza extrema (AMAI, 2022).

5.8.4. Entrevista Semiestructurada

Se aplicó un guion de entrevista semiestructurada (Anexo 10.2) que se diseñó por un equipo multidisciplinario, resultado de una búsqueda bibliográfica y de la participación en cursos con temas enfocados al entendimiento de los conceptos de género y masculinidades (Amodio, 2006; Metz-Galán, 2016; Núñez-López, 2013). Esta tiene como objetivo indagar sobre los conocimientos y las prácticas de autocuidado de los participantes, además de los aspectos que tienen influencia en la toma de decisiones sobre su alimentación y salud. Consta de cinco secciones: Datos generales, Estilo de vida, Percepción física, Entrevista dietaria e Historial de salud.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, en los casos presenciales se utilizó una videograbadora marca Sony^{MR}. Para las entrevistas virtuales se utilizó la aplicación OBS Studio. Esto, con la finalidad de escucharlas nuevamente con detenimiento y transcribirlas con precisión, evitando la omisión de algún dato. También se reforzó la información con notas de campo. Se armaron expedientes de cada participante con toda la información obtenida. (Piza-Burgos *et al.*, 2019; Trindade, 2016).

5.9. Consideraciones Éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del CIAD CONBIOÉTICA-26-CEI-01-20200122 folio: CEI/031/2022. El dictamen de aprobación se encuentra en la sección de anexos (Anexo 10.3) Los voluntarios firmaron el consentimiento informado con lo que afirmaron estar de acuerdo en participar en el estudio. El consentimiento informado (Anexo 10.4), detalla los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información y privacidad de los datos personales, así como el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio. Contiene también los beneficios y posibles riesgos potenciales por participar en este estudio.

5.10. Análisis de Datos

En concordancia con los objetivos planteados, se eligió hacer una investigación con métodos mixtos cuantitativos-cualitativos, utilizando estrategias cuantitativas para la mejor descripción y categorización de los voluntarios, pero desde un enfoque cualitativo en la cual el objetivo principal es el de profundizar sobre el tema a estudiar. Este enfoque es ideal en el proceso de análisis de los discursos para la búsqueda de contenidos socioculturales sobre la construcción de las masculinidades, percepción de riesgo y toma de decisiones de autocuidado, además de indagar sobre los conocimientos previos que los voluntarios tengan de estos temas, con una aproximación desde las subjetividades de los participantes, para evaluar si estos aspectos influyen en la toma de sus decisiones. De manera particular el enfoque cualitativo es útil cuando se tocan temas en salud, ya que esta proporciona entendimiento del cómo, qué y por qué de algún fenómeno de la salud humana (González-Díaz *et al.*, 2021; Green y Thorogood, 2018; Lopezosa, 2020).

La antropometría y el NSE fueron capturados en una base de datos del programa Excel para propósitos descriptivos de la población. El análisis de los datos se realizó directamente de las grabaciones o notas de campo. Tras la revisión de las grabaciones se retomaron los conceptos claves más importante para continuar con su análisis.

Para la identificación de los conocimientos, las percepciones y prácticas de autocuidado analizadas, se utilizó el enfoque sobre significados y entendimiento, con el fin de extraer los conceptos clave, así como sus componentes y supuestos. De las entrevistas se obtuvieron las creencias personales, locales y culturales de los participantes. Se utilizó una metodología de análisis de contenido temático para la interpretación de los datos, los cuales se presentan de manera descriptiva (Green y Thorogood, 2018).

El análisis de las prácticas de alimentación y salud obtenidas de las grabaciones o notas de campo de la entrevista semiestructurada se realizó identificando comportamientos comunes y distintos entre los participantes. Esta información fue analizada meticulosamente para la obtención de patrones de conducta. Tras una reflexión sistemática, los datos se presentan de manera descriptiva.

5.11. Elaboración de la Entrevista Semiestructurada

Tomando en consideración las recomendaciones del comité de tesis expuestas en la primera reunión, se realizó una reestructuración de fondo a la propuesta de tesis presentada inicialmente. Desde este momento se acordó dirigir el proyecto desde una perspectiva de género, por lo que se buscaron lecturas y cursos que sustentaran los objetivos planteados (Amodio, 2006; Metz-Galán, 2016; Núñez-López, 2013). Con esa revisión bibliográfica como base, se desarrolló un guion de entrevista semiestructurada que fue revisado por las colaboradoras y responsable de este protocolo, de tal forma que sirviera como base y en determinado momento dependiendo de las respuestas permita profundizar sobre los temas de interés que principalmente son las prácticas de autocuidado en alimentación y salud. En el Cuadro 2 se presenta de forma resumida las secciones, subtemas, número de preguntas y el objetivo de forma general que perseguía cada apartado.

Cuadro 2. Estructura de la entrevista semiestructurada para recopilación de datos.

Secciones	Subtemas	Cantidad de preguntas	Objetivo
Datos generales	Edad, la ocupación, el último grado de	9	Clasificar al participante en un grupo de edad e identificar actividades

	estudios, género, identidad sexual y estado civil		económicas además de su reacción al ser cuestionado sobre su género e identidad sexual
Estilo de vida	Organización en el hogar	15	Conocer cuáles son sus responsabilidades en las tareas del hogar y la distribución de autoridad entre sus habitantes
	Actividades recreativas y espirituales	9	Indagar qué hace en su tiempo libre, si practica alguna religión y si relaciona esto con su salud y alimentación
	Socialización	7	Conocer sus habilidades de socialización y su percepción respecto a la violencia de género
Percepción física	Identificación de su silueta con imágenes de referencia, aceptación por su cuerpo	6	Indagar la relación que tiene con su físico y la percepción que tiene sobre su imagen corporal
Entrevista dietaria	Alimentación, alergias e intolerancias, comidas en la calle, consumo de bebidas, apetito y antecedentes de dietoterapia	23	Identificar hábitos de alimentación, conocimientos sobre nutrición. Motivos de la toma de decisiones sobre su alimentación. Percepción sobre la relación de sus hábitos de alimentación y el estado de salud actual y a futuro.
Historial de salud	Salud física	40	Identificar la percepción que tiene sobre su estado de salud, además de los motivos por los que decide sus prácticas de autocuidado
	Actividad física	8	Conocer sus hábitos de actividad física actuales y los motivos de la toma de decisiones sobre estas prácticas, además de la percepción que tiene sobre la relación de sus hábitos y su estado de salud actual y a largo plazo
	Hábitos del sueño	7	Conocer sus hábitos de sueño actuales y los motivos de la toma de decisiones sobre estas prácticas, además de la percepción que tiene sobre la relación de sus hábitos y su estado de salud actual y a largo plazo
	Higiene personal	26	Conocer sus hábitos de higiene personal actuales y los motivos de la toma de decisiones sobre estas prácticas, además de la percepción que tiene sobre la relación de sus hábitos y su estado de salud actual y a largo plazo

El guion de entrevista semiestructurada finalmente se conformó de cinco secciones y con un total de 150 preguntas (Anexo 10.2), pero estas se ampliaron o redujeron dependiendo de las respuestas e interacción con cada participante. Cada pregunta cumplió con al menos uno de los siguientes cuatro objetivos: 1. Prácticas de autocuidado de alimentación y salud, 2. Construcción de la masculinidad, 3. Percepción de riesgo y/o 4. Búsqueda de beneficios. Que fueron los principales temas que buscamos indagar en las entrevistas. A continuación, se presenta un ejemplo de pregunta por cada objetivo planteado.

Cuadro 3. Ejemplo de preguntas por objetivos para recabar información en la entrevista semiestructurada.

Objetivo	Pregunta ejemplo
Prácticas de autocuidado de alimentación y salud	Cuando ha llegado a enfermarse, ¿Cómo atiende su salud?
Construcción de la masculinidad	¿Qué tarea doméstica considera exclusiva de las mujeres?
Percepción de riesgo*	¿Considera que la higiene personal tiene relación con el estado de salud?
Búsqueda de beneficio	¿Cómo sería una estrategia de promoción de la salud atractiva para usted?

*En este ejemplo se indaga sobre percepción de riesgo a enfermedades

La estructura y diseño del instrumento de la entrevista semiestructurada se desarrolló para dar respuesta a la hipótesis de este trabajo, la cual buscó comprender las conductas de autocuidado en alimentación y salud de tres generaciones de hombres en Hermosillo. Además de identificar si están influidas por la relación entre la percepción del riesgo a enfermedades y de cómo están construyendo su masculinidad.

El empleo de la técnica de entrevista semiestructurada coincide con lo propuesto en algunos artículos que hablan del análisis de estudios cualitativos, los cuales proponen esta herramienta para la indagación a profundidad de las experiencias y perspectivas de los participantes (González-Díaz *et al.*, 2021; Lopezosa, 2020). Para reforzar el empleo de esta técnica, se revisaron estudios que comparten características similares a este proyecto, donde se coincidió con el uso de la entrevista semiestructurada como medio la obtención de datos de forma fácil y flexible (Hasan & Aggleton, 2020; Núñez-López, 2013). Además, también consideramos lo expuesto por Trindade (2016) y

Piza-Burgos et al. (2019), sobre la captura de los datos por medio de grabación de audio y registros de campo.

5.12. Piloto para Ajuste de Estrategias y Tiempos para el Levantamiento de los Datos

Este trabajo contempló la aplicación de tres instrumentos para la recolección de datos (entrevista semiestructurada, evaluación antropométrica y un cuestionario de estimación de nivel socioeconómico AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercadeo y Opinión, 2021). Se llevó a cabo una prueba piloto para detallar y ajustar la aplicación de los tres instrumentos para el levantamiento de información. Para realizar esta prueba se contempló a participantes que cumplieran con los tres grupos de edad, al final participaron cinco voluntarios, uno del grupo de adultos mayores, uno del grupo de adultos y tres del grupo de adultos jóvenes. La invitación se hizo directamente a amistades, familia y compañeros del CIAD, cada uno de ellos eligió la fecha, el lugar y el horario para realizar la prueba, estas se llevaron a cabo en sus hogares o lugares de trabajo, según su disposición y preferencia.

De esta etapa, se encontró lo siguiente. Un marcado interés para participar por parte de los jóvenes. En este grupo se presentó el reto de que los participantes suelen dar respuestas concisas, por lo que debimos desarrollar estrategias para profundizar en los temas de interés como las prácticas de autocuidado de alimentación y salud. También fue importante evitar hablar de “usted”, para generar un ambiente de mayor confianza. Por parte de los adultos se tuvo una baja participación con respecto a los otros grupos de edad. En estos casos, el reto fue coincidir con los horarios de trabajo de los participantes, a pesar de que se pusieron a disposición los fines de semana.

Por último, también se obtuvo una baja participación por parte del grupo de adultos mayores con respecto al grupo de jóvenes, donde el desafío consistió en la tendencia de extenderse y desviarse del tema de interés lo que prolongó el tiempo de la aplicación de los instrumentos. Se consideró utilizar un buen volumen de voz, hablar de manera clara y pausada, además de repetir las preguntas las veces que fuera necesario para que el participante pudiera tener clara la pregunta y responder cómodamente. Con todos los participantes fue fundamental tener un trato respetuoso.

5.13. Logística de Trabajo de Campo

Con base en la interacción que se presentó con los cuatro participantes en la prueba piloto, se estableció la siguiente logística al momento de salir a campo. Las mediciones antropométricas de peso, talla, circunferencia de cintura y circunferencia de cadera, así como el cuestionario de NSE y entrevista semiestructurada, se realizaron en una sola ocasión, dividido en dos días. Un día para las mediciones antropométricas que tomó de 10 a 15 minutos y otro día para el cuestionario de nivel socioeconómico y entrevista que requirió un aproximado de dos horas. Solo en caso de que los voluntarios lo solicitaran, el levantamiento de los datos fue mayor a dos días.

En la prueba piloto se promedió una duración de dos horas para la aplicación de la entrevista semiestructurada, el cuestionario AMAI y las mediciones antropométricas para los tres grupos de edad, lo que consideramos fue un inconveniente al momento de invitar a voluntarios porque se comentó que no disponían de tanto tiempo. Sin embargo, durante la entrevista, el tiempo requerido no fue importante, porque permitieron una conversación extensa y fluida, donde compartieron sus experiencias y se reflexionó sobre algunos temas que no se habían cuestionado y que fueron desarrollando a lo largo de la entrevista.

5.14. Retos para el Reclutamiento de Voluntarios

Durante el desarrollo del presente trabajo, nos encontramos con diferentes dificultades y retos para encontrar voluntarios que cumplieran con los criterios de inclusión. El más difícil fue el de la triada familiar (abuelo, papá e hijo) y que las tres personas estuviera dispuestas a participar. También requirió de un esfuerzo extra contar con una diversidad en la población que participaría desde los lugares de residencia, nivel socioeconómico, y oficios, para lograr en la medida de lo posible la saturación de la información o bien enriquecer los hallazgos y resultados.

Por lo anterior, nos dimos a la tarea de buscar participantes casa por casa en las siguientes colonias de Hermosillo: Lomas de Madrid, Eusebio Kino, Laura Alicia Frías y El Mariachi, las primeras tres iniciaron su asentamiento de manera ilegal, con esta condición nos permitiría asegurar tener

entre nuestros voluntarios participantes de niveles socioeconómicos bajos, sin embargo, no se pudo reclutar ninguna triada. Las limitantes que encontramos fueron que no había triadas completas porque en la mayoría de los casos, alguno de los tres miembros de la triada ya había fallecido, en otros casos uno o más de los miembros trabajaba fuera de la ciudad, o tenían trabajos con horarios muy extendidos y no disponían de un espacio para completar la entrevista.

Además, nos encontramos también con familias que cumplían con las tres generaciones en los grupos de edad específicos, pero no había una buena relación entre ellos, quedando las familias fraccionadas. De manera particular en la colonia Eusebio Kino se buscaron personas clave con gran conocimiento sobre sus residentes, pero esta estrategia tampoco funcionó ya que la generación de menor edad en este asentamiento eran niños pequeños.

Para el levantamiento de la información se tuvieron las mismas dificultades al intentar concretar las citas de aplicación de entrevista. Muchas veces nos cancelaron o cambiaron el día u horario de último momento, lo que afectó en el cronograma que establecimos al inicio del diseño del proyecto.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. Descripción de Participantes y Nivel Socioeconómico

En el Cuadro 4 se muestra el listado de los participantes con las características claves de identificación para cada grupo de análisis (triadas familiares y generaciones por edad), los cuales fueron nombrados con un pseudónimo para proteger la confidencialidad. Este nombre clave es el que se muestra junto con el último grado de estudio, oficio y nivel socioeconómico (NSE). El NSE reportado fue el que obtuvieron de acuerdo con el puntaje que arrojaron en la encuesta AMAI.

Cuadro 4. Seudónimos y características para la clasificación de participantes en el estudio.

Generación	Triada	Seudónimo	Último grado de estudio	Oficio	Nivel Socioeconómico*
AM	A	Alfredo	Licenciatura leyes	Empleado federal	Clase media
AD	A	Adolfo	ingeniería	Empleado a nivel gerencial	Clase alta
AJ	A	Aldo	preparatoria	Técnico de aparatos electrónicos	Clase alta
AM	B	Braulio	2do secundaria	Contador	Clase media alta
AD	B	Bruno	Doctorado	Empleado académico	Clase alta
AJ	B	Brandon	Preparatoria	Estudiante licenciatura	Clase alta
AM	C	Cristóbal	5to primaria	soldador	Clase media alta
AD	C	Cristofer	5to semestre preparatoria	Emprendedor micro empresa	Clase media alta
AJ	C	César	Secundaria	Empleado informal	Clase media baja
AM	D	David	3ero primaria	Albañil	Clase pobre
AD	D	Dante	Secundaria	Albañil	Clase baja
AJ	D	Darío	Secundaria	Empleado maquilador	Clase baja
AM	E	Esteban	Maestría	Empresario	Clase alta
AD	E	Eduardo	2 Licenciaturas	Empleado administrativo	Clase alta

AJ	E	Elías	Ingeniería	Estudiante licenciatura	Clase alta
AJ	E	Emilio	Preparatoria	Estudiante licenciatura	Clase alta

AM=Adulto Mayor, AD=Adulto, AJ=Adulto Joven. *Según el puntaje obtenido en la encuesta AMAI

Se logró contar con participantes en niveles socioeconómicos que fluctuaron desde el alto al bajo, nivel de educación desde primaria trunca a doctorado, y oficios formales hasta informales. Además, en las tríadas que participaron, los jóvenes aún vivían con sus padres, por ello, éstos se clasificaron con el mismo nivel socioeconómico. Por otro lado, el cuestionario que utilizamos como base para la medición del nivel socioeconómico es una herramienta establecida y ampliamente utilizada en investigación de diferentes áreas, sin embargo, al aplicarla en nuestros voluntarios, en algunos casos y con base a lo observado en sus hogares, algunos participantes fueron clasificados con un nivel socioeconómico superior o inferior, diferente al arrojado por el cuestionario AMAI. Por esta razón, es importante, analizar otros aspectos del contexto de los participantes para posicionarlos en la realidad. Por lo anterior, para estudios posteriores además del cuestionario AMAI, serán establecidas características socioeconómicas más puntuales como rangos de ingresos económicos o egresos en ciertos rubros como alimentos y servicios, desde los criterios de inclusión.

6.2. Resultados del Estudio Antropométrico

Es importante mencionar que la finalidad de las mediciones antropométricas que realizamos fue con el objetivo de tener una referencia para evaluar la percepción física y explorar una posible relación con sus prácticas de autocuidado de salud y alimentación.

Se obtuvo el peso, la talla, la circunferencia de cintura y la circunferencia de cadera, con estos datos evaluamos el Índice Cintura-Cadera (ICC) y el Índice de Masa Corporal (IMC) de los 16 participantes (Cuadro 5). El IMC también fue utilizado para tener la percepción física de cada voluntario (Stunkard, 1983) (Cuadro 6).

Cuadro 5. Información antropométrica de los 16 participantes en este estudio

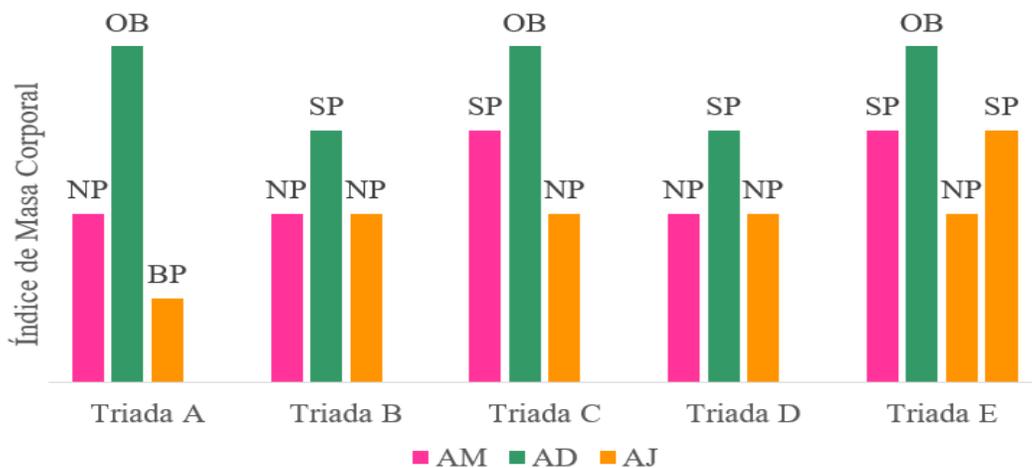
Seudónimo	Peso kg	Talla cm	Circunferencia cintura cm	Circunferencia cadera cm	ICC	IMC
Alfredo	61.75	166.5	84	95	0.88	22.14 NP
Adolfo	102.6	175.4	115.5	116.5	0.99*	33.50 OB
Aldo	51.06	177.6	67.5	87	0.77	16.12 BP
Braulio	65.9	165.5	97.5	99	0.98*	23.91 NP
Bruno	79.9	174	100	103	0.97*	26.39 SP
Brandon	67.71	179	77.5	97	0.80	21.13 NP
Cristóbal	69.8	155.5	114	96.5	1.18**	29.05 SP
Cristofer	94.10	175.2	104.5	114	0.91	30.73 OB
César	68.8	174.8	78.5	100	0.78	22.47 NP
David	69.87	172	101	96	1.05**	23.62 NP
Dante	83.03	170.6	103	104	0.99*	28.40 SP
Darío	67.32	171	80	102	0.78	23.02 NP
Esteban	78.05	167.5	104	105	0.99*	27.66 SP
Eduardo	101	178	113.5	115	0.98*	31.88 OB
Elías	72.6	184.6	82	102	0.80	21.21 NP
Emilio	107.27	192	97	115.5	0.84	29.10 SP

*= Riesgo cardiovascular moderado, **= Riesgo cardiovascular severo. NP= Normopeso, BP= Bajo peso, SP= Sobrepeso, OB= Obesidad.

De forma general podemos decir que, de los 16 voluntarios, siete presentaron normopeso según el índice de masa corporal (IMC), cinco sobrepeso, tres obesidad, y uno bajo peso. Por lo que podemos decir que más de la mitad se encuentran en un estado de malnutrición según este indicador. Aunque es importante mencionar que el IMC no es la mejor herramienta para evaluar el

estado de nutrición de una persona, ya que fue diseñado con una población de características muy específicas y no universales, decidimos utilizarlo porque es el principal indicador para la evaluación de la percepción física. También los clasificamos según el índice cintura cadera (ICC) como sigue: seis hombres tenían riesgo cardiovascular moderado, y dos con riesgo cardiovascular severo, uno de los participantes que presentó riesgo moderado y otro que presentó riesgo severo tenían normopeso según su IMC. El tener un IMC dentro del rango de normopeso, según el peso y la talla no asegura un buen estado de salud, ya que el ICC utiliza las medidas de cintura y cadera donde se almacena el tejido adiposo, cuya relación determina el riesgo cardiovascular.

