

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PROFESIONALIZANTE



Impacto de la cultura masculina en la percepción y realización de estudios diagnósticos de colonoscopia en Culiacán, Sinaloa.

TESIS

Como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería

PRESENTA:

LE Reyna Yesenia Heras Corrales

DIRECTORES DE TESIS:

DR. Omar Mancera González

ME. Leticia Yoshoky Cordero Corona



Universidad Autónoma de Sinaloa

Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd.
Universitarios
C.P. 80010 Culiacán Sin. Méx.
Tel (667) 713 78 32 y
(667) 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

Agradecimiento

Primeramente, agradezco a Dios por brindarme la fortaleza, la perseverancia y la sabiduría necesarias para continuar preparándome académica y profesionalmente alcanzar esta importante meta.

Expreso mi más profundo agradecimiento a mi familia por su apoyo incondicional durante este proceso. De manera especial, agradezco a mi hija **Luna Ximena**, quien compartió su tiempo, espacio para que yo pudiera continuar con mi formación profesional. Durante este camino de crecimiento personal y profesional tuve la fortuna de encontrar personas valiosas que fortalecieron significativamente mi proceso de aprendizaje. Agradezco especialmente a mis amigas **Karen Larissa** y **Valery Lizette**, quienes estuvieron presentes en los momentos más difíciles, brindándome su apoyo, compañía y palabras de aliento, que hicieron más llevadero este proceso de formación.

Mi más sincero reconocimiento a mis asesores de movilidad nacional en la FENO, la **Dra. Beatriz Espinosa Rivera** y el **Dr. Rabin Amadeo Martínez Hernández**, por compartir generosamente sus conocimientos, experiencias y orientación, y contribuir de manera significativa al enriquecimiento de esta investigación.

De igual forma, agradezco profundamente a la **Mtra. Leticia Yoshoky Cordero Corona**, coordinadora de la maestría, por su constante apoyo, orientación y acompañamiento durante este proceso. Su confianza y disposición fueron fundamentales para la culminación del trabajo.

Finalmente, expreso mi más sincero agradecimiento a mi asesor de tesis, **el Dr. Omar Mancera González**, quien fungió como principal guía en el desarrollo de esta investigación. Su dedicación, observaciones, conocimientos y valiosas aportaciones fueron esenciales para la construcción y consolidación de este trabajo.

Dedicatoria

Este logro representa mucho más que la culminación de un proyecto académico; es el cumplimiento de una meta que siempre estuvo presente en mi corazón: seguir preparándome, crecer profesionalmente y demostrarme a mí misma que nunca debemos conformarnos ni permanecer en nuestra zona de comodidad.

Quiero dedicar estas palabras a aquella niña temerosa que durante mucho tiempo dudó de sus capacidades, sintió miedo e incertidumbre y muchas veces creyó no ser suficiente. Hoy puedo mirar atrás y decirle con orgullo: sí eres capaz; siempre lo fuiste. No necesitabas la aprobación de nadie para alcanzar tus sueños, porque la fuerza y el valor siempre estuvieron dentro de ti. Gracias por no rendirte, por levantarte cada vez que fue necesario y por atreverte a seguir adelante aun cuando el camino parecía difícil.

Y, de manera muy especial, te dedico este logro a ti, **Luna Ximena**. Hoy eres pequeña y quizás aún no comprendes todo lo que se ha significado este proceso para nosotras, pero algún día podrás leer estas palabras y entender cuánto amor hay detrás de cada esfuerzo realizado. Hija, quiero que sepas que has sido mi mayor inspiración, el motor que me impulsó a continuar cuando aparecían el cansancio y las dificultades. Cada paso que di estuvo acompañado por el deseo de construir un mejor futuro para ti y enseñarte, con el ejemplo, que los sueños pueden alcanzarse con dedicación y perseverancia.

Deseo que este logro te recuerde siempre que eres capaz de conseguir todo aquello que te propongas. Confía en ti, cree en tus capacidades y nunca permitas que el miedo limite tus sueños. Eres y siempre serás lo más importante en mi vida.

Con todo mi amor, para ti, **Luna Ximena**.

Te ama, Mamá.

Introducción1

Capítulo 1. Etapa Pre-Reflexiva8

1.1.Contextualización Y Delimitación Del Fenómeno De Estudio8

1.2 Justificación del Fenómeno de Estudio.17

1.4 Estado del Arte19

Estudios Internacionales19

Estudios Nacionales27

Estudios Locales28

Capítulo II. Etapa Reflexiva: Teórica-Conceptual o Teórica-Empírica29

2.1 Marco Teórico29

Teoría de las Masculinidades de Raewyn Connel30

Teoría de “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad”32

Modelo del Sol Naciente39

2.2 Marco Conceptual43

Salud43

Promoción a la Salud45

Cultura Masculina45

Colonoscopia48

La Masculinidad y sus Clasificaciones49

Micromachismo50

Masculinidad Hegemónica50

Sistema Sexo/Género52

Proceso Salud/ Enfermedad/ Atención53

2.2 Objetivo General54

2.2 Objetivos Específicos54

Capítulo III. Etapa Metodológica54

3.1 Tipo de Estudio54

3.1.1 Diseño de Estudio55

3.2 Diseño Metodológico57

3.3 Escenario del Estudio58

3.4 Sujetos de Estudio59

3.5 Características de los Sujetos de Estudio60

3.6 Saturación de Datos	61
3.7 Recursos Humanos y Financieros	61
3.8 Descripción Operativa de la Recolección de Datos	62
3.9 Plan de Análisis de los Datos	63
3.9.2 Criterios de Rigor	65
3.10 Consideraciones Éticas y Legales	66
Capítulo IV. Etapa Interpretativa: Resultados, Discusión y Recomendaciones	67
4.1 Resultados	67
4.1.1 Descripción de las Categorías Sobre la Cultura de la Masculinidad	70
Categoría 1. Cultura Masculina y Expresión Emocional	70
Categoría 2. Autocuidado y Percepción De Riesgo	71
Categoría 3. Acceso y Eficiencia del Sistema de Salud	73
Categoría 4. Colonoscopia y Significado Cultural	75
Categoría 5. Información y Educación Del Hombre	77
Discusión	79
Consideraciones Finales	90
Anexos	105
Anexo 1. Consentimiento Informado	105
Anexo 2. Entrevista Semiestructurada	106
Anexo 3. Comité de Ética HGC IMSS-BIENESTAR	107
Anexo 4. Comité de Investigación HGC IMSS-BIENESTAR	107
Anexo 5. Registro Proyecto FEC	107
Anexo 6. Aprobación Archivo Clínico HGC IMSS-BIENESTAR	107
Anexo 7. Cronograma de Actividades	107

Resumen

El presente estudio analizó el impacto de la cultura masculina en estudios diagnósticos de prevención en los varones de Culiacán, Sinaloa. El propósito principal fue identificar cómo la cultura masculina influye en la percepción de la salud del hombre y su participación en medidas de prevención actualmente. El objetivo general fue relacionar el impacto de la cultura masculina con la percepción y la realización de estudios diagnósticos, particularmente la colonoscopia. La investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo y un diseño etnográfico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a siete hombres, lo que permitió explorar sus vivencias, significados y percepciones en torno al autocuidado, la expresión emocional y la prevención en salud. Asimismo, se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre la construcción de las masculinidades, la educación, los roles tradicionales y los factores socioculturales que intervienen en la construcción de la identidad masculina. Como resultado, se identificaron cinco categorías principales que evidencian cómo la masculinidad hegemónica se manifiesta mediante el miedo, la negación emocional y diversas barreras que limitan la búsqueda de atención preventiva y la realización de estudios diagnósticos como la colonoscopia. No obstante, también emergieron señales de transformación en algunos participantes, especialmente en aquellos con mayor nivel educativo. Se concluye que la construcción cultural de las masculinidades influye en conductas de riesgo que pueden afectar negativamente en la salud y contribuir a una menor esperanza de vida en comparación con las mujeres. Sin embargo, los hallazgos muestran un proceso progresivo de cambio que favorece una mayor conciencia del autocuidado, la ruptura de estereotipos y la aceptación de estudios diagnósticos como parte de una práctica responsable de cuidado humano.

Palabras claves: Masculinidad, Perspectiva de Género, Cultura, Género y salud.

Abstract

This study analyzed the impact of masculine culture on diagnostic prevention studies in men from Culiacán, Sinaloa. The general objective was to relate the impact of masculine culture to the perceptions and performance of diagnostic procedures. The methodology was developed using a qualitative approach with an ethnographic design. Semi-structured interviews were conducted with seven men, allowing the exploration of their experiences, meanings, and perceptions regarding self-care, emotional expression, and health prevention. A literature review was also conducted on the construction of masculinities, education, traditional roles, and the sociocultural factors involved in the construction of masculine identity. Five main categories were identified, showing how hegemonic masculinity is manifested through fear, emotional denial, and various barriers that limit preventive health-seeking and the use of diagnostic tests such as colonoscopy. Nevertheless, signs of transformation also emerged among some participants, especially those with higher educational levels, who demonstrated greater openness toward self-care practices. It is concluded that the cultural construction of masculinities influences risk behaviors that may negatively affect health and contribute to a lower life expectancy compared with women. However, the findings also show a gradual process of change that promotes greater awareness of self-care, the breakdown of stereotypes, and acceptance of diagnostic tests as part of responsible preventive health practices.

Keywords: Masculinity, Gender Perspective, Culture, Gender and health.

Introducción

La prevención de enfermedades es un conjunto de estrategias y medidas que se realizan para evitar la presencia de enfermedades o minimizar el daño o su avance terminal. Siendo punto clave la cultura de prevención, que implica educar para la prevención con el objetivo de promover actitudes positivas y creencias con respecto a la importancia del cuidado de la salud (Universidad Autónoma Nacional de México [UNAM], 2022).

Desde la perspectiva de enfermería, la comprensión de los significados culturales que las personas atribuyen a la salud y a los procesos de enfermedad resulta fundamental para brindar un cuidado integral. En este sentido, la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados de Madeleine Leininger plantea que el cuidado debe ser congruente con los valores, creencias y prácticas culturales de las personas, ya que estos elementos influyen en la manera en que se perciben la salud, la enfermedad y la búsqueda de atención sanitaria. Bajo este enfoque, comprender las construcciones culturales de la masculinidad permite identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de prácticas preventivas como la colonoscopia, culturalmente sensibles y centradas en las necesidades reales de los hombres (Leininger, 1997).

En la actualidad, resulta relevante reconocer que muchas de las enfermedades que hoy están en incremento debieron ser prevenibles, al tener conductas y estilos de vida positivos. En este contexto, las revisiones continuas y estudios diagnósticos, como la colonoscopia, son herramientas claves para la detección temprana de cáncer colorrectal y enfermedades graves propias del colon. Sin embargo, diversos estudios evidencian que, aunque la prevención es reconocida como necesaria, la cultura masculina hegemónica puede limitar la participación de los hombres en estos procesos, generando miedo, resistencia a buscar atención y retrasos en la realización de estudios diagnósticos (Organización Mundial de Gastroenterología, 2007).

Educación para la prevención implica fomentar conocimientos, actitudes y prácticas que fortalezcan la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud, promoviendo una participación consciente en acciones como la detección oportuna, promoviendo una participación consciente en acciones como la detección oportuna, la adopción de estilos de vida saludables y el uso adecuado de los servicios de salud. De esta manera, la cultura de

prevención se convierte en una herramienta clave para mejorar la calidad de vida de la población y reducir el impacto de enfermedades que, en muchos casos, podrían evitarse mediante intervenciones oportunas y decisiones informadas (UNAM, 2022).

Sin embargo, la manera en la que hemos sido educado y socializados impacta en nuestras decisiones y acciones relacionadas con la salud. Lo cual se extienden en diversos ámbitos de nuestra vida política, emocional y social, lo que está vinculado con la forma en que asumimos roles de género que son contruidos por la sociedad. Los hombres han fomentado conductas relacionadas con las masculinidades que fueron construcción social, las cuales resultan perjudiciales para su bienestar físico y emocional. Dentro de esas conductas se pueden incluir la resistencia a buscar atención médica, el rechazo a mostrar debilidad, expresar sentimientos que se perciben como débiles y eso pierda su imagen de fuertes y valientes. Tales patrones han generado en su estado de salud, reflejándose en menor esperanza de vida en comparación con el género femenino.

Las construcciones sociales de la masculinidad han sido ampliamente analizadas en los estudios de género, donde se reconoce que los hombres suelen ser socializados bajo ideales de fortaleza, autosuficiencia y control emocional. Estos mandatos culturales influyen en la manera en que enfrentan la enfermedad. Diversos estudios señalan que estos patrones pueden traducirse en una menor participación en acciones preventivas y en un acceso tardío a los servicios de salud, lo que impacta directamente en los indicadores de morbilidad y mortalidad masculina.

La atención de salud constituye un componente esencial dentro de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. No obstante, la utilización de los servicios de salud no depende únicamente de su disponibilidad, son también de factores sociales, culturales y personales que influyen en la manera en que las personas interpretan su estado y toman decisiones respecto a la búsqueda de atención médica. En el caso de los hombres, diversos estudios han señalado que las construcciones tradicionales de la masculinidad pueden generar barrera para acudir oportunamente a los servicios sanitarios, ya que los ideales de fortaleza, autosuficiencia y control emocional pueden llevar a minimizar síntomas o retrasar con profesional de la salud. Esta situación puede repercutir en una mejor participación en acciones preventivas y en estudios diagnósticos, como la colonoscopia, lo que

evidencia la importancia de promover modelos de atención de salud más accesibles, humanizados y culturalmente sensibles que favorezcan la participación activa de los hombres en el cuidado de su salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

La relación entre las construcciones sociales de la masculinidad y el cuidado de la salud ha sido ampliamente analizada en el campo de la salud pública y los estudios de género. Se ha señalado que los mandatos culturales asociados a la identidad masculina influyen en la manera en que los hombres interpretan los síntomas, afrontan la enfermedad y toman decisiones relacionadas con la búsqueda de atención médica. En muchos contextos, la expectativa social de mostrarse fuerte, autosuficiencia y emocionalmente controlado pueden llevar a que los hombres minimicen las molestias físicas o retrasen la consulta con profesionales de la salud. Estas prácticas pueden contribuir a una menor participación masculina en acciones preventivas y al diagnóstico de diversas enfermedades, lo que repercute en indicaciones de salud menos favorable en comparación con otros grupos de la población (OPS, 2019; Hernández, 2008).

En este sentido, diversos autores han señalado que los modelos tradicionales de masculinidad pueden influir en la forma en que los hombres se relacionan con su salud. (Courtenay, 2020; Gomes et al., 2020; Calderon, 2025; De Keijzer et al., 2022) La presión social por mantener una imagen de fuerza, fortaleza, autosuficiencia y control emocional puede llevar a que muchos hombres minimicen síntomas, eviten expresar malestar o retrasen la búsqueda de atención médica. Estas prácticas no solo afectan la detección oportuna de enfermedades, sino que también influye en la manera en que se perciben los procedimientos diagnósticos, especialmente aquello que involucran partes del cuerpo asociadas con la intimidad o que pueden ser interpretados culturalmente como una amenaza a la virilidad.

En el desarrollo de esta investigación, a partir del análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes, emergieron diversas categorías que permitieron comprender con mayor profundidad la relación entre la cultura masculina y las prácticas relacionadas con la salud. Estas categorías fueron: Cultura masculina y expresión emocional, Autocuidado y percepción de riesgo, Acceso y eficiencia del sistema de salud, Colonoscopia y significado cultural, e Información y educación del hombre. Cada una de ellas permitió explorar diferentes dimensiones de la experiencia masculina frente al cuidado de la salud, evidenciando cómo los significados culturales influyen en la forma en que los hombres

interpretan su cuerpo, manejan sus emociones y toman decisiones respecto a la prevención y la atención médica.

La categoría cultura masculina y expresión emocional evidenció que muchos hombres han sido socializados para mostrarse fuertes y evitar manifestar vulnerabilidad, lo que puede influir en el retraso para buscar atención médica. En autocuidado y percepción de riesgo se identificó que la prevención suele postergarse hasta la opresión de síntomas, aunque algunos participantes mostraron mayor conciencia sobre la importancia del cuidado personal.

A lo que hace referencia a la categoría Acceso y Eficiencia del Sistema de Salud permitió reconocer barreras como dificultades económicas, los tiempos de espera y la percepción de la calidad de los servicios. Por su parte, colonoscopia y significado cultural reveló que este estudio diagnóstico se encuentra rodeado de temores, vergüenza y tabúes con el cuerpo masculino. Finalmente, información y educación del hombre destacó la importancia del acceso a la información clara y oportuna para fortalecer el autocuidado y promover la participación en acciones preventivas.

En conjunto, estas categorías permiten comprender que la relación entre la cultura masculina y salud es un fenómeno complejo en el que interviene múltiples factores sociales, culturales y emocionales. Analizar estas dimensiones desde la perspectiva de enfermería contribuye a reconocer la importancia de desarrollar estrategias de cuidado y educación en salud que consideren las particularidades culturales de los hombres, promoviendo así una participación más activa en el autocuidado y en la prevención de enfermedades.

De esta manera particular, estas categorías evidencian que la experiencia de la colonoscopia no se limita únicamente a un procedimiento diagnóstico, sino que se encuentran atravesada por significado culturales, emocionales y sociales que influyen en su aceptación o postergación. Así, la cultura masculina se configura como un elemento central que condiciona tanto la percepción del riesgo como la disposición a participar en acciones preventiva, relevando la necesidad de comprender la salud masculina desde una perspectiva cultural y humanizada.

En este contexto, los estudios diagnósticos como la colonoscopia representan una herramienta fundamental para la detección temprana de enfermedades del colon,

particularmente del cáncer colorrectal. Este procedimiento permite identificar lesiones premalignas o alteraciones en etapas iniciales, lo que incrementa significativamente las posibilidades de tratamiento oportuno y mejora el pronóstico de los pacientes. Sin embargo, a pesar de su relevancia clínica, la aceptación de este estudio continúa enfrentando diversas barreras relacionadas con factores culturales, sociales y emocionales. Entre ellas destacan el miedo al procedimiento, la desinformación acerca de su finalidad y los sentimientos de vergüenza asociados a la exploración corporal, aspectos que pueden estar vinculados con las construcciones culturales de la masculinidad y con los significados que los hombres atribuyen a su cuerpo y a su salud (Organización Mundial de Gastroenterología, 2007; OPS, 2019).

No obstante, los hallazgos evidencian un proceso de cambio, especialmente en hombres con mayor nivel educativo, quién muestran mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado y la aceptación de estudios diagnósticos como estrategias de prevención. Este avance representa una oportunidad para transformar las construcciones sociales de género, fomentando la equidad en salud y promoviendo la participación activa del hombre en su autocuidado, lo que podría mejorar significativamente su calidad de vida (Organización Panamericana de Salud, 2022).

Desde el enfoque de los estudios de género, el concepto de masculinidades permite comprender que no existe una única forma de ser hombre, sino múltiples maneras de construir la identidad masculina según el contexto cultural, social e histórico (Hernández, 2008). Durante décadas predominó un modelo de masculinidad tradicional caracterizado por la fortaleza, la autosuficiencia, el control emocional y la negación de la vulnerabilidad, rasgos que han influido en la forma en que los hombres se relacionan con su salud y con los servicios médicos.

En el ámbito de la salud, estas construcciones culturales pueden favorecer conductas de riesgo, como la resistencia a buscar atención médica o la postergación de estudios preventivos. Diversos organismos internacionales han señalado que los hombres presentan menor participación en programas de prevención y detección oportuna, lo que contribuye a mayores índices de morbilidad y mortalidad en comparación con las mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Desde esta perspectiva, analizar la relación entre masculinidad y salud permite comprender cómo los mandatos culturales influyen en las sesiones de autocuidado y en la aceptación de procedimiento diagnóstico como la colonoscopia.

En el contexto mexicano, diversos estudios han analizado la construcción social de las masculinidades y su impacto en la vida cotidiana de los hombres. Investigaciones realizadas en el país han demostrado que la identidad masculina se encuentra estrechamente vinculada con relaciones de poder, expectativas sociales y roles tradicionales como el de proveedor económico, lo que en ocasiones genera tensiones cuando los cambios sociales y económicos transforman dichas responsabilidades (Hernández, 2008). Estas transformaciones han dado lugar a nuevas formas de entender las masculinidades, reconociendo que la identidad masculina es dinámica y se construye en relación con factores culturales, históricos y sociales.

En el caso de Sinaloa, la cultura masculina ha sido históricamente asociada con valores como la fortaleza, la valentía y el control emocional, características que forman parte de los imaginarios sociales sobre el hombre sinaloense (Lizárraga, 2012). Sin embargo, en las últimas décadas se han observado cambios progresivos en estas representaciones, particularmente en sectores con mayor nivel educativo, donde comienza a cuestionarse los modelos tradicionales y se abren espacios para nuevas formas de ejercer las masculinidades que incluyen la expresión emocional y el cuidado de la salud.

Estas representaciones sociales influyen en la manera en que los hombres construyen su identidad y en cómo se posiciona frente al cuidado de su salud. En muchos casos, la idea de mostrarse resistencia al dolor o evitar expresar preocupación por el propio bienestar puede generar una menor participación en acciones preventivas y en la búsqueda oportuna de atención médica. Comprender estas dinámicas culturales dentro del contexto local permite interpretar con mayor profundidad las percepciones que los hombres tienen sobre procedimientos diagnósticos como la colonoscopia (Lizárraga, 2012).

Se ha educado con ciertas restricciones que se han asignado por la sociedad de acuerdo con el género al que pertenecemos. Es como surge este estudio de investigación, indagar cómo esta construcción social de masculinidades ha conducido a generar conductas no favorables en el género masculino que ha orillado a tener implicaciones considerables en su estado de salud.

En este contexto, surge la presente investigación con el propósito de analizar cómo las construcciones sociales de la masculinidad influyen en las conductas relacionadas con el autocuidado y la prevención en el género masculino, así como en la aceptación de estudios diagnósticos como la colonoscopia. Comprender estas dinámicas resulta fundamental para identificar las barreras culturales, sociales y emocionales que influyen en la participación de los hombres en acciones preventivas de salud.

Desde la perspectiva del cuidado en enfermería, comprender estas dinámicas culturales resulta esencial para brindar una atención integral centrada en la persona. El profesional de enfermería no solo participa en la atención clínica, sino también en procesos de educación para la salud, promoción del cuidado y acompañamiento durante la realización de estudio diagnóstico. Por ello, integrar una visión cultural del cuidado permite identificar las creencias, valores y significados que los hombres atribuyen a su salud, facilitando el diseño de estrategias educativas y de intervención que promueven una mayor participación masculina en acciones preventivas (Leininger, 1997).

Por mucho tiempo, los estudios de género se han enfocado en la vulnerabilidad de la mujer, señalando las desigualdades que enfrentan en varios contextos como la violencia y la subordinación por parte del género masculino, así como las barreras para acceder a oportunidades laborales y de salud. Se ha dado un gran avance significativo en la inserción de la mujer para tener las mismas oportunidades en cuestiones laborales, un mayor acceso a programas de apoyo, políticas de igualdad y recursos legales que dan como resultado equidad de género (Rubin, 1996).

Lo que ha puesto en manifiesto la necesidad de analizar la equidad en salud del hombre, considerando el impacto de la construcción de masculinidades tradicionales en la salud del hombre, y fomentando cambios sociales que promuevan el autocuidado, la prevención con ello una equidad en salud y el aumento de la esperanza de vida en el hombre.

Los hombres, percibido como agresores, fuertes y emocionalmente invulnerable, se enfrentan a una realidad que los coloca en desventaja en el ámbito de la salud. Su menor participación en programas de prevención y en estudios diagnósticos, como la colonoscopia,

refleja cómo las normas culturales y de género han limitado su acceso a una atención médica oportuna y prevenible. Este estudio se enfoca en analizar cómo la cultura masculina influye en la percepción y la realización de estudio en hombres de Culiacán, Sinaloa, y cómo esta realidad puede transformarse mediante un cambio en las construcciones sociales de género que promuevan el autocuidado y la prevención en los hombres, lo que conlleva aumentar la esperanza de vida del varón (OPS, 2022).