Cuando agrupamos los resultados del IMC por tríadas (Figura 2), llamó nuestra atención que entre los miembros de una misma tríada familiar se tuvo diversidad, ya que cada miembro mostró un IMC diferente, a pesar de que compartían similitudes en sus prácticas de alimentación porque las recetas y costumbres a la hora de comer son replicadas por generaciones familiares. Creemos que estas variaciones se presentaron por las diferencias de hábitos entre los tres grupos de edad y la distinta situación metabólica por la etapa natural biológica en la que se encuentra cada generación (Aquino Hernandez, 2020; López-Teros *et al.*, 2023; Martín-Aragón y Pasero, 2008; Pontzer *et al.*, 2021).



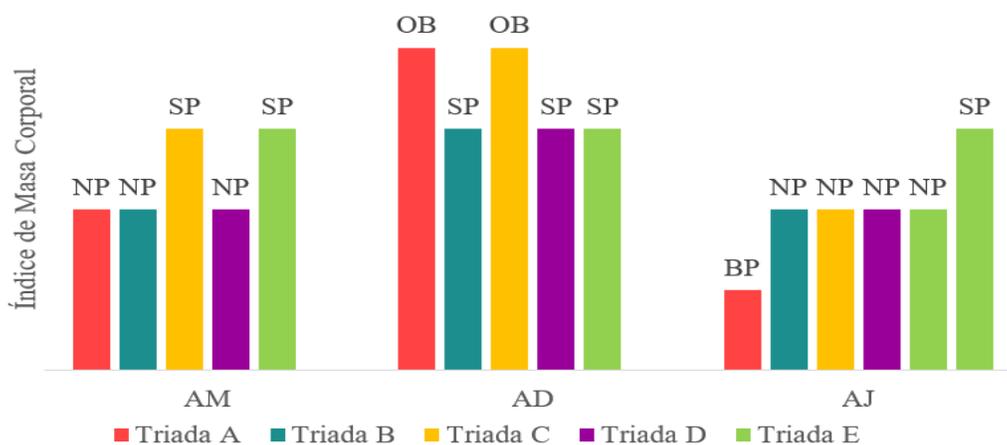
NP= Normopeso, BP= Bajo peso, SP= Sobrepeso, OB= Obesidad. AM=Adulto Mayor, AD=Adulto, AJ=Adulto Joven.

Figura 2. Comparación de resultados del IMC por tríadas familiares.

Al hacer comparaciones de los resultados del IMC por generaciones (Figura 3), encontramos que

tres de los cinco adultos mayores se encontraron en normopeso y dos en sobrepeso, en este caso coincidió en que los voluntarios con sobrepeso fueron quienes tenían rutinas más sedentarias, refiriéndonos a actividad física, ya que ambos continuaban trabajando. En cambio, el grupo de adultos fue el único que alcanzó el grado de obesidad en dos de los cinco participantes y los tres restantes presentaron sobrepeso, lo que parece contradictorio con los discursos que dieron sobre sus prácticas de alimentación ya que refirieron comer más verduras y mostraban mayor interés por comer sano respecto a los otros grupos de edad, pero al conversar sobre temas relacionados con su actividad física, esta generación resultó ser la más sedentaria. Por último, cuatro de los seis jóvenes se encontraban en normopeso, uno en bajo peso y uno en sobrepeso. Lo que también pudiera ser confuso respecto a las prácticas de alimentación, ya que fue el grupo de edad que mencionó comer más seguido fuera de casa, además de consumir frecuentemente productos ultra procesados.

En estos resultados, es importante considerar los aspectos biológicos de cada generación, que nos dicen que los jóvenes suelen tener un metabolismo acelerado por ser más activos y un gasto calórico mayor comparado con los otros grupos de edad. En cambio, con la adultez el metabolismo empieza a hacerse más lento por lo que es necesario modificar la alimentación consumiendo más fibra para evitar problemas digestivos. Por último, los adultos mayores viven muchos cambios fisiológicos entre los que se encuentran la disminución del apetito que como consecuencia lleva a una pérdida de peso y un riesgo de desnutrición (Aquino Hernandez, 2020; López-Teros *et al.*, 2023; Martín-Aragón y Pasero, 2008; Pontzer *et al.*, 2021). Podemos decir que estos procesos coinciden con los resultados expuestos en la Figura 3, donde los grupos de jóvenes y adultos mayores tuvieron resultados de IMC menores que el grupo de adultos. Estas prácticas en su alimentación y actividad física serán descritas con mayor detalle más adelante.



NP= Normopeso, BP= Bajo peso, SP= Sobrepeso, OB= Obesidad. AM=Adulto Mayor, AD=Adulto, AJ=Adulto Joven.

Figura 3. Comparación de resultados del IMC por generaciones

6.3. Resultados de la Evaluación de Percepción Física

La percepción es el resultado de cómo se selecciona, organiza e interpreta la realidad (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Para poder evaluar qué tan certera es la manera en la que los voluntarios se visualizan, se tomaron medidas antropométricas para determinar su estado físico real, el cuál es el término utilizado para tener un punto de comparación respecto a la silueta que eligieron y los representaba (Cuadro 6).

Cuadro 6. Percepción física comparada con estado físico real

Seudónimo	PFEA según imagen	PFEA según IMC	IMC real	Estado de percepción física	Deseo según imagen	Objetivo deseado
Alfredo	4	22.5	22.14 NP	A	4	Mantenerse
Adolfo	7	30	33.50 OB	IV	5	Bajar
Aldo	2	17.5	16.12 BP	SV	2 o 3	Mantenerse
Braulio	4	22.5	23.91 NP	IV	4	Mantenerse
Bruno	5	24.9	26.39 SP	IV	4	Bajar
Brandon	Entre 3 y 4	20-22.5	21.13 NP	A	5	Subir
Cristóbal	5	24.9	29.05 SP	IV	Entre 1 y 2	Bajar

Cristofer	7	30	30.73 OB	A	4	Bajar
César	1	15	22.47 NP	IV	5	Subir
David	7	30	23.62 NP	SV	7	Mantenerse
Dante	6	27.5	28.40 SP	A	5	Bajar
Darío	6	27.5	23.02 NP	SV	6 o 5	Mantenerse
Esteban	6	27.5	27.66 SP	A	6	Mantenerse
Eduardo	5	24.9	31.88 OB	IV	4	Bajar
Elías	2	17.5	21.21 NP	IV	4	Subir
Emilio	Entre 5 y 6	24.9-27.5	29.10 SP	IV	Entre 4 y 5	Bajar

PFEA= Percepción Física Estado Actual, NP= Normopeso, BP= Bajo peso, SP= Sobrepeso, OB= Obesidad, A= Adecuado, IV= Infravalorado, SV= Sobrevalorado.

La mitad de los participantes infravaloraron su estado físico, respecto al IMC, eligiendo una imagen de rango menor a su IMC real, cinco de los participantes tuvieron una percepción adecuada de su imagen corporal y tres sobrevaloraron su estado físico.

Además, también se les pidió que eligieran la silueta que se pareciera más a cómo deseaban verse, con la opción de poder seleccionar la misma que eligieron en su respuesta anterior, estos resultados también se muestran en la penúltima columna del Cuadro 6. Tomando en cuenta estas respuestas encontramos que siete de los participantes desean bajar de peso, seis desean mantenerse y sólo tres desean subir de peso. Por otro lado, algunos de los participantes que infravaloraron su peso, mencionaron como objetivo disminuirlo, esto puede reflejar que, aunque identifican que presentan un exceso de peso o que refirieron notar que aumentó, mostraron sorpresa al ver la cantidad de kilos aumentados era mayor a la esperada. Cabe mencionar que cuatro de los cinco voluntarios del grupo de adultos mayores refirieron que desean mantenerse en su peso, además, los tres participantes que desean subir de peso pertenecen al grupo más joven y mencionaron que tienen como objetivo aumentar en musculatura, aunque de los tres sólo uno realiza entrenamiento físico. Este deseo por querer aumentar su masa muscular está asociado también a las características de la masculinidad que quieren representar, en algunos de los discursos vimos que el aspecto físico, en especial cuerpos atléticos y estaturas por encima del promedio lo asocian al “hombre de verdad” o a elementos de poder. Se observó que el cumplimiento del estereotipo estético también está presente en los participantes. En especial vimos un interés importante en ser más altos y lo llegaron a relacionar como un atractivo para las mujeres. Estas posturas se reflejan en los siguientes ejemplos:

“Es masculino porque se ejercita, es deportista, tiene un físico pues de que es hombre”

Brandon, 23

“Quisiera ser más alto, pero ya que, quisiera haber sido de joven más alto porque a las mujeres les suelen gustar los hombres altos... tengo ese complejo, algunas personas me dicen “Cristobalito” por lo bajo de estatura y me molesta, pero ya me aguanto, hasta yo me río”

Cristóbal, 62

Esta situación también se vio reflejada al momento de tomar las mediciones antropométricas de talla, ya que se repitió un comentario entre varios de los participantes que estaban en desacuerdo con la medida que marcaba el estadiómetro y aseguraban que ellos medían más, las variaciones que mencionaban rondaban entre los dos y cuatro centímetros. En estos casos se repitió la medición, pero comprobamos que seguía marcando la medida inicial, también se comprobó la veracidad del estadiómetro al medirse la persona que realizó las mediciones y coincidió con su estatura real. Cabe mencionar que, aunque la medida de la estatura causó desconcierto entre los participantes, de manera opuesta, las mediciones de cintura y cadera no resultaron ser de interés, a pesar de que se les comentó que la finalidad de estas medidas era obtener el índice cintura-cadera que nos indicaría la existencia de riesgo cardiovascular.

6.4. Resultados de la Entrevista Semiestructurada

Los discursos tienen muchas similitudes entre sí, pero también sus diferencias, lo que muestra las diversidades en las prácticas de autocuidado en salud y alimentación, además de la construcción de las masculinidades, independientemente de compartir un género, sexo, rango de edad e incluso pertenecer a la misma línea familiar. Cada participante nos permitió conocer una perspectiva diferente de cómo ve su entorno y cómo este le ha llevado a conducir sus decisiones de estilo de vida. A continuación, presentamos los resultados obtenidos de estas entrevistas, organizados en los siguientes puntos de interés que fueron las prácticas de autocuidado en alimentación y salud, la construcción de la masculinidad y la percepción de riesgo, además de los vínculos que encontramos entre estos temas.

6.4.1. Prácticas de Autocuidado

El autocuidado es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, 2009) como todas las acciones informales, no profesionales, que hacen los individuos para la atención de su salud, que incluye la atención a su estilo de vida, nutrición, higiene, factores socioeconómicos y ambientales y la automedicación. Estos pueden cubrir objetivos desde la prevención, atención de cuidados a situaciones agudas o crónicas y rehabilitación. Se caracteriza por que la toma de decisiones viene desde el mismo individuo, amistades, colegas, familia o vecinos, aunque pudiera involucrar el apoyo de algún profesional de la salud (García-Fuster, 1996). En este apartado exponemos las diferentes prácticas de autocuidado encontradas en los discursos de nuestros participantes, iniciando con las relacionadas a su alimentación.

6.4.1.1. Alimentación. En todas las triadas participantes, al menos dos miembros vivían en el mismo domicilio. Por ello, identificamos hábitos de alimentación similares entre ellos, lo que puede deberse a recetas y costumbres compartidas entre la familia. No obstante, hablando de los grupos edad, encontramos notables diferencias en cada generación. Los jóvenes destacaron el consumo de alimentos ultra procesados a diferencia de los adultos mayores que comían con mayor frecuencia en casa, y los adultos se mostraron más interesados en agregar a sus dietas platillos e ingredientes que consideraban más adecuados para evitar problemas gastrointestinales. Nuestros resultados coinciden con Cárdenas-Quintana et al. (2019), Paredes et al. (2018) y Blázquez et al. (2016), los cuales describen de manera diferenciada los hábitos de alimentación de los jóvenes, adultos y adultos mayores respectivamente. A continuación, se observan dos ejemplos de cómo describen los voluntarios su alimentación. Uno del grupo de jóvenes y otro del grupo de adultos mayores:

“Desayuno dos sándwiches, un yogurth y una fruta, de colación un pan o unas galletas, comida ya es de la calle y varía mucho, hamburguesas, sushi, burros. Y ya la cena procuro que sea en la casa, pollo con verdura, pasta o en dado caso hot-dog” Aldo, 19

“A mí me gusta mucho blanquillos, blanquillos como me los den, que con chile verde, que con cebolla y tomate, cocido, bueno como sea me gusta mucho... con tortillas de harina, en el desayuno son de harina y leche y un platanito. De comida lo que haga la señora (esposa),

que albóndigas, que sopa seca, que caldo, bueno lo que sea. En la cena yo prefiero el frijol guisado y mis dos tortillas de harina” David, 76

Hablando de prácticas de autocuidado en alimentación encontramos algunas similitudes entre los participantes más jóvenes, por ejemplo, el de no tener horarios para dormir o para las comidas, se desvelan, ya sea por recreación o trabajo, se despiertan tarde y omiten el desayuno. Mencionaron que saben que esas prácticas pueden tener consecuencias, pero lo siguen haciendo por comodidad o costumbre. También en este grupo se presentó una frecuencia elevada de consumo de alimentos ultra procesados como galletas, pan dulce y papas fritas en bolsa o comidas “de la calle” lo que coincide con lo expuesto por Hernández-Gallardo et al. (2021) y por Mori-Vara (2018). Hubo muy pocos con un gusto por las frutas siendo el grupo de alimentos que menos se mencionó por los voluntarios jóvenes. Además, encontramos un gusto por las bebidas con alto contenido de azúcar destacando el refresco, los jugos y el té helado.

“A veces desayuno, a veces no... Me cuesta mucho cambiar rutinas y porque mi mamá prepara la comida y a veces no prepara el desayuno, yo me lo tengo que preparar, que no es problema, pero usualmente no me da tiempo” Emilio, 20

“Bebidas acostumbro la soda, la coca-cola, me gusta mucho el jugo de manzana de Jumex y el té helado” Cristófer, 25

“Comía muchas papitas, cuatro o cinco días de la semana era, (ir) por una bolsita al abarrote y ya me la tragaba. Ya no es algo que hago tanto, bueno no lo hago porque está bien caro y ya no me da tanto antojo, de vez en cuando, una vez al mes” Brandon, 23

Los jóvenes refirieron consumir frecuentemente la pizza, las hamburguesas, el sushi y los hotdogs en reuniones sociales con amigos. En cambio, no decidían sobre las comidas en casa, y en la mayoría de los casos mencionaron que era la mamá la encargada de elegir y preparar el menú para toda la familia, lo que coincide con lo presentado por diversos autores que mencionan a las mujeres como las responsables, en carácter obligado, del cuidado de la familia, incluyendo la preparación de los alimentos, justificado por estereotipos sociales relacionados al género (Crespo y López, 2008; Mardones-Fonseca, 2020; Ruiz-Jiménez y Nicolás-Moya, 2018; Villarías-Mier et al., 2007). No se observó interés ni involucramiento en preparar sus alimentos, y algunos jóvenes refirieron tener experiencia en la cocina por haber trabajado en restaurantes, y en ocasiones sí preparaban las recetas que aprendieron en esas experiencias laborales, pero sólo en ocasiones específicas como reuniones familiares o con amistades. En un estudio elaborado por Sánchez y colaboradores en

2019 se describen los comentarios de estudiantes voluntarios que refieren no poder comer saludable siendo foráneos porque no tienen el apoyo de sus mamás para preparar alimentos sanos (Sánchez *et al.*, 2019). En nuestro estudio, todos los jóvenes que participaron vivían con sus familias, donde las mamás o abuelas brindaban caldo de pollo con verduras y ensaladas. No obstante, este grupo, continúa eligiendo alimentos ultra procesados como galletas, papas doradas y otras botanas de forma constante. De manera particular, la presencia o ausencia de las mamás no determinó la decisión sobre la alimentación de los jóvenes, particularmente, cuando comen fuera del núcleo familiar. En el escenario contrario, como comer en casa y en concordancia con los discursos, sí se presentaron casos en los que la mamá tomaba decisiones de la alimentación para toda la familia

“Tomábamos mucha soda (la familia) ... en prepa (ubicándose en el espacio de tiempo cuando él estudiaba el nivel preparatoria) fue cuando mi mamá dijo “no, ya no quiero que nadie tome soda” y bien por ella, y bien por nosotros... yo estaba un poco frustrado por eso, porque yo quería seguir tomando soda” Brandon, 23

Entre los hombres adultos del rango de edad medio, identificamos que se esforzaban más, respecto a los otros grupos de edad, para mejorar o restablecer su salud por medio de la alimentación, evitando alimentos que, dentro de sus conocimientos, sabían que les hacen daño o les causaban algún malestar. Este grupo reportó una dieta más adecuada para su rango de edad, se interesaban en agregar verduras en su alimentación e identificaron con mayor atención algunas intolerancias o alergias alimentarias, incluso llevaban recomendaciones específicas dadas por médicos, y en algunos casos de condiciones de salud relacionados a la dieta, se interesaban por probar productos que escuchaban podrían ser benéficos para su salud.

“Mientras me digan que es nutritivo, que una persona se lo comió y no se murió, yo me lo como” Adolfo, 49

Estos resultados podrían parecer contradictorios a lo mostrado en la gráfica de la Figura 3. donde se observó un IMC más alto para el grupo de esta edad, ubicándolos en rangos de sobrepeso y obesidad. Pudimos identificar en los discursos estas modificaciones y el notorio interés por mejorar su alimentación a partir de alguna situación de salud relacionada a la alimentación, como problemas digestivos y metabólicos. Es decir, la decisión se tomó hasta que enfrentaron problemas físicos, cómo síntomas gastrointestinales incómodos.

Las mujeres, en este caso las esposas, se vieron muy involucradas en la decisión y preparación de las comidas, pero también se presentaron casos de hombres que participaban en la preparación de

alimentos, ya sea por gusto o interés por la cocina, o por la necesidad de llevar a cabo ese rol por la organización familiar donde, donde el participante y su pareja trabajan. Los adultos de este rango de edad coincidieron con los adultos mayores con relación a sus comidas preferidas entre las que destacan la carne asada, los mariscos, los frijoles y las tortillas de harina. Estos alimentos son representativos de la región del noroeste de México

En los adultos mayores encontramos que tienen más información sobre alimentación y nutrición, relacionado a la dieta terapia que requieren para atender condiciones crónicas como diabetes e hipertensión, sin embargo, a pesar de esto, al momento de decidir qué comer, eligen sus gustos, preferencias y antojos. Nuevamente, se reflejó en su totalidad la responsabilidad de la selección y preparación de sus alimentos por las mujeres, ya sean sus esposas o hijas, aunque también se encontraron participantes que se involucraron en la cocina, ya sea por gusto o por necesidad. Podemos destacar que este grupo fue el que refirió menos comidas fuera de casa, sin embargo, cuando lo hacen se mencionó el pollo asado, la comida china y la regional de México y Sonora como la carne con chile y las chalupas (tortilla de harina frita rellena de carne deshebrada de res y papa).

Cabe señalar que como tríadas pudimos identificar una alimentación variada, con suficientes verduras, cereales y proteínas. En esta situación se vio involucrada la responsabilidad de la mamá, la hija o la esposa, y no tanto en la decisión de los hombres, y en el caso de los hombres que se involucraban en la cocina, mencionaron no tener idea previa de qué hacer, lo cual resolvían con los ingredientes disponibles en el refrigerador. Contaban con el apoyo de las mujeres para cubrir las necesidades de alimentación con recetas caseras como caldo de res o pollo, una de las comidas más convenientes e identificadas en la entrevista dietaria como una carga o responsabilidad implícita en el género femenino (Ruiz-Jiménez y Nicolás-Moya, 2018; Villarías-Mier *et al.*, 2007).

Como se ya se ha mencionado, algunos de los participantes mostraron algún interés en la preparación de alimentos o bien en su auto cuidado, y agregaban a su dieta alimentos o recetas que les parecían convenientes como un jugo verde, el cual describieron de la siguiente manera:

“Ahí te va, de verduras lleva apio, espinaca, kelp, zanahoria, nopales y le revuelvo fruta como manzana y plátano, de semillas le hecho linaza, chía y a veces avena cruda, todos los días me traigo un licuado así...yo inventé la receta, se me hizo un brebaje completo, lo vi saludable y me gustó” Adolfo, 49

Algunas recomendaciones médicas y de dietas asociadas a problemas de salud propios o de los

miembros de la familia tales como dislipidemias, gastritis, colitis, también jugaron un papel importante al momento de elegir los alimentos. En otros casos restringen alimentos que consideran perjudiciales para la salud como los cereales endulzados (por ejemplo, zucaritas), o evitan el consumo excesivo de las carnes rojas. Como lo comentaron los siguientes voluntarios:

“Todos llevamos la misma dieta (la familia) generalmente ya no comemos carne, la carne y el azúcar, todo lo que es azúcar, carbohidratos no entra en la dieta... el kellog’s y ese tipo de cosas están completamente prohibidos” Bruno, 61

“Básicamente la dieta de nosotros (la familia) no comemos res, dejamos de comer res hace como cuatro años y consumimos pescado, pollo y puerco, porque a mí en lo particular se me hace muy pesada, nunca me dio problemas ni nada, pero un día dije “ay ya no quiero comer res” y mi esposa “a pues yo tampoco” y ya nos habituamos” Eduardo, 53

Continuando con el consumo de carbohidratos, la restricción de su ingesta en algunos casos fue más allá, ya que refirieron evitar alimentos que consideraron altos en ellos, sin embargo, , mencionaron el consumo de bebidas endulzadas con azúcar refinada y cereales tales como avena, pastas, arroz, justificando sus preferencias y gustos por ciertos alimentos, y mostrando desconocimiento o desinformación con respecto a los grupos de alimentos y/o composición nutrimental de los mismos. Cabe señalar que la alimentación no es solamente un tema biológico, y para que esta se lleve a cabo, participan aspectos como la cultura, la globalización, las condiciones ambientales, los simbolismos, significados y emociones. Para entender la complejidad de esta práctica es necesario estudiarla desde la antropología de la alimentación (Bertran-Vila, 2010; Carrasco-Henríquez, 2007; De Garine y De Garine, 1998; López-García *et al.*, 2016). Un ejemplo del efecto de la cultura sobre los hábitos de alimentación en Hermosillo son los productos regionales emblemáticos como las coyotas (galleta horneada en horno de piedra rellena de piloncillo y otros dulces) y las tortillas de harina en diversas presentaciones de grosor y diámetro. Vimos también algunas actitudes en las que ven un producto como menos dañino que otro, aunque ambos se encuentren en la misma categoría, tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

“La soda es muy buena de sabor, pero mala para la salud, muchas veces lo que decido tomar es soda de naranja que no sea coca, que igual el dulce yo creo que vienen endulzados igual, pero según yo le quitan un poco de azúcar a la de sabor que a la de coca” Cristóbal, 62

Dentro de las triadas se presentaron variaciones en los hábitos de alimentación de los participantes por las veces que comían fuera de casa, que en el caso de los jóvenes fue más frecuente. Además,

aunque consideraron adecuados los platillos que se les preparaba, en algunos voluntarios se identificó un excesivo consumo de tortillas de harina o el comer más de una porción de los alimentos. También acompañaban sus comidas con bebidas azucaradas como refrescos, aguas frescas, jugos o té helado comercial, incluso aquellos con diagnóstico de diabetes, o niveles elevados de colesterol y triglicéridos.