La presente tesis de investigación se estructura en cuatro capítulos principales. En el Capítulo I se presenta la contextualización y delimitación del fenómeno en estudio. Así como la justificación, la pregunta norte adora y el estado del arte que sustenta la investigación. El Capítulo II aborda el marco teórico y conceptual, en el cual se desarrollan los fundamentos relacionados con la cultura, las masculinidades, la salud masculina y la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los cuidados Culturales de Madeleine Leininger; además, se establecen los objetivos que orientan el desarrollo del estudio.

En el Capítulo III se describe la metodología empleada, incluyendo el enfoque cualitativo y el diseño de investigación etnográfico, así como la selección de los participantes, sus características, el escenario del estudio y el plan de análisis de los datos. Asimismo, se detallan las técnicas utilizadas para la recolección de la información y los criterios éticos considerados durante el desarrollo de la investigación.

Finalmente, en el Capítulo IV se presentan la etapa interpretativa del estudio, donde se exponen los resultados obtenidos, el análisis de las categorías emergentes y la discusión de los hallazgos a la luz de la literatura científica. En ese apartado también se integra las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

Capítulo 1. Etapa Pre-Reflexiva

1.1. Contextualización Y Delimitación Del Fenómeno De Estudio

La colonoscopia es una de las pruebas diagnósticas para la prevención del cáncer colorrectal (CR); ya que permite visualizar el colon de manera interna y tiene una especificidad y sensibilidad para la identificación de pólipos y cáncer en 95%. En algunos países es el

procedimiento más usado para llevar un cridado de cáncer (Organización Mundial de Gastroenterología, 2007).

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2019) el cáncer colorrectal se encuentra en el tercer lugar más común a nivel mundial entre mujeres y el segundo más común en hombres, con menor incidencia en América Latina y el Caribe. Sin embargo, se ha intensificado un incremento en su incidencia en esta región comparado con países como Estados Unidos y Canadá en los que se ha estabilizado e incluso para el 2030 se pronóstica un incremento del 60% en esta región (OPS, 2019, p.2).

Al considerarse como una problemática que debe abordarse oportunamente, es prioritario implementar estrategias orientadas a fortalecer la educación en salud desde un enfoque cultural y de género. Dicho enfoque permite comprender como las creencias, normas y construcciones sociales de las masculinidades influyen las decisiones relacionadas con el autocuidado y la búsqueda de atención den los servicios de salud. De esta manera, estas medidas se plantean como acciones necesarias para evitar el incremento de los casos en la población masculina.

En lo que respecta a México, el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2019) detecta cada año más de 15 mil casos de neoplasia de colon en recto y enfermedades propias del colon en ambos sexos, que al poder detectarse a tiempo y de manera oportuna puede llevar a la curación de 9 a cada 10 casos. Considerada una de las enfermedades más letales, el cáncer de colon y recto se caracteriza por su capacidad de progresar muy rápido, llegando a un periodo de vida de 5 años. Cada año, cerca de seis mil 500 personas fallecen en México a causa del cáncer colorrectal, lo que refleja la gravedad de esta enfermedad en la población nacional.

A nivel mundial, este tipo de cáncer se posiciona como el tercero más frecuente durante el año 2024 en hombres, con 1 069 446 de casos nuevos reportados anualmente, lo que representa aproximadamente el 10.4% de los diagnósticos de cáncer en este grupo (Arias Rodríguez y Tenorio, 2023).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía [INEGI] (2024), las tasas de mortalidad por neoplasia en México aumentaron pasando de un 62.04% a un 68.92%, estas

enfermedades se colocaron en las principales causas de defunción por tumor maligno, con una tasa de 5.86 muertes por cada 100 000 hombres. Como dato importante, se observó que se presentaron en hombres con mayor frecuencia el total de estas muertes por estos tumores del sistema digestivo un 52.82% defunciones en el género masculino.

Por consiguiente, la OPS (2019) considera que las estrategias para reducir la incidencia se apegan a dos prevenciones: primaria, incluyendo modificaciones de conductas como la alimentación, actividad física y políticas públicas, y prevención secundaria, enfocadas en pruebas de tamizaje como la colonoscopia, en la que se detectan pólipos. Según la secretaria de salud, los pólipos estos pueden retirarse antes de que evolucionen a cáncer, al igual que los divertículos y otras alteraciones de la mucosa. También es posible detectar problemas de manera temprana mediante pruebas en heces como la sangre oculta y cuando se detectan oportunamente existe una probabilidad de 90 % de supervivencia siempre y cuando se realicen estudios diagnósticos como la colonoscopia. Por último, la prevención terciaria en la que se lleva a cabo el tratamiento y rehabilitación de la persona cuando se detecta a tiempo (IMSS, 2019).

Es de suma importancia, para prevenir la detección de neoplasia colorrectal, realizar estudio o pruebas diagnósticas; ya que permiten detectar la presencia de neoplasia o precáncer a pesar de estar asintomática la persona. Según la OMS, los hombres viven en promedio de vida 4, 4 años menos que en el 2013 y aumentan los años por discapacidad, esas diferencias están enfocadas o relacionadas al género (OMS, 2018).

El autocuidado de salud en los hombres es deficiente ya que se relaciona con su baja participación en estudios diagnósticos, relacionado con la cultura de masculinidad tradicional muy marcada o arraigada, con relaciones de poder entre hombres, mostrar al género masculino como una personalidad de fuerza, valentía, lo que influye en la realización de estudio clínicos por que se relaciona o perciben con debilidad (Hernández, 2018).

En cuanto a la distribución de la población en Sinaloa, el total es de 3,191,685 habitantes, de los cuales 1,014,264 corresponden al municipio de Culiacán. Para el año 2023 se reportó un equilibrio entre hombre y mujeres, con una proporción de 1 a 2 respetivamente y además contaban con una edad promedio de 32.1 en el sexo masculino (INEGI,2024).

En este contexto, dentro del estado de Sinaloa, las primeras causas de mortalidad en el hombre son enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus y, en último lugar, influenza y neumonía. Dentro de los tumores malignos, el cáncer colorrectal ocupa dentro de los primeros lugares como causa de muerte por tumores malignos en hombres de 30 a 59 años, grupo etario con mayor prevalencia de esta enfermedad generando con ello una gran preocupación (INEGI,2024).

A finales de la década de los ochenta en América Latina, se realizaron investigaciones enfocadas en la percepción de cómo ser hombres, los cuales fueron influenciados por estudios feministas y de género, en ellos se utilizó el concepto de género, como una herramienta para aclarar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. Los estudios se basaron en perspectivas teóricas como el análisis de la identidad y la llamada crisis de la masculinidad, se destaca que dichas investigaciones surgieron en el contexto de políticas públicas sobre violencia, salud reproductiva y sexualidad con la finalidad de realizar programas y estudios de masculinidades (Hernández, 2008).

En México se ha estudiado la construcción de masculinidades y se han encontrado dificultades en otros países, especialmente problemas teórico- metodológico centrales. En un primer estudio se observó el interés por analizar las relaciones de poder y la dominación masculina, el segundo hace énfasis en la comprensión de los conceptos de identidad masculina y las diversas formas de vivir la masculinidad, es decir, se cuestionó el rol tradicional de proveedor que ocasiono una crisis de identidad a consecuencia de factores económicos y culturales como el desempleo de los hombres y el impulso de políticas enfocadas al apoyo de las mujeres (Hernández, 2008; Connell, 1995).

De acuerdo con lo anterior, desde la época de los noventa se comenzó a utilizarse y se planteó el término de masculinidades en lugar de masculinidad, al reconocerse que no existe una sola forma de ser hombre sino una variedad de experiencias y formas de entender lo masculino. Este cambio permitió incluir distintas perspectivas y experiencias desde una misma categoría. Los investigadores coinciden en que la identidad masculina no es algo fijo, sino una construcción social y culturalmente, lo que conlleva ser hombre varía según los diversos contextos (Hernández, 2008).

Estudios etnográficos que se realizaron en el año 2001 en Colombia y Chile, observaron cómo la construcción de masculinidades de acuerdo con el país de origen varía culturalmente, los hombres de zonas rurales tienden a generar conductas machistas mientras los hombres en zonas urbanas tienen otro concepto de ser hombre, promoviendo relaciones de género en forma de igualdades (Hernández, 2008).

Asimismo, la Comisión Nacional de Derechos Humanos en Sinaloa [CNDH] (2018) define la masculinidad como “el conjunto de características, valores, actitudes y comportamientos que se asocian con el hecho de ser hombre dentro de un contexto determinado” (CNDH, 2018, p.1) lo que refuerza la idea de que las formas de ser hombre son diversas y cambian según el entorno donde se construyen.

El modelo tradicional de masculino implica ciertas actitudes que deben ser asumidas como la idea de superioridad, fortaleza y represión de emociones que por décadas se han asignado, incluyendo incluso la manera en la que se debe vestir. Estos comportamientos se llevan hasta la edad adulta, por lo tanto, es importante educar acerca de masculinidades y dejar atrás patrones que fueron asignados desde la niñez (CNDH, 2018).

Lizárraga (2012) explica que en Sinaloa la crisis de masculinidad refleja los cambios sociales que ha experimentado el hombre durante las últimas décadas. Se ha establecido por la cultura que el hombre sinaloense es machista, agresor e incluso mujeriego, lo cual ha sido aprendido desde el hogar. A los hombres desde niños se le educa para no expresar sus sentimientos, para controlarse y no ser expresados, para no mostrar sentimientos como amor, ternura, entre otros. Siempre deben mostrar que son fuertes, dominantes, valientes y violentos. El honor masculino se asociado con la capacidad de control, siendo estos considerados hombres de honor. Además, es común que se relacione con prácticas excesivas como el consumo de alcohol y una vida social y fiesterá.

Este rol tradicional de masculinidad se ha dejado atrás poco a poco, especialmente en la clase media en la que se ha aprendido a no continuar con esos roles asignados, sin embargo, la sociedad machista influye en que el hombre perpetúe el rol que se les ha asignado. Por lo tanto, existe una transición hacia la nueva masculinidad, especialmente en personas con estudios académicos que innovan las ideologías (Lizárraga, 2012).

De acuerdo con la OPS (2019), en su documento Masculinidades y Salud en la Región de las Américas, destaca que las mujeres viven en promedio 5.8 años más que los hombres y éstos últimos tienen mortalidad con énfasis durante la adolescencia y aumentando aún más en la etapa adulta (OPS, 2019).

Por ende, cada individuo aprende a ser hombre o mujer de distinta manera de acuerdo con diversos factores culturales y condiciones sociales, pertenecer a los diferentes grupos que respaldan esta diversidad, surge de una construcción social del concepto de masculinidad, el cual se encuentra en constante cambios influidos por las culturales, económicos, políticos e ideológicos (CNDH, 2018).

Respecto al concepto de cultura, éste ha tenido diferentes cambios. Kuper (2001) explica que su origen bien desde siglo XVIII en Europa, el cual a un inicio era la palabra civilización, que se definía como civismo, cortesía. Dicho concepto evoluciona con las ideas de superioridad de la civilización, se asocia al progreso material. En Alemania era similar el concepto de cultura y civilización se relacionaba a lo externo y racional (Molano, 2007).

La cultura se asocia en la antropología con aspectos religiosos, artísticos, costumbres y tradiciones. Sin embargo, existe diversidad en el concepto de cultura debido a que es muy amplio y diverso, de hecho, a lo largo de la historia se han registrado más de 157 definiciones diferentes (Molano, 2007). Dentro de esta diversidad cultural también se construyen y transmiten los roles de género, ya que las normas, creencias, valores y costumbres de cada sociedad determinan cómo debe comportarse los hombres y las mujeres.

Para tratar los problemas de salud de ambos sexos, se debe tomar la perspectiva de género; cada sexo presenta necesidades específicas, no solo por sus diferencias biológicas, sino también en las culturales, sociales y psicológicas propias de cada género; en este sentido, la de hombre en su construcción de masculinidad (Hernández, 2014).

La Comisión Nacional Derechos Humanos menciona que lo que entendemos por “lo masculino” es una construcción social cuyo significado cambia a lo largo del tiempo, adaptándose a las transformaciones culturales, ideológicos, económicas y hasta legales propias de cada sociedad en un momento determinado (CNDH, 2018, p.2).

La construcción social asigna roles de acuerdo con ser hombre y mujer que ya existían en la sociedad en su forma de pensar. Las creencias que se tienen con respecto de ser hombre se asignan funciones, las cuales se deben cumplir en lo largo de la vida, y no deben realizar aquellas que pertenecen a la mujer, por lo tanto, se afirma que el hombre no nace, si no se hace partir de las creencias y estereotipos asignados por la sociedad (CNDH, 2018).

Los hombres pueden ser distintos entre ellos con características físicas, practicar deporte, casarse o estar solteros, pero existe una idea de ser hombre que es muy compartida, la que hace referencia a la subordinación de la mujer, lo que se conoce como masculinidad dominante. Algunas de las características que lo definen son: demostrar más poder, imposición de su voluntad, ausentarse del hogar, ser fuerte, violento, tratar al cuerpo como una máquina, no expresivos, ante problemas de salud físico o mental no asistir al médico, discriminar a los hombres que no siguen estas conductas (CNDH, 2018).

Estas ideas que se tiene del hombre pueden ir cambiando con el tiempo por no ser naturales; el hombre si continua con estas conductas o realiza un cambio, es decir, cada hombre construye su masculinidad desde su sentir y sus propias experiencias, la educación que recibieron desde niños (CNDH, 2018).

Según la OPS (2009) la igualdad de género en el ámbito de la salud hace referencia a que tanto el hombre como la mujer deben tener los mismos derechos y condiciones para gozar de salud, lo que se conoce como equidad de género. Esto significa una distribución justa del poder, los beneficios y las responsabilidades entre ambos. Pero en la práctica existen diferencias en el acceso a la salud, el control de recursos y la atención entre hombres y mujeres por lo que es necesario abordar estas desigualdades para evitar el desequilibrio. El objetivo es lograr una equidad con el fin de evitar desigualdades injustas y prevenibles, especialmente en la salud y la participación en el trabajo sanitario. Para ello, se sugiere la implementación de estrategias de equidad de género que buscan garantizar la igualdad (OPS,2009).

Por lo que se menciona con anterioridad, al abordar esta investigación se debe analizar y comprender cómo es la masculinidad del hombre en Culiacán, Sinaloa y cómo influye en la realización de estudios diagnósticos, con la intención de tener una base para el desarrollo de estrategias que ayuden a disminuir la incidencia del cáncer de colon en este género y

comprender las dinámicas culturales por las que se niegan a realizarse estudios diagnósticos de áreas corporales específicas, como el colon (Gutmann, 2023).

Desde la perspectiva de la antropología médica, la masculinidad, se define como un sistema simbólico que expresa valores, normas y creencias, lo cual permite entender que la forma en que los hombres perciben la enfermedad está profundamente influenciada por su contexto sociocultural. En este sentido, la enfermedad no solo se vive como un hecho biológico, sino como una experiencia subjetiva que requiere ser interpretada desde la creencia de cada grupo social (Gutmann, 2023).

La Secretaría de Salud [SSA] (2018) señala que la tasa de mortalidad es mayor en hombres que en mujeres, incluso desde la edad infantil y hasta la edad adulta en las que las principales causas de mortalidad son accidentes relacionadas a conductas de riesgo como el machismo (INEGI, 2021), consumo de sustancias y problemas mentales; esta es la cuarta causa de mortalidad, lo que representa que por cada mujer que fallece en el mismo rango de edad, mueren 3 hombres.

Acorde con el INEGI, en el año 2021 se observó un incremento mayor de mortalidad en hombres en la niñez a causa de malformaciones congénitas y/o deformidades en 54.8% de la población infantil. Las muertes en hombres por COVID-19 representaron 55.0% más elevado que en las mujeres. El mayor incremento de mortalidad en los hombres inicia a partir de los 12 años hasta la edad adulta (SSA, 2018).

Las enfermedades entre los hombres y las mujeres son distintas debido a las diferencias biológicas, estilos de vida y actitudes dado que los hombres acuden con menor frecuencia a revisiones médicas. En el 2016 se otorgan 320 millones de consultas externas, de las cuales 34% fueron proporcionadas a la población masculina por lo que se identifican una brecha importante para la detección de enfermedades prevenibles, curables y controlables (SSA, 2018). Sin duda algunas estas diferencias que se presentan en consultas preventivas por el género masculino están influenciadas por cultura de masculinidad.

Ante esta situación, se han realizado propuestas por parte de las instituciones de salud como las campañas denominadas “Febrero, mes de la salud del hombre”, cuyo propósito es promover la detección temprana y oportuna de enfermedades del hombre. Además, estas

iniciativas buscan incentivar la participación masculina en la detección oportuna y prevención de problemas de salud (SSA, 2018).

Jiménez de la Jara (2019) menciona que la salud tiene diversas percepciones, entre ellas conductuales que en el caso de los hombres se manifiestan cuando deciden prolongar las consultas y revisiones médicas lo que puede retardar tanto el diagnóstico como el tratamiento en caso de padecer alguna enfermedad, esto también puede desencadenar complicaciones considerables que los pueden llevar a la mortalidad, atribuir a diversos factores como la cultura y conductas ante el riesgo y la enfermedad. El autor señala que el hombre arriesga más previniendo menos, lo que propicia acudir a valoración médica cuando su patología ha avanzado, convierte en un desafío significativo para la salud pública (IMSS, 2019).

En consecuencia, la importancia de esta investigación es analizar el impacto que la cultura masculina tiene en el diagnóstico tardío de enfermedades en los hombres, también se pretende identificar las barreras culturales que inhiben al hombre de Culiacán a la realización de estudios diagnósticos como la colonoscopia.

Los resultados obtenidos aportaran nuevos conocimientos que orientaran a la contribución de estrategias de sensibilización, conciencia y programas de salud más eficientes, adaptándose culturalmente para mejorar la prevención del cáncer colorrectal y enfermedades propias del colon, además de apoyar la promoción de una mayor equidad en la salud masculina.

Por lo tanto, y considerando los elementos previamente expuestos sobre la influencia de las construcciones sociales de la masculinidad en el cuidado de la salud y la realización de estudios diagnósticos, surge la necesidad de profundizar en este fenómeno desde las experiencias de los propios hombres. En este sentido, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye la cultura masculina en la percepción y la realización de estudios de colonoscopia diagnóstico para la prevención y detección de enfermedades en hombres atendidos en un hospital de segundo nivel de atención en Culiacán, Sinaloa?

1.2 Justificación del Fenómeno de Estudio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), el cáncer de colon esta entre los tipos de cáncer más comunes y dentro de los primeros lugares a nivel mundial. Algunas personas no manifiestan síntomas en su fase inicial es decir son asintomáticos y su pronóstico varía de acuerdo en la fase que fue detectado. Se pronóstica que para el 2040 aumentará a 3,2 millones de casos nuevos, lo que representa 63% de aumento. Se ha logrado en algunos países disminuir la incidencia gracias a los estudios de diagnósticos, persisten aún importantes barreras culturales y sociales que limitan la participación y ciertos grupos principalmente del género masculino en las estrategias preventivas.

La detección temprana de cáncer permite más opciones de tratamiento cuando se detecta a tiempo para evitar su preparación en el cuerpo, por ejemplo, los estudios diagnósticos regulares pueden prevenir el cáncer colorrectal, ya que un crecimiento anormal puede tardar entre 10 a 15 años para convertirse en neoplasia (American Cancer Society, 2020).

Para abordar esta problemática de salud, es esencial analizar el enfoque de género y reconocer que existen diferencias no solo de carácter biológico, sino también derivadas de la construcción social que define a cada género, en este caso, al hombre y su masculinidad. Courtenay (2000) señala que las mujeres suelen acudir con mayor frecuencia a revisiones médicas en comparación con los hombres, lo que contribuye a una mayor esperanza de vida en ellas. Por el contrario, los hombres se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad para desarrollar enfermedades, precisamente por su limitada participación en el cuidado preventivo de la salud.

En este sentido, este estudio permite analizar y profundizar el impacto que la cultura masculina tiene sobre la decisión de los hombres para realizarse estudios diagnósticos, específicamente en la colonoscopia. Se busca identificar de qué manera la cultura y la construcción social de la masculinidad influyen en la decisión de realizarse este tipo de procedimientos.

Este trabajo permitirá generar y ampliar la evidencia científica relacionada con el impacto cultural en la aceptación y prácticas de estudios diagnósticos, así como visibilizar las barreras culturales y locales que limitan la participación masculina. Comprender estos factores

contribuirá a superar dichas limitaciones y abrir espacios para nuevas investigaciones que profundicen en la relación entre el autocuidado, la cultura y los roles de género. Además, permitirá reflexionar sobre cómo estos elementos determinan las conductas de salud en hombres y mujeres.

No obstante, una de las principales limitaciones de esta investigación es la escasa información de literatura disponible sobre el impacto cultural en la realización de estudios diagnósticos de colonoscopia, así como sobre los factores asociados al conocimiento y prevención del cáncer colorrectal en el contexto masculino.

Este estudio es fundamental para abordar de manera integral la relación entre la cultura masculina y la baja participación en estudios diagnósticos como la colonoscopia. Además, contribuirá al diseño de estrategias de intervención más efectivas para promover la salud del hombre, ya que ofrecerá evidencia científica sobre cómo las normas culturales y los roles socialmente asignados podrían influir en el autocuidado y en la disposición masculina para someterse a procedimientos médicos preventivos, particularmente en contextos donde estas conductas no son fomentadas de manera adecuada.

Asimismo, esta investigación representa un desafío importante al ser desarrollada desde la perspectiva de una investigadora mujer, lo que añade un valor significativo al explorar dinámicas culturales tradicionalmente dominadas por visiones masculina. Este trabajo pionero en la interrelación entre cultura, salud y género, promoviendo una visión más inclusiva, equitativa y transformadora del proceso salud-enfermedad-atención.

Por lo anterior, se plantean las siguientes preguntas de investigación secundarias, con la finalidad de profundizar en las experiencias, percepciones y significados que los hombres contribuyen a la realización de la colonoscopia.

1. ¿Qué factores pueden ayudar a reducir el miedo, la desinformación o las barreras culturales que influyen en la percepción de los hombres sobre la colonoscopia?
2. ¿Qué conocimiento tiene los hombres en Culiacán sobre la importancia de la colonoscopia?
3. ¿Cuáles son las barreras culturales, emocionales y sociales de los varones al considerar la realización de una colonoscopia?

4. ¿Qué factores sociales y emocionales contribuyen en el hombre para aceptar someterse a una colonoscopia?
5. ¿Qué beneficios tiene la colonoscopia para detectar enfermedades en etapas tempranas?
6. ¿Cómo describen los hombres el autocuidado de la salud?

1.4 Estado del Arte

Se analiza la existencia de evidencia científica en literatura sobre el impacto de la cultura masculina en la aceptación y percepción de los estudios diagnósticos en colonoscopia, identificando cuáles barreras o factores predisponen al hombre a no participar en este procedimiento preventivo y cómo se relaciona con su estado de salud.

Estudios Internacionales

Se encontraron diversos estudios que aportan evidencia de literatura científica, entre ellos, en el 2020 se realizó una investigación en España que aborda la salud masculina desde una perspectiva de género. Este trabajo buscó analizar las desigualdades en salud, con un enfoque en masculinidades y en la situación actual de salud de los hombres (Marcos et al., 2020).

Para ello, se realizó una revisión bibliográfica, donde se hace mención que es un campo nuevo de investigación en la perspectiva de género y salud del hombre, por lo que se cuestiona el paradigma funcionalista tradicional, que se habla en la teoría de la socialización y los roles sexuales y que ha limitado la comprensión del género al centrarse solo en rasgos individuales de personalidad (Marcos et al., 2020).

En la investigación se destacó que la masculinidad no solo se relaciona con las dinámicas entre los hombres y mujeres, sino también con las relaciones de poder que existen entre los propios hombres. Por ello, se propone entender la masculinidad como un conjunto de prácticas sociales compartidas. La principal conclusión científica fue que el riesgo de muerte prematura en los hombres esta desarrollado por factores evitables.