“Mis alimentos favoritos son la carne asada, chicharrones, tortilla buena de harina... la tortilla de maíz no me gusta. Mi bebida favorita es la coca-cola pero la tomo light” Braulio, 92

“Para mí no hay mejor cosa que la carne con chile, la carne de puerco, con chile y la sopa de arroz seca y algo no muy agradable para mucha gente, pero pues se la come uno, las tortillas de harina, las grandes, esa comida me gusta comérmela a mí sin cubiertos, me gusta agarrar la tortilla de harina y chuparme los dedos” Alfredo, 77

“En la cena antes me comía hasta cuatro o seis tortillas de harina, pero me dijeron (el doctor) que le bajara a dos porque salí alto en las grasas” Dante, 45 (De acuerdo a lo comentado durante la entrevista bajó su consumo de tortillas de harina diarias de once o trece a nueve).

“Muchas veces desayuno y al rato me dan ganas de un panecito o unas galletitas con un juguito, agarro rachitas de estos postres, más que nada en la noche, después de la cena es cuando me dan ganas, ahorita le he bajado porque se me suben los triglicéridos a mí y ando con malestares de esos que es un dolor que me da en la espalda y me avisa de los triglicéridos esos, pero ya después de la cena terminando lleno, al rato me dan ganas de un panecito, un pedazo de pan dulce con un vasito de leche, si no es pan de dulce se me antojan unas galletitas y voy y me compro un paquete de galletas y me aviento mis galletitas y un café con leche también, ahora en tiempo de frío es lo que me da por comer” Cristóbal, 62

Como vimos en el ejemplo anterior, el clima frío, influye en la elección de ciertos alimentos, igualmente, cuando hace frío no consumen tanta agua como cuando hace calor. En las tres generaciones, se pudo detectar que, si bien no participan en la decisión de los alimentos que se prepararán, también se identificó que cuando llega la hora de comer, refirieron aumentar el consumo calórico en grasas y azúcares a un punto que no es sano ni recomendable, una conducta de riesgo que puede ser perjudicial para la salud, incluso para quienes presentaron un IMC de normopeso.

“Yo creo que los mexicanos somos medio dejados y no sé cómo decirlo, adictos a la comida, por eso hay tanto gordo aquí en México” Cristóbal, 62

En este caso se criticó a la alimentación y cultura del país (México). Las prácticas de alimentación de los participantes son identificadas y descalificadas por ellos mismos, y describen sus hábitos como malos o perjudiciales. Esto porque entienden qué es malo, aunque está normalizado, y primero es el placer por lo que comen y después las posibles repercusiones. Esto lo contestan desde el deber ser, basado en el conocimiento que han adquirido a lo largo de su vida sobre lo que es adecuado. Las definiciones que han construido sobre lo que significa saludable, no sólo proviene de la recomendación médica o del sector salud o nutrición. Es una conclusión más compleja en sus entornos, desde el contexto en el que se desarrolla su núcleo familiar, hasta el auge que han tenido algunas dietas de moda en las diferentes redes sociales, además de las modificaciones en los planes académicos que han instruido a la infancia sobre el cuidado y respeto del cuerpo humano en la última década (SEP-SS, 2017; SEP, 2013).

6.4.1.2. Salud. Los participantes coincidieron en algunas características para describir a una persona sana, entre las que destacaron el aspecto físico, que sean delgados, con buena postura, que tengan una alimentación adecuada, que se mantengan activos, además de ser alegres. En cuestiones de prácticas de autocuidado de salud encontramos coincidencias entre los jóvenes, los cuales refirieron que no tienen el hábito de hacerse revisiones médicas generales, e incluso, cuando presentan síntomas, como dolor de cabeza, estómago, o muscular, escurrimiento nasal o malestar en general, no deciden consultarse.

“Voy al doctor a menos que me sienta muy muy mal. Por ejemplo, que me desmaye por tanta fiebre” Aldo, 19

En algunos casos se auto medican con los fármacos que encuentren en el botiquín familiar y en otros simplemente esperan a que los síntomas se quiten por si solos. Van al médico cuando ya han pasado varios días y no mejoran o ya no pueden continuar con su estilo de vida, y en otros casos acuden a consulta cuando lo consideran emergencia, por ejemplo, un dolor insoportable o incapacitante, lo cual coincide con lo reportado por Keijzer (2016) sobre la búsqueda de atención médica en los hombres como último recurso. Los motivos que mencionaron para no atenderse fueron falta de tiempo y/o dinero, o simplemente no consideraban necesario la consulta médica.

“Cuando he llegado a enfermarme me aguanto, y si no se quita para unos días, digamos tres a cinco días, ya llego con mis padres y les digo me siento así y así” Brandon, 23

“Normalmente llego a descansar, ya si ya de plano, ya voy al doctor, de que sigan los síntomas, que diga sigues igual unos tres o cuatro días” Darío, 23

“Me automedico... mi padre me enseñó para que sirve cada cual (medicinas)... yo solo me atiendo, simplemente me espero a que el cuerpo reaccione y ya cuando me siento muy mal ya me medico yo solo” Aldo, 19

“Usualmente me espero a ver si se me quita lo que sea que tenga, si no pues le digo a mi mamá a ver si se le ocurre qué puede ser, si no pues busco qué es lo que podría ser según mis síntomas en el internet, algo así, si es algo que genuinamente me causa dolor o algo que considero que es grave, pues obviamente a hacerme estudios o ir al doctor” Elías, 24

Por otra parte, en el grupo de los adultos, a pesar de ser quienes prestaron mayor atención a su alimentación, descuidaron la atención en su salud considerando que no acuden a consulta de manera regular o suelen utilizar métodos alternativos como herbolaria, recomendado y dosificado por ellos mismos, según conocimientos previos adquiridos por la abuela o la mamá. Estos métodos son utilizados para atender variados padecimientos como problemas digestivos, cuadros de resfriados o diferentes tipos de dolor. Al cuestionarles sobre su decisión de utilizar estas prácticas en vez de ir a una consulta médica, mencionaron que era así por costumbre ya que, al sentir alivio, por ejemplo, al tomar un té, ya no ven necesario acudir a consulta con un profesional de la salud.

“Normalmente cuando hay una enfermedad en casa mi primer recurso son las hierbas” Adolfo, 49

Entre los adultos mayores, en su mayoría, utilizan los beneficios de las instituciones de salud públicas como el IMSS o ISSSTE, y comentaron que acuden de manera regular a sus consultas para el seguimiento de sus condiciones crónicas, aunque también mencionaron que suelen automedicarse en algunos casos como gripas. Este grupo refirió necesitar apoyo de sus cuidadores para llevar un control de su medicación y para acudir al médico, sobre todo los de mayor edad. Aunque hubo quienes llevaban una vida independiente, cubriendo por sí mismos la responsabilidad de su autocuidado en salud.

“Que el resfriadito y eso ni te lo curas o te lo curas tomando cualquier cosa” Alfredo, 77

“Las gripas el tratamiento normal de simplemente esperar a que pase y ya, no lleva un cuidado especial... no recuerdo haber ido a consulta desde el problema de la próstata, pero

eso fue hace muchísimos años” Esteban, 81

Una práctica que se presentó en los tres grupos de edad fue la auto receta de multivitamínicos, con la intención de aumentar la energía o como atención a diferentes síntomas, por ejemplo, dolor muscular, dolor de cabeza, fatiga o inicio de escurrimiento nasal. Hubo voluntarios, en los tres grupos de edad, que podrían llevar este control por su cuenta, pero deciden no hacerlo, es decir, tienen la capacidad de moverse y realizar actividades solos, pero no suelen acudir a consultas, incluso cuando lo necesitan. Entre los motivos más frecuentes para no hacerlo fue no dejar de trabajar. Este último punto se puede explicar con el cuidado que la mayoría de los hombres tienen sobre su capacitismo, es decir, la demostración de su capacidad para no mostrar ninguna clase de vulnerabilidad por sobre todas las cosas, minorizando importancia a sus necesidades. A su vez, este cuidado de no mostrarse incapaces lo hacen para proteger su imagen de virilidad ante los demás. Estas actitudes han llevado a algunos voluntarios a padecer problemas de salud incluso con años de evolución.

“Empecé a tener niveles muy altos de ácido úrico hace como cuatro o cinco años, pero aún así no me cuidaba como lo hago ahora, porque llevaba un tratamiento con pastillas, pero no fue suficiente, y a raíz de la presencia de cálculos y cirugía en dos ocasiones, definitivamente decidí llevar la dieta hace tres años para evitar más problemas... como muchas verduras, lo que antes no comía ahora lo como, no me queda otra opción” Bruno, 61

No se identificaron hábitos de alimentación homogéneos entre los tres voluntarios de una misma familia. Sin embargo, en cuanto a las prácticas de autocuidado de salud, se observó la presencia de tratamientos o remedios caseros compartidos entre ellos, los cuales habían sido transmitidos a través de diferentes generaciones familiares. Algunos ejemplos de estos comentarios son:

“Cuando me siento mal mi papá me dice que medicina tomar y a veces me da un té o algo así” Aldo, 19.

“Desde hace muchos años siento un dolor en la boca del estómago, cuando estaba chiquito mi mamá nos sobaba y nos curaba del empacho y ese dolor me lo quitaba con té de epazote, a una hija mía también le ha dado el dolor ese y le doy el té y se le quita” Cristóbal, 62

Algo que destacó en el grupo de los jóvenes es la importancia que le dieron a la salud mental, desde su experiencia con alguna condición de salud mental o desde su punto de vista en la necesidad de motivar el diálogo de este tema, no así por los adultos mayores. Estos resultados son opuestos a lo reportado por De los Santos y Carmona-Valdés (2018) en su estudio realizado en México,

reportando que la salud mental es un tema más susceptible entre los adultos mayores como la pérdida de capacidades funcionales y autonomía, el estado civil como divorcio y viudez, la baja oportunidad de desarrollo profesional y de preparación académica, entre otros, que afectan a los adultos mayores para el desarrollo de depresión y otras situaciones de salud mental, mientras los jóvenes no están tan involucrados al respecto, ya que no enfrentan conflictos de este tipo.

6.4.1.2.1. Actividad física. En este estudio se encontró que los participantes que tenían rutinas de ejercicio más extenuantes eran tanto el grupo de los jóvenes como en el de los adultos mayores, pero también se presentaron participantes con hábitos de sedentarismo en los tres grupos de edad. Aunque los adultos, fueron los más sedentarios se pudo observar cómo estas prácticas se reflejaron en los resultados de las mediciones antropométricas, específicamente en la Figura 3 que mostró cómo la mayor parte de los voluntarios de los grupos de adultos mayores y jóvenes se mostraron en normopeso, a diferencia del grupo de adultos que resultaron en sobrepeso y obesidad.

Algo importante de mencionar es que todos los participantes se describieron a sí mismos como personas activas, incluso los que referían que no hacían ningún tipo de actividad física. Enmarcan su respuesta describiendo a una persona activa como alguien que tiene muchas actividades en el día, incluyendo la escuela y el trabajo, sin importar si su trabajo era sedentario.

“Sí me considero una persona activa, porque todo el día estoy ocupado en alguna cosa... realizo muy poca actividad física, camino, pero dejo de caminar cuando hace frío o hace calor, cuando tengo trabajo extra” Esteban, 81

Las rutinas de ejercicio que más se repitieron entre los participantes, sobre todo en jóvenes y adultos mayores, fueron rutinas en gimnasios y ejercicios funcionales, en menor frecuencia se mencionó la caminata y el ciclismo. Se les cuestionó a los voluntarios sobre su motivación para realizar ejercicio y comentaron que lo hacían como una forma de escape, para despejarse de otras responsabilidades y que les ayudaba a sentirse bien física, emocional y mentalmente. Algunos de los objetivos que buscaban con su actividad física fueron el mantener su capacidad física para moverse, desde agacharse para atarse los zapatos hasta bailar, además de la intención de aumentar visualmente su masa muscular, en especial en el área de los brazos, ya que consideran los brazos musculosos como un referente evidente de fortaleza.

De igual manera se les preguntó a los voluntarios con hábitos sedentarios los motivos por los cuales

no realizaban ejercicio y en su mayoría se encontró una deficiente administración de su tiempo manifestada como por falta de tiempo o interés, y por no tener una buena organización entre sus pendientes del día. Aunque este grupo mencionaba tener objetivos para su estado físico similares al grupo activo, es decir, tener buena condición física y aumentar su musculatura, estas metas no fueron una motivación para ajustar sus horarios y desarrollar alguna rutina, en algunos casos lo acompañaban de frases como “me gustaría” o “quisiera”.

6.4.1.2.2. Sueño. La mayoría de los participantes comentaron tener rutinas de sueño establecidas, aunque no las percibían como tal, pero tenían hábitos sobre la hora a la que se acostaban y lo que hacían los 15 minutos previos a dormirse. Suelen ver la televisión o ver el teléfono antes de dormir. Pero estas rutinas se vieron con mayor frecuencia en los grupos de adultos y de adultos mayores, a diferencia de los jóvenes que suelen tener horarios más dispersos, en los que varios días a la semana se van a dormir a altas horas de la noche e incluso ya en la madrugada, Podemos afirmar que los adultos y adultos mayores perciben más la importancia del descanso y el cumplimiento de las horas de sueño recomendadas, contrario a los jóvenes que dan más importancia a otras actividades como las recreativas, o establecen rutinas de trabajo o estudio en altas horas de la noche, sin considerar que estos hábitos pueden repercutir en su salud.

6.4.1.2.3. Higiene personal. Respecto al cuidado y atención de la higiene personal, en los tres grupos de edad, pudimos identificar que las campañas sobre el lavado de manos que se llevaron a cabo durante la pandemia sí tuvieron impacto en esta población, pues mencionaron reconocer los pasos a seguir para el correcto lavado de manos, aunque no siempre los realizaban.

Dentro de la higiene personal, la bucal fue uno de los aspectos explorados, encontrando cierto grado de descuido. La mayoría de los participantes sólo utilizaban pasta y cepillo. No utilizaban hilo dental ni enjuague bucal, tampoco cambiaban su cepillo de dientes cada tres meses como es recomendado, mencionaban hacer el cambio hasta que observaban que las cerdas ya se veían muy abiertas, pero no tenían noción del tiempo que transcurría. La visita al dentista no estuvo en la lista de sus prioridades. Algunos jóvenes mencionaron que acudían al dentista a realizarse limpiezas, pero porque eran llevados por su mamá y no por decisión propia. Tampoco se observó relación

entre la generación de edad con la cantidad o variedad de los productos de higiene personal que utilizaban. En los tres grupos de edad, se usaban básicamente los productos de limpieza indispensables como jabón y shampoo.

“rastrillo, jabón, shampoo, con eso soy feliz... no me interesan los perfumes” Bruno, 61

*“La última vez que fui al dentista fue para una limpieza, tenía mucho sarro, no fue decisión propia, fue por mi mamá, yo estaba bien chiquillo, no me acuerdo, fuimos yo y mis hermanos”
Elías, 24*

Se presentaron opiniones diversas al cuestionarles la posición en la que suelen orinar, la mayoría mencionaron hacerlo de pie y asocian como motivos de su hábito a la costumbre, comodidad y normalidad, sin distinción por grupos de edad. Por su parte, los voluntarios que suelen orinar sentados refirieron que lo consideraban más cómodo e higiénico, refiriéndose al cuidado de la limpieza del espacio. Cabe señalar que la mayoría de los participantes no relacionó esta práctica con el tipo de masculinidad, pero uno de los jóvenes, que comentó que orina de pie, consideró que la decisión de orinar sentado puede relacionarse con las preferencias sexuales o el tipo de masculinidad. Al cuestionarle sobre el tema respondió lo siguiente:

“Orino de pie porque ese es el estilo del hombre, creo que los hombres que orinan sentados piensan más como mujer” Christofer, 25

Este pensamiento pudiera explicarse con lo expuesto por Preciado (2009) quien remarca cómo a través de los siglos se han fomentado estereotipos de género en las distribuciones y diseños de los baños públicos. Donde el orinar de pie en un espacio público y abierto, a la vista de otros hombres, es parte de la cultura y la connotación social del deber ser no sólo del hombre en general, si no como distinción del hombre heterosexual.

6.4.1.3. Búsqueda de información. Las prácticas de autocuidado que encontramos en los participantes se basan en el conocimiento previo adquirido, mayormente por experiencias de vida o transmitidos de generación en generación.

Algo recurrente entre los voluntarios fue que, cuando necesitaban atender una situación de la cual no tenían conocimiento, no consideraban ese desconocimiento como suficiente motivo para acudir a una consulta profesional. Primero prefieren buscar en internet o preguntar a algún amigo/conocido/familiar. Sobre todo, para la atención de su alimentación.

“Para hacer una dieta me asesoraría pues con lo que leo” Esteban, 81 (En otro momento de la entrevista comentó su gusto por leer revistas de divulgación y libros con diferentes temáticas).

“La verdad es que no creo, te soy sincero, no creo que yo fuera a un nutriólogo, se me haría muy difícil, es cómo que digo “ay no ¿Pá qué?” me conozco, soy de los que van a entrar a internet, busco algo, más o menos investigo y de ahí la voy a hacer” Eduardo, 53

“Pues quería ir al nutriólogo, pero me voy a asesorar mientras en internet” Cristófer, 25

La mayoría de los participantes que mencionaron haber seguido un régimen de alimentación, negaron la necesidad de una consulta nutricional. En su lugar siguieron una dieta asignada a otro miembro de la familia, comúnmente una mujer o por decisión propia agregaron a su menú lo que ellos consideraron como alimentos saludables y/o restringieron alimentos que consideraron dañinos. Por ejemplo, en el siguiente comentario de un voluntario que en sus mediciones antropométricas arrojó un IMC con sobrepeso y en su evaluación de percepción física mencionó el deseo por bajar de peso:

“Me propongo a hacer una dieta, pero no la hago, por andar de un lado a otro, pero veo muchas veces en el face (Facebook) recetas, me da por comprar fruta y verdura, pero así no más lo hago...a veces compro fruta en el mercado y ahí se hace vieja, y lo hago con muchas ganas porque pues sabemos que es buena pa la digestión y eso, pero no me la como” Cristóbal, 62

De esta forma, nuestros voluntarios, en los tres grupos de edad y sin distinción en su estado físico o estado de salud, tienen parte del conocimiento de cómo comer de manera saludable de acuerdo con las especificaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, que reportan que una dieta sana es equilibrada, variada, suficiente, completa, inocua y adecuada. Estos conocimientos los han obtenido de diferentes fuentes como los medios de comunicación, como parte del contenido académico en el caso de los jóvenes, además de sus experiencias propias y de otros miembros de la familia en consultas médicas y nutricionales. Sin embargo, a pesar de que en algunos casos se tienen los recursos para comprar frutas y verduras, o tenerlos disponibles en sus hogares, no lo consumen, quizá porque implica trabajo de preparación, por ejemplo, el pelar ciertas frutas y verduras; actividades, asignadas a las personas que organizan y preparan los alimentos.

“Las frutas me gustan, pero me da pereza simplemente tener que lavar la fruta, entonces el plátano es mi fruta favorita” Brandon, 23

Se puede observar que un motivo por el cual los participantes no consumen y reportan bajo de frutas es por practicidad e inmediatez en la que los jóvenes actualmente viven. De esta manera se van construyendo nuevos hábitos de alimentación. El bajo registro de estos alimentos pudiera ser un factor que influya en aumentar el consumo de alimentos ultra procesados y de cadenas de comida rápida.

Las prácticas de algunos de nuestros voluntarios difieren a lo mencionado por Barragán-Rubio et al. (2018), sobre el rechazo de los hombres a acudir a una consulta de asesoría nutricional porque consideran que las dietas son restrictivas. En nuestros resultados, los mismos hombres limitan la variedad de su dieta pensando que es lo adecuado, sin requerir la consulta de un profesional. La negativa en ellos es porque no lo creen necesario, y consideran que es suficiente la información que pueden encontrar en internet o del conocimiento de experiencias previas en este tema. Esta información suele venir de recomendaciones familiares, o experiencias de enfermedades de miembros del hogar que han requerido dietoterapia y retoman las indicaciones que recuerdan del médico, sin importar que los objetivos y requerimientos sean distintos. El objetivo de estas adecuaciones en su dieta suele ser el bajar de peso, pero, aunque tengan resultados desfavorables insisten en que no es necesario acudir con un profesional, modificando simplemente sus intentos de búsqueda en internet o retomando su alimentación habitual al no ver los cambios esperados con su “régimen”, aun con poco tiempo de haber iniciado.

Continuando con la búsqueda de información sobre temas de autocuidado, encontramos resultados opuestos a los de López-de-Ayala et al. (2020) que mencionan que los hombres utilizan el internet para muchas cosas, menos con aquellas relacionadas con la atención de su salud. En cambio, en nuestros voluntarios de los tres grupos de edad, encontramos que esta es una práctica constante e incluso una herramienta que utilizan para reemplazar la consulta médica. Esta estrategia suele ser utilizada con la intención de mantener “todo bajo control” y no demostrar que necesitan atención médica, de esta manera evitan mostrar vulnerabilidad, y protegen su imagen varonil.

6.4.2. Construcción de la Masculinidad

La performatividad del estereotipo masculino no abarca únicamente el deber ser del hombre,

también incluye el deber no ser, que generalmente engloba las características estereotipadas como femeninas, un claro ejemplo es la demostración de sentimientos y emociones que son naturales en el ser humano como el miedo y la tristeza, e incluso la ternura, pero que por alguna razón son relacionadas a las mujeres y no con los hombres que quieren representarse como masculinos (Escobar *et al.*, 2018).

Considerando los tipos de masculinidad que expone el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), además de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y apoyando la descripción de cada uno de los tipos de masculinidad por diferentes autores como Schöngut-Grollmus (2012) decidimos considerar tres categorías para explorar en el desarrollo de la entrevista semiestructurada, como la masculinidad hegemónica, la masculinidad machista y las nuevas masculinidades, las cuales se explicaron a mayor detalle en nuestros antecedentes y se representan en la siguiente figura:

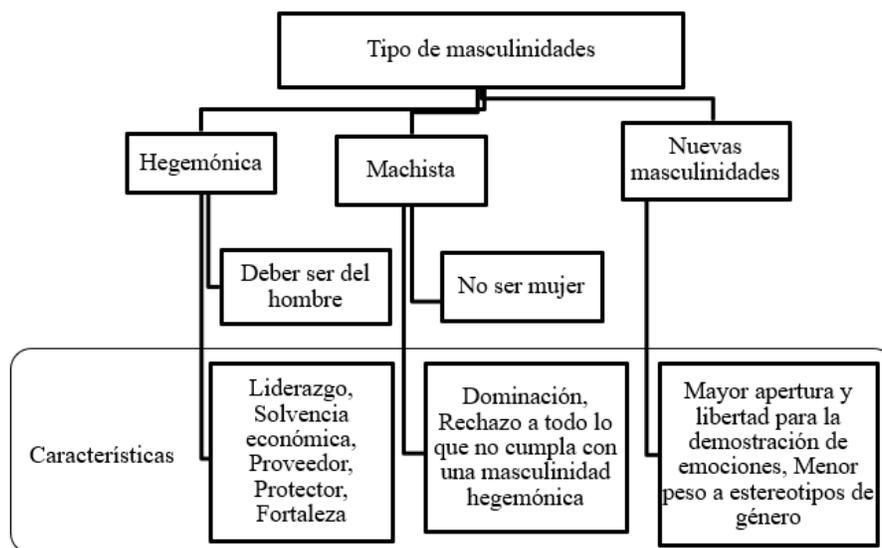


Figura 4. Diagrama de tipos de masculinidad, categorías evaluadas en este proyecto. (Elaboración propia)

Para identificar la construcción del tipo de masculinidad de los participantes tomamos en cuenta las respuestas de las preguntas clave referentes al género y la compatibilidad con las características específicas en cada caso, ya sea para una masculinidad machista, hegemónica o una nueva masculinidad. Por ejemplo:

“Planchar, lavar, hacer tortillas, hacer la comida, barrer, regar, alzar la casa, esas son cosas de mujer, que un hombre también puede hacer, las mujeres no cosas de hombres, no puedes levantar un costal de cemento, cosas así pesadas, la mujer no puede hacer esas cosas y un hombre sí puede hacer todo, aunque hay mujeres que sí se avientan” Braulio, 92
“planchar es de mujeres, un hombre sí lo puede hacer, pero es más de mujeres”, “soy explosivo, si la situación lo merece, puedo llegar hasta los golpes” Cristófer, 25.

Este tipo de respuestas nos dan idea de rasgos del tipo de masculinidad machista.

Para hacer estas clasificaciones tomamos en cuenta las características que representan cada masculinidad de acuerdo a Ramos-Olarte y de Keijzer-Benno (2018), Schöngut-Grollmus (2012), Núñez-López (2013) y Kaufman (1999) quienes han conceptualizado la estética de género, mencionan como características presentes en la masculinidad machista un rechazo a lo considerado femenino, una estructura rígida sobre los roles asignados para cada género, la demostración de hombría y/o autoridad por medio de la violencia que de manera clara pueden verse en el discurso anterior.

Algunos de nuestros voluntarios comentaron sus opiniones sobre lo que para ellos es el machismo y desde dónde viene esta enseñanza para los hombres según su experiencia. Por ejemplo:

“El machismo empieza desde la mujer, no creo que nazcan machistas los chamacos, pero ha sido un error ancestral el que la mujer no haya tomado la decisión de no fomentar esa parte en sus hijos” Adolfo, 49

En este ejemplo vemos el reflejo de una sociedad dirigida por el patriarcado, donde la responsabilidad de la crianza de los hijos cae sobre la mujer, y además se les responsabiliza del machismo presente en los hombres. Socialmente se tiene normalizado que la mujer sea la encargada de la educación y formación de los hijos, dándoles consignas de lo que deben ser y hacer según su género, estas consignas son tomadas desde lo que es dictado por la misma sociedad. Esta ideología exime a los hombres de estas actividades en el hogar, sin percatarse de que ellos están educando con el ejemplo.

“El machismo viene de la falta de estudio, el estudio es muy importante, estarse cultivando uno... el machismo es no dejarse de nadie, si te dicen algo contestarles o agarrarse a golpes jajaja, ese es el machismo para mí” David, 76

En este estudio no encontramos que la masculinidad se refleje de manera diferenciada entre los grupos de edad. Se identificaron participantes con rasgos de masculinidad machista en los tres

grupos de edad. Tampoco se identificó a algún participante solamente dentro de la masculinidad dominante o hegemónica o en la categoría de nuevas masculinidades, pero sí se encontraron voluntarios con rasgos de estar en transición de una masculinidad hegemónica a la de nuevas masculinidades. Recordemos, como se expuso en los antecedentes, que el tipo de masculinidad no es una condición estática, las ideologías de género son fluctuantes, aunque muy afectados por lo que rige la sociedad que demanda a los hombres cumplir con la hegemonía. Como parte de las distintas dinámicas estructurales que juegan los roles del hombre en un grupo social, cada individuo visualiza y busca su identidad, en esa búsqueda puede existir una gran gama de variaciones de masculinidades (Butler, 2012).

Rubio-Jociles (2001) menciona que en los niveles socioeconómicos más bajos se encuentran masculinidades machistas relacionadas a la violencia para compensar lo que no pueden demostrar en capital o estatus. Entre nuestros voluntarios no se encontró esta relación al momento de la entrevista. Nuestros participantes, pertenecientes a la tríada familiar que obtuvo el puntaje AMAI más bajo, sí mencionaron haber pasado por situaciones de violencia en el hogar, pero han trabajado en la última década en la deconstrucción del machismo que tenían arraigado y en la construcción de una nueva masculinidad, la que actualmente se encuentra en proceso de transición

“Yo era muy violento, violentísimo, era pleitista. Yo pensaba diferente, que el hombre es machito, que esto y que el otro, pero no, todo tiene que cambiar. Yo trato de cambiar por mi familia, mis hijos, mis nietos...Me dio miedo dejar a mi familia desamparada, dejé ciertas amistades, ahora me siento muy bien con mi familia, somos más amigables” David, 76

“Ya hay más pláticas para decir que no sea machista el hombre. En mi experiencia, se acerca uno a una psicología y la verdad que nos ayuda bastante. Nos quita pensamientos que no son. Yo veía a mi papá y mis hermanos más grandes que andaban con una mujer y otra y pues eso es ser un hombre decía yo, luego fui a una cita psicológica y ya me enderezaron lo que en realidad tiene que ser un hombre. Ahora sé que los dos (Mamá y papá) tienen que tener autoridad en la casa, enseñar a los hijos que no deben de ser violentos, ni a mujeres, ni animales, ni nada” Dante, 45

A pesar de trabajar con tres categorías de masculinidad que pudieran entenderse individuales, consideramos que no son así, porque cada una tiene características específicas que son representativas, y no son excluyentes entre sí, es decir, una persona puede describirse con una nueva masculinidad, pero comparte rasgos de machismo. Por esto evitamos encasillar a los

hombres en arquetipos de masculinidad fijos. Identificamos que cada participante es un ser individual con muchas características propias que abarcan su carácter y expresión. Una sola persona tiene, en un solo momento, rasgos de diferentes masculinidades que fluyen y van cambiando según las circunstancias de su entorno natural y cultural.

6.4.2.1. Influencia de la familia. Más que una relación entre la construcción de la masculinidad y la generación o grupo de edad, encontramos que esta construcción se vio mayormente ligada a la tríada familiar. El adulto mayor que se identificó con una masculinidad machista coincidió con el adulto y el joven con este tipo de construcción. Así mismo, el adulto mayor con masculinidad hegemónica coincidió con el adulto y el joven con esta construcción en la misma tríada familiar. Esta situación puede presentarse por la relación que suelen tener los hijos con los padres, en donde se convierten en imitadores de las actitudes de los adultos en su hogar (Burin y Bleichmar, 1996). Aunque podemos decir que los rasgos que nos ayudaron a identificar las masculinidades no eran las mismas entre los tres miembros de la triada, se incluyeron más las palabras/actitudes/comportamientos machistas en el adulto de la triada comparado con el joven y el adulto mayor.

Por otro lado, se identificaron más las palabras/actitudes/comportamiento de una masculinidad hegemónica en el adulto mayor comparado con el joven de la misma triada. Por lo que, tanto el adulto mayor como el adulto y el joven en la misma familia pueden compartir una construcción de masculinidad machista o hegemónica. Estos resultados nos sugieren que la construcción de la masculinidad es una construcción social que se aprende en el seno de la familia y que puede persistir en diferentes generaciones. Esto coincide con los aportes de Connell en 2005 que menciona a la masculinidad como una configuración cambiante que se encuentra en constante construcción y que es resultado de las diferentes interacciones que tienen los individuos en diversos niveles sociales empezando por el hogar y extendiéndose al lugar de trabajo o estudios, así como las costumbres e ideologías de su entorno (Connell, 2005). Sobre este tema un participante hizo los siguientes comentarios:

“Mi abuela fomentaba el machismo en sus hijos, lo detecté desde niño, a sus nueras no las podía ver, pero a sus hijos, lo que hicieran mal se los festejaba, así conocí el machismo”,

“Mi papá es el amo de casa, todo lo de la casa que pudiera ser en los términos normales lo

que le toca al hombre y la mujer, mi papá hace todo lo de la mujer, son roles invertidos y mi formación viene de ahí” Adolfo, 49

El comportamiento de la abuela en este ejemplo era una práctica común en las generaciones anteriores en Sonora, como se ve reportado en el libro “Hombres Sonorenses” de Núñez (2013) que explica que los estereotipos de género eran muy evidentes en cuanto las tareas, las costumbres, los roles en la sociedad y la libertad de expresión y prácticas de su sexualidad, entre otros aspectos, y donde las encargadas de instruir estos lineamientos marcados por la sociedad en las familias eran las mamás. En este caso, escuchando los testimonios de padre e hijo, identificamos cómo ambos observaban las consecuencias del machismo presente en la familia y decidieron alejarse de esas prácticas y según sus palabras, para *“poder vivir bien y tranquilos”*. Este cambio inició desde el padre que en este estudio pertenece al grupo de adultos mayores, y que empezó a fomentar a sus hijos desde pequeños otras prácticas diferentes al machismo.

6.4.2.2. Figuras como modelo de masculinidad. Para la mayoría de los participantes, sobre todo para los adultos mayores, fue complicado identificar con claridad en qué momento y de qué personajes aprendieron el deber ser del hombre como lo conocen. Incluso la generación de mayor edad negó tener modelos de masculinidad, mencionaron que las características con las que identifican a los hombres las adquirieron de manera “natural” en el transcurso de su vida, pero no identificaron cómo o quienes los formaron como hombres. En otros casos dijeron haber seleccionado por decisión propia el ejemplo de un “buen hombre” al ver la calidad de vida con relación a la conducta de los hombres en su entorno. Algunos de los más jóvenes mencionaban el papel de las mamás como formadoras del tipo de masculinidad, aunque destacaba la participación de otros hombres de su familia de generaciones más grandes, como un hermano mayor, su papá o su abuelo. Por ejemplo:

“Fuera del machismo, mi papá, mi abuelo y mi hermano mayor sacaron adelante a sus familias y para mí eso es ser un hombre” Darío, 23

“Mi hermano mayor, era con el que más me llevé, para mí siempre ha sido un modelo a seguir, me parecía cool, un hombre, no sé cómo explicarlo, lo admiraba por muchas cosas... tiene confianza, hace las cosas sin quejarse, es decisivo, no duda, es una persona limpia, no usa la violencia, pero habla cuando es necesario, se enoja cuando es necesario, está triste

cuando es necesario” Brandon, 23

“Mi papá, mi abuelo y mi tío, mi papá porque siempre me guía, mi abuelo porque es muy trabajador y a mi tío porque he estado con él siempre, me la llevo mucho con él, he aprendido muchas cosas de él, es muy inteligente y siempre le haya sentido a las cosas, solución” César, 20

“La misma vida te va diciendo que eres hombre y lo que tienes que hacer, trabajar, mantener la familia, darle estudio a los hijos y portarse bien con todos” David, 76

El comentario anterior fue compartido de manera similar entre la generación de los adultos mayores, se les dificultó describir su experiencia de cómo o de quién aprendieron qué es un hombre y qué aspectos deberían cumplir, aunque todos tenían muy claro cuáles eran las tareas de los hombres en la sociedad y en la familia. También se les pidió que mencionaran personajes que admiraran, desde cualquier ámbito desde lo real a lo ficticio, deportivo, histórico, político, artístico, o familiar, entre ellos aparecieron el hombre araña, y las características que resaltaban fue de manera inconsciente fueron el liderazgo, la fuerza y la protección que le daban a otros personajes más pequeños o vulnerables, además de la manera en la que enfrentan los problemas en su vida. Ningún participante mencionó a una mujer como persona o figura que admirara.

“Yo siempre vi a mi abuelo como ejemplo de un buen hombre, y a “Hughes” de Fullmetal Alchemist (Caricatura) porque representan a alguien que vela por las demás personas, líder, desde su conocimiento, sabiduría y que es una persona amable la gente recae en él” Elías, 24

“Spiderman no es como los otros personajes que son fuertes no más porque sí, tiene problemas personales, se bloquea también como cualquier otra persona, se hace cargo de su tía y a pesar de que está golpeado tanto por sus enemigos como la vida, pues le sigue echando ganas” Darío, 23

“Pacquiao, he visto su historia, está muy suave, con todo lo que ha vivido, se da cuenta uno que puede lograr muchas cosas, porque él viene de abajo y ahorita a pesar de no tener nada sigue escalando” César, 20

En una de las familias se presentó como respuesta una neutralidad por la perspectiva del género, y ellos aseguran que tanto en las labores domésticas como en los aspectos sociales lo ideal no es hacer una división entre hombres y mujeres, si no más de considerarlos de manera individual como personas. Esta postura se mantuvo tanto en el abuelo como en el papá y el nieto, el cuál respondió

de la siguiente manera al cuestionarle sobre sus modelos de masculinidad:

“No me enseñaron un deber ser de hombre, sólo a ser buena persona” Emilio, 20

Desde un aspecto literal, al hablar de una construcción nos viene la idea de una base fuerte cimentada como una estructura firme y rígida con la intención de que esta perdure, pero escuchando los diferentes discursos de los voluntarios podemos decir que, en este contexto, la palabra “construcción” no cumple con las características de la masculinidad de los hombres. Por lo tanto, hablaríamos más de una composición que es formada por diversos elementos tanto personales como externos, con la apertura y flexibilidad para permitir una modificación constante en el significado de la masculinidad para cada persona, la cual tiene una continua fluidez en las diferentes etapas de su vida, según su entorno y experiencia individual. Sin embargo, el término “construcción” que es utilizado en este trabajo viene desde la perspectiva constructivista la cual refiere que un atributo no es dado de manera natural, sino que se construye social o individualmente, y así como se construye, también se deconstruye. Entonces el hecho de que sea una construcción no significa que sea inamovible ni eterno.

6.4.2.3. Rasgos sobresalientes de cada generación. Consideramos importante resaltar, como algo positivo, que antes de iniciar el acercamiento con los participantes sentíamos el temor de que los hombres no sintieran la confianza y apertura de compartirnos sus experiencias de manera honesta. También pensamos que podrían no querer ampliar sus respuestas y que, a pesar de trabajar con una herramienta de entrevista semiestructurada, nos respondieran con “sí o no” durante la encuesta. Sin embargo, la mayor parte de los participantes atendieron la entrevista con ánimo y se permitieron expresar diferentes experiencias y reflexiones, incluso por fuera de la temática principal. En algunos casos el tiempo de la entrevista se extendió por encima del promedio, lo que nos dio la oportunidad de obtener información valiosa.

Esta situación pudo presentarse ya que los hombres no suelen tener espacios que les permitan expresarse o compartir sobre sus emociones, o su manera de pensar y reflexionar, esto según lo expuesto por Ramos-Olarte y de Keijzer-Benno (2018) y por Sanfélix y Téllez (2014). Al brindarles un lugar seguro, con la confianza de que no serían cuestionados ni juzgados por lo que dirían y que su información sería confidencial, tomaron la oportunidad de hacerlo, supieron aprovecharlo y en algunos casos nos agradecieron ese espacio.

Al hablar de este proyecto en los seminarios de investigación, de manera recurrente se hicieron comentarios sobre la creencia de que los adultos mayores no tendrían una construcción activa de su masculinidad, si no que ya tendrían una masculinidad formada, sin la apertura de cambiar o de modificar hábitos en su autocuidado. Identificamos que estos comentarios vienen desde la estigmatización que tiene la sociedad para esta generación. Al respecto, encontramos en los participantes de este grupo de edad, el inicio de nuevas relaciones románticas, y el llevar rutinas de actividad física incluso más extenuantes que las generaciones más jóvenes, situación definida como “envejecimiento activo” propuesto por la organización mundial de la salud, la cual busca fomentar una vida física, mental y social en constante movimiento entre el grupo de los adultos mayores (García-Valdez *et al.*, 2019; Ramos-Monteagudo *et al.*, 2016). Sin embargo, también encontramos en este grupo de edad algunas actividades que pueden dañar o poner en riesgo su salud como el gusto por practicar actividades de alta adrenalina y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como la cocaína.

Por otro lado, algunos participantes no identificaban su orientación sexual, es decir, no sabían cómo nombrarla. Fue más común en los adultos mayores. Por otro lado, ninguno de los voluntarios tuvo problema o confusión al responder con qué género se sienten identificados. Aunque no todos los llamaron como género masculino, en algunos casos respondieron “Hombre”.

Aunque seguimos viendo a las mujeres como las principales responsables de la cocina, entre estas triadas destacamos la necesidad que se ha presentado en la actualidad de compartir las tareas del hogar con los hombres, ya que también es necesario que más miembros de la familia tengan actividades económicas para aportar a los gastos de una casa. Por lo tanto, los horarios y rutinas del hogar deben adaptarse y las tareas domésticas están obligadas a compartirse sin distinción de género. Esta necesidad de redistribución de las tareas domésticas encontrada en este trabajo coincide con lo reportado por Castillo-Carreño *et al.* (2020) quienes midieron el compromiso paterno de padres de familia chilenos.

Algo que se destacó entre los participantes fue la apatía por la religión, algunos de ellos se identificaron como agnósticos, sobre todo los jóvenes, quienes mencionaron que sus padres no les inculcaron ninguna religión. También hubo quienes se consideran católicos por haber sido bautizados en esa religión, pero no ejercen ni promueven la doctrina. Hubo pocos, en su mayoría del grupo de adultos mayores, que se consideran católicos y ejercen la doctrina. De todos los participantes únicamente tres, dos creyentes del catolicismo y uno declarado estoico, consideran

que existe una relación entre la espiritualidad y sus prácticas de autocuidado.

“Sí afecta, soy estoico y me ayuda a controlar mi dieta, quiero algo, pero sé que me hace daño y me abstengo” Brandon, 23

“Sí influye, si practicas el evangelio es una de las bases más importantes para tener salud porque no haces cosas indebidas que te dañan la salud, te dañan el espíritu. Te enseñan ahí (refiriéndose a la iglesia) a alejarte de eso y a tener fe. Alfredo, 77

“Claro, creyendo en Dios, confío en Él, lo llevo aquí en mi corazón” Braulio, 92

En estos últimos ejemplos identificamos que algunos participantes sí consideran la salud espiritual como parte de su salud integral. Fuera de estos tres comentarios, los demás participantes negaron una relación entre la religión o espiritualidad y la toma de decisiones sobre su salud y alimentación, aunque en algunos casos sus comentarios parecen contradictorios.

“No tiene nada que ver, lo único es pedirle a Dios que nos bendizca, que nos de salud y trabajo” Cristóbal, 62

“No, más bien orientación para estar mejor en familia” Dante, 45

“No, no veo por qué, no tiene que ver una cosa con otra” Esteban, 81

“Creo que no, y si estuviera en una religión no seguiría al pie de la letra lo que dictan” Emilio, 20

“No, además que no ejerzo, si me dicen (en la iglesia) no comas eso, no voy a obedecer” Darío 23

Esto coincidió con las respuestas que nos compartieron al cuestionarles por su jerarquía sobre los cinco tipos de salud (física, mental, emocional, social y espiritual) donde les pedimos que ordenaran de mayor a menor importancia los tipos de salud con la opción de empatar en cualquier combinación. Entre las respuestas que más se repitieron coincidieron en colocar la salud física al principio y la espiritual al final, aunque algunos jóvenes priorizaron en primer lugar a la salud mental. Observamos que, la motivación de los adultos mayores de identificar a la salud física como la más importante, venía desde su postura al percibir que sus capacidades físicas han ido disminuyendo o empiezan a decaer rápidamente al mantener rutinas sedentarias, por lo tanto, valoran la salud física que tuvieron en su juventud y que comparan con su situación actual, con el fuerte deseo de mantenerse activos el mayor tiempo posible.