Anteriormente se mencionó que en las últimas décadas se ha enfatizado en entender la salud del hombre desde su conducido de género y posición, así como en los factores socioculturales. Con enfoque a las masculinidades se han identificado los riesgos como consecuencia de su identidad y su posición social, como que el hombre tiene más jornadas laborales debido a que requiere mayor demanda de tiempo, incluso horas extras y negarse a gozar de permisos por paternidad lo que pueden desencadenar en conductas de riesgo.

Se considera importante destacar que existe preocupación en el Sector Salud por cómo las cuestiones de género afectan la salud de los hombres a partir de su identidad de masculinidad al analizar cómo las actitudes, expectativas y comportamientos de los hombres como causas principales de las desigualdades en salud en comparación a las mujeres. Surge la idea de entender al género como un factor clave relacionado con la salud, desde la década de 1970 se habla de cómo la masculinidad ponía en riesgo el bienestar físico y emocional.

En 1980 se incorpora al género en una categoría analítica de diferencia sexual en la categoría de hombre o mujer, influenciado por el activismo feminista y su movimiento de liberación como los derechos afectivos sexuales. Lo que conlleva a cambios importantes, entre ellos el surgimiento de responsabilidades al empoderar a la mujer, que proporcionaron las bases en diferentes disciplinas e impulsaron el reconocimiento de las problemáticas de salud en el hombre desde el enfoque de identidades y su construcción de masculinidades. Se determinó que el hombre tiene situaciones de riesgo a muerte por factores evitables (Marcos et al., 2020).

Hirmas et al (2018) identificó una relación entre las barreras de accesibilidad y aceptabilidad los factores personales, el apoyo social, la información sobre la enfermedad y la adaptación de los servicios a las necesidades del paciente, a lo largo de distintas etapas del proceso de acceso a la atención. No obstante, señalo que existe una limitada exploración de las experiencias de aquellas personas que acceden poco o evitan los servicios de salud, lo que restringe la comprensión del fenómeno desde una perspectiva integral. Estas barreras se construyen en contexto sociales, culturales, económicos específicos y reflejan inequidades estructurales que influyen directamente en la forma en que las persona se relacionan con el cuidado de su salud, superando el ámbito institucional y requiriendo acciones conjuntas para ser atendidas de manera efectiva.

En este sentido, Houghton et al., (2020) destacan que, en región de las Américas, el acceso a los servicios de salud no solo depende de las existencias de clínicas u hospitales sino de toda una red de factores sociales, económicos, culturales y organizativos que afectan la decisión y la posibilidad de las personas en buscar atención médica. Sus estudios, basado en encuestas realizadas en hogares, evidencias barreras como la dificultad económica, la distancia de los servicios, la falta de información, la calidad del trato recibido y la percepción del sistema limitan la utilización de la atención sanitaria. Este enfoque humanizado nos permite comprender que, estas barreras no son solo obstáculos a participar en su cuidado. El reconocer y monitorear estas barreras o determinantes sociales, estructurales es clave para diseñar políticas y estrategias de salud que reduzcan desigualdades y promuevan un acceso más equitativo y sensible a las necesidades de cada paciente.

Es importante identificar los términos de sexo y género para poder dar un abordaje de manera correcta, debido a que el fenómeno de estudio va relacionado al género, sus características y manera de desenvolverse en la sociedad, para identificar cómo impactan en la salud, la economía y en lo social, con la intención de identificar si generan vulnerabilidad en salud para proponer programas desarrollados desde el enfoque en equidad de género para contribuir a la equidad en salud (Marcos et al., 2020).

En consiguiente, el cuidado de la salud en hombre y mujeres no solo es diferente, sino también desigual con base a los factores biológicos que presentan. Se recomienda hacer investigaciones que permitan la obtención de evidencia acerca de la interacción sexo-género y su efecto en salud.

En el año 2020 se efectuó las investigaciones "Hombres, género y salud", que identifico que la salud del hombre es una condición fundamental para su calidad de vida. Ya desde los años 1990, se empezó a entrelazar el tema de salud y del hombre con cuestiones socioculturales como el poder, color, desigualdad, etnia, sexualidad, religión, entre otros. Se estableció la necesidad de tener debates sobre la relación salud y género al reconocer la pluralidad y su compleja relación masculinidades y salud. Christensen y Jensen (2020), mencionaron en su estudio que el enfoque interseccional ofrece herramientas teóricas valiosas que ayuda analizar cómo se entrelazan las relaciones de poder entre los hombres (Gomes et al., 2020).

En las dos investigaciones, los autores concuerdan que la salud del hombre se ve relacionado con aspectos culturales, y por las formas en que se construyen las masculinidades. Por consiguiente, estas construcciones sociales conllevan a una reducción en su claridad de vida, así como a disminuir su esperanza de vida por la relación con las actitudes de riesgo a la salud en comparación con otro grupo.

Al respecto, Christy et al. (2017) investigaron en Estados Unidos si las creencias tradicionales sobre masculinidad influyen en la adherencia de los hombres veteranos a los programas de tamizaje de cáncer colorrectal, incluyendo la colonoscopia. El estudio se realizó con 327 hombres de edad entre 51 a 75 años que recibían atención en un centro de veteranos. Partiendo de la idea central de que los valores como la autosuficiencia, la toma de riesgo, la presentación de heterosexual y la prioridad al trabajo podrían disminuir la probabilidad de que los hombres se sometieran a pruebas de detección, el estudio buscó confirmar esta relación.

Sin embargo, contrario a las expectativas, los resultados mostraron que estas creencias masculinas no predijeron de forma significativa si los hombres cumplían con las recomendaciones de tamizaje, ni con la colonoscopia específicamente, una vez controlados los factores demográficos como la edad o seguro médico. Los autores destacan que este estudio no invalida la influencia cultural de la masculinidad, sino que plantea la necesidad de explorar de manera más profunda cómo las normas de género interactúan con otros factores sociales, personales y de salud. Indaga a investigar más allá de tradiciones de masculinidades para entender por qué muchos hombres postergan o evitan la realización de exámenes preventivos como la colonoscopia (Christy et al., 2017).

En el año 2019, se realizó en España un estudio prospectivo enfocado en analizar los niveles de la ansiedad que experimentan los pacientes previos a la realización de una colonoscopia ambulatoria. El objetivo fue identificar con qué frecuencia ocurre esta ansiedad qué tan intensa puede ser y las cuáles son los factores que la desencadenan en este contexto específico. En la investigación, se mencionó que la colonoscopia es un método de diagnóstico importante que se ha mejorado para que sea un procedimiento no evitan que se genere ansiedad relacionado al miedo de ser diagnosticado por una enfermedad grave, por sus complicaciones y a la vergonzosa situación que conlleva (Bensusán y Álvarez, 2019).

El estudio incluyó una muestra de 343 personas que fueron sometidas a colonoscopia; el método que se utilizó fue prospectivo descriptivo. Para medir la ansiedad se aplicó una escala visual analógica del 0 al 100, clasificando los niveles en leve (1-29), moderado (30-79) e intensa (80-100). Todos los participantes accedieron a realizarse el procedimiento, el género predominante fue el masculino 47.1%, los participantes tuvieron algún grado de ansiedad previamente al estudio de colonoscopia el 94.5%, por lo que se llegó a la conclusión que aunque cada vez más personas acceden a este tipo de estudios aún persiste un nivel significativo de ansiedad previo a su realización, lo que hace necesario analizar las medidas que se podrían implementar para reducir el grado de ansiedad en los pacientes (Bensusán y Álvarez, 2019).

Se identificaron como posibles detonadores de la ansiedad el tiempo de espera, el miedo al sufrir el dolor, preocupación por el diagnóstico, el riesgo de sufrir complicaciones, el pudor de manipular la región anal, y la posibilidad de repetir el procedimiento. Se utilizaron para reducir la ansiedad como el empleo de vídeo informativo de colonoscopia, así como el uso de fármaco relajantes antes del estudio (Bensusán y Álvarez, 2019).

En este último estudio evidencia algunas de las barreras que se pueden agregar el impacto de la colonoscopia en el género masculino al tener la oportunidad de identificarlas y abordarlas mediante la implementación de acciones de información sobre comentar una cultura de prevención en los hombres. Es fundamental brindarles una atención clara, oportuna que los involucre a conocer las ventajas de realizarse una colonoscopia, se requiere generar les seguridad y confianza en el procedimiento a realizar, para hacer concientización sobre la importancia de la prevención como punto clave para la detección de enfermedades.

De acuerdo a Calderón (2025), se exploró cómo la masculinidad hegemónica influye en la manera en que los hombres experimentan y expresan sus emociones, especialmente aquellas asociadas a la vulnerabilidad, como el miedo, la culpa la vergüenza. Se analizaron siete historias de vida en hombres de mediana edad, donde se encontró que esta forma dominante de ser hombre tiende a restringir la expresión emocional, mientras emociones como la ira y la alegría conceptualizadas más como reacciones profundas, lo que facilita su manifestación sin aparente riesgo para la imagen masculina. Este patrón emocional refleja una división dentro de las masculinidades, en las que ciertas experiencias afectivas son permitidas mientras otras se inhiben, lo que puede influir directamente en cómo los hombres afrontan

situaciones de salud, procedimientos médicos preventivos y decisiones relacionadas al autocuidado.

Asimismo, Getrich et al. (2023) exploraron cómo el concepto de machismo influye en la percepción y las actitudes hacia la detección de cáncer colorrectal incluida la colonoscopia, en hombres hispanos residentes en Nuevo México, Estados Unidos. Pese a que las tasas de detección temprana disminuyen en muchos grupos, los hispanos en esta región mostraban tasas bajas de tamizaje, a pesar de tener un riesgo creciente de cáncer colorrectal.

El estudio se llevó a cabo mediante entrevistas con pacientes, profesionales de salud y promotoras comunitarias de atención primaria, los autores hallaron que el machismo entendido como las actitudes, comportamientos y expectativas asociadas con ser hombre influyen de manera indistinta según la subpoblación hispana evaluada. Para algunos hombres mexicanos, el machismo fue un factor cultural importante que condiciona negativamente su disposición a realizarse la colonoscopia, ya se asociaba el procedimiento como una amenaza a su identidad masculina o aun estigma social. En contraste, otros hombres hispanos con herencia más antigua en la religión lo percibieron como un procedimiento estrictamente médico y no necesariamente ligado al estigma de género. Este estudio también mostró que preocupaciones comunes como el miedo al dolor, la vergüenza y la percepción de la colonoscopia como algo invasivo se entrelazan con las normas culturales sobre masculinidad, por lo que estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias entre las poblaciones hispanas y comprender cómo las construcciones sociales de género pueden influir en la participación masculina en programas de detección de cáncer (Getrich et al. 2023).

En este sentido, Mojica et al. (2023) exploraron las barreras culturales y facilitadores que enfrentan los hombres latinos en Texas, Estados Unidos, para someterse al tamizaje de colonoscopia dentro de un programa de promoción de la detección del cáncer colorrectal. Se llevó a cabo con 45 hombres latinos de los cuales 28 ya se habían hecho colonoscopia y 17 no, el análisis en grupos focales reveló que muchos participantes carecían de información clara y detallada sobre el procedimiento de su preparación, lo que aumentaba la incertidumbre y el miedo asociada a esta prueba diagnóstica. Los hombres que no se habían realizado la colonoscopia mostraban desconocimiento sobre la prueba, dudas sobre la sedación y miedo a resultados graves, mientras quienes si se habían hecho el estudio tenían a tener mayor información y comprensión de los beneficios de la detección temprana. En todos los casos se

identificaron emociones como el miedo, preocupación por el diagnóstico, estigma cultural y social asociada al examen, así como la percepción de la colonoscopia podría representar una amenaza a su identidad o dignidad.

Por otro lado, se identificaron facilitadores como el apoyo familiar los testimonios de hombres que ya se habían realizado la colonoscopia, que contribuyeron a reducir la incertidumbre y aumentar la disposición a participar. Así se resalta la importancia de implementar estrategias educativas y de acompañamiento culturalmente sensibles, que integren información, soporte emocional y reconocimiento de la experiencia del hombre, para favorecer la participación en estudios preventivos como la colonoscopia (Mojica et al., 2023).

Completando esta perspectiva, Mendieta- Izquierdo et al. (2021) realizaron un estudio en Bogotá, Colombia, que mostró cómo los hombres jóvenes construyen y organizan sus representaciones sociales sobre las emociones y la masculinidad. Los varones asocian la masculinidad con fuerza, autocontrol y resistencia, influenciada por valores hegemónicos, lo que refleja la persistencia de estereotipos que condicionan cómo son socializados para interpretar y expresar sus emociones. Estas construcciones pueden limitar la expresión de vulnerabilidad y potencializar la ansiedad frente a procedimientos médicos que requieren exposición, autocuidado y apertura emocional. Los autores concluyen que estas representaciones no son rígidas ni uniformes, sino que existen elementos centrales y periféricos, lo que sugiere que las ideas sobre los que significa ser hombre pueden transformarse, abriendo espacio a nuevas formas de vivir las emociones y la racionalidad. Integrar este conocimiento permite comprender que las barreras emocionales y culturales son tan relevantes como la logística o informativas al momento de promover la participación de los hombres en estudios de prevención, como la colonoscopia (Mendieta- Izquierdo et al., 2021).

Se analizó otro estudio en 2019 en España; su objetivo fue explorar los factores que predisponen, dificultan o facilitan la participación de la población gitana en los programas de detección de cáncer colorrectal. Este grupo se considera vulnerable debido a los servicios de salud, lo que dificulta la prevención y detección de enfermedades (Santiago et al., 2018).

El método que se siguió fue cualitativo exploratorio, mediante la técnica de grupo focal, en el que se realizaron preguntas abiertas teniendo como resultados importantes la desinformación de los estudios diagnósticos, como el rechazo de hablar de cáncer en

específico en esta población gitana, miedo vergüenza al procedimiento, relacionado a creencias religiosas y al sentimiento de discriminación. Se obtuvieron datos importantes para abordar esta problemática como la disposición a recibir información (Santiago et al., 2018).

De manera complementaria, Paiva et al. (2020) en Brasil, analizaron las dificultades que enfrentan los hombres para participar en los servicios de salud y cultivar prácticas de autocuidado dentro del proceso de salud enfermedad. Para ello, se organizó un grupo de hombres, así como un espacio de educación en salud que se reunió en torno actividades temáticas sobre el bienestar masculino y promoción de la salud. El estudio mostró que varios factores culturales y sociales dificultan el autocuidado masculino, tales como la creencia de que el hombre fuerte no se enferma, la falta de hábito de cuidarse, la vergüenza de asistir a servicio de salud, la percepción de que estos están orientados principalmente a mujeres y la falta de información sobre servicios y prácticas preventivas. Algunos relatos muestran estereotipos profundamente arraigados sobre la masculinidad, que asocian la enfermedad con debilidad y reducen la motivación para buscar ayuda preventiva. Evidenciando la importancia de ofrecer espacios educativos adaptados al contexto cultural (Paiva et al., 2020).

En este sentido, Teo et al. (2026) realizaron una revisión sistemática internacional para identificar las barreras y facilitadoras que influyen en que los hombres participen en programas de tamizaje de salud. Se incluyeron el análisis más de 100 estudios de distintos diseños. Mostraron los resultados que los factores que condicionan la participación masculina en tamizaje se agrupan en cinco dominios: individual, social, del sistema de salud, relacionadas con el profesional de salud y propios del procedimiento de tamizaje. Entre las barreras más reportadas se encuentran el miedo a padecer la enfermedad, la baja percepción del riesgo, desde el de mantener una imagen de fortaleza y evitar cualquier elemento percibido como “femenino”, así como la falta de tiempo. Estos hallazgos ponen de manifiesto que las normas culturales de masculinidad sobre cómo evitar la vulnerabilidad o centrarse a participar influyen directamente en la disposición de los hombres a participar en la detección precoz de enfermedades (Teo et al., 2026).

Oliffe et al. (2019) realizaron una revisión exploratoria sobre la alfabetización en salud de los hombres, es decir su capacidad no solo de acceder a información médica, sino a comprenderla y utilizarla para cuidar su salud de manera efectiva. La investigación analizó 12 estudios previos realizados en distintos contextos de salud y enfermedad. Un hallazgo

fundamental fue que, aunque la alfabetización en salud es crucial para promover comportamientos preventivos, gran parte de la literatura se ha centrado únicamente en la adquisición de conocimientos médicos técnicos, por ejemplo, sobre el cáncer de próstata o colorrectal, sin considerar cómo los hombres perciben, comprenden y aplican esa información en su vida diaria. Para mejorar la alfabetización en salud, se destaca la importancia de utilizar un lenguaje accesible y de ofrecer la información en espacios comunitarios familiares, lo que favorece la comprensión y la aceptación de medidas de prevención. Los niveles bajos de la alfabetización en salud masculina pueden contribuir al estigma y a la resistencia de los hombres para buscar atención médica, afectando directamente en la participación en estudios diagnósticos como la colonoscopia y la adopción de conductas de autocuidado preventivo (Olliffe et al., 2019).

Finalmente, en este sentido, Sari et al. (2024) realizaron una investigación con 379 participantes, en el cual se utilizaron escalas para medir la alfabetización en salud y los componentes del Modelo de Creencias y Salud, incluyendo percepciones de vulnerabilidad, severidad, beneficios y barreras hacia las pruebas de detección de cáncer. Los resultados revelaron que una proporción significativa de hombres perciben el cáncer como una enfermedad fatal y que solo un porcentaje reducido ha realizado pruebas de antígeno cancerígeno o examen rectal. Los autores, evidenciaron que los niveles de alfabetización en salud de los hombres están directamente ligados con sus creencias y actitudes hacia la realización del tamizaje preventivo, como el examen de próstata. Los hombres con menor alfabetización perciben más barreras, sienten temor y muestran menor disposición en participar en pruebas diagnósticas, mientras que aquellos con mayor comprensión de la información médica reconocen los beneficios y se involucran de manera más activa en su cuidado (Sari et al., 2024).

Por consiguiente, se consideró que la cultura influye considerablemente en la perspectiva de la salud de las personas, así como en las conductas de prevención y autocuidado, los resultados de las investigaciones se relacionan al factor cultural con el diagnóstico precoz y se hizo énfasis en que continuaban las brechas de género sin atenderse.

Estudios Nacionales

En lo que contempla el país, en la Ciudad de México se realizó una investigación titulada “La necesaria perspectiva de género para análisis de problemas de salud” que hace énfasis en que lo primero que debe distinguirse es el sexo y género. Señala que el sexo se refiere a conjunto de características fenotípica, genotipo heredado del desarrollo embrionario y que determina el sexo complementario con la definición de género (Álvarez, 2020).

Las diferencias de género en el área de la salud se enfocan a las diferencias biológicas, sin dejar a un lado que la sociedad ha construido el concepto de género, que radica en las reproducciones de patrones con los que se educaron las personas. Por ejemplo, las mujeres tienen acudir a más valoraciones médicas y con ello aumenta su esperanza de vida. Este actuar en las mujeres se relaciona a un “compartimiento de búsqueda de salud”, siendo un rol del cuidado por quienes asumen la responsabilidad del cuidado en la familia (Álvarez, 2020).

Por consiguiente, en la historia cultural, tradicionalmente se les ha asignado a los hombres el rol de proveedores y trabajadores, mientras que a las mujeres se les ha vinculado con el rol de cuidadora. El estudio que se debe reconocer que hay determinantes históricos y socioculturales para comprender cómo se relaciona el proceso de salud/enfermedad, y resalta la importancia de tratar con sexo y género (Álvarez, 2020).

En el año 2024 se llevó a cabo en México la investigación titulada la “Implementación de un programa de tamizaje organizado para cáncer colorrectal: adherencia bienal y patrones de participación”. El propósito del estudio fue como las personas se adhieren al programa, así como los patrones de participación para la realización de colonoscopia. Con un enfoque de estudio longitudinal y descriptivo, se realizaron llamadas telefónicas y recordatorios a los pacientes programados para dar seguimiento a la realización de la colonoscopia (Priego et al., 2024).

Se realizaron un total de 747 llamadas telefónicas recordatorias de su programación; se obtuvieron resultados que 41.8% sí realizó su confirmación y participación en la realización de la colonoscopia, 53.2% fue inconsistente con referencia cambio de fecha o cancelaciones, y 5% nunca se atendió. Lo cual muestra que siguen presentes barreras poco estudiadas en la participación para la detección oportuna de enfermedades (Priego et al., 2024).

Estudios Locales

En Sinaloa, la mayoría de los estudios se enfocan en las masculinidades con relación a la narco cultura en Culiacán. Un estudio reciente fue la investigación sobre “Los herederos del noroeste”, analizó y exploró los efectos de la narco cultura en la construcción de masculinidades en dicha localidad, aportando una visión profunda en el año 2023.

La investigación aborda la cultura de Sinaloa a través de su música, gastronomía, así como su entorno de agricultura, ganadería y las riquezas, y sus creencias religiosas. La base de la investigación fueron los escritos por Sayak Valencia para describir a las personas con masculinidad marcada como la representación del machismo producido, reafirmando su superioridad con base en hacer sumisos a otros, incluyendo la figura de idolatrar a personas criminales y visualizarlos como ejemplos a seguir (Ruiz, 2023).

El investigador estableció una relación entre la masculinidad y la narco cultura. Para su estudio, se interrogó a varones reconocidos como “influencers”, así como al colectivo “Círculo de masculinidades culichis”, con el objetivo de analizar como identifican la masculinidad. Asimismo, señalaron que el hombre es el proveedor y trabajador, lo que los expone a situaciones de riesgo. Como conclusión principal, se destacó la importancia de establecer medida que fomenten la participación activa de los hombres en procesos de reflexión sobre sus propias masculinidades, así como de continuar desarrollando nuevas estrategias que promuevan su involucramiento (Ruiz, 2023).

Las diversas investigaciones planteadas se orientan al mismo resultado: la cultura de la masculinidad sigue presente en diversos países y grupos poblacionales, teniendo repercusiones para el género masculino con relación a su estado de salud/ enfermedad. Se considera que el presente estudio propiciará el cambio en la salud del hombre, al generar concientización, autocuidado y, con ello, equidad en salud. El inicio de las investigaciones sobre las masculinidades y su relación con el cuidado de la salud de los hombres.

Capítulo II. Etapa Reflexiva: Teórica-Conceptual o Teórica-Empírica

2.1 Marco Teórico

La realización de colonoscopia preventivas y diagnóstica en personas del sexo masculino representan un reto para salud pública, por lo cual el estudio de este fenómeno, desde un “enfoque con perspectiva de género y la aplicación de teorías de enfermería y teoría

filosóficas, viabiliza el entendimiento profundo de dicho acontecimiento “(Christy et al., 2017, p.2).

Para el desarrollo del presente estudio se utiliza como fundamento teórico lo propuesto por Connell en su Teoría filosófica denominada: Teoría de las masculinidades; así como lo propuesto por Madeleine Leininger en su Teoría dentro de la disciplina de enfermería titulada: Teoría de la Diversidad y Universalidad, ambas retomadas desde un enfoque de género como se presentan a continuación.

Teoría de las Masculinidades de Raewyn Connel

La teoría de la masculinidad hegemónica, formulada por Connel (1995), proporciona un esquema de análisis esencial para entender el efecto de la cultura masculina en la ejecución de investigaciones diagnósticas. Dentro de esta teoría sostiene que la masculinidad no es un atributo biológico inalterable, sino una estructura social determinada por valores, reglas y estructuras de autoridad. En este modelo, los hombres adoptan conductas que fortalecen el concepto de autogestión, resistencia al dolor y evitación de la vulnerabilidad, lo que impacta su predisposición para realizarse revisiones médicas y estudios preventivos (Bermúdez, 2023, pp. 283-288).

En este contexto, la ciencia y la filosofía aportan a la construcción de la masculinidad. La filosofía indaga sobre la interceptación de la masculinidad y su vínculo con el bienestar, mientras que la ciencia, mediante investigaciones empíricas, corrobora la conexión entre la formación de género y la implicación en medidas preventivas de salud. Los descubrimientos científicos han evidenciado que los varones que se apegan firmemente a los estereotipos de masculinidad convencional tienen una menor tendencia a buscar asistencia sanitaria de forma preventiva, lo que podría derivar en diagnósticos tardíos y resultados de salud más deficientes (Bermúdez, 2023).