Un comentario que se repitió en la mayoría de los participantes fue la incredulidad de que la información que compartieron en la entrevista sería de relevancia para el estudio. Estas frases no

quedaron grabadas en los audios ya que solían decirlas al momento de despedirnos de ellos. Pero la idea principal de sus mensajes fue “ojalá que te sirva de algo lo que te dije”, el tono en el que lo decían podía mostrar cierta incredulidad en que lo compartido sirviera para los propósitos de este trabajo.

El observar estas características en nuestros participantes nos permitió conocerlos mejor y nos ayudó a comprender e interpretar con mayor detalle la motivación de sus decisiones en sus prácticas de autocuidado de salud y alimentación, y como relacionarlas con la conceptualización de masculinidad.

6.4.2.4. Masculinidad y prácticas de autocuidado. Hablando de la construcción de la masculinidad, en algunos casos sí se presentó una relación entre el descuido o desatención de la alimentación y la salud con un tipo de masculinidad machista, independientemente de la generación. Los participantes que identificamos con rasgos de este tipo de masculinidad presentaron un rechazo o apatía en el control y atención de su salud, en algunos casos comentaron que el trabajo no les permitía darse el tiempo de atenderse, y en otros casos simplemente no sentían interés por hacerlo o no lo sentían como una necesidad, resultados que coincidieron con los expuestos por Mendoza-Catalán et al. (2021) quienes afirmaron una relación entre los hombres machistas y la falta de aceptación, atención y cuidado de su diagnóstico de diabetes.

Por otro lado, participantes con diagnósticos de enfermedades como hipertensión arterial controlada o patológicas como crecimiento de la próstata atendida, no impidió que se definieran como hombres sanos con argumentos de normalización de estas enfermedades propias de la edad. Esta postura está relacionada con la construcción de masculinidades, específicamente los hombres con masculinidad hegemónica, que buscan el cuidado de su imagen como hombres ante la sociedad y el cumplimiento de los mandatos del hombre. En este ejemplo hablamos del mandato que asegura que un hombre de verdad es fuerte y por lo tanto no se enferma.

También pudimos identificar que en los hombres machistas había prácticas de higiene personal menos detalladas, como un lavado de dientes poco frecuente o el uso mínimo de productos para la higiene personal, además de no utilizar papel de baño para limpiarse después de orinar, algunos de ellos comentaron que el usar papel de baño o productos para el cuidado de la piel está relacionado con personas homosexuales.

En el caso de hombres con una construcción hegemónica se detectaron más prácticas de autocuidado a favor de su salud y alimentación. En este grupo de participantes identificamos mejores rutinas de entrenamiento físico, una mayor frecuencia en la atención médica y una toma de decisiones más responsable de su alimentación a beneficio de su estado de salud. Además, mencionaron utilizar más productos para la higiene personal respecto al grupo de hombres con una masculinidad machista, incluyendo el uso de papel higiénico al momento de orinar, además de usar hilo dental, enjuague bucal, talco, perfume, cremas entre otros productos.

La masculinidad también se vio reflejada en la descripción de las características que, según los voluntarios, deben de tener los profesionales de la salud para que les transmitan confianza en la consulta, entendida como la seguridad de que el profesional que los atiende sea bueno en lo que hace, ya sea médico, nutriólogo, o psicólogo. aunque se señaló con más frecuencia a los médicos. Entre estas características destacan la higiene personal, la manera de vestir y la edad, también se mencionó el género, pero en menor frecuencia.

“No había pensado en eso... puede ser la juventud, entre más joven a lo mejor yo cuestione ciertas de sus decisiones, cuando es joven yo puedo cuestionar su decisión porque sé algo del área. Ya cuando es una persona más de edad como la mía ya ahora sí, también la puedo cuestionar, pero generalmente lo respeto más... siento que, por la falta de experiencia, eso sí lo pongo yo en peso, porque está tomando una decisión sobre mi vida” Bruno, 61

“Prefiero que me atienda un hombre (médico) siento que abría más confianza” Darío, 23

“He visto médicos que no te generan la confianza por la forma en que van vestidos, no parecen médicos, un profesional de la salud debe andar impecable... El médico que me tocaba, no me agradaba nada el amigo... uno está impuesto a que el hombre se vista con ropa holgada, me daba mala espina de verle pantalones de tubito, pero tallado y tenis de color rojo ¿qué es eso? ... a mí me gusta que vayan formalitos” Alfredo, 77

Además de la relación entre la masculinidad y las prácticas de autocuidado, identificamos que hay otros factores relacionados en la toma de decisiones de los hombres para la atención de su salud y alimentación, como lo es la percepción de riesgo.

6.4.3. Percepción de Riesgo

La percepción es el proceso en el cual se selecciona, organiza e interpreta la realidad, según los conocimientos y experiencias previas, y se involucran las sensaciones y emociones que estén atravesando en determinada situación y otros factores sociales, personales y culturales (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Existen diferentes áreas donde la percepción puede influir, por ejemplo, la percepción física que mencionamos anteriormente en este trabajo. Ahora expondremos situaciones de percepción de riesgo a enfermedades, a conductas de riesgo y violencia, y a hábitos de alimentación con riesgo a enfermarse. Que de acuerdo a nuestros objetivos nos centramos en aquellas que estuvieran influenciadas o relacionadas con los rasgos de masculinidad, además de identificar que la percepción de los diferentes riesgos es un punto decisivo para la elección de prácticas de autocuidado.

Vimos una baja percepción de riesgo a enfermedades, accidentes y demás complicaciones, en todos los grupos de edad. Pero podemos mencionar que los hombres con rasgos de una construcción de masculinidad machista tuvieron menor percepción de estos riesgos comparado con los hombres con más rasgos de masculinidades hegemónicas. Esta afectación en la percepción de riesgo puede estar influida por lo que Bonino describe como “Herocidad Belicosa” la cual exige al hombre el mostrarse siempre fuerte, valiente, dominante, autoritario e incluso agresivo pareciendo comportarse como héroes y guerreros. Esta creencia abarca una serie de mandatos como el deber resistir al dolor, o sufrir dignamente, porque el cuerpo varonil aguanta lo que venga (Bonino, 2002). El machismo se convierte en un factor de riesgo al hablar de salud, ya que en esta ideología se evitan las acciones de prevención de enfermedades, al igual que atención a condiciones crónicas, lo que puede desencadenar complicaciones.

6.4.3.1. Enfermedades. Las prácticas de autocuidado de los hombres participantes en este estudio se encontraron relacionadas a las percepciones de riesgo a enfermedades y el conocimiento que cada uno tiene. Identificamos de que, a pesar de tener antecedentes de enfermedades personales y familiares, no siempre lo percibieron como un riesgo.

Las decisiones de autocuidado se limitan a lo que sienten importante atender en el tiempo presente,

esperan los síntomas recurrentes que les limitan continuar con su estilo de vida o trabajo, o casos de emergencias médicas. Esta manera de establecer los niveles de priorización en nuestros participantes coincide con lo reportado por Ibarra-Sala et al. (2000) y por Sánchez et al. (2016) sobre la ausencia de percepción de riesgo a una enfermedad por los hombres cuando se piensan sanos, aunque haya factores de riesgo asociados al desarrollo de diferentes enfermedades, lo cual se reflejó en la poca cultura de prevención como en el siguiente ejemplo:

“Uuuuuu creo que no es algo que haga regularmente, es más como que si tengo que hacerme un chequeo por alguna cuestión lo hago, pero no me hago un chequeo... la última vez fue cuando con lo del apendicitis (hace un año) que me hicieron chequeo en el seguro por todo”
Elías, 24

La seguridad en su estado de salud se ve relacionado al capacitismo de los hombres, mientras se consideren capaces de realizar sus tareas cotidianas no hay necesidad de atenderse. Mencionan que el acudir a consulta o tomar reposo los hace sentir limitados o que están perdiendo tiempo de productividad. A su vez pueden ver afectada su hombría al creerse visiblemente vulnerables, puesto que la demostración de resistencia física, el trabajo, la fuerza, entre otras características ayudan a reafirmarse como hombres ante la sociedad, defendiendo así su identidad (Casas-Tapia, 2018; Courtenay, 2000). Por esta misma creencia, identificamos que los hombres con condiciones crónicas de salud sentían la necesidad de minimizar la importancia de esas condiciones, aclarando que son problemas permanentes pero que no impiden que se describan como hombres sanos, y tales afirmaciones se perciben como una protección de los hombres para evitar los estigmas sociales de las enfermedades. Una de las estrategias usadas fue usar diminutivos por ejemplo el salir con niveles de colesterol “altitos”, o el hacer comparaciones con personas en peores condiciones, o generalizar la condición como obligatoria para todos.

“Esa es la única vez que entré al ISSSTE en cincuenta y tantos años de tener el servicio médico y fue por una cosa que ha todo el mundo le va a suceder. Son raros los hombres que tengan 90 años de edad y que no hayan pasado por una cirugía de esas (Próstata), todos... A lo mejor no dicen, porque en el hombre pues aparentemente les da vergüenza decir”
Alfredo, 77

Por otra parte, los hombres que presentaron una percepción de riesgo más alta a enfermarse en relación a sus antecedentes de salud, comentaron tomar decisiones de autocuidado buscando la prevención de complicaciones médicas o enfermedades crónicas presentes en sus padres. Además,

se encontró coincidencias entre el tipo de masculinidad machista y una baja percepción de riesgo a enfermedades. Los voluntarios con una masculinidad hegemónica presentaron una percepción de riesgo más alta.

Los antecedentes de enfermedades familiares que más se presentaron fueron diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y varios tipos de cáncer. Como padecimientos actuales, los adultos mayores presentaron condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y dislipidemias, entre los adultos se reportaron más problemas digestivos, y en el grupo de los jóvenes se mencionaron condiciones de salud mental como ansiedad y depresión. A pesar de tener estos diagnósticos, la mayoría de los participantes, en los tres grupos de edad, no llevaban un seguimiento o tratamiento médico constante y tampoco llevaban a cabo una dietoterapia específica cuando se requería. Quienes llegaron a tener un control adecuado era porque tenían el apoyo de una mujer, sea la hija, la esposa o la mamá. Un participante mencionó en la entrevista:

“Me dijeron que soy prediabético hace como unos 4 o 6 años, pero no he hecho cambios, siempre me castigo mi cuerpo con las comidas, las más buenas pero malas pa la salud”
Cristóbal, 62

Los voluntarios que identificaban el riesgo de algunas acciones que podían generarles consecuencias en su salud, solían ser los que tenían muy presente una o más experiencias de personas cercanas a ellos que lo han vivido. Sobre todo, si los afectados pertenecían a su grupo de edad o si compartían un diagnóstico.

“El médico sugirió que no coma grasas y que evite el dulce... si no hago caso ya me hubiera muerto, como muchos que he enterrado que tienen el mismo mal. Porque son gente que no creen y les vale comer dulce, emborracharse y poco duran, ¿Por qué me voy a morir de hambre? Dicen. Y cuando ya están graves se la llevan nomás tirados. Pobrecita la gente, hay mucha gente así, ignorante” Braulio, 92

Por otro lado, a pesar de que la mayoría de los participantes refirieron haber padecido alguna infección gastrointestinal a lo largo de su vida, muchos no asociaron estos padecimientos con la higiene personal. Tampoco lo relacionaron a algunas prácticas de riesgo que mencionaron durante la entrevista como el consumo de agua sin filtrar. Aunque sí consideraron importante el aseo con la salud, mencionaron que las enfermedades que se relacionaban con la mala higiene eran más frecuentemente tópicos como los hongos en los pies.

“Tomo agua de la llave, no me gusta el sabor que tiene el agua del garrafón” David, 76

Con respecto a la pandemia por el virus SARS-Cov2, 15 de los 16 participantes de este estudio refirieron vacunarse contra COVID-19, al menos con dos dosis. Los motivos mencionados sobre esta decisión fueron miedo a enfermarse y morir, sobre todo quienes tuvieron familiares o conocidos cercanos que presentaron complicaciones fuertes. Otros comentaron que pensaban que era obligatorio hacerlo o que les pedían el certificado de vacunación para realizar algún trámite. En menor cantidad mencionaron como motivo la prevención de complicaciones en caso de contagio.

6.4.3.2. Conductas de riesgo y violencia. Además de la percepción de riesgo a enfermedades, en la mayoría de los voluntarios se encontró una percepción muy baja a las consecuencias que pueden tener las relaciones de violencia en la sociedad, mencionando como posibles afectados únicamente a los niños que viven en hogares con violencia.

*“Afecta a la familia, a los que rodean la situación de violencia, yo por eso le saco la vuelta”
Cristóbal, 62*

“Afecta primeramente al agredido, de forma indirecta a la familia. Pienso que los que más salen afectados son los hijos, los pequeños porque lo van tomando como algo habitual en su vida” Eduardo, 53

“Afecta a la familia, en general la sociedad se puede afectar, depende del porcentaje de las familias que están en esta situación (violencia doméstica) debe haber un efecto en la sociedad ¿no?, sobre todo en los hijos que crecen en familias de ese tipo, quedan solos a la deriva y prácticamente no tienen asesoría sana por la familia” Bruno, 61

Pocos consideraron los alcances de la violencia en la sociedad, empezando por el daño que se hacen a sí mismos, como lo refiere Kaufman con la triada de la violencia, donde menciona que los hombres son violentos contra las mujeres y el mayor ejemplo de esto son los feminicidios, o bien contra otros hombres, por medio de enfrentamientos físicos, y contra sí mismos, por ejemplo, reprimiendo y desacreditando sus propios sentimientos, emociones y necesidades (Kaufman, 1999; Núñez-López, 2013).

“Afecta a quienes estén en su entorno, afecta a todos, niños, viejos, la violencia no es buena. Me afecta a mí, afecta a mis hijos” Alfredo, 77

“Afecta a los niños, a la pareja de uno y pues al mismo hombre también, porque cuando se acaba el enojo empieza a sentir culpa” Dante, 45

“Afecta a todas las personas, a los hombres porque no les permite desarrollarse de una forma más saludable o tener otros métodos para ventilar sus problemas y pues a las mujeres y otros hombres porque pueden terminar siendo víctimas de una forma innecesaria” Elías, 24

Algunos de los participantes mencionaron que la violencia podía ser una característica constante o implícita en los hombres, comentaron que esto es así históricamente y que puede ser una construcción sociocultural e incluso hereditaria, aunque algunos negaron que pudiera estar relacionado a un aspecto biológico, y consideran que es parte del deber ser que se les exige a los hombres por parte de la sociedad como un referente de masculinidad.

“No sé por qué, pero hay algunos (hombres) que de nacimiento ya son así (violentos)” Cristofer, 25

“De forma social se me hace que sí, está muy arraigada o implícita que los hombres tienen que ser violentos, pero no creo que sea una cualidad biológica con la que se nazca, siento que es algo más que se instruye con el tiempo, históricamente” Elías, 24

“Llegamos a ser muy impulsivos muchas veces y es común que viene de generaciones, de que así se fue educando” Darío, 23

“Por rasgos evolutivos, fue necesario (la violencia) en un punto de la vida, pero ya no lo es tanto. Por supervivencia, se usaba para defenderse entre tribus porque no se comunicaban. En las guerras si quieren sobrevivir tenían que ser violentos desafortunadamente” Brandon, 23

“La violencia en los hombres es permanente, porque así ha sido siempre, por ejemplo, en las guerras” César, 20

En la frase “porque así ha sido siempre” podemos ver la manera en que la violencia se ha normalizado en la sociedad. En específico en los hombres, resulta desde una dinámica cultural que marca la hegemonía, y puede ser tan sutil que llega a ser indetectable, pero al mismo tiempo es tan fuerte que las personas que aceptan esos términos no se sienten impuestos a hacerlos, más bien no perciben que están consintiendo el formarse bajo esas condiciones (Schöngut-Grollmus, 2012).

Otros negaron que suceda de esta manera y defendieron que la violencia no tiene una relación con el género de la persona. En las dos posturas coincidieron que la violencia se asociaba más a un consumo elevado de alcohol y otras sustancias ilegales.

“(Hablando de violencia) Creo que está muy arraigado a la idea que se tiene de un hombre,

pero no creo que sea totalmente necesario que sea relacionado con los hombres, porque no todos los hombres son iguales” Emilio, 20

“En reuniones o en deportes donde hay tomadera y eso acarrea pleitos” Cristóbal, 62

“No tiene nada que ver con el género, yo lo veo como algo particular de la personalidad de cada persona, sea hombre o mujer... Muchas personas bajo el influjo del alcohol cambian su nivel de tolerancia y se ponen más agresivas, y por lo general el porcentaje de hombres que toman al de mujeres pues es más alto” Eduardo, 53

“La verdad yo le echo la culpa a la droga y al machismo” Dante, 45

Todos los participantes coincidieron en que la mejor manera de solucionar un conflicto es por medio del diálogo, aunque no todos lo solucionaban de esa manera al enfrentarse en una situación de desacuerdo. Una respuesta que se repetía era la decisión de quedarse callado y alejarse de la situación o de la persona con la que se presenta el conflicto.

En el caso de consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco y otras drogas (marihuana y cocaína) encontramos una dinámica constante en el discurso de los voluntarios, los cuales minimizaban la importancia o el factor de riesgo de estos hábitos, comúnmente haciendo comparaciones con otras personas que realizaban un consumo mayor al de ellos. Los siguientes comentarios son un ejemplo de esto:

“Aquí sí me conviene hacer una comparación con mi hijo, fuma terriblemente. El pretexto que te ponga no vale, pero tengo 77 años, fumo desde los 15 años, pero nunca he fumado como mi hijo... un médico me dijo “no te vas a enfermar de los pulmones, pero te vas a enfermar de otra cosa por el cigarro”, bueno pues no sé” Alfredo, 77 (Este participante tiene diagnóstico de hipertensión, una condición que se relaciona con el consumo de cigarro, pero él no percibe esta relación).

“Yo no tomo tanto como otros, sí me hecho unas cervezas, dos o tres caguamas. Pero no soy como los que toman y se curan la cruda con más alcohol, esos sí son buenos pá tomar” Cristóbal, 62

Otra situación de riesgo entre los voluntarios fueron las actividades extremas, como el motociclismo, el exceso de velocidad al conducir, o el practicar diversas actividades como la herrería y la carpintería sin el equipamiento adecuado.

“Soy muy atrabancado, no mido las consecuencias, por eso me han pasado muchas cosas, a lo largo de mi vida llevo unas 24 fracturas” Eduardo, 53

6.4.3.3. Hábitos de alimentación con riesgo a enfermarse. La mayoría de los voluntarios mencionaron tener conocimiento sobre lo que se considera una alimentación adecuada, no obstante, en todos los casos, sus preferencias personales predominaron al momento de decidir qué comer y en qué cantidades hacerlo. Refirieron ser conscientes de comer algún platillo o alimento en exceso, pero lo justificaban por el gusto que tienen sobre los mismos. Otro ejemplo de esta situación fueron aquellos participantes de que a pesar de tener un diagnóstico de diabetes siguen consumiendo refrescos endulzados. Uno de los jóvenes respondió:

“Pues tengo unos pésimos hábitos de alimentación desde que trabajo porque me levanto y a veces desayuno y a veces no” Emilio, 20

Estos resultados muestran que en algunos de los participantes no hay percepción de riesgo ni de las posibles consecuencias a mediano o largo plazo, que pudieran presentar por el descuido en su alimentación. En el caso de los jóvenes más que una necesidad, llegan a asociar a la alimentación como un espacio o pretexto de socialización, por esto suele ser un patrón en este grupo de edad el omitir algún tiempo de comida, no tener horarios establecidos para comer y tener más comidas fuera de casa, sobre todo acompañados de sus amistades.

También vimos en los tres grupos de edad el desinterés por realizar un régimen alimenticio, a pesar de tener el objetivo de bajar de peso, aumentar masa muscular o atender algún diagnóstico como dislipidemias y diabetes. Sobre esto los participantes comentaron lo siguiente:

“Es que uno se impone a los alimentos de aquí y lo que come, ya una dieta ya como que no, no la haría” David, 76

“Tenemos que hacer comida para toda la familia y pues que a veces no hay para seguir una dieta, es lo principal y a veces que la dieta que me han dicho no me gusta, será que no está acostumbrado uno a las dietas... la verdad que no la probé, dije esto casi no me gusta” Dante, 45

“Fui al nutriólogo, pero no pude crear una rutina, lo intenté dos semanas, no fue un buen intento por pereza y tener que yo buscar los alimentos, las comidas no se me hacían tan ricas, es la combinación de todo... Recuerdo que tenía más energía, pero algo pasó en mi cabeza que decía no lo vale” Brandon, 23

Encontramos que en los diálogos de los participantes hay interés por tener una buena salud y también mencionaron saber que la alimentación tiene un papel importante en la salud, pero al describir sus hábitos y prácticas les resulta complicado y conflictivo hacer cambios.

6.4.4. Autocuidado como Tarea Aún por Resolver

Una situación constante en el discurso de los participantes fue la negativa intención de acudir a consulta al momento de identificar cualquier tipo de signo o síntoma que indiquen un problema de salud. Mencionaron un par de pasos que utilizan para la atención de esos síntomas, iniciando por lo que puedan hacer por ellos mismos con los conocimientos y recursos que tengan a su alcance, como tomar un remedio casero o un medicamento que tengan en su casa y que asocien a su síntoma piden opinión, muchas veces a la mamá o la esposa, o buscar en internet alguna solución rápida y eficaz a su condición o preguntarle a amigos o conocidos de los cuales sepan que tengan alguna experiencia con síntomas similares. Como última instancia acuden a consulta médica cuando todos los pasos anteriores no dieron solución a su problema o los síntomas ya escalaron en cronicidad o intensidad.

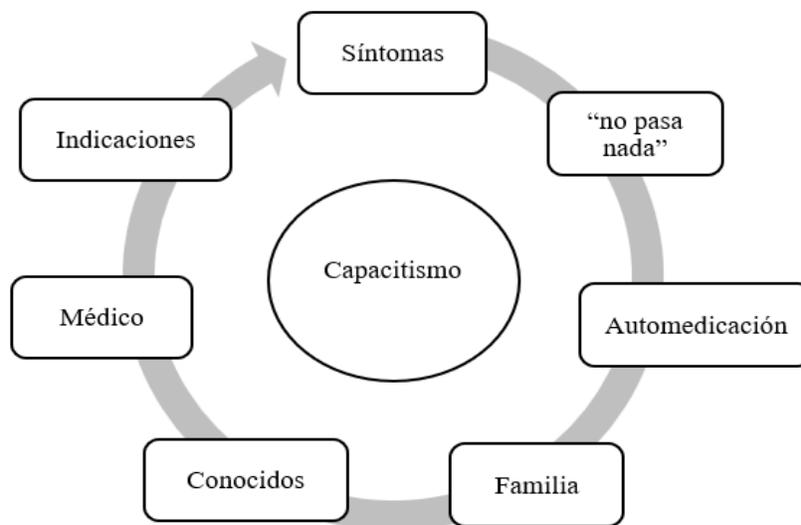


Figura 5. Ciclo de autocuidado/descuido en hombres de este estudio. (Elaboración propia)

Destacamos que los pasos comentados anteriormente no los realizaban al mismo tiempo, iban avanzando y descartando otros. Su objetivo, en algunos casos, era el mantenerse discretos y no compartir con muchas personas su estado de salud. Esto no coincide con el pluralismo asistencial propuesto por Perdiguero (2004) en España y estudiado también por Muñoz-Martínez (2020) en Bélgica y México. Esta propuesta nos habla de cómo las personas, en la búsqueda de recuperar su

estado de salud, utilizan varios recursos al unísono, dentro y fuera del ámbito médico.

El acudir a consulta no es el final del camino, algunos de los voluntarios mencionaron que, a pesar de ser atendidos por profesionales de la salud, muchas veces no hay una adecuada adherencia terapéutica, suelen ignorar las indicaciones del médico al no completar los tratamientos y al omitir las recomendaciones dietéticas, además de no respetar las restricciones de consumo de alcohol o tabaco y de evitar las indicaciones de reposo, lo cual es una conducta alarmante ya que conlleva riesgos de complicaciones medicas que pueden llegar hasta la muerte (Luna-Breceda *et al.*, 2017). Ávila-Sansores et al. (2013) mencionaron la importancia que tienen las relaciones sociales y familiares, además de las situaciones económicas y educativas, entre otros aspectos para el seguimiento y mantenimiento de los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas, aunque este estudio no consideró una perspectiva de género.

Se puede asociar a esta conducta de mala adherencia terapéutica, el fenómeno social de capacitismo y de violencia de Kaufman (1995b). Con respecto al capacitismo, este se asocia con no seguir las recomendaciones médicas de reposo, por cuidar su imagen de capacidad, es decir, el continuar cumpliendo con sus actividades en su mal estado de salud, y al no dejar de trabajar se muestra como continuo proveedor ante su familia. En el caso de la violencia según Kaufman, el hombre es violento consigo mismo al negarse ese autocuidado del reposo, tratamientos adecuados y completos y alimentación adecuada para el resguardo y restablecimiento de su salud (Kaufman, 1999).

Durante la entrevista, los mismos participantes buscaban dar respuesta del por qué no atendían su salud, algunos como justificación y en otros casos como una reflexión, cuestionándose si los motivos que expresan son en verdad la razón original por la que no se atienden. Por ejemplo:

“No sé qué le falta a uno, si dinero para poderse cuidar. Breve silencio para continuar diciendo... No, no, es cuestión de uno, de que quiera alimentarse y llevar bien la salud de su cuerpo” Cristóbal, 62

“No soy mucho de ir con doctores, me choca, sé que a veces tiene que ir uno, pero es como, ay no ¿cómo le voy a pagar a un nutriólogo? En este sentido si me vi muy tacaño, pero digo, voy a ver en internet a ver que puedo encontrar y si hay algo que me gusta pues lo hago y si no me funciona pues a lo mejor iré con un nutriólogo, no sé” Eduardo, 53

En los casos donde se realizan prácticas de autocuidado, encontramos que su motivación está relacionada al cumplimiento de los mandatos de la masculinidad hegemónica, cómo el verse físicamente fuertes, seguir siendo proveedores y mantener sus capacidades físicas.

“Cuido mi salud, porque considero que dentro de la edad que tengo sigo teniendo la responsabilidad de la familia, entonces no les voy a provocar problemas y quiero conservarme bien y poder servir a los demás, a mis hijos, por ejemplo, a mi señora, prefiero más servir a que me sirvan” Alfredo, 77

Cuando tratamos de indagar sobre las estrategias a las que podrían interesar en campañas de promoción de la salud, encontramos que ninguno de los participantes conocía las campañas vigentes. Su respuesta inicial era de motivación a participar como benefactor, apoyando como voluntarios o con una suma económica, pero cuando preguntamos qué características debería tener una campaña por la que podrían interesarse para recibir sus beneficios, muchos comentaron no tener idea de cómo podría ser, y otros mencionaron características que las campañas actuales ya tienen en sus estrategias, sin embargo, aún así no mostraron interés por participar. Con esto, notamos que ni siquiera ellos mismos identifican sus necesidades o requerimientos que permitan tener motivación para participar en las campañas por su propio beneficio y cuidado de salud. Algunos de sus comentarios fueron los siguientes:

“Yo creo que, desde mi punto de vista, una campaña que fuera con un toque divertido pero familiar... Son más terroríficas las campañas de los hombres que la de las mujeres, les falta color, alegría” – Adolfo, 49

“Consultas con nutriólogos, cosas por el estilo o consultas y estudios generales” – Emilio, 20

“Manejo de dieta y ejercicio... dirigida a la gente que más lo necesita” – Bruno, 61

“A lo mejor me serviría tener apoyo de la institución para yo atenderme o que me recomienden con quien tratarme” – Cristóbal, 62

“Debería de haber campañas en una colonia donde la gente no tiene seguro social” – Alfredo, 77

“Sí han hecho campañas aquí cerquita, cierto día a la semana que te atienden gratis, pero considero yo que estoy bien” – David, 76

“Estaría bien el chequeo de cáncer de próstata gratis para los adultos mayores... Debería de haber centros de atención masculina, muchos hombres no les gusta que una mujer los vea” – Aldo, 19

Un patrón que identificamos es que las recomendaciones que daban iban dirigidas para la población más lejana u opuesta con la cual se sintieran identificados, en otras palabras, decían que se necesitan

campañas para hombres diferentes a ellos, dando a entender que ellos no las necesitan. Por ejemplo, los jóvenes mencionaron que era importante hacer campañas para el cuidado del adulto mayor, los voluntarios de nivel socioeconómico medio-alto mencionaron que era necesario que se hagan campañas para los más vulnerables (económicamente), y un participante de nivel socioeconómico bajo dijo conocer campañas gratuitas que se ubicaban a unas cuadras de su domicilio, pero eran para los que se sienten enfermos y que él se siente bien, por lo que no necesita ir.

Esta situación nos deja con más incógnitas que respuestas respecto a cuál debería ser el siguiente paso para hacer las campañas de salud dirigidas para los hombres más atractivas. Podría pensarse que en este tema fueron herméticos y no compartieron su pensamiento honesto, pero en realidad, en su discurso y su lenguaje no verbal, se podía observar cómo genuinamente no sabían lo que qué necesitaban para mejorar sus prácticas de autocuidado, y algunos de ellos comentaron que era un cuestionamiento que no se habían hecho con anterioridad. Lo que sigue abriendo un campo de oportunidad para abordar esta problemática.

Quizá esto puede ir modificándose si en vez de vernos socialmente de forma dicotómica, nos viéramos como seres humanos, con fortalezas, debilidades y necesidades que no deben ligarse al ser hombres o mujeres. Precisamente esta dicotomía es la que fortalece y refuerza las percepciones que actualmente refieren los participantes. Consideramos importante seguir investigando sobre los motivos por los que los hombres no se interesan en participar en las campañas de salud a su beneficio. Con el entendimiento de este fenómeno se podrán diseñar estrategias adecuadas a sus necesidades que logren un mejor impacto, sobre todo desde la prevención.

7. CONCLUSIONES

Logramos acercarnos al entendimiento sobre cómo el autocuidado en alimentación y salud de los hombres que participaron en este estudio está ligado a la manera en la que perciben el riesgo a enfermarse y, además de cómo han construido su masculinidad, y cómo ésta es definida social y familiarmente.

Los hombres con rasgos de masculinidad hegemónica percibieron algunos aspectos que podían considerarse riesgosos para su vida, por la que mantienen cierta apertura en la atención de su salud cuidando el mantenerse capaces para seguir desempeñando su papel en la sociedad; mientras, los hombres con rasgos machistas mostraron mayor rechazo a la adecuada atención de su salud y alimentación, considerándolas sólo cuando está en riesgo la vida, ya que asocian estas prácticas a lo femenino. Estos últimos tienen una percepción de riesgo lejana e indiferente sobre sus hábitos y sobre las condiciones de enfermedad heredables en su familia.

En ambos casos, tanto los hombres que deciden atender su salud y alimentación, como los que deciden no hacerlo, coinciden en la misma motivación para la toma de esas decisiones basada en el cumplimiento de los mandatos de la masculinidad, relacionado con el papel de proveedores y protectores. Entonces están quienes se cuidan para atender y ver por sus familias y quienes priorizan el arquetipo de hombre sobre su salud, lo que se considera un acto violento hacia sí mismos.

La percepción del estado de salud fue influenciada por el capacitismo, complicando la aceptación de vulnerabilidad para emprender actividades de autocuidado, esto es, independientemente de reportar alguna enfermedad y/o hábitos sedentarios, considerando ser sanos y activos para evitar la estigmatización de reconocerse enfermos y cuidar así su privilegio capacitista en las relaciones sociales. Por otro lado, la presión social en cuanto a la estética del cuerpo, se expuso en la percepción física de los participantes.

8. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Identificamos como un alcance la apertura que logramos tener con nuestros voluntarios, desde el espacio de tiempo que nos brindaron hasta la honestidad de sus aportaciones, lo cual agradecemos ampliamente. Además de lograr ampliar una comprensión sobre un fenómeno social persistente “los hombres no se cuidan”, consideramos que estos resultados ponen sobre la mesa algunos de los motivos que han llevado a los hombres a tomar decisiones de autocuidado y/o descuido en su salud y alimentación.

Una de nuestras limitaciones fue la necesidad que tuvimos de minimizar el número de triadas participantes, debido a las dificultades que presentamos en el momento de salir a campo y el corto tiempo que nos quedaba para desarrollar el trabajo escrito, aunque dadas las características de las entrevistas, las cuales son extensas y abarcan varias temáticas de interés, podemos decir que en este caso esa reducción fue eficiente y asertiva lo que nos dio la oportunidad de estructurar nuestros resultados con la mayor cantidad posible de información colectada.

El tema de la profesión y oficios no se encontraba como parte del guion de entrevista (excepto en datos generales) pero fue uno de los temas que los voluntarios ampliaron con mayor libertad, incluso quienes eran jubilados. Por lo tanto, identificamos el espacio de trabajo como un espacio seguro y de compromiso para los hombres. Por esto consideramos que es una oportunidad para hacer llegar a ellos las campañas de salud que buscan favorecerlos como por ejemplo el llevar estas a campañas hasta sus lugares de trabajo, haciendo convenios con empresas lo que permita destinar un espacio para el cuidado y atención de la salud y alimentación de sus empleados.

9. REFERENCIAS

- Aguinaga-Reyes H. 1998. Relaciones de género y machismo: entre el estereotipo y la realidad. *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*(5): 84-94.
- Aguirre-García J.C., y Jaramillo-Echeverri L.G. 2012. Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista latinoamericana de estudios educativos (Colombia)*. 8(2): 51-74.
- Albelda-Sanfélix J. 2011. Las nuevas masculinidades. Los hombres frente al cambio en las mujeres. *Prisma social*(7): 220-247.
- AMAI. (2022). Inteligencia Aplicada a Mediciones. NSE Niveles Socioeconómicos AMAI. Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2022 y tabla de clasificación. . Recuperado de https://www.amai.org/descargas/CUESTIONARIO_AMAI_2022.pdf.
- Amodio M. 2006. Si la naturaleza se opone... Una mirada antropológica y política hacia el género y la diferencia sexual. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. 12(3): 125-134.
- Aquino Hernandez A.V. (2020). *Efecto de la actividad física y una buena cultura alimenticia sobre el metabolismo de lípidos de jóvenes universitarios* Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].
- Arellano-Gálvez M.C., Alvarez-Gordillo G.C., y Eroza-Solana E. 2019. Food and health practices among migrant agricultural workers in Miguel Alemán, Sonora, Mexico. *Población y Salud en Mesoamérica*. 17(1): 201-224.
- Ares-Blanco J., Valdés-Hernández S., Patricia B., Rodríguez-Rodero S., Morales-Sánchez P., Díaz-Naya L., Menéndez-Torre E., y Delgado E. 2021. Diferencias de género en la mortalidad de personas con diabetes tipo 2: Estudio Asturias 2018. *Gaceta Sanitaria*. 34: 442-448.
- Arroyo-Pilar E., y Carrete L. 2018. Intervención orientada a modificar prácticas alimentarias en adolescentes mexicanos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 17(35): 13-25.
- Asturias L. 1997. Construcción de la masculinidad y relaciones de género. Ponencia presentada en el foro Mujeres en lucha por la igualdad de derechos y la justicia social, realizado en Ciudad de Guatemala el. 5.
- Ávila-Sansores G.M., Gómez-Aguilar P., Yam-Sosa A.V., Vega-Argote G., y Franco-Corona B.E. 2013. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*. 13(3): 373-386.
- Balcázar-Rincón L.E., Melchor-Ruiz L.d.C., y Ramírez-Alcántara Y.L. 2018. DiabetIMSS: impacto del programa en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*. 25(3): 103-107.
- Baltar F., y Gorjup M.T. 2012. Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible capital*. 8(1): 123-149.
- Barragán-Rubio R., Rubio L., Portolés O., Asensio E.M., Ortega C., Sorlí J.V., y Corella D. 2018.

Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*. 35(5): 1090-1099.

Barrón V., Rodríguez A., y Chavarria P. 2017. Eating habits, nutritional status and lifestyle among active seniors in the city of Chillan, Chile. *Revista chilena de nutrición*. 44(1): 57-62.

BAYER. (2017). Los jóvenes mexicanos no están comiendo como deberían. Hablemos del campo: Recuperado de <https://www.hablemosdelcampo.com/los-jovenes-mexicanos-no-estan-comiendo-como-deberian/>

Bertran-Vila M. 2010. Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 20(2): 387-411.

Blázquez A., JD L.-T.H., Sotos R., López L.-T., y CL V.J. 2016. Healthy eating and self-perception of health. *Atencion primaria*. 48(8): 535-542.

Bonino L. 2002. Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*. 6(1): 7-35.

Boscán-Leal A. 2008. Las nuevas masculinidades positivas. *Utopía y praxis latinoamericana*. 13(41): 93-106.

Bourdieu P. 2000. *La dominación masculina*. Anagrama. Barcelona.

Burin M., y Bleichmar E.D. 1996. *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Paidós. 1 ed. Buenos Aires. 360.

Butler J. 2012. *Cuerpos que importan—sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*.

Cárdenas-Quintana H., Ramos-Padilla P., Lama-Segura E., y Moreno-Pajuelo A. 2019. NUTRI-HABI: Estado nutricional y hábitos alimentarios de estudiantes ingresantes a la Universidad Nacional Agraria La Molina. Perú. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 25(4): 165-171.

Carhuallanqui R., Diestra-Cabrera G., Tang-Herrera J., y Málaga G. 2010. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista médica herediana*. 21(4): 197-201.

Carrasco-Henríquez N. 2007. Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*. 15(30): 80-101.

Casas-Tapia J.M. (2018). *Autocuidado y masculinidad en los trabajadores albañiles de la ciudad de Hermosillo, Sonora: altas temperaturas, riesgos laborales y significados* [Colegio de Sonora].

Cascales-Ribera J. 2015. El patriarcado contra los hombres: el mantenimiento de la categoría masculina en las nuevas masculinidades.

Castillo-Carreño A., Espinoza-Venegas M., y Luengo-Machuca L. 2020. Compromiso paterno y la relación con sus conductas promotoras de salud. *Revista de Salud Pública*. 20: 541-547.

Ceroni P., Alvear S., y Pino G. 2019. Determinantes de no-participación en el programa de alimentación complementaria de personas mayores, resultados de la CASEN 2015. *Revista chilena de nutrición*. 46(1): 47-53.

Chacón J., Sandoval D., Muñoz R., y Romero T. 2015. Evaluación del control de la presión arterial

y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Revista chilena de cardiología*. 34(1): 18-27.

CNDH. (2018). Respeto a las diferentes masculinidades. Porque hay muchas formas de ser hombre. Comisión Nacional de los Derechos Humanos: Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf

CNDH. (2022). Un asunto de hombres: las masculinidades. Programa de asuntos de la mujer y de igualdad entre hombres y mujeres. Comisión Nacional de los Derechos Humanos: Recuperado de <https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Masculinidades.pdf>

Colunga-Rodríguez C., García de Alba J.E., González M.Á., y Salazar-Estrada J.G. 2008. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*. 34(4): 27-29.

Connell R.W. 2005. *Masculinities*. Polity. Second ed.

Contrera L. (2019). De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro. In F. S. Sanitaria (Ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (1 ed., pp. 49-75). Tinta Limón.

Contreras-Hernández J., y Gracia-Arnáiz M. 2005. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Ariel. 1 ed. Barcelona. 505.

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

Crespo M., y López J. 2008. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Perfiles y tendencias*. 35: 2-30.

Cruzat-Mandich C., Díaz-Castrillón F., Lizana-Calderón P., Aravena-Winkler M., y Haemmerli-Delucchi C. 2017. Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 34(4): 847-855.

De Garine I., y De Garine V. (1998). Antropología de la alimentación: entre naturaleza y cultura. Alimentación y Cultura. Actas del Congreso Internacional,

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.

de Keijzer B., Cuellar A.C., Mayorga A.V., Hommes C., Caffé S., Mendoza F., Cayetano C., y Vega E. 2022. Masculinities and men's health in the Region of the Americas Masculinidades e saúde dos homens na Região das Américas. *Revista panamericana de salud pública= Pan American journal of public health*. 46: e93.

De los Santos P.V., y Carmona-Valdés S.E. 2018. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*. 15(2): 95-119.

Deossa-Restrepo G.C., Restrepo-Betancur L.F., Velásquez-Vargas J.E., y Varela-Álvarez D. 2016. Nutritional assessment of elderly people with the Mini Nutritional Assessment: MNA. *Universidad y Salud*. 18(3): 494-504.

Diosdado F.M. 2021. Calidad de vida en el varón con hipertensión arterial. *Revista Española de*

Salud Pública. 95(1): e1-e15.

- Dueñas-Tellechea A. (2022). *Percepción de los padres sobre los alimentos como medio de entrada de infecciones intestinales en sus hijos según la edad* [Maestría en Ciencias, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.].
- Elipe-Miravet M., Arnal-Ballester R., Calvo-Castro J., Carrasco-Cervigón V., y Bover-Bisquert M. 2020. Hábitos alimentarios, imagen corporal y bienestar emocional: mens sana in corpore sano. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(1): 361-370.
- Elterman D.S., y Pelman R.S. 2014. Salud masculina: un nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo, educación e investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 25(1): 40-45.
- ENSANUT. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales. Secretaría de Salud: Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- ENSANUT. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Presentación de resultados. Secretaría de Salud: Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Escobar J.C., Chiodi A., y Vázquez M. 2018. Masculinidades y Salud Integral. Repensando abordajes durante la adolescencia desde una perspectiva de género. *Revista Estudios de Políticas Públicas*. 4(2): 99-109.
- Escolar-Llamazares M.C., Martín-Martínez M.Á., Alonso-González M.Y., Gómez-Medina M.B., Val-Mercado E., y Ortega-Lara F. 2017. Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 8(2): 105-112.
- Espinosa-Muñoz M.C., Orozco-Ramírez L.A., y Ybarra-Sagarduy J.L. 2015. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*. 38(3): 201-208.
- Espitia-De La Hoz F.J. 2019. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados. *Revista Urología Colombiana/Colombian Urology Journal*. 28(02): 169-176.
- Falcón-Mantilla J. 1996. La conceptualización del género y su importancia a nivel internacional. *Agenda Internacional*. 3(6): 153-167.
- Freidson E. (1970). The Social Construction of Illness. In *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (pp. 203-302). Dodd, Mead and Company.
- Fuster-Guillen D.E. 2019. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y representaciones. 7(1): 201-229.
- Garay-Ibáñez De Elejalde B., Vizcarra-Morales M.T., y Ugalde-Gorostiza A.I. 2017. Los recreos, laboratorios para la construcción social de la masculinidad hegemónica. Los recreos, laboratorios para la construcción social de la masculinidad hegemónica. 29(2): 185-209.