Desde el campo de la enfermería, la teoría de las masculinidades brinda una perspectiva crucial en la elaboración de estrategias que fomenten la implicación de los hombres en el autocuidado personal, el equipo de enfermería tiene la posibilidad de emplear este saber para diseñar intervenciones culturalmente sensibles que minimicen los obstáculos psicológicos y

sociales que dificultan la ejecución de investigaciones diagnósticas. Adicionalmente, hace evidente la relevancia de programas de promoción de la salud orientados a dismantelar estereotipos de género dañinos y promover una perspectiva más justa del autocuidado.

Por lo tanto, examinar el impacto de la cultura masculina en la ejecución de investigaciones diagnósticas es de suma importancia con la finalidad de entender los obstáculos que dificultan la implicación de los hombres en la prevención de enfermedades y formular estrategias que optimicen su acceso a la salud desde una perspectiva de equidad de género.

En consecuencia, la transformación de las masculinidades y evidencias se han apoyado de la historia y la etnografía, lo que derivó en un cambio en los noventa cuando surge la idea del rol masculino mencionar que una parte esencial de la masculinidad era proveer el sustento familiar, incluso surgió el concepto “cabeza de familia o proveedor” perpetuando la masculinidad hegemónica (Connell, 1995).

Al comprender la historia de la masculinidad, se establece desde la crianza de los niños, las relaciones sexuales y el trabajo, lo que provocaría tensiones y transformaciones en la masculinidad feminizada. Al ser la familia el pilar de las posturas sociales impacta en la vida personal, económica y de salud. Se considera que el concepto de familia está íntimamente vinculado con el concepto de masculinidad, al evidenciar la relevancia de la crianza y los roles tradicionales en los que las familias se han criado a lo largo de las generaciones que inciden en la formación de masculinidades marcadas por la sociedad e influyendo en asuntos de salud ya autocuidado del hombre (Connell, 1995, pp. 116-117; Meza, 2024, pp. 74-76).

De este modo, Connell (1995) resalta en sus trabajos cuatro categorías principales de masculinidades, destacando la primera como la hegemónica. Esta se relaciona con la dinámica cultural en la que un grupo se mantiene y conserva una posición de liderazgo en la vida social; está vinculada a la dominación cultural en la sociedad. La masculinidad subordinada se refiere a aquellos hombres que no satisfacen los ideales dominantes, en este contexto, los homosexuales. Lo que hace referencia a la masculinidad conocida como cómplice, que se refiere a aquellos hombres que, aunque no encarnan directamente el modelo de masculinidad dominante, se benefician de sus privilegios y lo respaldan de manera indirecta. Por otro lado, está la masculinidad marginal, que describe aquellos hombres que, debido a condiciones

sociales como el origen étnico o la clase social, quedan al margen del modelo hegemónico y no logran acceder al poder reconocimiento que este representa.

En la presente investigación se retomará la masculinidad hegemónica, una de las clasificaciones que realiza Connell ya que se relaciona con la masculinidad sinaloense porque el hombre debe imponer poder, fuerza, seguridad y valentía. Incluso la música predominante en Sinaloa, los corridos, es características de masculinidades; es un modelo a seguir por otro de su género y suelen adoptar las mismas actitudes. El hombre con esta masculinidad percibe de su salud como algo no importante y sus características se enfocan en verse siempre fuerte, sociable y tener excesos, lo que implica una relación con los factores de riesgo y perjudican el autocuidado de su salud (Connell, 1995, pp. 116-17; Meza, 2024, pp. 74-76).

Estos aspectos la masculinidad tiene un impacto negativo en el hombre respecto al estado de salud, así como en su involucramiento en procesos médicos preventivos. Así pues, bajo el contexto de realizar colonoscopia, la percepción del individuo es relevante, dado que dicho procedimiento puede interpretarse como una violación a su privacidad o incluso como un peligro para su identidad masculina y la pérdida de su posición de fortaleza, sumado al estigma social de que en caso de mencionarlo podría recibir verlas y cuestionamientos a su vulnerabilidad e incluso discriminación.

Así pues, los hombres pueden eludir la ejecución de estos estudios diagnósticos destacando su incomodidad. Sin embargo, lo más significativo en términos epistémico es el conflicto que enfrenta el hombre por las normas de masculinidad a las que socialmente se somete, amenazando su sensación de control o mostrando su vulnerabilidad.

Teoría de “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad”

De acuerdo con la teoría, propuesta por Madeleine Leiniger quien creó la Enfermería Transcultural (ETC), de la cual formuló teorías, principios, conceptos y prácticas, la individualización de las necesidades de cada caso es posible mediante la comprensión del contexto cultural específico del paciente, con el propósito de perfeccionar y ajustar los cuidados para que sean culturalmente apropiados, de manera que sean ventajoso tanto para la persona como parte de la comunidad (Leininger, 1997, p.341).

Alrededor de los años 60's, Madeleine Leininger encabezó la implementación de la Teoría de la Diversidad y Universalidad, en la que definió a la Enfermería Transcultural (ETC) como: "Un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte" (Leininger, 1997, p.5).

El propósito de esta teoría es comprender cómo las personas, desde la diversidad cultural y concepción del mundo, entienden y viven el cuidado de manera distinta o diferente. Se busca reconocer tanto lo que nos diferencia como lo que compartimos en nuestras formas de cuidar, para así ofrecer una atención que sea respetuosa, significativa y adaptada a cada realidad cultural. Esta propuesta invita a brindar cuidados que no solo ayuden a conservar o recuperar la salud, sino que también acompañen con dignidad y sentido en momentos tan trascendentes como la enfermedad o el final de la vida, siempre de acuerdo con los valores, creencias y prácticas propias de cada comunidad.

Asimismo, Leininger hizo una distinción valiosa entre dos formas de entender y ejercer el cuidado desde la diversidad cultural: la enfermería transcultural y a enfermería intercultural. La primera se refiere a aquellos profesionales que no solo han sido formados de manera especializada en esta área, sino que también ha asumido con compromiso la tarea de aplicar estos conocimientos en su práctica diaria. En cambio, la enfermería intercultural describe a quienes, sin una preparación formal en enfermería transcultural, incorporan elementos de la antropología médica o aplicada para enriquecer su forma de acompañar y cuidar. Ambas perceptivas, aunque distintas, comparten el propósito de brindar una atención que reconozca y valore la cultura de cada persona como parte esencial del cuidado (Alligood, 2021).

Según esta teoría, se enfatiza la relevancia de la cultura en la interpretación y aceptación de los servicios sanitarios; de acuerdo con Leininger, es necesario ajustar los cuidados de enfermería a las creencias, valores y costumbres de las poblaciones para conseguir un cuidado eficaz (Leininger, 1997, p.5).

Dentro del marco de la salud masculina y las investigaciones diagnósticas, su teoría propone que los expertos en salud deben tener en cuenta las interpretaciones culturales que los hombres otorgan a los procedimientos médicos, como la colonoscopia, y elaborar estrategias

de atención sanitaria culturalmente consciente que promuevan su reconocimiento; reforzar el concepto de salud en la población masculina e implementar intervenciones de enfermería que mantenga o recuperen su salud (Christy et al., 2017, p.2; Lino -Indio et al., 2023, p. 71: Mojica et al., 2023 p.7; De Sousa et al., 2023, p.13).

También, la enfermería Transcultural (ETC) exhibe la importancia de una correcta relación enfermera-paciente, en la que el contexto cultural de quien otorga los servicios sanitarios se ve superado por el contexto y expectativas culturales del paciente, logrando la comunicación y comprensión efectiva (Leininger, 1997, p.5). Esto puede ser aplicado en los hombres a su masculinidad pueden verse amenazados al tener que someterse a este tipo de estudios por lo que es indispensable conocer sus vivencias para planear un cuidado asertivo. Mediante la perspectiva de la Teoría de la Diversidad y Universalidad, el personal de enfermería construye el mundo del paciente al utilizar la información proporcionada por éste, que a su vez impactan las decisiones que toma respecto a su salud y que en conjunto con la perspectiva de enfermería coadyuvan en la aceptación de los procedimientos médicos necesarios (Leno, 2006, p.2; Malo et al., 2005).

La ETC surge ante la necesidad de atención humanizada del paciente mediante la disposición de conocer su cultura y al ser considerado como un ser integral lo que impulsa la formación de capital humano en enfermería, su actualización y adaptación de los marcos teóricos y prácticos, así como lograr la intercomunicación hospitalaria para el abordaje del caso (Lino- Indo et al., 2023, pp. 76-77). Es por esto que es necesario identificar las razones por las cuales los hombres tienen a no realizarse la colonoscopia, desde la perspectiva de su masculinidad. Porque se considera que los conocimientos de la cultura y de los cuidados permiten conceptualizar y comprender a las personas de forma holística, a la par que son pilares fundamentales e imprescindibles para la formación y práctica profesional de enfermería.

Por otro lado, el metaparadigma que señala Leininger son: la persona, el ambiente, la salud y la enfermería, centrados en su teoría transcultural, en el que cada uno juega un papel crucial en la creación del contexto hospitalario, las convicciones sobre la salud y la enfermedad, que determinan el plan de acción aplicado al paciente (Buera et al., 2021, p.16). Según la teoría mencionada, la persona es un ser humano que debe cuidarse e interesarse por otros, pero el cuidado debe ser particular acorde a las diversas culturales. Es decir, para los hombres que deben practicarse la colonoscopia, se deben comprender que aspectos culturales y sociales

condicionan el llevar a cabo este examen diagnóstico, por lo que es necesario que el abordaje para otorgar cuidado y prevención a su salud puede estar orientado a la explicación del procedimiento, su propósito y los beneficios para su bienestar (Leno, 2006).

El ambiente o entorno lo articula de los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Los principales conceptos y defunciones que menciona en su teoría son: cuidados profesionales, cultura, concepción del mundo. Los cuidados profesionales hacen referencia a los conocimientos y prácticas aprendido de manera formal y estructurada, generalmente en instituciones educativas, que preparan a los profesionales para brindar atención y apoyo a las personas con el objetivo de mejorar su salud o prevenir enfermedades. Desde este sentido, los hombres que enfrentan la realización en una colonoscopia, estos cuidados deben combinarse con una comprensión profunda de sus creencias y emociones, para que el acompañamiento sea respetuoso y efectivo, favoreciendo que se sienta apoyados y confiados durante todo el proceso (Leno, 2006).

La siguiente definición es cultura que se refiere a los valores, creencias, normas y estilos de vida que se aprenden, comparten y transmiten dentro de una cultura específico y las acciones de formas organizadas. Estos elementos influyen de manera organizada en cómo las personas piensan, toman decisiones y actúan en su día a día. Por lo tanto, estos patrones organizados de comportamiento influyen directamente en su percepción y actitud frente a estudios diagnósticos como la colonoscopia, condicionando desde sus miedos hasta la aceptación o rechazo del procedimiento, todo ello enmarcado en su experiencia y construcción social de la masculinidad (Alligood, 2012).

Finalmente, la concepción del mundo se refiere a cómo cada persona interpreta y ve su entorno, creando una imagen o visión propia sobre la vida y lo que la rodea. Esta perspectiva amplia influye en su forma de relacionarse con los demás, así como en la manera en que entienden y vive el cuidado de la salud (Alligood, 2021). Dentro de esta concepción del mundo refleja cómo cada hombre interpreta su entorno y construye una visión personal sobre su vida y su salud. En el caso de la colonoscopia, entender esta perspectiva es un punto clave para reconocer las razones detrás de sus miedos, dudas o resistencias, y así ofrecer un acompañamiento que respete su experiencia y su identidad masculina.

El siguiente elemento del metaparadigma es la Salud, para Leininger es el estado de bienestar, definida, valorada y practicada por la cultura al reflejar sus valores y creencias específicas. Ese estado permite a los seres humanos llevar a cabo sus roles cotidianos, incluye sistemas de salud, prácticas de cuidado para la promoción y mantenimiento de la salud (Leno, 2006).

Actualmente, la salud es considerada como un derecho universal, es decir, toda la población indiscriminadamente debe tener acceso a ésta; sin embargo, la percepción de salud y enfermedad varía de acuerdo con las cultura existentes alrededor del mundo, incluyendo valores y creencias, por lo tanto, es indispensable que el personal de enfermería se encuentre capacitado para aproximarse al paciente de manera adecuada, haciendo uso de un enfoque holístico para las personas atendidas (Lino-Indio et al., 2023). Por consiguiente, el personal debe aplicar cuidados desde su concepción del mundo de masculinidad, que lo lleven a mantener su bienestar en todos los ámbitos de su vida como lo hace mención Leininger.

Finalmente, el último elemento del metaparadigma, la enfermería se define como ciencia y arte humanístico orientados a identificar conductas, funciones y procesos personalizados utilizados para la promoción y conservación de la salud o para la recuperación de la enfermedad, tiene significado físico, psico cultural y social que se puede lograr por medio de tres acciones: preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales. Cabe señalar que la solución a los problemas de salud de los seres humanos se centra en el mismo ser humano al comprender sus valores, creencias y prácticas culturales (Leno, 2006). En el caso de los hombres que requieren realizarse la colonoscopia, el personal de enfermería puede fomentar una transformación en la visión cultural para hacer énfasis en que el valor de su virilidad depende de su salud y no de un estudio diagnóstico.

Los principios que dan sustento a esta teoría, se originan a partir de cuatro fundamentos teóricos esenciales: el primero señala que, aunque las formas de cuidar varían entre culturas con significado, prácticas y modelos propios, es posible encontrar puntos de encuentro entre ellas. En el caso de los hombres que se requieren la realización de colonoscopia, este punto de encuentro puede darse al proporcionarles información referente al beneficio de este estudio diagnóstico para preservar su salud o en el caso de padecer la enfermedad lograr su diagnóstico oportuno y evitar complicaciones e incluso la muerte (Leno, 2006).

Es decir, a pesar de las diferencias culturales, existen elementos comunes y atributos universales que atraviesan las distintas maneras en que las personas expresan y entiende el cuidado. El segundo fundamento teórico resalta que la forma en que las personas entienden y viven el cuidado está fuertemente influenciada por su manera de ver el mundo y por múltiples factores que forman parte de su contexto. En este sentido la manera en que los hombres ser su masculinidad está relacionado a sus conductas de autocuidado (Leno, 2006).

Entre ellos se encuentra la estructura social, la historia cultural del grupo (etnohistoria), el idioma, el entorno cotidiano y la convivencia entre cuidados tradicionales (o genéricos) y cuidados profesionales. Todos estos elementos impactan de forma decisiva en cómo se construyen los modelos de cuidado cultural y, por tanto, en la manera en que se prevé la salud, el bienestar, la enfermedad, el proceso de curación, así como la forma en que enfrentan la discapacidad y la muerte. Los factores como la estructura social los cuidados tradicionales influyen en cómo los hombres perciben su salud y afrontan procedimientos médicos, en el caso de la colonoscopia, estas construcciones culturales y de género pueden generar resistencia, al asociarse con amenaza a su masculinidad. El comprender estos elementos permite interpretar su percepción, estructura social, entorno con los que se relaciona el hombre impactan en su decisión de realizarse estudios diagnósticos (Alligood, 2021).

Por su parte, el tercer fundamento pone el foco en cómo tanto los saberes populares o comunitarios (enfoque émic), como los conocimientos profesionales y científicos (enfoque étic), pueden tener un peso significativo en los resultados relacionado con la salud o la enfermedad. Estos factores, según el entorno en el que se desarrollen, pueden facilitar o dificultar el acceso, la comprensión y la eficacia del cuidado. En el caso de los hombres, estas visiones pueden facilitar o dificultar su decisión de realizarse estudios como la colonoscopia, dependiendo del contexto cultural y del valor que asignen a cada tipo de saber en su vida cotidiana (Alligood, 2021).

Finalmente, a partir del análisis profundo de estos elementos culturales y contextuales, surge el cuarto fundamento, el cual propone tres formas claves de intervenir desde la enfermería: la preservación o mantenimiento de aquellas prácticas culturales que favorecen la salud; la adaptación o negociación que permite llegar a acuerdos entre los saberes culturales y el conocimiento profesional; y la reestructuración o transformación de cuidados, cuando es

necesario modificar ciertas prácticas para mejorar los resultados en salud. Estas formas de acción buscan garantizar una atención segura, respetuosa y coherente con la cultura de cada persona de cada persona o comunidad (Alligood, 2021). Se plantea que, desde la enfermería, es posible intervenir respetando y comprendiendo la cultura del paciente, en referencia de los hombres y la colonoscopia, estas intervenciones permiten acercarse a sus percepciones con sensibilidad, promoviendo una atención que o solo sea técnica, sino también culturalmente segura y respetuosas de su vivencia masculina.

En este contexto, la diversidad cultural es considerada como un desafío para el sistema de salud, ya que las diferencias de los pacientes y los profesionales de la salud pueden representar un impedimento para llegar a la comunicación eficiente y con ello afecta la atención brindada. Por tal motivo es necesario y pertinente que el personal de la salud comprenda de manera óptima la diversidad cultural, priorizar el cuidado pertinente en las diversas culturas. En el ejercicio profesional debemos abordar el cuidado desde la cultura, no solo valorar al paciente por sus síntomas relacionados con la enfermedad, sino abordar su enfermedad y sus aspectos culturales en su vida diaria (Lino – Indio et al., 2023).

Reconocer en los pacientes las influencias culturales y respetar las actitudes basadas en las mismas, nos permitirá ser un organismo sinónimo de cuidado no discriminatorio, incluyendo y a construir planes de acción efectivos en la prevención y diagnóstico de patologías como el cáncer de colon y pólipos, entre otros, mediante colonoscopia, minimizando el estigma de los hombres hacia la técnica medica que implica el examen.

En este mismo sentido, Leininger desarrolló el método de investigación conocido como etnoenfermería, el cual pone en el centro del estudio a las personas, valorando sus vivencias cotidianas, sus saberes locales y la forma en que entienden su salud desde su propia cultura. Este enfoque no se limita únicamente a observar, sino que propone una comparación respetuosa entre esos conocimientos locales y las creencias o prácticas provenientes de otros contextos culturales o profesionales (Alligood, 2021). Este enfoque permite comprender cómo los hombres interpretan su salud y procedimientos como la colonoscopia desde su cotidianidad y cultura, generando un diálogo respetuoso entre sus creencias y el conocimiento profesional.

Para ello, integró de forma creativa y cuidadosa distintas herramientas metodológicas, como la etnografía, el análisis de historias de vida, los relatos personales, fotografías, y

también métodos de corte fenomenológico. Estas estrategias le permitieron aproximarse de manera profunda a la conducta humana, captando cómo se expresa el cuidado en diferentes escenarios sociales y culturales. En el caso de los hombres ante la colonoscopia, estas metodologías ayudan a captar de manera profunda sus percepciones, temores y creencias, vinculadas a su experiencia masculina y social (Alligood, 2021).

A través de estos métodos cualitativos, el investigador no se mantiene distante, sino que acompaña a las personas en su vida cotidiana, observando y compartiendo sus rutinas. Esto le brinda la oportunidad de comprender desde adentro su mundo, sus significados y la manera en que se relacionan con el cuidado, la salud y las enfermedades. En relación con los hombres que enfrentan con el cuidado, la salud y la enfermedad. En relación con los hombres que enfrentan una colonoscopia, esta cercanía facilita entender sus significados, miedos y resistencia, desde su experiencia masculina y cultural.

Como parte de este enfoque integral, en su modelo del Sol Naciente, Leininger expone los elementos clave que sustentan su teoría sobre los cuidados culturales. En esta representación, se articulan los componentes más relevantes que permiten comprender la complejidad del ser humano dentro de su cultura. A lo largo del tiempo, este modelo ha evolucionado hasta convertirse en una guía sólida y completa, que orienta de manera profunda la investigación y la práctica del cuidado en contextos culturalmente diversos. Gracias a ello, el profesional de enfermería puede tomar decisiones fundamentadas y desarrollar intervenciones que respeten, valoren y se adapten a las realidades culturales de cada persona o comunidad (Alligood, 2021). Este modelo en el caso de los hombres que se someten a una colonoscopia, ayuda a interpretar su percepción desde su cultura, sus creencias y su vivencia masculina, favoreciendo intervenciones más empáticas y efectivas.

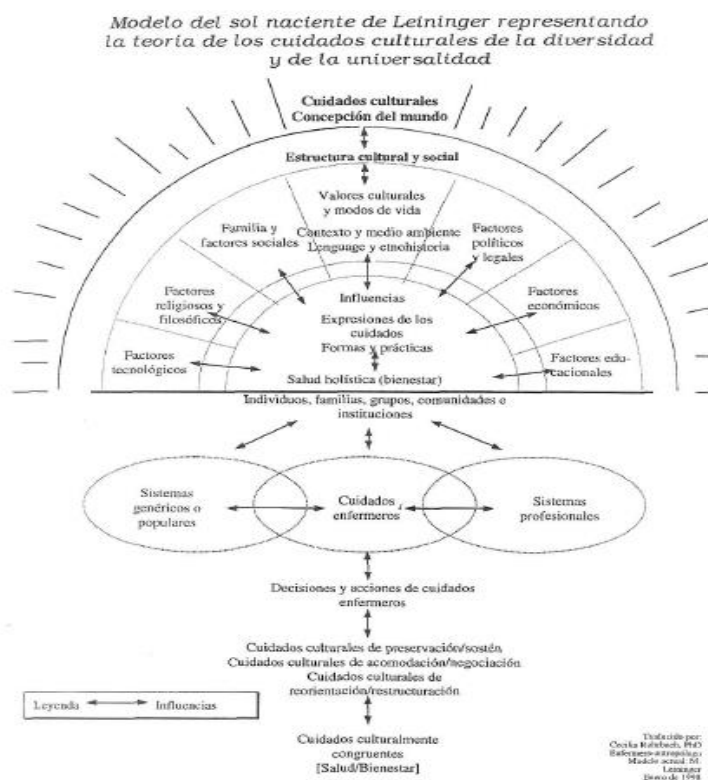
Modelo del Sol Naciente

El modelo del Sol Naciente es la representación gráfica creada en 1970 sobre la Teoría de la Diversidad y Universalidad, ambos diseñados por Leininger; en el modelo se muestra un círculo, donde la mitad superior simboliza los elementos de la estructura social y los elementos de la percepción del mundo de cada individuo, que inciden en los cuidados y en la salud. En la parte debajo del círculo, ilustra la práctica de enfermería más particular, sin olvidar los elementos más universales. Las dos mitades constituyen un sol completo, que representa el

universo que el personal de enfermería debe tener en cuenta para apreciar los cuidados humanos y la salud (Fig. 1). En el caso de los hombres y la colonoscopia, este modelo permite entender cómo sus creencias, roles de género y entorno cultural impactan en su disposición a realizarse este estudio, guiando intervenciones más empáticas y respetuosas.

Figura 1.

Representación gráfica del Modelo del “Sol Naciente” de M. Leininger.



Fuente. **Nota.** Adaptado e Revista Sanitaria de Investigación (2023), basado en Leininger (1991). [https:// revistasanitariadeinvestigacion.com/Madeleine-Leininger-articulo-monografico/](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/Madeleine-Leininger-articulo-monografico/)

El modelo se organiza en cuatro niveles, con el primero representando el grado más alto de abstracción y el cuarto, el más concreto. Los tres niveles iniciales establecen un fundamento teórico que facilita la prestación de cuidados alineados con la cultura. El nivel uno simboliza la percepción del mundo desde le enfoque de masculinidades y los sistemas de sociedad. Y en segundo nivel proporciona datos sobre personas, familias, grupos, individuos e instituciones dentro de diversos contextos sanitarios que influyen o se relaciona en las

decisiones de las personas sobre su cuidado. En el nivel tres se encuentra información sobre los sistemas de enfermería que funcionan dentro de una sociedad; y el último nivel establece las acciones y decisiones de los cuidados de enfermería que influye en mantener o recuperar la salud de la persona. De acuerdo con Leiniger, en este nivel se ofrecen los cuidados de enfermería que son culturalmente coherentes e identifica tres tipos de acciones y decisiones enfermeras: conservación, adaptación y renovación de los cuidados culturales (Olcese, 2015). Algunos hombres se ven limitados en su acceso a la masculinidad hegemónica ya sea por su contexto social o por no reproducir el modelo dominante, lo que influye en cómo perciben y enfrentan estudios médicos como la colonoscopia.