- García-Fuster E. 1996. Los grupos de autoayuda en el contexto de las estrategias de intervención social. *Intervención psicosocial*. 5: 7-21.
- García-Hernández Y. 2006. Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 13(1): 111-120.
- García-Santesmases F.A. 2015. El cuerpo en disputa: cuestionamientos a la identidad de género desde la diversidad funcional. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*. 9(1): 41-62.
- García-Valdez M.T., Sánchez-González D., y Román-Pérez R. 2019. Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios demográficos y urbanos*. 34(1): 101-128.
- García A.I., Niño-Silva L., González-Ruiz K., y Ramírez-Vélez R. 2016. Volumen de grasa visceral como indicador de obesidad en hombres adultos. *Revista colombiana de Cardiología*. 23(4): 313-320.
- Gibson R. 2005. *Principles of nutritional assessment*. Oxford university press. 2 ed. 907.
- Glover S.M. 2009. Mark Nichter: Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter. *Human ecology*. 37(5): 669-670.
- Gómez-Campos R., Bersano Benavides G., Luarte-Rocha C., Nayer Tumi Figueroa E., Urra Albornoz C., Sulla-Torres J., y Cossio-Bolaños M.A. 2016. Validación y propuesta normativa para la valoración de la preocupación por la alimentación de adolescentes chilenos: estudio EPACH. *Nutrición Hospitalaria*. 33(2): 337-344.
- Gómez-Gutiérrez A.M., Gómez-Ramírez B.D., y Cardona-Maya W.D. 2020. ¿Tienen los Hábitos de Vida y de Alimentación Impacto en la Calidad Seminal? Colombia. *Revista Urología Colombiana*. 2: 103-110.
- González-Díaz R.R., Acevedo-Duque Á.E., Guanilo-Gómez S.L., y Cruz-Ayala K. 2021. Ruta de Investigación Cualitativa–Naturalista: una alternativa para estudios gerenciales. *Revista de ciencias sociales*. 27(4): 334-350.
- Green J., y Thorogood N. 2018. *Qualitative methods for health research*. sage.283.
- Hanna-Lavalle M.I., Ocampo-Rivero M.M., Janna-Lavalle N.M., Mena-Gutiérrez M.C., y Torreglosa-Portillo L.D. 2020. Redes sociales y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Revista Cuidarte*. 11(1): 1-14.
- Haro J.A. 2011. *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a un sentido, métodos y alcances*. Lugar Editorial. Sonora. 389.
- Hendel L. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guía para periodistas*
- Hernández-Carbajal L.A., Arellano-Meneses A.G., Luna-Román C.M., y Ruiz-Guzmán G. 2014. Percepción de la imagen corporal en estudiantes del CCH, Plantel Oriente. *Eutopía*. 7(21): 69-80.
- Hernández-Gallardo D., Arencibia-Moreno R., Linares-Girela D., Murillo-Plúa D.C., Bosques-Cotelo J.J., y Linares-Manrique M. 2021. Condición nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes universitarios de Manabí, Ecuador. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 27(1): 15-22.
- Herrera C.D. 2018. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Orientación*

intelectual de revista Universum. Revista general de información y documentación. 28(1): 119.

Horta-Gim C.F. (2022). *Prácticas de alimentación de jóvenes varones estudiantes de una preparatoria en Hermosillo, Sonora* [El colegio de Sonora].

Ibarra-Mora J., y Hernández-Mosqueira C. 2019. Hábitos de vida saludable de actividad física, alimentación, sueño y consumo de tabaco y alcohol, en estudiantes adolescentes chilenos. *Sportis*. 5(1): 70-84.

Ibarra-Sala A.M., Inda Aragón J., Fernández Larrea N., y Báez Dueñas R.M. 2000. Percepción de riesgos en una comunidad insalubre. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16(5): 436-441.

Igartua J.J., y Humanes M.L. 2004. El método científico aplicado a la investigación en comunicación social. *Journal of health communication*. 8(6): 513-528.

INAH. (2016). Manual Básico De Equidad De Género. Recuperado de https://www.inah.gob.mx/images/transparencia/20161118_manualbasico.pdf

INEGI. (2022a). Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2022. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_07&bd=Salud

INEGI. (2022b). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa número 503/22. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

INEGI. (2022c). Estadísticas de defunciones registradas 2021. Comunicado de prensa número 600/2. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf

INEGI. (2023). Estadísticas de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (Preliminar)1. México: Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>

INSP. (2020). Dale la mano a la prevención del cáncer de mama. Instituto Nacional de Salud Pública: Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/dale-la-mano-a-la-prevencion-del-cancer-de-mama>

Jiménez-Benítez M. 2015. Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad.

Kalkan I. 2019. The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. *Nutrition research and practice*. 13(4): 352-357.

Kaufman M. 1995a. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. 123: 146.

Kaufman M. 1995b. Romper los lazos entre masculinidad y violencia. *Lazo Blanco*. 18: 1-8.

Kaufman M. 1999. Las siete P's de la violencia de los hombres. *International Association for Studies of Men*. 6(2): 6-9.

- Keijzer B.d. 2016. " Sé que debo parar, pero no sé cómo": Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro): 278-300.
- Lambert C. 2006. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y vida*. 47(4): 517-529.
- Lazo-Herrera L.A., González Guerrero L., Ricardo Barrero M.G., y Sánchez-Hechavarría M.E. 2019. Indicadores antropométrico-nutricionales en la estratificación de riesgo cardiovascular en una población adulta. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 23(5): 716-724.
- Lejarraga A. 2004. La construcción social de la enfermedad. *Archivos argentinos de pediatría*. 102(4): 271-276.
- López-de-Ayala M.C., Vizcaíno-Laorga R., y Montes-Vozmediano M. 2020. Hábitos y actitudes de los jóvenes ante las redes sociales: influencia del sexo, edad y clase social. *Profesional de la información*. 29(6): 1-13.
- López-García J., Mariano Juárez L., y Medina Luque F.X. 2016. Usos y significados contemporáneos de la comida desde la antropología de la alimentación en América Latina y España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 71(2): 327-370.
- López-López P.L. (2022). *Autopercepción de obesidad y prácticas de higiene al comer de los adolescentes con obesidad en Hermosillo, Sonora* Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo]. Hermosillo Sonora México.
- López-Teros M.T., Vidaña-Espinoza H.J., Esparza-Romero J., Rosas-Carrasco O., Luna-López A., y Alemán-Mateo H. 2023. Incidence of the Risk of Malnutrition and Excess Fat Mass, and Gait Speed as Independent Associated Factors in Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*. 15(20): 4419.
- Lopezosa C. 2020. Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. Lopezosa C, Díaz-Noci J, Codina L, editores *Methodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2020. p. 88-97.
- Luna-Breceda U., del Rocío Haro-Vázquez S., Uriostegui-Espíritu L.C., de Jesús Barajas-Gómez T., y Rosas-Navarro D.A. 2017. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Familiar*. 24(3): 116-120.
- Mardones-Fonseca I.E. 2020. Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 20(2): 211-219.
- Martín-Aragón S., y Pasero H.M. 2008. La nutrición del adolescente: hábitos saludables. *Farmacia profesional*. 22(10): 42-47.
- Martínez de Murga-García G., Sujo-Sit M., y Estévez-Perera A. 2020. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 36(1): 1-13.
- Martini-Minello N. 2002. Masculinidades: un concepto en construcción. *Nueva antropología*. 18(61): 11-30.
- Matus-Lerma N.P.S., Álvarez-Gordillo G.d.C., Nazar-Beutelspacher D.A., y Mondragón-Ríos R. 2016. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*. 24(47): 380-409.

- McRuer R. 2020. Capacidad corporal obligatoria y existencia discapacitada queer. Papeles del CEIC. 2(230): 145.
- Meléndez-Torres J.M., Cañez-de la Fuente G.M., y Frías-Jaramillo H. 2012. Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿ Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? Revista Mexicana de Investigación en Psicología: 99-111.
- Mendieta-Izquierdo G., y Ramírez-Rodríguez J.C. 2015. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 33(3): 435-443.
- Mendoza-Catalán G., Figueroa-Perea J., Gallegos-Cabriales E., Salazar-González B., Onofre-Rodríguez D.J., y Juárez-Medina L. 2021. Relación del machismo con la aceptación de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres adultos. Enfermería Universitaria. 18(3): 285-295.
- Mendoza-Catalán G., Gallegos-Cabriales E.C., y Figueroa-Perea J.G. 2017. Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. Revista Cuidarte. 8(3): 1786-1798.
- Metz-Galán O. 2016. Construcción de estereotipos masculinos y femeninos en la televisión dominicana: diferencias en la percepción de roles| Stereotypes Construction of Male and Female in the Dominican Television: Differences in Perception of Roles. Razón y Palabra. 20(2_93): 300-319.
- Milesi A. 2013. Naturaleza y Cultura: una dicotomía de límites difusos. De prácticas y discursos. 2(2): 1-15.
- Millán-Rosado M.J., García-García F., Álvarez-Alfeo J.C., y Rosado-Rodríguez J. 2014. El suicidio masculino: una cuestión de género. Prisma social. 13(1): 433-491.
- Morales-Arandojo M.I., Delgado-Pacheco V., y Bonilla-Morales J.A. 2016. Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico. Enfermería global. 15(4): 209-234.
- Morales-Sánchez J. (2011). *¿Qué es género?* Ciclo de Conferencias con perspectiva de género. Colección TEPJF, UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5398/4.pdf>
- Morata-Piedad M., González-Santana R.A., Blesa J., Frígola A., y Esteve M.J. 2020. Estudio de los hábitos y generación de desperdicios alimentarios de jóvenes estudiantes universitarios. Nutrición Hospitalaria. 37(2): 349-358.
- Morejón-Giraldoni A.F., Benet-Rodríguez M., Bernal-Muñoz J.L., Espinosa-Brito A.D., Silva-Aycaguer L.C., y Ordunez P. 2020. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Revista Cubana de Salud Pública. 45: e1716.
- Mori-Vara P. 2018. Prevalencia de la obesidad y el sobrepeso de una población universitaria de la Comunidad de Madrid (2017). Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 1: 102-113.
- Moscoso M. 2020. Presentación. La discapacidad más allá del relato: la abyección física en la vida social y la cultura contemporánea. Papeles del CEIC. 2020(2): 1-11.
- Moya L. 2023. Reseña de García-Santesmases (2023). El cuerpo deseado. La conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social. 23(2): e3484-e3484.

- Muñoz-Martínez R. 2020. Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*(85): 88-110.
- Murillo-Godínez G., y Pérez-Escamilla L.M. 2017. Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Medicina interna de México*. 33(3): 392-402.
- Nerio-Monroy A.L. (2019). A,B,C de la perspectiva de género y las masculinidades. CNDH: Recuperado de <https://mexicosocial.org/wp-content/uploads/2019/11/ABC-de-las-masculinidades.-CNDH.-2019.pdf>
- Nichter M. 2008. *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. University of Arizona Press.
- Núñez-López M.I. 2013. La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género= The development of masculinity and relationship to gender violence. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*(5): 61-84.
- Núñez G. 2013. *Hombres sonorenses. Un estudio de género de tres generaciones*. Pearson. 1 ed. Universidad de Sonora.328.
- Obach A., Sadler M., Aguayo F., y Bernal M. 2019. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 42(7): e124.
- OMS. (1998). *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. In. World Health Organization.
- OMS. (2009). *Self-care in the context of primary health care*. Regional Office for South-East Asia.
- OMS. (2021). Organización Mundial de la Salud. Who.int: *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OPS. (2019). *Masculinidades y salud en la región de las Américas*. In: Organización Panamericana de la Salud Washington.
- OPS. (2023). *Cáncer de mama*. Organización Panamericana de la Salud: Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
- Orm-Saab K.A., y Camacaro-Cuevas M. 2013. Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*. 11(1): 27-36.
- Ortega A.O. 2018. Enfoques de investigación. *Métodos para el diseño urbano–Arquitectónico*. 1: 9-18.
- Ovalle-Luna O.D., Jiménez-Martínez I.A., Rascón-Pacheco R.A., Gómez-Díaz R.A., Valdez-González A.L., Gamiochipi-Cano M., Doubova S.V., Valladares-Salgado A., Mondragón-González R., y Méndez-Padrón A. 2019. Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta medica de Mexico*. 155(1): 30-38.
- Pacheco-Núñez M., García-Oroño A.A., Sanz-López R., y Toledo A. 2009. La alimentación en la genealogía de la diabetes. *Diabetes Internacional*. 1(2): 54-60.

- Palacios-Delgado J.R., y Cañas-Martínez J.L. 2010. Características psicosociales asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes de Chiapas. *Psicología Iberoamericana*. 18(2): 27-36.
- Palacios-Esquer M.d.R., Quintana J.T., Agraz L.A., García H.A., y Ortiz O.T. 2015. Contribución calórica y nutrimental del desayuno a la dieta de adolescentes escolares. *Biotecnia*. 17(2): 30-37.
- Paredes F.G., Ruiz-Díaz L., y González N.C. 2018. Healthy habits and nutritional status in the work environment. *Revista chilena de nutrición*. 45(2): 119-127.
- Perdigüero E. 2004. El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*. 18(supl 1): 140-145.
- Pereira-Chao C., Figueroa-Martínez J.A., Rojas-Gutiérrez A.R., Goelkel-Pérez S.J., y Azcanio-Roselló Y. 2020. Obesidad y mortalidad en hombres con insuficiencia cardíaca. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. 26(4): 1003.
- Piza-Burgos N.D., Amaiquema-Márquez F.A., y Beltrán-Baquerizo G.E. 2019. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado*. 15(70): 455-459.
- Pontzer H., Yamada Y., Sagayama H., Ainslie P.N., Andersen L.F., Anderson L.J., Arab L., Baddou I., Bedu-Addo K., y Blaak E.E. 2021. Daily energy expenditure through the human life course. *Science*. 373(6556): 808-812.
- Preciado P.B. 2009. Basura y género, mear/cagar, masculino/femenino. *Parole de queer*. 2: 14-17.
- Ramírez-García S., y Sánchez-Morales J. 2013. Recepción de la jurisprudencia interamericana sobre derechos humanos: libertad de expresión, jurisdicción militar y control de convencionalidad. *Cuestiones constitucionales*. 29: 163-218.
- Ramos-Monteagudo A.M., Yordi García M., y Miranda Ramos M.d.l.Á. 2016. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 20(3): 330-337.
- Ramos-Olarte C.A., y de Keijzer-Benno F. 2018. Se solicitan hombres: la experiencia masculina en talleres sobre afectividad. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*. 20(1): 7-22.
- Ratner R., Hernández P., Martel J., y Atalah E. 2012. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Revista médica de Chile*. 140(12): 1571-1579.
- Rivas-Pajuelo S., Saintila J., Rodríguez Vásquez M., Calizaya-Milla Y.E., y Javier-Aliaga D.J. 2021. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable e índice de masa corporal en adolescentes peruanos: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 25(1): 87-94.
- Robles C.O., Rearte P., Robledo S., Santoriello F., González S.M., y Yovan M. 2021. La convivencia entre la masculinidad hegemónica y las nuevas masculinidades. ¿Es posible el ejercicio de una masculinidad antipatriarcal? *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*(19): 87-107.
- Rocha-Sánchez T.E., y Díaz-Loving R. 2005. Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 21(1): 42-49.

- Rodríguez-Perpiñá A. 1981. La nación y su trasfondo socioespiritual. *Arbor*. 108(422): 187.
- Román P., Munera R., Rus T., y Pinillos F. 2018. La satisfacción corporal en adultos españoles, influencia del sexo, edad y estado ponderal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*. 2(47): 83-94.
- Romero-Martínez M., Shamah-Levy T., Vielma-Orozco E., Heredia-Hernández O., Mojica-Cuevas J., Cuevas-Nasu L., y Rivera-Dommarco J. 2021. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *salud pública de méxico*. 61: 917-923.
- Rossaneis M.A., Haddad M.d.C.F.L., Mathias T.A.d.F., y Marcon S.S. 2016. Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 24: e2761.
- Rubio-Jociles M.I. 2001. El estudio sobre las masculinidades. *Panorámica general*. *Gazeta de Antropologia*. 17.
- Rubio G., y Garfias F. 2010. Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México. CEPAL. *Serie políticas sociales*. 161: 1-51.
- Ruiz-Díaz M.S., Mora-García G., y Gómez-Camargo D. 2018. Asociación del consumo de alcohol y tabaco con la obesidad en adultos de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Salud Uninorte*. 34(1): 109-111.
- Ruiz-Jiménez I., y Nicolás-Moya M. 2018. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería global*. 17(1): 420-447.
- Salas J. 1996. La mentira en la construcción de la masculinidad. *Revista Costarricense de Psicología*. 24: 67-78.
- Salazar-Coronel A.A., Martínez-Tapia B., Mundo-Rosas V., Méndez Gómez-Humarán I., y Uribe-Carvajal R. 2018. Conocimiento y nivel de comprensión de la campaña Chécate, Mídete, Muévete en adultos mexicanos. *salud pública de méxico*. 60: 356-364.
- Sánchez B.V., Romero J.L.B., Peña E.V., Cruz M.C., y Trujillo G.Z. 2016. Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*. 6(2): 81-92.
- Sánchez J., Martínez A., Nazar G., Mosso C., y del-Muro L. 2019. Creencias alimentarias en estudiantes universitarios mexicanos: Una aproximación cualitativa. *Revista chilena de nutrición*. 46(6): 727-734.
- Sánchez V., Aguilar A., González F., Esquius L., y Vaqué C. 2017. Evolución en los conocimientos sobre alimentación: una intervención educativa en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*. 44(1): 19-27.
- Sanfélix J., y Téllez A. 2014. Historias de hombres. Recuperando las voces de los hombres reales. *Prisma Social: Revista de Investigación Social*. 13: 370-406.
- Santamaría-Pérez I. 2022. Sextorsión y mansplaining: caracterización y percepción social del léxico de la violencia de género en los medios digitales.
- Santos G., Madrazo-Reynoso M., Meneses-García A., Mohar-Betancourt A., Reynoso-Noverón N., y Lozano-Herrera J. (2016). Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer en México. In: Instituto Nacional de Cancerología Ciudad de México.

- Scheper-Hughes N., y Lock M.M. 1987. The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*. 1(1): 6-41.
- Schnel M. 2014. Creencias y alimentación. *Anales Venezolanos de Nutrición*. 27(1): 88-95.
- Schöngut-Grollmus N. 2012. La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. 2(2): 27-65.
- SEP-SS. (2017). Modelo Educativo. Salud en tu escuela. Secretaría de Educación Pública: Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/283757/SALUD_DIG.pdf
- SEP. (2013). Estrategia cinco pasos para la salud escolar. Programa de escuela y salud. Programa de acción en el contexto escolar. Secretaría de Educación Pública: Recuperado de https://sep.gob.mx/work/appsite/basica/estrategia_5_pasos.pdf
- Shamah-Levy T., Campos-Nonato I., Cuevas-Nasu L., Hernández-Barrera L., del Carmen Morales-Rúan M., Rivera-Dommarco J., y Barquera S. 2020. Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *salud pública de México*. 61(6): 852-865.
- Solnit R. 2018. Los hombres me explican cosas. Capitán Swing Libros.
- Soto-Núñez C., y Vargas-Celis I. 2017. La fenomenología de Husserl y Heidegger.
- SSA. (2001). Programa de Acción: cáncer de próstata. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_prostata.pdf
- SSA. (2020). Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2/Cierre anual 2020 de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/695500/Bol-Cierre_DM2_2020.pdf
- Stunkard A.J., Sorenson, T., & Schulsinger, F. 1983. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. *Genetics of neurological and psychiatric disorders*: 115-120.
- Toboso-Martín M., y Feltrero-Oreja R. 2020. Ecosistemas de funcionamientos: haciendo visible el capacitismo desde la diversidad funcional. *Federación Española de Sociología*. 8: 1-10.
- Torices-Aldaco A.D., Reyes-Álvarez A.A., Solorzano-Mondragón S.A., y Berumen-Ulloa R. 2018. Cambios en el desarrollo de la personalidad a partir del uso excesivo de Redes Sociales. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*. 4(7): 36-46.
- Trindade V.A. 2016. Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada. Schettini P, Cortazzo I. *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de trabajo social. Editorial de la Universidad de La Plata. 18(1): 32-34.
- Trujano-Soria R., Santiago-Santiago L., Aguilar-Mayen A.A., y de Jesús-Lara N. 2019. Hábitos de salud y autoestima en mujeres y hombres adultos mayores. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21(4): 1318-1341.
- Uresti-Maldonado K.C., Orozco-Ramírez L.A., Ybarra-Sagarduy J.L., y Espinosa-Muñoz 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.

- UVM. (2015). 91% de los niños y jóvenes en México consume más de 5 porciones de bebidas azucaradas al día. Sala de prensa UVM: Recuperado de <https://laureate-comunicacion.com/prensa/91-de-los-ninos-y-jovenes-en-mexico-consume-mas-de-5-porciones-de-bebidas-azucaradas-al-dia/#.ZFrZq3ZBzrc>
- Vicente-Sánchez B., Bonilla-Romero J.L., Vicente-Peña E., Costa-Cruz M., y Zerquera-Trujillo G. 2016. Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*. 6(2): 81-92.
- Villarías-Mier I., Pérez-Romeo Z., Combarro-Canto A., y Villarías-Mier R. 2007. Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*(42): 29-38.
- Zepeda-Goncen G., y Sánchez-Aragón R. 2019. Efectos del apego, afecto y capacidad de recibir apoyo en la salud de la pareja. *Revista Psicologia e Educao*. 2(1): 66-76.
- Zepeda-Iniesta E.L. 2013. Publicidad y salud: Reflexiones en torno a la campaña de “Detección temprana del cáncer de mama”.
- Zubeldia-Lauzurica L., Quiles-Izquierdo J., Mañes-Vinuesa J., y Redón-Más J. 2017. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*. 90: e40006.

10. ANEXOS

10.1. AMAI 2022

CUESTIONARIO PARA LA APLICACIÓN DE LA REGLA AMAI 2022 y CUADRO DE CLASIFICACIÓN

A continuación, se presenta el conjunto de preguntas que se deben realizar a cada hogar para aplicar correctamente la regla AMAI 2022 para estimar el Nivel Socioeconómico

En cada una de las categorías de respuestas se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el Nivel al que pertenece el hogar.

PREGUNTAS

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria Incompleta	6
Primaria completa	11
Secundaria incompleta	12
Secundaria completa	18
Carrera comercial	23
Carrera técnica	23
Preparatoria incompleta	23
Preparatoria completa	27
Licenciatura incompleta	36
Licenciatura completa	59
Diplomado o maestría	85
Doctorado	85

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	24
2 o más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

RESPUESTAS	PUNTOS
0	0
1	22
2 o más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Sí tiene	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	15
2	31
3	46
4 o más	61

6. En esta vivienda, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

RESPUESTA	PUNTOS
-----------	--------

0	0
1	8
2	16
3	24
4 o más	32

CUADRO DE CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Una vez que se hayan realizado las preguntas del cuestionario, se deberán sumar los puntos obtenidos para cada uno de los hogares, y se utilizará el siguiente cuadro para determinar el nivel socioeconómico al que pertenece.

Nivel Socioeconómico	Puntos
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

10.2. Guion de Entrevista Semiestructurada

1. Datos generales

Nombre:	Edad:	Estado civil:
Ocupación:	Grado máximo de estudio:	
Género:	Orientación sexual:	
Teléfono:	Dirección:	

2. Estilo de vida

2.1. Organización en el hogar

¿Cuál es su condición de vivienda? *casa, departamento – propio, renta, con los padres, etc...

¿Tiene alguna responsabilidad económica en su hogar? ¿Cuál?

¿Hay personas que dependan económicamente de usted? ¿Cuántas? ¿Cuál es el parentesco que tiene con ellos?

¿Cuál es su papel en las responsabilidades del hogar?

¿Qué tareas domésticas podría mencionar?

¿Cuáles de ellas considera que son exclusivas para las mujeres?

¿Realiza alguna tarea doméstica? ¿Cuál?

¿Quién hace la lista para el súper/mercado? ¿Quién realiza las compras?

¿Qué se debe tomar en cuenta en su hogar al decidir lo que se va preparar para comer?

¿Cuenta con algún apoyo económico o en especie? (pensiones, becas, apoyo familiar, etc.)

¿Quién administra los ingresos del hogar?

En el hogar donde creció, ¿A quién veía como autoridad*? ¿Por qué?

En su hogar actual ¿A quién considera como autoridad*? ¿Por qué?

*el concepto de autoridad, durante la entrevista será dirigido hacia plantear la orientación y poder de los líderes o autoridades en el hogar sobre la construcción de la masculinidad.

2.2. Actividades recreativas y espirituales

¿Qué hace en su tiempo libre, fuera de su rutina diaria?

¿Qué actividades disfruta en sus días de descanso o fuera de la rutina?

¿Con quién comparte esas actividades?

¿Cuánto tiempo en la semana lo destina a recreación?

¿Considera que su pasatiempo es costoso?

¿Practica alguna religión?

¿Es la única religión que ha practicado en su vida? ¿Cuál otra?

¿Con qué frecuencia va a la iglesia? (sin contar eventos especiales como bodas, quince años, bautizos, funerales, primera comunión...)

¿Considera que su religión ha influido en sus decisiones de autocuidado de salud y alimentación?

¿De qué manera?

2.3. Recursos de socialización

¿Qué situaciones le pueden provocar enojo?

¿Qué tipo de reacciones tiene cuando se enoja?

¿Cómo considera que es la mejor manera de resolver un conflicto?

¿Considera que la violencia es una característica presente/constante/permanente/implícita en los hombres? ¿Por qué?

¿Podría darme un ejemplo de violencia en la que el agresor sea un hombre? (en el hogar/doméstica, trabajo, comunidad, pareja)

¿A quiénes considera que afectan este tipo de situaciones?

¿Ha presenciado una situación de violencia? ¿Cómo fue? ¿Cuál fue su postura en esa ocasión?

3. Percepción física

De la siguiente imagen, seleccione la silueta que considera más cercana o similar a su estado actual.

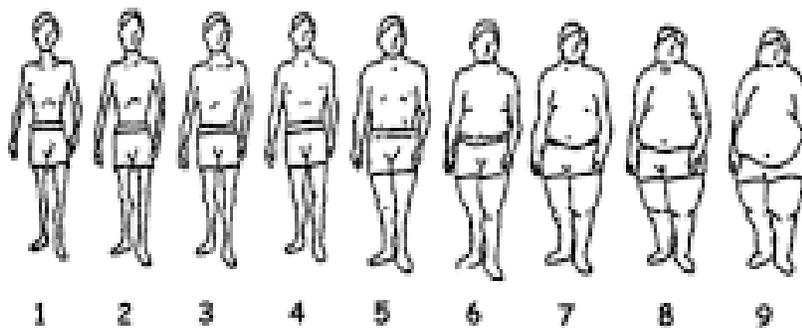


Figura 1. Siluetas de Stunkard

Seleccione también cuál es la silueta que le gustaría tener (puede ser la misma que seleccionó anteriormente)

¿Se siente conforme con la forma de su cuerpo? ¿Por qué?

¿Hay algo de su físico que le gustaría cambiar? ¿Qué? ¿Por qué?

¿Cuándo fue la última vez que se pesó? ¿En qué situación fue?

¿Recuerda cuál fue su peso en esa ocasión?

4. Entrevista dietaria

¿Qué es lo que normalmente Desayuna/colación/comida/colación/cena/extras después de cenar?

¿Come los mismos alimentos entre semana y fin de semana?

¿Cuáles alimentos son sus favoritos?

¿Cuáles alimentos no le gustan?

¿Hay algún alimento que le cause alergia o malestar...le caiga mal?

¿Cuáles son? ¿Qué siente?

¿Qué bebidas acostumbra a tomar? (agua, café, sodas, jugos (naturales/procesados), bebidas alcohólicas, leche, etc) Marcas

¿Con qué líquidos/bebidas acostumbra a acompañar sus alimentos o entre comidas?

¿Cuáles son sus favoritos? ¿Cuáles no le gustan?

¿Acostumbra a tomar agua? ¿Cuánto toma por día -aproximadamente- en vasos, tazas, botellas (litros por día)

¿Quién prepara normalmente los alimentos que consume?

¿Hay alguna preparación o receta que exclusivamente la haga usted?

¿Quién decide qué alimentos se preparan en casa?

Considerando una semana cotidiana, ¿Cuántas comidas realiza en casa y cuántas en la calle? *se considera comida en la calle si piden servicio a domicilio (días a la semana y veces al día)

¿Cómo considera que es su apetito?

¿Cómo considera que es su digestión?

¿Ha intentado seguir un régimen alimenticio previamente?, ¿Por qué motivo?

¿Con quién se asesoró para hacer el régimen?

¿Aún mantiene este régimen? De no ser así ¿Cuánto tiempo la siguió?

¿Cuáles fueron los resultados?

¿Por qué motivo dejó de hacerlos?

¿Cómo sería un régimen que pueda seguir?

5. Historial de salud

5.1. Percepción e información sobre el estado general de salud física

Cuando piensa en una persona saludable, ¿Qué es lo primero que se le viene a la mente, visualiza/ves/imaginas (descripción)?

¿Se considera una persona saludable? ¿Por qué? ¿Qué características tienes para considerarte así?

¿Crees que con el tiempo puedes cambiar tu estado de salud? ¿De qué forma?

¿Qué hace o deja de hacer para mejorar su salud?

¿Qué hace o deja de hacer que puede dañar su salud?

¿Cómo sabe que no se sientes bien? ¿Qué siente?

¿Puede decirme de qué se ha enfermado (desde pequeño hasta la fecha)?

Además de las enfermedades que usted ha padecido. ¿Qué otras enfermedades conocen por las que haya pasado alguien cercano?

Cuando se siente enfermo, ¿Qué hace?

¿Tiene actualmente alguna enfermedad?

¿Toma algún medicamento o suplemento?

¿Tiene algún antecedente personal de enfermedad?

¿Se considera una persona enfermiza? ¿Por qué?

Cuando ha llegado a enfermarse, ¿Cómo atiende su salud?

Cuando va al médico, ¿Concluye los tratamientos bajo las indicaciones del médico?

¿Por qué motivo no atiende su salud?/ ¿Qué le ha hecho decidir atender su salud?

¿Ha sentido temor de acudir a una consulta médica? ¿Por qué?

¿fuma o tiene el hábito de fumar?, ¿Cuántos cigarros por día?

¿Consume alcohol?, ¿Con qué frecuencia? ¿Qué cantidad? ¿Qué bebidas alcohólicas prefiere y cuáles no le gustan? ¿desde cuándo?

¿Utiliza/consume drogas, incluyendo medicamentos?, ¿cuáles?, ¿En qué cantidad y frecuencia? ¿desde cuándo?

¿Tiene 1 o más familiares que padezcan o hayan padecido alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión o cáncer?

¿Qué parentesco tienen con usted?

¿Tiene 1 o más familiares que padezcan o hayan padecido alguna condición mental como depresión o ansiedad?

¿Qué parentesco tiene con usted?

¿Considera que el tener familiares con “X” enfermedad ha modificado en usted su alimentación o estilo de vida?

¿Cada cuánto tiempo se realiza un chequeo general para evaluar su estado de salud?

¿Cuándo fue la última vez?

¿Cuál fue el resultado?

¿Realizó alguna modificación de su alimentación o estilo de vida a partir de ese resultado?

¿Qué considera que abarca el término “salud masculina”?

Cuando acude a consulta ¿prefiere que sea un profesional hombre, mujer o no tiene importancia

para usted? ¿Por qué?

¿Tiene alguna preferencia en la edad del profesional de salud que lo atiende, es decir que sea joven o un adulto de mayor edad? ¿Por qué?

¿Qué características físicas del profesional de salud le causan mayor seguridad? ¿Por qué?

¿Cuenta con algún tipo de servicio/seguro médico? ¿Cuál?

¿Utiliza los beneficios que le ofrece su servicio/seguro para atención de su salud?

¿Cuánto porcentaje de su ingreso mensual es destinado para la atención de su salud?

¿Considera que su situación económica es un impedimento para tener una buena atención de su alimentación y salud? ¿Por qué?

Considerando los 5 tipos de salud (física, mental, emocional, social y espiritual) ¿Qué jerarquía de importancia tienen para usted?

¿Cómo sería una campaña de promoción a la salud que motive su participación?

5.2. Información sobre prácticas de actividad física

¿Cómo considera que es una persona activa?

¿Se considera una persona activa?

¿Realiza algún ejercicio o actividad física?

¿Qué ejercicio o actividad física practica?

¿Cuántos días a la semana?

¿Cuánto tiempo dedica a su entrenamiento al día?

¿Por qué realiza actividad física?/ ¿qué le impide realizar actividad física?

¿Considera importante realizar actividad física para mantener un buen estado de salud?

5.3. Hábitos del sueño

¿Tiene un horario de sueño?

¿Cuántas horas por día duerme normalmente?

¿Tiene una rutina para dormir?

¿Qué hace los últimos 15 minutos antes de acostarse?

¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?

¿Se levanta durante la noche? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivo?

¿Acostumbra a dormir durante el día? ¿Cuánto tiempo?

5.4. Información sobre higiene personal

¿En qué situaciones se lava las manos?

¿Cómo se lava las manos?

¿Cuántas veces al día se lava los dientes?

¿Cómo se lava los dientes?

¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo de dientes?

¿Con qué frecuencia acude al dentista?

¿Con qué frecuencia se baña?

¿Cuál es su rutina al bañarse?

¿Qué productos para el cuidado de higiene personal puede mencionar?

¿Cuáles considera que son exclusivos para las mujeres?

¿Qué productos utiliza para el cuidado de higiene personal? (Shampoo, cremas, desodorante, gel, cera, ...)

¿Considera que la higiene personal está relacionada con la salud? ¿Por qué?

¿Identifica alguna enfermedad que se relacione con la mala higiene? ¿Cuál?

¿Ha presentado algún problema de salud por mala higiene? ¿Cuál?

¿Qué hizo para atender ese problema?

¿Considera que modificó sus hábitos de higiene a partir de esa situación? ¿De qué manera?

Al orinar, ¿acostumbra hacerlo de pie o sentado?

¿Acostumbra utilizar papel de baño para limpiarse después de orinar?

De todo lo que respondió en esta entrevista, ¿Considera que algunas de sus prácticas han sido conductas heredadas en su familia? ¿Cuáles?

10.3. Dictamen Comité de Ética de Investigación del CIAD



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Centro de Investigación
en Alimentación y Desarrollo

Comité de Ética en Investigación del CIAD
Hermosillo, Sonora; 28 de noviembre de 2022
Registro: CONBIOÉTICA-26-CEI-001-20200122
CEI/031/2022

MC. Gloria Guadalupe Morales Figueroa
Departamento de Nutrición Pública y Salud
Coordinación de Nutrición
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.
PRESENTE

Estimada MC Morales Figueroa:

Me permito comunicarle que el Comité de Ética de Investigación de nuestro centro (CEI-CIAD) ha revisado el formato para la aprobación del proyecto para la revisión ética de las actividades que involucren riesgos a personas (o animales) en estudio, la carta de consentimiento informado y la propuesta de investigación **"Masculinidades y autocuidado en alimentación y salud de hombres hermosillenses de tres generaciones"** del cual usted es la responsable técnica.

Con base en la información proporcionada y con fundamento en el marco jurídico mexicano vigente (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, TÍTULO SEGUNDO, CAPÍTULO I,II); este Comité expide el siguiente:

DICTAMEN: APROBADO

Cualquier **modificación o suspensión** del protocolo **aprobado**, deberá notificarlo al CEI-CIAD. Además, durante el mes de diciembre 2021, solicitaremos el estatus de avance que guarda el protocolo, información de relevancia para la conservación del Registro de este CEI-CIAD ante la CONBIOÉTICA, por lo que le pedimos amablemente responder a la brevedad la información que sea requerida.

Ateentamente

Dr. Luis Quihui Cota
Presidente del Comité de Ética en Investigación del CIAD
C.c.p. Archivo



10.4. Carta de Consentimiento Informado

Formato de Consentimiento Informado

1. Título del proyecto: Masculinidades y autocuidado en alimentación y salud de hombres hermosillenses de tres generaciones

Equipo de investigadores: M.C. Gloria Guadalupe Morales Figueroa, Dra. María del Carmen Hernández, Dre. Sam Fernández.

Para cualquier duda o pregunta que usted tenga, puede comunicarse con el responsable técnico de este proyecto: M.C. Gloria Gpe. Morales Figueroa, al teléfono 6621900629

2. Introducción/propósito:

Los hombres tienen características socioculturales establecidas de generación en generación en México. En pleno siglo veintiuno, en el noroeste del país, se siguen encontrando hombres con pensamientos y actitudes machistas como demostración de virilidad, lo que afecta el manejo y expresión de sus emociones.

Aunque existen excepciones, generalmente los hombres se caracterizan por enfocar su alimentación con base a sus gustos, sin importar que no sean saludables o que están contraindicados para su salud. Esta situación se repite de manera uniforme en los diferentes grupos de edad. El tener estos hábitos de manera crónica puede dar pie a enfermedades relacionadas a la alimentación

Esto debería de quedar más claro en los sistemas de atención de salud sin embargo aún no se logra mejorar las estrategias y comunicación entre ambas partes. La percepción del estado nutricional de los individuos es pieza clave en la decisión de su atención. Esta investigación busca comprender cómo son abordados los temas de alimentación y salud desde el mundo de las percepciones sobre su salud y alimentación como temas relevantes en el desarrollo o presencia de enfermedades por la población que participará, con la finalidad de encontrar puntos claves para reducir la distancia entre estos grupos y los sistemas de salud

3. Objetivo general:

Comprender las prácticas de autocuidado sobre alimentación y salud en hombres de tres generaciones influidas por la percepción de riesgo a enfermedades y la construcción de su masculinidad.

Objetivos particulares:

- a) Diseñar y realizar entrevistas semiestructuradas a hombres de tres generaciones de Hermosillo Sonora, para identificar qué conocimiento, percepciones, prácticas de autocuidado llevan a cabo

desde una visión masculina.

b) Relacionar el estado de salud de hombres sonorenses de diferentes generaciones con su dieta actual, historial de salud, información antropométrica y estilo de vida.

c) Analizar el estado de salud y los discursos sobre autocuidado en alimentación y salud influido por las percepciones de riesgo desde la construcción de su masculinidad en hombres de tres generaciones.

4. El estudio contempla lo siguiente: Se buscará la participación de 30 hombres, 10 en cada grupo de edad (Jóvenes de 19 a 39 años, adultos de 40 a 59 años y adultos mayores de 60 a 80 años). A los participantes se les realizarán mediciones antropométricas, un cuestionario de Nivel Socioeconómico (NSE) y una entrevista semiestructurada que serán realizadas en una sola ocasión y se estima una duración de dos horas en dos días. Un día para las mediciones antropométricas y de composición corporal que tomarán de 10 a 15 minutos y otro día para el cuestionario de NSE y entrevista que requiere de poco menos de dos horas. El número de días podrá aumentar solo bajo la solicitud de los participantes.

Las mediciones antropométricas que se tomarán serán peso, talla, circunferencia de cintura y cadera. Para la estimación del % de grasa y %músculo se tomarán a través de una báscula que permite el paso de una pequeña corriente eléctrica inofensiva e imperceptible a través del cuerpo por medio de unos electrodos de acero fino cepillado, para esta última medición es requerido un ayuno de 8 horas.

Cuestionario de Nivel Socioeconómico (NSE). El NSE será determinado a través del cuestionario del Nivel Socioeconómico AMAI.

Una entrevista semiestructurada. Esencialmente es una conversación dirigida que toca temas de interés para este trabajo, básicamente se preguntará sobre los siguientes temas: datos generales, estilo de vida (Organización del hogar, actividades recreativas y espirituales, recursos de socialización), percepción física, entrevista dietaria, historial de salud (percepciones e información sobre el estado general de salud, información sobre prácticas de física, hábitos de sueño e información sobre higiene personal). Se garantizará la confidencialidad de la información en todo momento. El presente estudio tendrá un diseño transversal, con un análisis de tipo cualitativo.

Se garantizará la confidencialidad de la información en todo momento. Con el fin de minimizar la exposición de ambas partes al COVID-19, se llevarán a cabo todas las medidas de prevención (el levantamiento de la información preferentemente será en espacios abiertos, uso de cubrebocas, sana distancia, mínimo tiempo para realizar las mediciones y gel antibacterial)

La entrevista será grabada solo con la autorización de los participantes. Esto es, con el fin de obtener la información completa para realizar el análisis cualitativo. Dichas grabaciones serán compartidas solo con personas que formen parte del equipo de investigación.

Nombre de la persona que otorga el consentimiento:

Declaración: Entiendo que mi participación en este estudio conlleva lo siguiente:

5. Riesgos/incomodidades que puedo experimentar: Incomodidad al compartir información personal sobre algunos temas. Incomodidad de participar en sesiones que serán grabadas. Mismas que puedo suspender en cualquier momento.

6. Beneficios previsibles para el participante: Obtener la experiencia de participar en un estudio de investigación científica. Provocar una reflexión personal dada la naturaleza de las preguntas y como respuesta tomar mayor conciencia sobre mi autocuidado en alimentación y salud. Al finalizar se me otorgará una retroalimentación acerca de prácticas de autocuidado desde mejores elecciones de alimentos, beneficios de pequeñas rutinas de ejercicios estas como ejemplo, pero dependerá de lo encontrado al finalizar el estudio.

7. Beneficios previsibles para la sociedad: Este estudio propone una mejor comprensión acerca de cómo son abordados los temas de salud y alimentación desde una visión masculina, además de responder a qué riesgos a enfermedades perciben así como si estos están influidos por la forma en que cada generación de participantes ha conceptualizado su masculinidad. La comprensión permite hacer propuestas más cercanas y efectivas a sus realidades, de tal manera que en el futuro se pueden realizar intervenciones con un enfoque más incluyente, sensible a sus necesidades, tomando en cuenta sus percepciones, contextos y edades, pero sobre todo venida desde su perspectiva.

8. Confidencialidad de la información: La información obtenida de las entrevistas, así como los datos personales de los participantes son completamente confidenciales, para propósitos de publicación, la información será tratada de manera general y en caso de particularidades no habrá manera de identificar a los participantes porque será emplado un sistema de códigos para cada voluntario. A esta sólo tendrán acceso las siguientes personas: MC. Gloria Guadalupe Morales Figueroa, Dre. Sam Fernández, Dra. Ma. Del Carmen Hernández, estudiante de maestría Damaris Carrillo Castañeda

9. Problemas o preguntas: Se les dará respuesta a todas las dudas o incomodidades que los participantes puedan tener, si el participante lo desea, se le entregará información digital acerca del tema en cuestión, con el fin de enriquecer su conocimiento. Así como una copia de esta forma de consentimiento.

10. Consentimiento/participación voluntaria: Tengo absoluta libertad de abandonar el estudio, en cualquier momento sin cuestionamientos u obligaciones.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este formato de consentimiento declaro que se me han explicado claramente los objetivos, tipo de mediciones, cuestionario para saber mi nivel socioeconómico así como la

entrevista con los temas que me preguntarán y que forman parte de esta investigación, así como los beneficios/riesgo que conlleva mi participación.

Entiendo que los procedimientos a utilizar, no representan riesgos adicionales que puedan afectar mi salud.

Asimismo, acepto voluntariamente y me doy por enterado (a) de los procedimientos y análisis que se aplicarán en este estudio:

1. Entrevista sobre los temas mencionados anteriormente, de manera presencial con todas las medidas recomendadas por la Secretaría de Salud.
2. Cuestionario sobre mi nivel socioeconómico
3. Grabación del audio durante la duración de la entrevista.
4. Mediciones antropométricas.

Reconozco que tengo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo.

Fecha de aceptación: _____ / _____ / _____ / _____

Día Mes Año Hora

Nombre del voluntario/responsable: _____

Firma de autorización: _____

Testigo

Testigo

Presidente del Comité de Ética en Investigación de CIAD:

Dr. Luis Quihui Cota

Teléfono: 662190062