También este nivel analiza cómo las construcciones culturales influyen profundamente en las prácticas de cuidado. A través de su modelo del Sol Naciente, Leininger muestra cómo en la mitad superior de este sol simbólico se ubican las concepciones más abstractas del mundo, entre ellas las ideas, percepciones relacionadas con las masculinidades. Estas masculinidades están determinadas por factores culturales y estructurales como la educación, los roles de género aprendidos desde la infancia, la religión, la económica que históricamente ha asignado al hombre el papel del proveedor y jefe de familia, los valores familiares, el contexto político y las tradiciones. Todo ello construye en el que el hombre debe mostrarse fuerte, valiente y emocionalmente reservado, evitando cualquier manifestación que denote tristeza o vulnerabilidad (Alligood, 2021).

Este modelo indica que los individuos poseen identidades que no pueden separarse de su origen cultural, estructura social y de su percepción del mundo, de su trayectoria vital o del contexto de su ambiente. Así pues, para realizar cuidados integrales de excelente calidad, se debe considerar al individuo en su totalidad y nunca separarlo de su cultura, organización social o entorno (Buelna et al., 2021). La comprensión de cómo los hombres viven, interpretan y reaccionan ante estudios diagnósticos como la colonoscopia exige mirar más allá de los clínicos. Implica adentrarse en sus historias, creencias, valores y en los significados que cada uno le da a la salud y el cuerpo.

Estos elementos no existen de forma aislada, sino que se interrelacionan y configuran patrones específicos de salud, enfermedad y cuidado. En la sección media del sol, aparecen los profesionales de enfermería, quienes representan un pilar clave en la integración de estos conocimientos culturales en la práctica del cuidado. La unión de todas estas dimensiones forma

el sol completo, símbolo del cuidado transcultural, cuya finalidad es ofrecer una atención significativa, respetuosa y centrada en la diversidad humana (Alligood, 2021). En este sentido, el profesional de enfermería debe ofrecer una atención respetuosa cálida y empática con los hombres que se sometan a una colonoscopia, se les debe apoyar a asumir esta práctica como una forma de cuidar su salud y su persona en lugar de ser percibida como una acción que violenta su masculinidad.

Desde esta perspectiva, la labor de enfermería no se limita a brindar información sobre procedimientos como la colonoscopia. Implica también comprender por qué, para muchos hombres, este estudio puede representar una amenaza simbólica a su identidad masculina, o bien un desafío emocional difícil de afrontar.

Leininger, la cual representa un marco teórico sensible y congruente para explorar este fenómeno desde el respeto por la cultura, las diferencias y la individualidad. Nos recuerda que cuidar no es un acto uniforme, sino un proceso que debe tener sentido para quien lo recibe. En este caso, abordar la percepción que los hombres tienen sobre la colonoscopia implica que no solo se enfrentan a un procedimiento médico, sino también a una serie de representaciones sociales como el ser hombre. En contextos culturales como Culiacán, Sinaloa, muchas veces se espera del varón fuerza, autocontrol, y la capacidad de no mostrarse vulnerable. Estas expectativas, tan arraigadas, pueden dificultar el acceso a prácticas preventivas, al percibirse como contrarias al ideal masculino.

Aplicar esta teoría permite visibilizar esas barreras culturales y emocionales, y ofrecer cuidados que realmente respondan a las necesidades y realidades del hombre. Significa, por ejemplo, reconocer que para algunos varones el solo hecho de hablar de su cuerpo o permitir que otro lo examine puede generar incomodidad o vergüenza. Pero también significa crear espacios de escucha, donde se sientan respetados, comprendidos y no juzgados por sus temores (Alligood, 2021).

Leininger propone que el cuidado culturalmente competente se logra mediante tres acciones: preservar prácticas culturales saludables, negociar con aquellas que pueden modificarse, y transformar aquellas que representan un riesgo. En el caso de los hombres que se resisten a realizar una colonoscopia, esto puede traducirse en validar sus preocupaciones, adaptar la forma en que se brinda la información, ofrecer alternativas que respeten su

privacidad, e incluso permitir que elijan al profesional de salud con el que se sientan más cómodos (Alligood, 2021).

Este enfoque facilita el acceso a estudios diagnósticos, sino que humaniza el cuidado, reconociendo no como un cuerpo que debe ser examinado, sino como una persona atravesada por significado, emociones, mandatos sociales y culturales. Desde esta perspectiva, el fenómeno de estudio se enriquece, pues deja de ser un simple dato sobre baja adherencia a estudios preventivos, para convertirse en una oportunidad de transformar el cuidado desde la comprensión profunda del otro.

Por ello, usar la teoría de Leininger para abordar la percepción masculina ante estudios de colonoscopia no solo es pertinente, sino necesario. Permite generar intervenciones culturalmente congruentes, que promueven el bienestar y favorezcan decisiones informadas en los hombres, sin romper con su identidad ni desestimar su contexto. Así, se construye una enfermería más empática, sensible y comprometida con el respeto a la diversidad humana. Esta perspectiva permite diseñar intervenciones culturales congruentes, que acompañe a los hombres desde su realidad, favoreciendo decisiones informadas sin atentar contra su identidad ni descontextualizar su experiencia. De esta manera, se fortalece una enfermería más humanizada (Alligood, 2021).

2.2 Marco Conceptual

Es importante identificar los patrones, conductas, así como los factores que influyen en los hombres en la realización de procedimientos diagnósticos, como la colonoscopia. Por lo tanto, se requiere conocer la cultura masculina influye y juega un papel importante en la forma que los hombres se relacionan con su salud y autocuidado. Este marco conceptual abordará palabras claves como salud, promoción de la salud, cultura masculina, colonoscopia y masculinidad, las cuales se relacionan con el problema a investigar, con el objetivo que ayuden a dar respuesta al fenómeno de estudio.

Salud

El concepto de salud ha sido modificado con el paso del tiempo, siendo definida actualmente por la OMS (2025) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Desde la perspectiva de Leininger, hace mención que la salud puede entenderse como una experiencia de bienestar profundamente ligada a la cultura de cada persona; es vivida, apreciada y cuidada de acuerdo con los valores y costumbres de cada comunidad. Representa la habilidad de cada individuo para desempeñar sus actividades diarias y cumplir con sus responsabilidades dentro de su entorno. Abarca no solo los servicios médicos disponibles, sino también las formas en que las personas cuidan de sí mismas, sus hábitos de vida y las acciones que toman para conservar y promover su bienestar. Aunque el concepto de salud está presente en todas las culturas, su significado varía, adaptándose a las creencias y tradiciones propias de cada una (Leininger, 1999).

De acuerdo con Rodríguez – Carvajal et al. (2022) la salud es un concepto que debe ser considerado de manera individual, ya que esta se define de acuerdo con la perspectiva personal, ignorando los términos científicos y siendo más complejo que únicamente la ausencia de enfermedad (Rodríguez y Meras, 2022, pp. 124-126).

Por lo tanto, la salud pone en relieve un aspecto crucial: los cuidados o autocuidados del individuo que lleva a cabo para salvaguardar su salud. La salud ha sido vista por el ser humano como un factor secundario e irrelevante, lo que le lleva a priorizar otras actividades de su entorno como el trabajo y ser el soporte esencial del hogar proveedor. En consecuencia, la salud se relaciona con la cultura que tiene la persona, tanto en hábitos como en costumbres que favorezcan su estado de bienestar. Las mujeres son las que tienen mejores hábitos y medidas de prevención, como las revisiones periódicas al médico, lo que conlleva una mejor salud en comparación con el hombre, que prioriza otras actividades antes que su propia salud (Rodríguez y Meras, 2022).

Así pues, para mantener una salud adecuada, los hábitos saludables tradicionalmente vinculados a cada género son el elemento más relevante para que el hombre sea más propenso a adoptar estilos de vida perjudiciales y peligrosos, lo que se vincula con comportamientos de masculinidad y con prácticas de salud de alto riesgo (Marcos et al., 2020, pp. 2-9, De Sousa et al., 2023, pp. 10-14).

Promoción a la Salud

Según la SSA (2023), la promoción a la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control de su propia salud y mejorarla. En este contexto, el cáncer de colon, tumores, pólipos, entre otros, los cuales pueden diagnosticarse mediante una colonoscopia, representan un problema de salud pública, siendo las actitudes negativas y la resistencia a la prevención de enfermedades por parte de las personas, factores primordiales que conllevan a una mala calidad de vida (SSA, 2023).

Además, la OPS (2019) menciona que la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno, con lo cual se genera salud y bienestar, y opera en los lugares o contextos en los que las personas participan en actividades diarias, interactuando diversos factores sociales, económicos, ambientales, organizacionales y personales (OPS, 2019).

Cultura Masculina

La cultura masculina se entiende como el conjunto de creencias, valores y normas que guían cómo los hombres se perciben a sí mismos, se relacionan con otros y toman decisiones sobre su salud. Influye en actitudes como mostrarse fuerte, controlar emociones o postergar la atención médica, y condiciona cómo viven y perciben estudios diagnósticos como la colonoscopia (CNDH, 2018; Gutmann, 2023).

Desde la antropología social, la cultura masculina puede definirse como un sistema de valores, esquemas simbólicos y disposiciones internalizadas que legitiman y reproducen los, masculino como referente normativo dentro de la vida social. A través de procesos de socialización y de prácticas cotidianas, esta cultura configura formas de percibir el cuerpo, el poder y las relaciones sociales, naturalizando actitudes como la dominación, el control y la negación de la vulnerabilidad. Estas disposiciones influyen en la manera en que los hombres enfrentan la enfermedad, interpretan el cuidado y aceptan o rechazan intervenciones relacionadas con su salud (Bourdieu, 1998).

En opinión De Keijer (2020) desde una mirada antropológica y de género, complementa esta perspectiva, al señalar que la cultura masculina comprende mandatos culturales,

creencias y aprendizajes de género y normas sociales que regulan cómo los hombres deben vivir su corporalidad, enfrentar el dolor, asumir riesgos y relacionarse con el autocuidado. Estas normas promueven ideales de resistencia, control y negación de la fragilidad, lo que influye directamente en la postergación de la atención médica, la baja participación en acciones preventivas y en la manera en que los hombres significan procesos de enfermedad y estudios diagnósticos, particularmente aquellos que implican exposición corporal o reconocimiento de vulnerabilidad.

Desde la sociología, la cultura masculina se define como el conjunto de prácticas, normas y significados socialmente contruidos que guían cómo los hombres se comportan, gestionan sus emociones y se relacionan con su cuerpo y los demás. Esta cultura configura modelos de masculinidad que valoran la fortaleza, la autosuficiencia y el control, influyendo en la percepción de la vulnerabilidad, la enfermedad y la búsqueda de atención médica. Además, Connell enfatiza que estas masculinidades no son uniformes, sino que se jerarquizan mientras que la masculinidad hegemónica privilegia fuerza y control, otras formas coexisten de manera subordinada o cómplice, evidenciando distintos grados de adaptación o resistencia a los mandatos culturales de género (Connell, 2005).

La cultura masculina, desde una perspectiva crítica inspirada en Firestone (1970), no es un conjunto neutral de comportamientos individuales, sino un entramado simbólico y social creado predominantemente desde la mirada y los intereses de los hombres. Esta cultura ha moldeado representaciones, normas y valores socialmente reconocidos como “universales” o “neutro”, aunque en realidad reflejan y perpetúan posiciones de poder y privilegio masculino, relegando otras experiencias especialmente las féminas a roles secundarios o marginales.

En este sentido, la cultura masculina puede entenderse como un entramado de creencias, normas y valores que guían cómo los hombres se perciben a sí mismo, se relacionan con los demás y toman decisiones sobre su salud. No se trata únicamente de comportamientos individuales, sino de otras culturales que moldean la identidad masculina y condicionan la manera en que afrontan la enfermedad y se participa en acciones preventivas. Por ejemplo, estas construcciones sociales influyen en actitudes como mostrarse fuerte, controlar emociones o postergar la atención médica, y determina cómo los hombres viven y perciben procedimiento diagnóstico sensibles como la colonoscopia (CNDH, 2018).

En este marco, Firestone (1970) aporta una perspectiva crítica que permite comprender la cultura masculina como un sistema simbólico históricamente construido desde la mirada y los intereses de los hombres, donde se legitiman normas, valores y significados que priorizan la fuerza, la autosuficiencia y el control emocional.

Esta cultura, al estar estructurada socialmente, condiciona la percepción del cuerpo, de la vulnerabilidad y del riesgo, generando patrones de comportamiento que afectan directamente la participación masculina en prácticas de autocuidado y en la aceptación de procedimientos médicos que implican exposición corporal, como la colonoscopia. Incorporar esta mirada permite humanizar el análisis, reconociendo que estas normas no son naturales ni universales, sino socialmente construida y transmitidas, y que su cuestionamiento abre espacios para resignificar la salud masculina y promover nuevas formas de autocuidado.

En el marco de lo anterior coincide Bourdieu (1998), quien plantea que la cultura masculina se constituye por un sistema de valores, esquemas simbólicos y disposiciones internalizadas que legitiman lo masculino como referente normativo en la vida cotidiana. A través de procesos de socialización, los hombres incorporan estas normas que naturalizan actitudes de dominación, control y negación de la vulnerabilidad. Esta perspectiva enfatiza que la salud masculina no puede entenderse de manera aislada del contexto social que le da sentido, ya que afecta la forma en que enfrentan la enfermedad, interpretan el cuidado y aceptan o rechazan intervenciones médicas.

Dicha cultura ha moldeado representaciones, normas y valores socialmente reconocidos como “universales” o “neutros”, reflejando y perpetuando posiciones de poder y privilegio masculino, relegando otras experiencias, especialmente las femeninas, a roles secundarios o marginales (Firestone, 1970).

En conclusión, la cultura masculina funciona como un referente regulador integral del comportamiento y la identidad de los hombres, integrando creencias, normas y prácticas que moldean la manera en que viven su cuerpo, afrontan la enfermedad y toman decisiones de salud. Comprender estas dimensiones es esencial para diseñar intervenciones y estrategias de cuidado que respeten la experiencia subjetiva de los hombres, promueven la atención temprana y contribuyen a disminuir barreras culturales que afectan la realización de procedimientos diagnósticos sensibles. Integrar un enfoque que reconozca estas

construcciones culturales permite abordar la salud masculina de manera integral, considerando los aspectos biológicos sociales, emocionales y culturales que determinan el bienestar del hombre.

Colonoscopia

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer [NIH] (2004) se define como un estudio diagnóstico como una prueba que se usa para ayudar a diagnosticar una enfermedad, en su caso una afección según los signos y síntomas que presentan una persona. Estas pruebas diagnósticas también se utilizan para diseñar un tratamiento, determinar su eficacia y hacer un pronóstico.

Dentro del campo médico la aplicación de técnicas diagnósticas permite la detección de diversas patologías, una muestra de ello es la colonoscopia, la cual consiste en un examen de recto y colon mediante el uso de un colonoscopio que se introduce a través del ano. Es posible realizar una biopsia o extirpar cualquier zona que parezca sospechosa, incluyendo pólipos, si se requiere (ACS, 2020, Ford y Mazzaferro, 2009, pp. 506-507; Gangwani et al., 2023, p.2).

La colonoscopia se utiliza como apoyo en la prevención y detección de lesiones en el intestino, viabilizando un abordaje clínico oportuno en caso de ser necesario, sin embargo, este estigma social a este examen debido a la desinformación en la población sobre el procedimiento, así como la vulnerabilidad psicosocial que mencionan los pacientes que se han realizado el estudio (Grilo et al., 2016, Mojica et al., 2023, Priego et al., 2024).

Uno de los aspectos cruciales que menciona la ACS (2020), son los posibles hallazgos durante la colonoscopia, como los pólipos, que, si no se identifican oportunamente, pueden convertirse en cancerígenos con el paso del tiempo. Para prevenirlo, es necesario hacerse uso de las revisiones, siendo la prevención continua el principal instrumento para reducir la incidencia de enfermedades (ACS, 2020).

Según las Guías para la prevención y el manejo del Endoscopio del cáncer colorrectal [DPECC] (2016) los casos han incrementado a escala global, presentándose la misma tendencia en México. A nivel global, los, los cánceres más comunes son el cáncer de pulmón, el de mama y finalmente el cáncer colorrectal, que es el tercero más frecuente en hombres. Las cifras no han cambiado a pesar de los estudios diagnósticos que se han implementado.

En la población general, la prevalencia aumenta conforme a la edad; con respecto a México, es de 3.8% la frecuencia y el grupo de edad donde más se presenta es por encima de los 50 años. Los casos de cáncer son esporádicos; incluso se presentan en personas que no tengan un riesgo de lesión premaligna.

Las asociaciones de gastroenterología aconsejan realizar colonoscopia a partir de los 50 años como protocolo y antes si existen factores de riesgo, como familiares con historial de cáncer o alteraciones en nuestro sistema digestivo, como sangrados rectales o diarreas constantes, previa evaluación e indicación médica. La colonoscopia permite detectar la presencia de pólipos precancerosos, por lo que ha ayudado a aumentar los años de vida por la posibilidad de ser retirados (AMEG, 2016).

De acuerdo con la información planteada, es crucial reconocer la relevancia de la colonoscopia, ya que continúa siendo uno de los exámenes con mayor proporción de éxito para visualizar pólipos por parte de los gastroenterólogos. Los que permite detectar de manera temprana el inicio de complicaciones y, con ellos, mejorar el pronóstico del paciente, su estado de salud y mejores posibilidades de éxito en su recuperación.

La Masculinidad y sus Clasificaciones

Respecto a los términos de masculinidad la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres [CONAVIM] (2021), la define como un fenómeno socio cultural que se refleja en nuestra conducta a lo largo de nuestra historia, desde la forma en que nos organizamos, hasta la aparición de los roles de género, al asignarle al hombre responsabilidad vinculadas al cuidado.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH] (2008) considera a la masculinidad dominante como los miembros que se distinguen por ser individuos relevantes, autónomos, independientes, activos, productivos, heterosexuales, y en el ámbito familiar, proveedores y con un gran control sobre sus emociones (p.1).

Por otra parte, en la masculinidad subordinada algún o algunos rasgos de la masculinidad dominantes están ausentes. Se trata de hombres que no son tan fuertes, cuya

capacidad económica no es grande, no comparten rasgos como el autocontrol emocional, pertenecen a una minoría, y no se identifican con el estereotipo o prototipo masculino hegemónico.

Micromachismo

Se define como mecanismos sutiles de dominación, ejercidos por los hombres hacia las mujeres. Se caracterizan por no ser abiertamente violentos e incluso pueden ser advertidos como aceptables y esperados; prueba de ello, no consensuar o tomar en cuenta a la pareja en las decisiones que impliquen a ambos o descalificar sus opiniones (CNDH, 2018).

Masculinidad Hegemónica

El concepto de masculinidad hegemónica se originó en 1982, proveniente de un estudio de equidad social llevado a cabo en una escuela de Australia. La masculinidad hegemónica hace referencia a que existe una desigualdad entre el valor de los hombres, estando estos por encima de las mujeres, y tiene como base el patriarcado. Por lo tanto, en la actualidad, el asunto de la masculinidad ha ganado popularidad debido a que se ha discutido en años recientes, un tema al que anteriormente no se le daba relevancia. Respecto al género, se puede describir el concepto como las aportaciones que la sociedad, desde una perspectiva histórica, geográfica y cultural, otorgan a los hombres y mujeres para establecer las características distintivas de lo masculino y lo femenino (Pichardo, 2021).

Es importante destacar que los códigos culturales que guían la conducta humana hacen alusión a las ideas o convicciones que constituyen en la vida social y cultural. En estos códigos se pueden expresar emociones como la ira, limitarse a expresar tristeza, temor y amor, además de sentirse inalterables. Una robustez física, escasa implicación en la atención al cuerpo, la salud física y emocional, y circunstancias de alto peligro. Así pues, estos códigos culturales son variados y ejercen un impacto significativo en el comportamiento humano (Ayllón, 2020; Hernández, 2008).

En la sociedad mexicana se ha establecido concepciones y conductas donde el hombre necesita ser “fuerte”, predominante, por lo tanto, es imprescindible considerar cómo esta

postura fomenta la negativa de cuidar su salud, así como las acciones que amenazan su vida. Además, las conductas de los hombres con masculinidad dominante están claramente delimitadas y aplicadas, lo que facilita su identificación rápida; estas conductas van a influir en comportamientos de salud perjudiciales al no tener comportamientos de prevención, autocuidado y, en consecuencia, el surgimiento de enfermedades o alteraciones de su salud (Pichardo, 2021).

En este contexto De Keijzer (2025) durante un seminario sobre masculinidades disertado en la Universidad Autónoma de Sinaloa en febrero de 2025, expuso los costos de la masculinidad predominante, entre ellos señaló un incremento en muertes violentas asociadas a homicidios y accidentes cuales, sobremortalidad vinculada al consumo de drogas, suicidios y enfermedades contagiosas como el VIH, además de una mortalidad precoz cuando la persona se encuentra en situaciones de alto riesgo y las consecuencias de estas.

En 1970 se demostró la presencia de una paradoja del género en salud, en la que se encontró la morbilidad entre hombres y mujeres, expresando que las mujeres poseen una mayor expectativa de vida por los roles establecidos por las sociedades el deber ser del hombre cabeza de familia y la mujer la crianza de los hijos, como se ha planteado anteriormente (Belli, 2019).

Por esta razón es importante incorporar la perspectiva de género en materia de salud, ya que es diferente el enfoque de género en salud que el enfoque de sexo, este último centrado en las diferencias biológicas, mientras que el género enfatiza lo social, cultural. Por consiguiente, una vez definido cada término relacionado a esta investigación, el enfoque de género dará respuesta a la interrogante planteada, considerando la perspectiva que tiene el género masculino en la prevención y la salud (Álvarez, 2020; Belli, 2019; Gomes et al., 2020).

Por lo tanto, se comprende que las identidades y funciones de género no son naturales ni biológicamente determinadas, sino construidas socialmente. En este proceso tiene un papel importante la socialización de género, que se entiende como el aprendizaje que las personas adquieren desde la infancia sobre lo que significa “ser hombre” o “ser mujer” dentro de su cultura. Y que esta socialización influye directamente en sus actitudes, comportamientos y formas de relacionarse con los demás, reforzando estereotipos que a menudo limitan su

bienestar o participación en ciertas actividades, como ocurre con los estudios diagnósticos en salud (Kretchmar, 2023).

Sistema Sexo/Género

En este contexto, es importante comprender el término “sistema sexo/género” que fue introducido por Gayle Rubin en su artículo “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”, publicado en 1975. Según Rubin, este sistema se refiere a un conjunto de normas y prácticas sociales que transforman la sexualidad biológica en construcciones culturales. Es decir, lo que nace como una diferencia corporal entre hombres y mujeres se convierte, a través de la vida en sociedad, en roles, comportamientos y relaciones organizadas que responden a necesidades sexuales moldeadas por la cultura (Rubin, 1996).

Las construcciones sociales y ciertas conductas que la sociedad impone como adecuadas, se deben cumplir porque se consideran una realidad a seguir se aceptan que son parte de nuestra cotidianidad, donde la masculinidad es el conjunto de todos los significados, considerando conductas y códigos que se construyen socialmente, que le atribuyen lo que un hombre “debe ser”, con respecto a ideas y creencias que estipula la sociedad y la cultura a los hombres, tanto en su forma de ser, decir, actuar e incluso pensar (Ayllón, 2020).

La salud de una persona, de acuerdo con la OPS, no se define solo por la ausencia de la enfermedad o el acceso a servicios médicos, sino que está profundamente marcada por las condiciones sociales en las que vive su día a día. De este modo, los Determinantes de Sociales de la Salud (DSS) son todas esas circunstancias en la que nacemos, crecemos, trabajamos, vivimos y envejecemos, incluyendo también las fuerzas y sistemas que influyen en esas condiciones, como las políticas públicas, la economía, la cultura y las estructuras de poder (OPS, 2020).

Por lo tanto, la salud desde una perspectiva de género, no solo se pueden identificar diferencias entre hombres y mujeres, sino que, además, al tomar en cuenta los determinantes sociales de salud, se hace posible reconocer desigualdades significativas dentro de cada grupo. En otras palabras, esta perspectiva permite explicar gran parte de las inequidades sanitarias al considerar elementos estructurales como la posición social, el género, los ingresos y el trabajo, la sexualidad, así como la exposición a diversos factores internos. De este modo,

al comprender cómo se relacionan los DSS con las formas de vivir y expresar la masculinidad, también se facilita entender cómo los hombres perciben sus problemas de salud y, en consecuencia, cómo se acercan o no a los servicios de atención (OPS, 2019).

Proceso Salud/ Enfermedad/ Atención

Finalmente es importante, que el proceso salud-enfermedad-atención no es un fenómeno biológico, sino al contrario esta influenciado por diversos condicionantes, entre los cuales son factores sociales como las condiciones de vida, la economía, las diversas clases sociales; factores culturales relacionado con las creencias, la religión y algunas prácticas referentes al cuerpo y sus cuidados. Factores de género donde los roles que se les asigna por ser hombre y mujer este siendo un punto clave, ya que afecta su manera de enfermar incluso de ser cuidado o cuidar, dentro del factor histórico se puede resaltar que los cambios que suceden en cada gobierno en la organización y las reformas en los sistemas de salud modifican la forma de atención de la salud y las enfermedades (Pagnamento et al., 2016).

Lo que se ha descrito anteriormente son elementos claves para mejorar las condiciones de vida de las personas en su caso del género masculino evitar con ello desigualdad en la atención de salud, se debe realizar un análisis exhaustivo de factores condicionantes del proceso salud-enfermedad. Atención lo que ameritará realizar ajustes en las políticas de salud y desarrollar estrategias que brinden atención equitativa, sin desigualdad.

Las políticas públicas del estado de Sinaloa hacen énfasis en la salud de la mujer, así como la protección de los derechos de niñas y adolescentes, destacando haciendo la importancia de la erradicación de la violencia de género. Aunque el plan prioriza la equidad de género principalmente desde la perspectiva de género femenino, genera oportunidades y obligaciones de los hombres en el ámbito de la salud. Impulsa la atención especializada para los hombres generadores de violencia. Lo cual abre la oportunidad para trabajar en la salud masculina haciéndolo desde la prevención, la salud mental y la educación sobre nuevas masculinidades. Por lo tanto, las políticas de equidad de género no sólo protegen a las mujeres, sino que también impulsan cambios positivos en la salud y el bienestar de los hombres (SSA, 2024).

Se describen a continuación el objetivo general y específico de este fenómeno de estudio, los cuales son importantes para dar respuesta a la problemática planteada, y definir

cómo impacta la cultura masculina en estudios diagnósticos y su realización, esto logrará, con ello, una cultura de prevención y autocuidado en el hombre, no solo en estudios de colonoscopia sino en todos aquellos que contribuyan a mantener y preservar su salud, y con ellos un estado de completo bienestar.

Se ha educado con ciertas restricciones que se ha asignado por la sociedad de acuerdo con el género al que pertenecemos. Es como surgió este estudio de investigación. Indagar cómo esta construcción social de masculinidades ha conducido a generar conductas no favorables en el género masculino que ha orillado a tener implicaciones considerables en su estado de salud.

2.2 Objetivo General

Describir la cultura masculina en la percepción y realización de estudio de colonoscopia diagnóstica para la prevención y detección de enfermedades en hombres atendidos en un hospital de segundo nivel de atención en Culiacán, Sinaloa.

2.2 Objetivos Específicos

- Explorar la percepción de los hombres sobre la colonoscopia como estudio diagnóstico y preventivo.
- Analizar cómo la cultura masculina influye en la decisión de realizarse el estudio diagnóstico de colonoscopia.
- Describir las experiencias y sentimientos de los hombres sobre la colonoscopia y su relación con el autocuidado.
- Explorar las barreras socioculturales que dificultan el acceso y la realización de la colonoscopia.
- Identificar las creencias culturales, sociales que influyen en la información y aceptación de la colonoscopia.

Capítulo III. Etapa Metodológica

3.1 Tipo de Estudio

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo y retrospectivo, con un diseño etnográfico que posibilita describir, analizar e interpretar de manera oportuna y profunda las creencias y experiencias de las personas, reconociendo el valor de su voz y su contexto en la construcción del conocimiento.

3.1.1 Diseño de Estudio

El estudio se realizó bajo un diseño retrospectivo, dentro de un enfoque cualitativo, cuyo propósito es comprender en profundidad las percepciones, experiencias y significados que los participantes atribuyen a la realización de la Colonoscopia. Como señala Prado et al. (2013), el enfoque cualitativo en enfermería favorece la conexión con disciplinas como la antropología y las ciencias psicosociales, impulsando el desarrollo de habilidades reflexivas a partir de diversos marcos teórico- metodológicos. Esta mirada permita aproximarse a aspectos esenciales de cuidado, como su naturaleza, implicaciones y las expectativas de quienes lo reciben. En este sentido, el objetivo central de la investigación es profundizar en la comprensión de las necesidades de las personas para ofrecerles un cuidado más pertinente, sensible y humanizado.

El enfoque retrospectivo de este estudio radica en que, durante su desarrollo se retomaron como punto de partida antecedentes relacionados con los incidentes ocurridos en el hospital. Para comprender la situación, se consideró como fuente de apoyo la bitácora de procedimientos del servicio, la cual constituye un recurso esencial para identificar y registrar los procedimientos atendidos. Esta información permitió recuperar de manera ordenada los datos de los pacientes, otorgando un respaldo sólido y confiable a la investigación, además de reflejar la importancia de los registros clínicos en la mejora continua de la atención en salud.

La investigación con enfoque etnográfico busca comprender las razones por las que las personas actúan de determinada manera. La labor del investigador consiste en observar, describir e interpretar las prácticas y comportamientos de un grupo cultural, describiendo y analizando la realidad desde la perspectiva de sus propios miembros, es decir, desde el punto de vista “nativo”. En este proceso, los conceptos del referencial antropológico resultan esenciales, pues es la noción de la cultura se convierte en un eje fundamental de guía y enriquece la comprensión del fenómeno estudiado (Prado et al., 2013).

Se adopta así un diseño etnográfico, que posibilita explorar las prácticas culturales y las dinámicas sociales desde la mirada interna de quienes forman parte del fenómeno, alcanzando una comprensión más cerca y contextualizada del grupo analizado (Prado et al., 2013). Este tipo de investigación implica una inmersión prolongada en el contexto, la observación participante y el registro minucioso de las interacciones, lo que permite identificar patrones culturales, creencias y comportamientos. Más que medir los fenómenos, este enfoque busca interpretar los significados y la lógica interna de las acciones de los participantes, situándolas dentro de su propio marco sociocultural (Prado et al., 2013).

En este sentido, la elección del grupo o contexto a investigar determina el alcance de la etnografía. Spradley (1980) propone un espectro que va desde las macro-etnografías, centradas en sociedades amplias y complejas, hasta las micro-etnografías, que se enfocan en situaciones sociales muy concretas. En investigaciones relacionadas con la salud, como la presente, es común abordar el fenómeno desde una perspectiva micro, enfocándose en un grupo específico de personas que comparten una experiencia, percepción en común. En este caso, se busca comprender de manera cercana y detallada la vivencia de quienes se han sometido a un estudio de colonoscopia, explorando sus percepciones e interacciones entorno a este procedimiento. Este enfoque permite que un solo investigador pueda observar, analizar e interpretar con detalle las interacciones y significados que emergen en esos contextos, ofreciendo una comprensión profunda de lo que ocurre en la vida cotidiana de los participantes.

De acuerdo con Álvarez- Aguirre et al. (2024), dentro de la investigación cualitativa con enfoque etnográfico resulta esencial contar con herramientas que permitan acercarse a la realidad de los participantes de una manera auténtica y respetuosa. Una de las más valiosas es la entrevista a profundidad, ya que abre un espacio de diálogo en el que la persona puede expresarse con libertad, confianza y compartir sus experiencias de vida. Esto brinda al investigador la posibilidad de comprender no solo que se dice, sino también los significados que se esconden detrás de las palabras.

Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se presentan como un recurso flexible: se apoya en preguntas previamente elaboradas que orientan la conversación, pero también deja margen para que surjan nuevas inquietudes o temas durante el encuentro, este equilibrio facilita obtener información organizada sin perder la riqueza de las voces individuales, lo que

contribuye a una comprensión más profunda del fenómeno estudiado (Álvarez-Aguirre et al., 2024).

Uno de los recursos más destacados entre los estudios cualitativos es el estudio de caso, que permite observar con detenimiento una situación específica y analizarla desde distintas fuentes de información, ofreciendo una mirada amplia y contextualizada. Del mismo modo, las historias de vida representan una estrategia que permite reconstruir las trayectorias personales en relación con el entorno social y cultural. A través de ellas, es posible rescatar los significados que cada persona atribuye a los acontecimientos más importantes de su vida, aportan una visión sensible y enriquecedora (Álvarez-Aguirre et al., 2024).

En conjunto estas herramientas entrevista en profundidad, entrevistas semiestructuradas, estudio de caso, historias de vida y microetnografía fortalecen la investigación cualitativa-etnográfica porque dan voz a los participantes y permiten comprender los fenómenos sociales desde su propia perspectiva, lo que le otorga profundidad, sentido y humanidad al proceso investigado.

3.2 Diseño Metodológico

Este estudio se sustenta en el paradigma cualitativo, pues lo que se busca no es medir, sino escuchar, comprender y dar voz a las experiencias de los hombres que han pasado por un estudio de colonoscopia. La investigación cualitativa permite acercarse a las personas desde su propio lenguaje y vivencias, reconociendo que cada relato encierra significados únicos y profundamente ligados a su contexto cultural (Álvarez- Aguirre et al., 2024).

El diseño etnográfico resulta valioso por que abre la posibilidad de convivir con los participantes, observar sus interacciones y reconocer cómo los valores y mandatos culturales influyen en su manera de relacionarse con la salud. Tal como señalan Prado et al. (2013), este enfoque permite al investigador adentrarse en el entorno de los sujetos de estudio y comprender las dinámicas desde dentro, en lugar de mirarlas a la distancia.

La observación participante se convierte así en una herramienta clave, no se trata únicamente de mirar, sino de compartir espacios, registro, gestos, silencios y emociones que

hablan tanto como las palabras (Spradley, 1980). De este modo, la investigación adquiere un rostro humano, sensible a los matices de la vida cotidiana.

Las entrevistas en profundidad y semiestructurada también ocupan un lugar central. Más que cuestionarios rígidos, son diálogos abiertos donde los hombres pueden expresar lo que sienten y piensan entorno a la colonoscopia. Este intercambio permite al investigador captar no solo información explícita, sino también los significados implícitos, las resistencias y las emociones que acompañan a la experiencia (Álvarez- Aguirre et al., 2021).

En conjunto, la inmersión etnográfica, la observación y las entrevistas configuran un camino metodológico que privilegia la sensibilidad y el respeto. Este enfoque no busca generalizar, sino comprender en profundidad cómo los hombres interpretan y viven el proceso de someterse a un estudio de colonoscopia, reconociendo en cada voz una oportunidad para visibilizar la dimensión cultural y humana de la salud.

3.3 Escenario del Estudio

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el Nuevo Hospital General de Culiacán, una institución pública de segundo nivel de atención. Este hospital se ubica a un costado de la carretera Imala-Culiacán, en la zona Raquet Club, en Culiacán Rosales, Sinaloa C.P. 80064.

El hospital cuenta con infraestructura moderna de tres niveles, con capacidad para 120 camas hospitalarias censables, 52 consultorios, nueve quirófanos y tres salas de cirugía, además de áreas especializadas para trasplantes y otros procedimientos médicos. Ofrece 20 especialidades, entre ellas medicina interna, otorrinolaringología, cirugía general, traumatología y ortopedia, hemodiálisis, angiología y cardiología, así como 5 subespecialidades. En conjunto, brinda 25 servicios de consulta externa y atiende, en promedio a 2,000 pacientes cada semana. Su atención es gratuita para personas que no cuentan con seguridad social, tanto de Sinaloa como de estados vecinos como Nayarit, Durango, Sonora y Chihuahua.

Dentro de los servicios del hospital que ofrece a los usuarios/pacientes, destaca el área de gastroenterología, dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema digestivo, que incluye afectaciones del esófago, intestino delgado, colon, hígado y recto. En

esta unidad se lleva a cabo consultas médicas, así como procedimientos diagnósticos ambulatorios como la endoscopia y la colonoscopia.

El servicio de gastroenterología se encuentra ubicado en el primer piso dentro de las instalaciones del Nuevo Hospital General, siendo un área amplia y bien iluminada, donde predomina el color blanco de sus paredes que transmite limpieza y orden. El espacio está diseñado para brindar atención de calidad y seguridad al paciente, cuenta con camillas y equipo biomédico de alta resolución, como colonoscopio y torres de visualización, indispensables para la realización del procedimiento.

El equipo de trabajo es multidisciplinario e incluye a la enfermera endoscopista, al médico especialista en gastroenterología y anestesiólogo, quienes acompañan al paciente durante todo el procedimiento. La atención comienza desde el momento en que se recibe al paciente, verificando cuidadosamente sus datos y corroborando que los consentimientos informados (anestesia y procedimiento médico) hayan sido leídos y firmados. Posteriormente, se le entrega la bata hospitalaria y se coloca acceso periférico para asegurar la administración de la sedación endovenosa.

Durante el procedimiento, el paciente permanece recostado en una camilla, en condiciones que favorecen la comodidad y el monitoreo de sus signos vitales por parte del personal médico. Al finalizar el procedimiento, la persona se pasa a recuperación, donde permanece bajo observación mientras los efectos de las anestесias disminuyen. Este proceso de acompañamiento permite garantizar no solo la seguridad clínica, sino también un trato humano y respetuoso.

En este contexto, la presente investigación se enfocará en el servicio de gastroenterología, así como en otras áreas que atienden a hombres con problemas gastrointestinales que requieren estudios diagnósticos de colonoscopia.

3.4 Sujetos de Estudio

Los sujetos de estudio estuvieron conformados por hombres mayores de 42 años, que residentes de la ciudad de Culiacán, Sinaloa y que fueron evaluados por un especialista

gastroenterólogo, y se les indicó y realizó una colonoscopia en el servicio de gastroenterología, durante el periodo de estudio. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probalístico por conveniencia.

La inclusión de este grupo permitió comprender sus percepciones, experiencias y actitudes relacionadas con la realización de la colonoscopia, considerando la influencia de factores culturales, personales y sociales en la percepción de la salud, el autocuidado y la disposición para realizarse estudios diagnósticos. pueden influir en su disposición y vivencias del procedimiento. Este enfoque permite obtener información profunda y significativo sobre la experiencia del paciente, más allá de los aspectos clínicos del procedimiento.

Criterios de inclusión: se invitó hombres mayores de 42 años, residieran en el municipio ciudad de Culiacán, Sinaloa y que hubieran sido sometidos a colonoscopia en el servicio de gastroenterología. Se consideró únicamente a quienes, de manera libre y voluntaria en la investigación, aceptaron compartir su experiencia y otorgaron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión: no se incluyeron a hombres que, presentaron alguna condición de salud física, mental o de comunicación, tuvieron dificultad para expresar sus experiencias de forma clara y segura durante la entrevista. Tampoco se consideraron a los pacientes que, al momento de la búsqueda, se encontraban hospitalizados en estado delicado que limitará su participación.

Criterios de eliminación: Se eliminaron del estudio a los participantes que decidieron retirarse retiro voluntariamente durante el desarrollo de la investigación. Así mismo, se eliminó la participación de aquellas personas que no firmaron su consentimiento informado o no autorizaron la grabación de la entrevista en audio. En caso que algún participante interrumpió la entrevista o retiró su autorización del estudio, se respetó plenamente su decisión, sin que ello afectara la atención recibida en los servicios de salud. En todo momento se garantizó el respeto a su privacidad, confidencialidad y derechos.

3.5 Características de los Sujetos de Estudio

La característica principal de los sujetos de estudio fueron hombres mayores de 45 años, residentes de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, que cumplieron con los criterios establecidos para participar en la investigación. Se consideró la diversidad de ocupaciones, estado civil, nivel económico, así como un nivel educativo diverso, incluyendo educación básica hasta superior, con disposición para participar en entrevistas de manera que la muestra refleje distintas realidades sociales y culturales de la población masculina local.

Asimismo, se consideraron aspectos socioculturales y personales relacionados con la manera en que los hombres percibieron y experimentaron la realización de la colonoscopia. Entre estos, se analizaron el entorno en el que fueron criados, ya sea rural o urbano, y cómo esa crianza ha moldeado sus hábitos de autocuidado, su relación con la salud y su comprensión de los roles de género. También, se abordaron las percepciones relacionadas con el machismo y las expectativas sociales asociadas con la masculinidad y algunas prácticas de cuidado relacionadas con la alimentación, la higiene y el bienestar general, aspectos que permitieron comprender su estilo de vida y su disposición hacia los estudios diagnósticos.

3.6 Saturación de Datos

La saturación de datos es conocida también como el punto de reducción de datos, ocurre cuando el investigador identifica que no surge datos nuevos y que esta se está recopilando. Por lo tanto, la información empieza a repetirse, lo que indica que se ha llegado a la plenitud de datos del fenómeno de estudio. Este concepto ha sido ampliamente descrito por Prado et al. (2013) quienes señalan que la saturación garantiza la riqueza e integridad de la información recopilada en investigaciones cualitativas.

En esta investigación, se buscó la saturación de datos realizando entrevistas semiestructuradas, que se continuaron aplicando hasta que se observó que las respuestas de los participantes (entrevistados) mostraron coincidencias y dejen de aportar nueva información. Este punto marcó que se ha recopilado suficiente evidencia para comprender el fenómeno en su totalidad, con lo cual se permitió asegurar que el análisis refleje de manera fiel, profunda y completa las percepciones, vivencias y experiencias que formaron parte del estudio.

3.7 Recursos Humanos y Financieros

Recursos Humanos:

Para la realización de esta investigación se contó con el apoyo del siguiente recurso humano una estudiante de maestría y el director de tesis, quien aportó sus conocimientos y supervisión académica.

1. L.E Reyna Yesenia Heras Corrales
2. Dr. Omar Mancera González

Recursos Materiales:

Dentro de los recursos materiales se utilizaron papelería básica, como hojas blancas, plumas, impresiones, carpetas, además de una computadora y una grabadora de voz para la organización y registro de la información

Recursos Financieros:

Los gastos relacionados con el desarrollo del estudio fueron cubiertos por el investigador principal, como parte del respaldo proporcionado por el programa de becas de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI).

3.8 Descripción Operativa de la Recolección de Datos

La entrevista es una herramienta que facilita que las personas compartan lo que saben, piensan y creen. A través de ella, el investigador o entrevistador obtiene información valiosa sobre el entrevistado, que puede abarcar sentimientos, opiniones, valores y conductas. Existen diversas modalidades, como las entrevistas dirigidas o las semiestructuradas, que se desarrollan en un encuentro cara a cara y permiten una interacción directa, generando un espacio de observación tanto participativa como reflexiva (Guber, 2001).

El presente estudio, se optó por la entrevista semiestructurada como técnica principal, integrada por 8 preguntas norteadoras que sirvieron como un punto de partida para la entrevista individual (ver anexo 1). Esta modalidad brindó la oportunidad de indagar en profundidad las vivencias y percepciones de los participantes referente a estudios diagnósticos

de colonoscopia, convirtiéndose en un elemento fundamental para la recolección de datos en coherencia con el objetivo del fenómeno investigado.

La recolección de la información se llevó a cabo de manera retrospectiva, utilizando como punto de partida las bitácoras del servicio de gastroenterología. Con apoyo del personal de enfermería responsable del área, se identificaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El equipo de enfermería fungió como vínculo inicial, dado que son quienes mantuvieron el contacto directo y de confianza con los usuarios.

Una vez localizados los posibles participantes, se acudió a sus domicilios para establecer el primer acercamiento. En esta visita se explicaron los objetivos de la investigación, se resolvieron dudas y, en caso de aceptación, se solicitó su consentimiento informado. Posteriormente se acordó una cita para realizar la entrevista.

Las entrevistas se realizaron en un espacio elegido por el propio paciente, procurando que fuera un lugar privado, tranquilo y seguro que le brindará comodidad y confianza. Se buscó que el entorno favoreciera un diálogo abierto y sin interrupciones, garantizando en todo momento la confidencialidad de lo compartido. Estas conversaciones se llevaron a cabo una vez que el participante hubiera realizado el procedimiento de colonoscopia, de modo que pudiera narrar su experiencia con mayor serenidad y desde una mirada reflexiva.

Cada encuentro tuvo una duración aproximada de 30 a 45 minutos de acuerdo con cada participante y se desarrolló mediante una guía de preguntas semiestructurada. Se procuró que el diálogo se diera en un ambiente de respeto, apertura y confianza, reconociendo al participante como eje central de la investigación. En todo momento se garantizó la autonomía, la privacidad y el derecho a retirarse cuando así lo decidiera, todas las entrevistas fueron grabadas previa autorización de los participantes.

3.9 Plan de Análisis de los Datos

El análisis de los datos se fundamentó en el enfoque etnográfico el cual permite dar sentido a la información obtenida a través de las entrevistas y la observación participante y se divide en cuatro fases (Murillo y Martínez- Garrido, 2020).

En primer lugar, el establecimiento de dominios se concibe como categorías culturales amplias que facilitan la organización inicial de la información. En esta fase se identificaron subcategorías semánticas que permitieron desglosar los conceptos principales en términos más específicos y jerarquizados. Este paso fue esencial para reconocer los conocimientos culturales que los participantes expresaron durante la investigación de manera explícita y cómo estos se interrelacionaron dentro de su contexto (Garrido, 2017).

En la segunda etapa la construcción de taxonomías surgió a partir de las relaciones semánticas entre los términos identificados en los dominios. Esta etapa permitió observar cómo ciertos conceptos se conectaron, formando conjuntos coherentes que reflejaron la estructura interna del conocimiento cultural de los informantes. De esta manera, fue posible visualizar los subconjuntos de ideas que, en conjunto, constituyeron significados más amplios dentro del grupo estudiado (Garrido, 2017).

La tercera etapa, el análisis de componentes implicó una reflexión más detallada sobre los términos y categorías identificadas previamente. Su objetivo fue diferenciar matices y particularidades que otorgan significado a cada concepto, permitiendo comprender cómo cada elemento se distingue de los demás y cuál es su relevancia dentro del conjunto cultural. Esta etapa profundiza en la interpretación del contenido, revelando la riqueza de los significados compartidos por los participantes (Garrido, 2017).

Y finalmente en la cuarta etapa, de identificación de temas se sintetizaron los hallazgos anteriores para describir la cultura de manera integral. Esta fase permitió señalar tanto las características generales como las particulares de las creencias, percepciones y prácticas de los participantes. A través de este proceso, se logró identificar los elementos cognitivos que constituyen la cultura del grupo estudiado y comprender aquello que sus integrantes consideran real y valioso en su entorno.

En conjunto, estas cuatro etapas ofrecieron un marco sistemático y coherente para analizar los datos cualitativos, asegurando que la interpretación reflejara fielmente la perspectiva de los participantes y la riqueza cultural presente en sus experiencias (Garrido, 2017).

El análisis se realizó considerando las perspectivas emic y etic, elementos fundamentales del enfoque etnográfico. La perspectiva emic permitió comprender el fenómeno desde la visión de los propios participantes, tomando como referencia sus expresiones, experiencias, percepciones, creencias y significados atribuidos a la colonoscopia, al autocuidado y a las construcciones de la masculinidad. Se procuró conservar el significado que los participantes otorgaron a sus experiencias dentro de su contexto sociocultural.

Por otra parte, la perspectiva etic correspondió a la interpretación realizada por la investigadora a partir de los discursos obtenidos, los referentes teóricos y conceptuales establecidos en la investigación y las relaciones culturales identificadas durante el análisis. Esta perspectiva permitió interpretar los significados expresados por los participantes y relacionarlos con las categorías y objetivos del estudio.

La integración de ambas perspectivas permitió establecer un diálogo entre las experiencias expresadas por los participantes y la interpretación realizada por la investigadora, favoreciendo una comprensión más profunda de los significados culturales relacionados con la percepción y experiencia de la colonoscopia y el autocuidado masculino.

Así mismo, durante la transcripción, organización y análisis de las entrevistas se utilizaron seudónimos o códigos para proteger la identidad de los participantes, a cada participante se le asignó un código consecutivo de un número romano (PI, PII, PIII, etc.), de acuerdo con el orden que se realizaron las entrevistas, estos códigos se utilizaron en el proceso de codificación, análisis y presentación de los resultados, incluyendo los fragmentos de los discursos, con la finalidad de preservar la confidencialidad de los participantes.

Finalmente, el análisis de la información se realizó de manera manual, procurando que cada interpretación se desarrollara con rigor, coherencia, transparencia y profundidad interpretativa. Este proceso permitió una evaluación cuidadosa de los datos y contribuyó a fortalecer la validez y confiabilidad del estudio, favoreciendo la comprensión más profunda del fenómeno investigado.

3.9.2 Criterios de Rigor

La calidad de un estudio depende en gran medida del rigor metodológico con que se lleva a cabo. En la investigación etnográfica, algunos criterios ampliamente reconocidos para evaluar dicho rigor son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

Dentro de la credibilidad se alcanza cuando los hallazgos son percibidos como “reales” o válidos tanto por los participantes del estudio como por personas que han vivido experiencias similares al fenómeno investigado. Posteriormente en la actualidad garantiza la neutralidad del análisis y permite que otros investigadores puedan seguir el proceso de la investigación original y llegar a conclusiones semejantes. Esto requiere un registro detallado de las decisiones, reflexiones y procedimientos empleados durante el estudio. Por último, la transferibilidad se refiere a la posibilidad de aplicar los hallazgos en contextos o poblaciones similares, aportando valor más allá del escenario inmediato del estudio (Prado et al.,2013).

3.10 Consideraciones Éticas y Legales

Para desarrollar esta investigación, se elaboró un consentimiento informado dirigido a los sujetos de estudio, explica de manera clara y precisa el objetivo de la entrevista, la importancia de la participación de los entrevistados con fines educativos que conlleven a la realización del estudio, así como su derecho a decidir plenamente su participación de manera libre, así el respeto a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki con los principios éticos: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía (Asociación Médica Mundial, 2024).

Dentro de las consideraciones éticas, esta investigación se fundamenta en la Ley General de Salud para Investigaciones en materia de salud, teniendo en cuenta que los estudios en seres humanos deben llevarse a cabo con riguroso respeto a principios éticos que aseguren el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar pleno de los participantes. Por lo tanto, se consideran los artículos (13, 14, 17, 21 y 22), donde este tipo de investigaciones sólo deben llevarse a cabo cuando el conocimiento que se busca no pueda obtenerse por otro medio igualmente válido. Siendo, indispensable que los posibles beneficios superen siempre los riesgos implicados, procurando que la integridad física, emocional y social de los sujetos esté resguardada. Así mismo, el diseño y ejecución del estudio deben estar orientados por el

principio de justicia y el respeto a la autonomía, aplicando el consentimiento informado y la protección efectiva de los participantes (SSA; 2014).

El consentimiento informado (ver anexo 2), conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, es un documento en el que el paciente expresa, de manera libre y voluntaria, su aceptación a los posibles riesgos y beneficios de un procedimiento, ya sea con fines terapéuticos, diagnósticos, de tratamiento o de investigación. En este estudio, dicho consentimiento fue obtenido por un profesional de la salud, posterior a la revisión y aprobación del protocolo por parte del Comité de ética. En el documento se describen con claridad y detalles los principios éticos, los objetivos y la metodología del análisis, de forma que el participante pueda comprender plenamente la información antes de otorgar su autorización. Se garantizó en todo momento la protección de la privacidad del sujeto de estudio, evitando su identificación, salvo en los casos en que fuera estrictamente necesario y permitido por la normativa (SSA, 2012).

Por otra parte, también se hace referencia a la Declaración de Helsinki (2024), que menciona la utilización de un consentimiento informado para llevar a cabo el estudio con la finalidad de generar conocimiento en la ciencia médica, efectuando por expertos en salud y basado en el supuesto de “Promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del personal han de subordinarse al cumplimiento de ese deber”, (Asociación Médica Mundial, 2024), desde la perspectiva de prevenir la exposición del individuo a daños innecesarios en el transcurso del estudio.

Capítulo IV. Etapa Interpretativa: Resultados, Discusión y Recomendaciones

4.1 Resultados

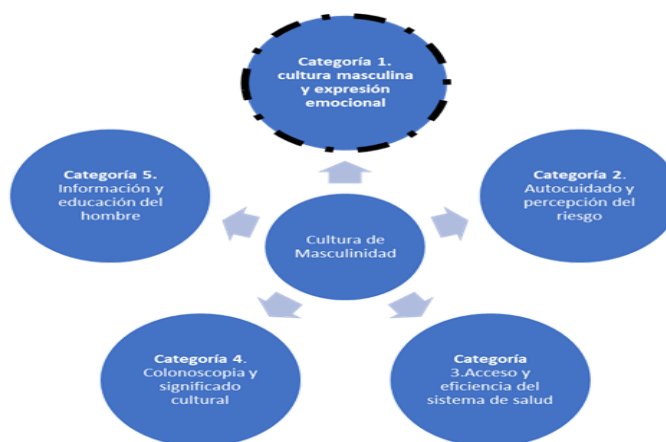
Posterior al análisis de los resultados, se identificaron hallazgos que reflejan las vivencias, significados, percepciones expresadas por los participantes. A partir del proceso de codificación emergieron un total de cinco categorías principales, que permiten comprender de manera integral el fenómeno estudiado.

Por lo tanto, en conjunto estos hallazgos, interpretados desde la perspectiva Émic y Ético. De acuerdo con Murillo y Martínez (2020), la perspectiva émic hace referencia a los significados que existen dentro de una misma cultura, es decir, a la manera en que las personas interpretan y explican su propio comportamiento, pensamientos y experiencias. Por su parte, la perspectiva ético corresponde a la visión externa del investigador, quien analiza e interpreta dichos significados desde un marco teórico y metodológico. La integración de ambas perspectivas comprende de forma más profunda el impacto de la cultura masculina en la realización diagnóstica, particularmente la colonoscopia y su relación con el contexto sociocultural de los hombres en Culiacán, Sinaloa.

La primera categoría, Cultura masculina y Expresión emocional, integra aspectos relacionados con los rasgos de mostrarse fuerte y el apoyo familiar elementos que influyen en la forma en que los hombres enfrentan los procesos de salud y enfermedad. La segunda categoría, Autocuidado y Percepción de riesgo, comprende el seguimiento y control médico, así como el estilo de vida, evidenciando cómo estos factores inciden en la toma de decisiones relacionada con el cuidado de la salud.

Como tercera categoría emergió Acceso y Eficiencia del sistema de Salud, dentro del cual se identificaron barreras económicas, la percepción de eficiencia del servicio y la atención dirigida al hombre, aspectos que condicionan el acercamiento a los servicios de salud. Posteriormente en cuarta categoría colonoscopia y Significado Cultural, integra las categorías de aceptación, molestia e incomodidad, evidenciando la carga simbólica y cultural asociada a este estudio diagnóstico, y finalmente, la categoría Información y Educación del Hombre, incluye las experiencias previas, la falta de información, los estereotipos y la vergüenza, factores que influyen directamente en la comprensión y aceptación de los estudios diagnósticos.

Esquema 1. Representación gráfica del fenómeno de estudio y sus categorías de análisis.



Nota. Elaboración propia.

En el esquema se sitúa de manera central el fenómeno de estudio, representando como cultura de la masculinidad, y que se organiza de forma circular para integrar los diversos elementos que intervienen en el proceso de construcción cultural masculina. Las categorías que rodean el fenómeno emergen directamente de los discursos entornos a la colonoscopia como la cultura masculina influye en la aceptación, postergación o realización de la colonoscopia como estudio diagnóstico en hombres de Culiacán, Sinaloa, a partir de factores emocionales, corporales, sociales y del sistema de salud.

Como parte de los resultados, a continuación, se describen los datos sociodemográficos de los participantes, obtenidos a partir de la realización de siete entrevistas estructuradas. Estos datos permiten contextualizar las experiencias narradas por los hombres entrevistados y comprender el entorno social, cultural y personal desde el cual construyen sus percepciones sobre la salud, la enfermedad y la realización de la colonoscopia como estudio diagnóstico.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de los Participantes

Seudónimo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
Participante I	56 años	Soltero	Secundaria	Constructor
Participante II	56 años	Casado	Primaria	Agricultor
Participante III	51 años	Casado	Secundaria	Comerciante
Participante	63 años	Soltero	Primaria Incompleta	No trabaja
Participante V	68 años	Casado	Sin estudio	Jornalero
Participante VI	49 años	Casado	Secundaria	No trabaja
Participante VII	52 años	Casado	Primaria	Jornalero

Nota. *Elaboración propia a partir de las entrevistas con los participantes de la investigación.*

Con el fin de preservar la confidencialidad y el anonimato en el estudio, a cada participante se le asignó un identificador conformado por la palabra “Participante” enseguida de un número romano consecutivo. Esta estrategia permitió identificar a los participantes durante

el análisis de la información sin revelar su identidad y la privacidad de la información compartida y atendiendo el rigor ético de la investigación.

4.1.1 Descripción de las Categorías Sobre la Cultura de la Masculinidad

Categoría 1. Cultura Masculina y Expresión Emocional

Descripción conceptual: Se refiere a la manera en que los hombres expresan sus comportamientos y emociones, influenciados por normas y valores de la cultura masculina, que condiciona su manera de afrontar la salud y la enfermedad.

Fragmentos De La Entrevista:

P I: *“A veces me preocupa y pienso en la gente que tengo alrededor...mi mamá (voz entrecortada y comienza a llorar), la que me cuida es la que más me preocupa”.*

P II: *“Es lo que más tristeza me da, de estar molestando gente o estar dando molestias a los demás y que no tenga uno el modo para decidir”.*

P III: *“Así somos la mayoría de los hombres, aunque digamos que todo está bien, por dentro no expresamos... Aunque estemos cansados, decimos no estoy cansado. La mayoría de hombres seguro ya lo han pasado, decir no tengo nada, estoy bien, y no estamos”.*

P IV: *“No platico con nadie, me la llevo encerrado”.*

“No me gusta mucho ni que me vean así”.

PV: *“Cuando uno se enferma si se preocupa. Pero más por la economía y por la familia, porque sí uno se enferma y no puede trabajar, la familia es la que batalla”.*

P VI: *“Me da pena con ciertas personas... cuando me preguntan qué tengo, digo que nada”.*

“Con la cuñada si me dio vergüenza cuando vio los pañales y las toallas femeninas”.

P VII: *“Soy una persona enojona”.*

“Me sentí muy reprimido, sin ánimo de trabajar... me sentí deprimido”.

“Uno piensa muchas cosas cuando se enferma... pero muchas veces no lo dice”.

Trechos Empíricos:

Oliffe (2005), en su investigación titulada “Construcciones de masculinidad tras la importancia inducida por prostatectomía”. Evidencia que los hombres expresan sufrimiento emocional de manera indirecta, recurriendo al silencio el aislamiento o a la negación del cansancio, estrategias que funcionan como mecanismo de defensa para proteger su identidad masculina.

Calderón (2025), en su investigación “Profundizando en el desarrollo socioemocional de la masculinidad. Hacia una expresividad emocional integral en los hombres”, refleja un patrón recurrente sobre masculinidades desde una perspectiva de género y salud los hombres socializados con normas culturales tradicionales expresan expectativas de fortaleza, control y contenido emocional.

Mendieta- Izquierdo et al. (2021) hace referencia en su investigación “Representaciones sociales de emociones y masculinidad”. La organización social de la masculinidad incluye representaciones que limitan o moldean la expresión emocional masculina, influye no solo como se sienten, sino también como interpretan e interactúan con sus propias emociones.

Trecho Teórico

Leininger (1997), la manera en que las personas experimentan y expresan emociones está profundamente influida por su contexto cultural. En los hombres, la cultura masculina puede imponer la necesidad de mostrarse fuerte, resistentes y autosuficientes, lo que limita la expresión de vulnerabilidad durante procesos de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva transcultural, el cuidado humanizado consiste en reconocer estas creencias, validar las emociones y ofrecer un acompañamiento que se respete la identidad del hombre, facilitando un espacio seguro donde pueda expresar sus temores y preocupaciones sin sentirse juzgado (Alligood, 2021).

Categoría 2. Autocuidado y Percepción De Riesgo

Descripción Conceptual: Es la manera en que los hombres reconocen, valoran y actúan frente a los cuidados de su propia salud.

P I: “Yo pensé que eran hemorroides y pues no. Y se me quitaron las hemorroides y ya se miró el tumor”.

P II: *“Cuando fue la colonoscopia, seguí yendo algunas veces a las revisiones... pero ya me dio de alta, pues ya no volví”.*

P III: *“Si acudo cada dos meses... tengo cuidado de por vida, tengo medicamentos de por vida”.*

P IV: *“Lo que pasó que estaba encerrado en la cárcel y yo tenía un dolor... ahí me atendieron”.*

P V: *“Tengo muchos años con esas molestias. me hicieron la colonoscopia porque pensaba que eran várices”.*

“Uno no está impuesto a estudios, pero si el doctor dice que hay que hacerlo, pues hay que hacerlo”.

P VI: *“Yo tenía mucho dolor y sangrado”.*

“Gracias a Dios que me hicieron el estudio para saber qué era lo que tenía, porque mucha gente decía que podía ser cáncer”:

“Como ya han muerto tíos y un primo de cáncer de colon, yo andaba espantado”.

P VII: *“Hasta que aparecieron los síntomas fue cuando viene”.*

“Cuando me dijeron loque tenia, sentí como si me hubiera echado una cubeta de agua fría”.

“Uno piensa muchas cosas.... Piensa que se puede morir”.

“Me sentí sin ánimo de trabajar, me sentí deprimido”.

Trechos Empíricos

Paiva Neto et al. (2020) en su investigación “Dificultades del autocuidado masculino: discurso de hombres participantes en un grupo de educación para la salud”, menciona que las normas culturales de masculinidad condicionan la participación de los hombres en servicios de salud y prácticas de autocuidado, promoviendo comportamientos de riesgo y la negación de los síntomas.

Según Marcos et al. (2020), en su investigación “El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia donde vamos”, la manera en que los hombres perciben su salud y actúan frente al cuidado de sí mismo está influenciada por construcciones socioculturales de masculinidades. Estas normas favorecen la minimización de síntomas y postergar la atención médica preventiva, llevando a muchos hombres acudir solo cuando la enfermedad ya se ha manifestado de forma evidente.

En el estudio “De la resistencia al comportamiento: autocuidado de la salud e identidad masculina en contextos marginados”, de Olarte Ramos (2024), se muestra que, en contextos sociales vulnerables, los hombres suelen enfrentar dificultades para involucrarse de manera constante en su autocuidado. Esta resistencia no se explica únicamente por desinterés, sino por la influencia de normas culturales que promueven la fortaleza, la autosuficiencia y la poca expresión de vulnerabilidad. Empiezan a relacionarse con su salud cuando tienen experiencia con la enfermedad y los obliga a reconocer la importancia de cuidar su bienestar, evidenciando que la percepción del riesgo y autocuidado son procesos construidos social y culturalmente. La atención médica la buscan únicamente cuando ya está presente la enfermedad.

Trecho Teórico

Según Leininger, la salud y los comportamientos de cuidado son moldeados por factores culturales que incluyen conocimientos, creencias y prácticas habituales. En la población masculina, la percepción de riesgo y la adherencia al autocuidado están condicionadas por la valoración cultural del cuerpo, la independencia y el control personal. El cuidado transcultural implica adaptar estrategias que fomenten el seguimiento médico y hábitos saludables, promoviendo la toma de decisiones informadas y congruentes con los valores del paciente sin importar prácticas externas que puedan generar resistencia (Leininger, 1997).

Categoría 3. Acceso y Eficiencia del Sistema de Salud

Descripción Conceptual:

Facilidad o dificultad de los hombres para acceder y recibir atención médica.

P I: *“Pues yo no he batallado, gracias a Dios que me atienden ahí muy bien”.*

P II: *“Gastitos en gastitos”.*

“Ahí poquito y batallándole, pero o, no, no. Es que ya ha sido muy largo el proceso. Y pues luego, luego la primera cirugía, pues ahí se acabaron los ahorritos que había (preocupado)”.

P III: *“Alguien de bajos recursos que espera una cita, peligra su vida, influye mucho”.*

“Pero en instituciones también pienso que hay un poco de falla, porque no digo que una institución sea mala, sino a veces la institución es lenta. pero voy a que si vas a una clínica

privada te lo hacen en cuanto entras, en cuanto lo solicitas, te preparan y ya te lo hacen. Entonces eso es lo que no compararse, pero si debería haber más eficiencia”.

P IV: *“Me pusieron la cita, me revisaron y me mandaron de urgencias”.*

“Sí, sí. La atención es muy buena. Lo que pasa es que no hay medicamentos”.

“No, la verdad mi respeto. El problema tengo ahorita es que me cambiaron, y me cambiaron la fecha de la operación”.

“Vendí las cosas que tenía... Batallé para juntar lo que tuve que pagar del último estudio”.

P V: *“Voy a consulta cada mes y al hospital cada tres meses, cuando me toca la cita”*

“Si uno no trabaja y está enfermo, no hay entrada de dinero. no hay seguro, no hay nada más que ese del bienestar”.

P VI: *“Me pusieron la cita, me revisaron y me mandaron de urgencia con la cirujana”.*

“El problema es que me cambiaron la fecha de la operación varias veces”.

“Vendi unas cosas que tenía para pagar el último estudio”.

“No todos los estudios los cubre el seguro”.

P VII: *“En donde vivo no hay nada”.*

“Tenemos que venir hasta Culiacán para atendernos”.

“No hay seguro ni atención médica”.

Trechos Empíricos

De acuerdo a Teo et al. (2026) en su revisión, “Barreras y facilitadores del cribado sanitarios en hombres: una revisión sistemática”, señala que existen múltiples factores que dificultan que el hombre participe en actividades de detección y atención médica de manera oportuna. Menciona que, además de aspectos como miedo, baja percepción del riesgo, también influyen elementos propios del sistema de salud como la accesibilidad y la forma en que ofrecen los servicios de atención. Los hombres refieren obstáculos relacionados con el tiempo que requieren en la consulta, la falta de información clara sobre cómo y cuándo realizarse estudios preventivos.

Houghton et al. (2020), en su estudio “Monitoreo de las barreras al acceso al servicio de salud en las Américas: mapeo de las encuestas en los hogares”, mencionan, que se identifican diversos factores que dificultan que las personas accedan de manera oportuna a los servicios de salud. Entre los factores está la disposición de las personas para la búsqueda de

atención, también existen barreras estructurales relacionadas con la organización del sistema, los tiempos de espera y la disponibilidad de recursos. Por lo que estas limitaciones hacen que los usuarios enfrentan retraso y puedan afectar la continuidad de la atención y la eficiencia percibida del sistema.

Hirmas et al.(2013), en la revisión sistemática “ Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”, describe las dificultades que enfrentan diferentes poblaciones para acceder a los servicios de salud se identifica una amplia barrera en diferentes etapas del proceso de atención, entre las que destaca la disponibilidad de servicios, accesibilidad, aceptabilidad por parte de los usuarios, que están socialmente determinadas y reflejan inequidades estructurales en la provisión de servicios.

Trecho Teórico

Leininger menciona que el cuidado enfermero debe considerar las estructuras sociales y culturales, ya que estas afectan la salud del individuo. Las barreras económicas, la percepción de eficiencia del servicio y la atención poco centrada en el hombre pueden condicionar su acercamiento a los servicios de salud. Un enfoque humanizado desde la perspectiva transcultural exige identificar estas barreras, generar alternativas que respeten la cultura del paciente y garanticen que la atención sea accesible, comprensible y alineada con sus expectativas y necesidades (Alligood, 2021).

Categoría 4. Colonoscopia y Significado Cultural

Descripción Conceptual: Interpretación y sentido que los hombres le atribuyen a la colonoscopia dentro de lo social y cultural.

P I: *“Eso, me dolió bastante. Me dolía, lloré y era una cosa muy incómoda”.*

“Primero sí, como mi mamá, por ejemplo, pues en la parte donde está el tumor, pues es vergonzoso. Sí, y sí sentía poquita vergüenza y eso, pero poco a poco yo mismo me fui haciendo a la idea, a este”:

P II: *“Pues mucha, mucha vergüenza”.*

“No sentí una cosa horrible, oiga”.

“Siempre intimida a uno”.

P III: *”Acepté la colonoscopia...no me quito hombría ni vergüenza... lo miré como un proceso normal”.*

P IV: *”sí. Medio vergüenza al principio, pero le voy a decir una cosa: por la vergüenza pues no me voy aliviar nunca, ni me van a curar los doctores, porque no hay hijos brujos para saber que tuvieron que realizarme”.*

P V: *”Como uno es de rancho, es diferente... uno es más rustico, más tapando para esas cosas”.*

”Uno no está impuesto a estos estudios, pero si está enfermo tiene que hacer lo que digan los doctores”.

P VI: *”Me dio mucha vergüenza al principio cuando me revisaron”.*

”Cuando me dijeron que me bajara la ropa me dio coraje y me dio vergüenza”.

”Me toco que era una doctora joven y me dio mucha pena”.

”Pero por la vergüenza no me voy aliviar nunca”.

”Hoy en día doy gracias a Dios que me revisen porque así me pueden dar medicamento”.

P VII: *”Sí, muchos hombres se niegan porque les da pena, vergüenza en la revisión”.*

”No debería ser así, porque así se previene la enfermedad”.

Trecho Empírico

Christy et al. (2018) en su investigación “Creencias de masculinidad y detección de cáncer colorrectal en veteranos varones”, menciona que las creencias de masculinidad influyen en cómo los hombres perciben los exámenes que involucren el recto, incluida la colonoscopia. Asocian estos procedimientos como una amenaza de su identidad masculina, lo que desencadenó emociones como vergüenza o rechazo al procedimiento.

Mojica et al. (2023), en su estudio “Barreras y facilitadores de la detección mediante colonoscopia entre hombres latinos en un programa de prevención de la detección del cáncer colorrectal”, diversos hombres latinos expresan experiencias emocionales, culturales y sociales que influyen en cómo perciben la colonoscopia. Se encontró que muchos hombres carecen de información clara sobre el procedimiento, lo que genera temor y preocupación; además, se encontraron percepciones de estigma y ansiedad relacionada con la colonoscopia, asociadas con ideas invasivas o como amenazas para su identidad cultural, lo que se atribuye a vulnerabilidad o vergüenza, todos estos aspectos culturales en conjunto con la desinformación

muestran que la colonoscopia implica cargas sociales y personales que influyen en los hombres y en su disposición de aceptación este tipo de estudios.

Getrich et al. (2013), en su investigación “Expresiones de machismo en la detección del cáncer colorrectal entre las subpoblaciones hispanas de nuevo México”, encontraron que existen diversas barreras del sistema que dificultan la detección del cáncer colorrectal. Entre ellas se encuentran la falta de seguro médico, dificultad para citas, y las limitaciones económicas; además, identificaron barreras relacionadas con bajo conocimiento y la conciencia sobre la enfermedad, falta de comprensión del procedimiento, así como sentimiento de vergüenza y miedo.

Trecho Teórico

Leininger y Leno subrayan que los cuidados deben ajustarse a estas interpretaciones culturales, considerando la incomodidad física y emocional que puede generar el estudio. Por lo tanto, la colonoscopia, como procedimiento diagnóstico, tiene una carga simbólica que se interpreta según las creencias y valores culturales. El cuidado transcultural humanizado consiste en acompañar al paciente, explicando el procedimiento con sensibilidad, respetando sus límites y significados culturales para que la aceptación del estudio no se perciba como una amenaza a su identidad ni a su dignidad (Leininger, 2007; Leno, 2006).

Categoría 5. Información y Educación Del Hombre

Descripción Conceptual: Acceso y comprensión de la información que tiene los hombres relacionada con su salud y bienestar.

P I: *“(Silencio) jamás me dijeron que, como hombre, se tenía que hacer algún tipo de estudio”.*

P II: *“Sí, en pláticas allá, ya que hay enfermeras en el pueblo, tiene que hacerse... mientras haya vida hay esperanza”.*

“A veces sí nos decían, pero uno no pensaba”.

“así puede que, como riéndose, le dicen unas cosas”:

“Pero hay veces que la gente media como más vulgar, como más raspa, más cavilosa, pues hasta los doctores”.

“Yo me sentí culpable (cambia tono voz), por haberme hecho desidia de no haber venido antes a los estudios, a hacer mis chequeos”.

P III: *“no, yo era un ignorante hacia cualquier estudio”.*

“Yo jamás tuve una plática, un conocimiento de qué era una colonoscopia, hasta que ya la necesité”.

P IV: *“Tengo un tío que en paz descansa, que murió de peritonitis”.*

“Le querían revisar también y no quiso. No quiso; murió de cáncer de colon”.

“Y porque no se dejó revisar mi tío, no se dejó que le hicieran el estudio; y mi primo, el mayor de todos mis primos, igual de cáncer de colon, también no permitió que le hicieran estudios”.

“Digo, ¿sabes qué? No, yo sí me la hago. No, no, no en ningún momento dije no. La doctora dijo así y sobres. Ya la semana de habérmela hecho, fui con ella otra vez y me volví a revisar”.

P V: *“sí, a mí me han dicho. el estudio del cáncer, la próstata, todas esas cosas dicen que hay que hacérselas cada cierto tiempo”.*

“Sí me han dado información”.

P VI: *“Cada mes había pláticas para diabéticos en el seguro social”.*

“La verdad casi no iba, iba cada dos o tres meses”:

“Yo no conocía ese estudio de la colonoscopia”.

“Supe más por mis familiares que murieron de cáncer de colon”.

P VII: *“mi hermana me dijo que me revisara, pero no quise”.*

“No quise porque tenía miedo”.

“En el camarote un muchacho murió porque no quiso que lo revisaran. le daba vergüenza que le tocaran sus partes”.

Trecho Empírico

Oliffe et al. (2019), en su estudio “Alfabetización en salud masculina: una revisión y recomendaciones”, menciona que es notoria la ausencia de alfabetización y salud masculina. Los hombres presentan desafíos para comprender, procesar y aplicar información referente a su bienestar incluyendo instrucciones médicas. Esto se traduce en baja participación en prácticas preventivas y mayor resistencia en buscar atención médica oportuna. Los métodos de información por medio de folletos o trípticos no son una opción que los hombres prefieran para recibir información.

Mursa et al. (2024), mencionan en su estudio “Comprensión de la alfabetización en salud en los hombres: una encuesta transversal”, que los hombres presentan brechas específicas en competencias de alfabetización en salud, y están asociadas con variables como la edad, ingreso y residencia.

Sarie et al. (2024), en su estudio “La relación entre los niveles de alfabetización en salud de los hombres y sus creencias y actitudes hacia la detección del cáncer de próstata: un estudio de caso en una zona rural”, hacen referencia que solo una pequeña parte de los hombres se realiza chequeos preventivos, además que se presentan niveles bajos de percepción del riesgo y su disposición a participar en estudios preventivos. Por tanto, el acceso a la información de salud no garantiza su comprensión y aplicación específicamente en contextos rurales.

Trecho Teórico

Leininger enfatiza que el conocimiento cultural del paciente es clave para la efectividad del cuidado. Consecutivamente, la falta de información, los estereotipos y la vergüenza pueden limitar la comprensión y la aceptación de los estudios de salud. Por ello, la enfermería transcultural promueve la educación adaptada a la cultura, el lenguaje y las experiencias del hombre, asegurando que reciba información clara, comprensible y respetuosa, fomentando decisiones conscientes y la participación activa en su cuidado (Alligood, 2021).

Discusión

Los resultados que se muestran de los hombres de Culiacán, Sinaloa evidencian que la colonoscopia se enfrenta con miedo, cierta resistencia y desconfianza. Las actitudes que se reflejan muestran la construcción de la masculinidad en su contexto cultural, caracterizado por la necesidad de verse fuerte, priorizar una imagen de autosuficiencia y no evidenciar vulnerabilidad. Estos hallazgos, coinciden con Oliffe quien menciona que los hombres presentan una baja participación en cuidado preventivos asociada a una limitada alfabetización en salud y la dificultad de comprender y procesar la información médica recibida (Oliffe, 2019).

En este sentido, la categoría de Cultura masculina y expresión emocional, evidencia que los participantes presentan dificultades para expresar emociones como miedo, angustia o incertidumbre a procedimientos médicos como la colonoscopia o enfermedades. Dentro de los relatos, se muestran estrategias de silencio, aislamiento y negación que funciona como mecanismos de protección de la identidad masculina. En (1998) Bourdieu, explica que estas conductas se sustentan en la disposición internalizadas que naturalizan el control emocional y la negación de la vulnerabilidad. De manera conjunta, Oliffe (2005) menciona que la expresión indirecta del sufrimiento trabaja como una estrategia defensiva frente a las expectativas sociales de fortaleza masculina, lo cual se ve reflejada en los discursos de los participantes. Investigaciones recientes dan sustento a esta idea al señalar que las normas culturales condicionan la forma en que los hombres interpretan la enfermedad y enfrentan los procesos de atención en salud (Calderón, 2025; Mendieta- Izquierdo et al., 2021).

De acuerdo, con la perspectiva de Leininger (1997), el reconocer y validar estas emociones resulta fundamental para proporcionar un cuidado humanizado y culturalmente congruente, generando espacios seguros en donde los hombres puedan expresar sus miedos, temores sin sentir que es cuestionada su identidad masculina. Esa reflexión, permite diseñar intervenciones sensibles a las particularidades culturales del cuidado masculino.

En el mismo sentido, Cleary (2012), describe las expresiones y comportamientos de riesgo de los hombres están estrechamente vinculadas a las normas de género, lo cual se refleja en el miedo, el rechazo y la incomodidad hacia procedimientos invasivos que se identificaron en este estudio. Las categorías emergentes confirman que la percepción de la salud masculina no se puede separar del contexto cultural y social, las intervenciones que ignoran estas dimensiones disminuyen significativamente su probabilidad de éxito.

En cuanto a la categoría Autocuidado y percepción de riesgo, los resultados revelan que los participantes, inician solamente prácticas de cuidado cuando la enfermedad se manifiesta de forma evidente. Por lo que esta percepción del riesgo esta influenciada por normas de masculinidad que valoran la resistencia al dolor y la independencia, lo que conduce a la minimización de síntomas y a la postergación de la atención médica. Estudios como los de Paiva Neto et al. (2020) y Marcos et al. (2020) confirman que estas conductas responden a construcciones socioculturales donde el autocuidado es interpretado como signo de debilidad. Asimismo, Olarte Ramos (2024) señala que en contextos socialmente vulnerables estas

resistencias se intensifican, evidenciando que se encuentra culturalmente determinada la adherencia al cuidado preventivo.

La Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados, Leininger (1997), señala que un cuidado transcultural efectivo debe considerar estas percepciones, adaptando las estrategias de autocuidado y seguimiento médico a las creencias y valores de los hombres, promoviendo decisiones informadas y congruentes con su identidad.

Por su parte, la categoría Acceso y eficiencia del sistema de salud pone en evidencia que las barreras económicas, los tiempos de espera prolongados y las limitaciones estructurales del sistema de salud interactúan con los mandatos culturales de la masculinidad. Estas condiciones refuerzan la resistencia masculina hacia la atención preventiva, ya que los hombres priorizan el trabajo, la provisión económica y la autosuficiencia sobre el cuidado de la salud. Hirmas et al. (2013) y Houghton et al (2020) coinciden en que la organización y accesibilidad del sistema influyen de manera significativa en la participación de los hombres en acciones preventivas. Desde la perspectiva de Leininger (1997), menciona que comprender estas barreras y adaptarse a la cultura del paciente es esencial para ofrecer una atención humanizada y eficaz.

En cuanto a la categoría Colonoscopia y significado cultural, los participantes atribuyen al procedimiento una fuerte carga simbólica, asociada a la vergüenza, la incomodidad y la expresión corporal, particularmente por tratarse de una exploración de la región anal. Estas emociones evidencian que la colonoscopia es percibida como una amenaza a la identidad masculina y al ideal de fortaleza. Christy et al. (2018) y Mojica et al. (2023) coinciden en que estos significados culturales influyen de manera decisiva tanto en la decisión de realizar el estudio como en la forma de vivir la experiencia diagnóstica.

Asimismo, la categoría Información y Educación del hombre revela que la falta de conocimiento sobre estudios preventivos y la manera en que se brinda la información en los servicios de salud condicionan la comprensión y aceptación de la colonoscopia. Los participantes relataron experiencias de comunicación poco empática incluso burlona que generaron rechazo y refuerzan la distancia frente al cuidado preventivo. Oliffe et al. (2019) señalan que los hombres enfrentan mayores dificultades para procesar información médica cuando esta no se presenta de forma clara, cercana y culturalmente congruente. En ese

sentido, la falta de educación en salud no constituye únicamente un déficit informativo, sino el resultado de la interacción entre prácticas institucionales poco sensibles y construcciones culturales de la masculinidad.

Subraya Leininger (1997) que, un cuidado culturalmente sensible debe acompañar al paciente explicando los procedimientos con respeto, adaptando la comunicación a sus creencias y valores, de manera que la expresión no se perciba como una amenaza a su dignidad o masculinidad. Desde la perspectiva de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados, de Madeleine Leininger, se refuerza esta comprensión al señalar el cuidado debe ser transcultural y congruente con los valores, creencias y prácticas culturales de cada grupo. Por lo que los hallazgos sugieren que la información sobre la colonoscopia y las estrategias de acompañamiento deben diseñarse respetando la visión del mundo de los hombres. Utilizando un lenguaje cercano y adaptado a su nivel de alfabetización en salud.

De manera transversal, los resultados muestran que la experiencia de enfermedad y la vivencia cercana de pérdida actúan como catalizadores de cambio en algunos hombres, favoreciendo la resignificación de los mandatos culturales de la masculinidad. Los relatos evidencian procesos reflexivos donde el cuidado de la salud deja de interpretarse como una amenaza a la hombría y se asume como una responsabilidad personal y familiar. Sin embargo, estos cambios no son homogéneos, coexistiendo masculinidades en transición con otras aún ancladas en modelos tradicionales que continúan operando como factores de riesgo para la salud masculina.

Por último, la evidencia empírica y nuestra investigación convergen en que la atención de salud masculina no puede ser únicamente técnica o estandarizada. Debe ser cercana, comprensiva y culturalmente sensible, abonando tanto las emociones como los conocimientos que los hombres poseen sobre su cuerpo. Solo así pueden fomentar la participación y la aceptación de procedimientos preventivos como la colonoscopia.

En síntesis, a partir del análisis de las categorías emergentes y considerando un enfoque integral, se evidencia que la cultura masculina en la percepción y realización de la colonoscopia es transversal, profunda y estructural. Esta se manifiesta en la expresión emocional, en las prácticas de autocuidado, en la relación con el sistema de salud, en los significados atribuidos al procedimiento y el acceso a la información. Los hallazgos de este

estudio demuestran que la cultura masculina funciona como eje organizador, y no constituye una variable secundaria, sino el eje que articula las experiencias, decisiones y resistencias de los hombres frente a la colonoscopia. Reconocer este impacto permite no solo comprender el fenómeno en su complejidad, sino también sentar las bases para el diseño de intervenciones culturalmente sensibles que promuevan la prevención, la detección oportuna y el cuidado integral de la salud masculina.

Considerando un análisis integral, resulta fundamental reflexionar sobre cómo los patrones culturales de la masculinidad, contruidos históricamente y transmitidos generacionalmente, condicionan la relación de los hombres con su cuerpo y con los servicios de salud. Este abordaje permite visualizar que la colonoscopia no es únicamente un procedimiento médico, sino un momento que confronta las construcciones culturales de la masculinidad, generando tensiones emocionales, corporales y sociales que atraviesan la experiencia de cada participante.

El Impacto de la Cultura Masculina y sus Masculinidades en la Percepción y Realización de Estudios de Colonoscopia

El impacto de la cultura masculina en la percepción y realización de la colonoscopia no se limita a actitudes aisladas ni a respuestas individuales expresadas en los relatos por los participantes, sino que se manifiesta transversal y estructural a lo largo de todo el proceso de construcción de significados en torno a la salud, la enfermedad y el cuidado. Este impacto en la vida cotidiana activa tensiones emocionales, corporales y relacionales. A lo largo del análisis, se observa que la indicación y realización de la colonoscopia opera como un punto de quiebre que confronta directamente las construcciones culturales de masculinidad. Dicho impacto se hace visible desde la formulación de las categorías emergentes, en los discursos narrados durante las entrevistas, y en la articulación constante con los referentes teóricos, evidenciando que la cultura masculina constituye un marco cultural que orienta la interpretación del cuerpo y las decisiones del cuidado, y no un elemento accesorio. Esto obliga a los hombres a reorganizar la forma en que se perciben a sí mismos, su cuerpo, su rol social y su relación con el autocuidado (Sambade, 2018).

Con base en la interpretación del fenómeno, resulta evidente que la experiencia de la colonoscopia no ocurre de manera aislada ni se limita a una simple decisión clínica, es un

proceso complejo que involucra emociones, sensaciones corporales y sociales. Los hombres enfrentan y llegan a este momento con aprendizajes previos sobre lo que significa ser hombre. Estas construcciones están cargadas de normas y mandatos culturales que privilegian el autocontrol emocional, la tolerancia y la resistencia al dolor y la negación de cualquier vulnerabilidad. Así, la indicación de un procedimiento invasivo confronta directamente estas construcciones, generando miedo, incomodidad, vergüenza y resistencia (Firestone, 1970).

En este contexto, el impacto no es entendido únicamente como un efecto posterior o un resultado final, sino como un proceso continuo que atraviesa las experiencias, percepciones y decisiones de los hombres frente a la colonoscopia. La cultura masculina funciona como un marco simbólico que orienta la manera en que los participantes interpretan su cuerpo, expresan sus emociones, evalúan el riesgo y se vinculan e interactúan con los servicios de salud.

La masculinidad se presenta en todas las categorías que emergieron, los participantes relatan experiencias de sufrimiento emocional contenidas, caracterizadas por el silencio, la negación o el aislamiento, las cuales funcionan como estrategias para preservar una identidad masculina asociada al control, la fortaleza y la autosuficiencia. Este hallazgo coincide con lo planteado por Bourdieu (1998), quien señala que la dominación masculina se sostiene a través de disposiciones internalizadas que normalizan la negación de la vulnerabilidad. En este sentido, el impacto cultural se refleja no solo en el plano emocional, sino también en la disposición a aceptar procedimientos médicos, percibidos como amenazas simbólicas a la autonomía y al ideal de fortaleza masculina.

La relación entre masculinidad y salud se hace particularmente visible en las categorías Información y educación del hombre, donde se evidencia que el acceso, la comprensión y el uso de la información en salud no depende únicamente de su disponibilidad, sino de los significados que los hombres han aprendido entorno al cuidado de sí mismos. Los relatos de los participantes muestran que, en muchos casos, no contaron con información preventiva suficiente, desconocían en qué consistía la colonoscopia y qué acciones podían realizar para preservar su salud, lo que refleja una trayectoria de escasa educación sanitaria dirigida específicamente a los hombres.

Asimismo, los entrevistados señalaron que la forma en que reciben la información dentro de los servicios de salud está atravesada por mandatos sociales de la masculinidad. En

ese sentido, describieron experiencias de comunicación caracterizada por la burla, la falta de empatía o el trato despectivo, donde el cuerpo masculino y sus temores son minimizados o ridiculizados. Estas prácticas dificultan la comprensión de la información y generan rechazo, incomodidad y distancia frente a los mensajes preventivos. Desde esta perspectiva, la falta de educación en salud no puede entenderse únicamente como un déficit informativo, sino como el resultado de una interacción compleja entre prácticas institucionales poco sensibles y construcciones culturales de la masculinidad.

La limitada alfabetización en salud, sumada a estereotipos de género y experiencias previas de comunicación poco empática, condicionan la comprensión de la colonoscopia y su importancia preventiva. Oliffe et al. (2019) señalan que los hombres enfrentan mayores dificultades para procesar información médica cuando esta no se presenta de manera clara, cercana y culturalmente congruente. Desde esta perspectiva, la falta de educación en salud no constituye un déficit informativo, sino el resultado de una interacción compleja entre prácticas institucionales y construcciones culturales de masculinidad.

Desde la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados de Madeleine Leininger, estos hallazgos permiten comprender que el impacto de la cultura masculina atraviesa todas las dimensiones del cuidado. Leininger (1997) sostiene que las prácticas de salud solo pueden ser efectivas cuando son culturalmente congruentes con los valores creencias y significados de las personas. Así, la colonoscopia como procedimiento preventivo requiere ser abordada desde un enfoque transcultural y humanizado, que reconozca los temores, emociones y significados que los hombres atribuyen a su cuerpo y a su salud.

La Masculinidad en Sinaloa

Dentro del abordaje de esta investigación, la muestra fue representativa para conocer la masculinidad en Culiacán, Sinaloa, encontrándose que los participantes cumplen con los mandatos o características de la masculinidad hegemónica, tal como lo describe Connell (1995), quien plantea que la masculinidad hegemónica constituye un modelo culturalmente valorado de ser hombre, caracterizado por la fuerza, la autoridad, la autosuficiencia y la negación de la vulnerabilidad, mientras que otras formas de masculinidad como la cómplice, subordinada o marginal coexisten jerárquicamente con ella y reflejan distintos grados de adaptación o resistencia a los mandatos sociales de género. Además, Keijzer et al. (2022), en

su estudio sobre masculinidades en las Américas, señalan que estos modelos hegemónicos priorizan la fuerza, la autosuficiencia de salud de los hombres y en la forma en que perciben y enfrentan los riesgos para su bienestar.

En este contexto, los hallazgos locales permiten observar cómo estos mandatos se manifiestan de manera significativa en Culiacán, donde la cultura masculina sigue ejerciendo influencia sobre las decisiones de autocuidado, pero al mismo tiempo evidencia signos de transformación. En Culiacán, este hallazgo concuerda con lo planteado por Núñez (2013), quien describe la relación entre la cultura masculina y la narcocultura, señalando que el hombre sinaloense debe mostrarse fuerte, varonil, con poder y admiración hacia figuras masculinas de prestigio, incluso en contextos de violencia o criminalidad. No obstante, se identificaron indicios claros de que algunos participantes comienzan a cuestionar estos mandatos, lo que representa un paso importante hacia nuevas formas de asumir la identidad masculina y el cuidado de la salud.

Este cambio emergente se evidencia en los relatos de los participantes, quienes reconocen que la responsabilidad por su salud incluye realizar estudios preventivos, a pesar de la vergüenza o la intimidación asociados con procedimientos invasivos. Tal como expresó uno de los entrevistados en sus propios términos:

“Sí, en pláticas allá, ya que hay enfermeras en el pueblo, tiene que hacerse mientras haya vida hay esperanza”.

“A veces si nos decían, pero uno no pensaba”.

“Así puede que, como riéndose, le dicen unas cosas”.

“Pero hay veces que la gente media como más vulgar, como más rapa, más cavilosa, pues hasta los doctores”.

Estos testimonios reflejan que, aunque la cultura masculina hegemónica sigue presente, se empieza a gestar una transición hacia una masculinidad más reflexiva y consciente, donde el autocuidado se resignifica como un acto de responsabilidad personal y familiar, en lugar de percibirse como amenaza a su hombría.

El aporte De Keijzer et al. (2022) refuerza esta observación, al destacar que los modelos hegemónicos de masculinidad en las Américas están asociados con mayores riesgos

de mortalidad y morbilidad y la negación de la vulnerabilidad, lo cual condiciona la postergación de cuidados preventivos como la colonoscopia.

En conjunto, estos hallazgos muestran que la cultura masculina sigue siendo un factor central en la salud masculina en Culiacán, Sinaloa, pero que, simultáneamente se evidencia transformaciones progresivas que pueden abrir espacio para intervenciones culturales sensibles, orientadas a promover la prevención y el autocuidado en un contexto tradicionalmente influenciado por la masculinidad hegemónica.

Consecuencias de la Masculinidad

Los cambios en las formas de concebir y ejercer la masculinidad no son fenómenos recientes ni aislados, sino procesos históricos y sociales que han ido transformándose a lo largo del tiempo. Diversos autores señalan que estas transformaciones comienzan a visibilizarse con mayor fuerza a partir de las primeras décadas del siglo XX y se intensifican con el surgimiento de los movimientos feministas, particularmente desde los años treinta, cuando se inicia una crítica abierta a las relaciones desigualdades de género y a los privilegios históricamente asignados a los hombres (Sambade, 2018).

Este contexto genera lo que algunos autores denominan una crisis de masculinidad, entendida no como la pérdida de la identidad masculina, sino como el cuestionamiento de los modelos tradicionales que habían definido al hombre como fuerte, proveedor, invulnerable y emocionalmente distante. Dicho cuestionamiento coloca a los hombres en un escenario de tensión, donde emergen sentimientos de incertidumbre, vulnerabilidad y resistencia frente a la redefinición en sus roles sociales y afectivos (Sambade, 2018).

Durante las décadas posteriores, particularmente a partir de los años ochenta, estas transformaciones dieron lugar a la coexistencia de distintos modelos de masculinidad. Sambade (2018) describe la emergencia de los grandes referentes culturales: el denominado masculinidad hegemónica, especialmente en contextos occidentales, donde se privilegia la autosuficiencia, la fortaleza física y emocional, el control de los sentimientos y la negación de la vulnerabilidad. En este modelo, expresar miedo, dolor o necesidad de ayuda suele asociarse con debilidad o feminización, lo que conduce a conductas de aislamiento emocional y a la represión afectiva, configurando sujetos emocionalmente contenidos y distantes.

En contraste, surge el modelo del “hombre blanco”, como una respuesta a las críticas feministas y a los cambios socioculturales. Este modelo incorpora elementos tradicionalmente asociados a lo femenino, como la expresión emocional, la sensibilidad y el reconocimiento de la vulnerabilidad. Sin embargo, Sambade (2018) advierte que esta figura también ha sido estigmatizada, al asociarse con la falta de determinación, pasividad o inseguridad, lo que genera nuevas tensiones en la construcción de la identidad masculina.

Así, los cambios en la masculinidad se reflejan en la emergencia de discursos que resignifica el autocuidado y la prevención como prácticas legítimas dentro de la identidad masculina. No obstante, estos cambios no son homogéneo ni lineales, ya que coexisten con mandatos tradicionales aún vigentes, lo que explica las ambivalencias, resistencias y postergaciones observadas en algunos participantes. Este escenario confirma que la masculinidad se encuentra en un proceso de transformación continua, atravesado por factores culturales, generacionales y experiencias, que impactan de manera directa en las prácticas de salud y en la toma de decisiones frente a procedimientos preventivos.

Los participantes relataron que, tras la aparición del avance de la enfermedad, se produjo un cambio significativo de su manera de concebir la salud y el cuidado de sí mismo. Este proceso de transformación se expresó en una mayor disposición para asistir a consultas médicas, cumplir con seguimientos clínicos y adoptar conductas orientadas a la recuperación y preservación de salud. En este sentido, la experiencia de enfermedad operó como un punto de quiebre que favoreció la revisión de prácticas y creencias.

De manera particular, emergió el rompimiento con mandatos culturales tradicionales arraigados en generaciones anteriores. Esto refleja claramente en el relato de un participante que, al reconocer la carga genética del cáncer colorrectal en su familia, reconstruye el significado de la masculinidad a partir de una experiencia dolorosa: el fallecimiento de un familiar que, al sostener una identidad masculina basada en la negación de la vulnerabilidad, rechazó la realización de la colonoscopia, este antecedente familiar se convierte en un referente que impulsa al participante a cuestionar los mandatos culturales con los que fue educado y a priorizar su salud.

En este proceso de resignificación el participante reconoce la vergüenza, el temor y la sensación de exposición corporal asociados a la colonoscopia, particularmente por tratarse de una exploración de la región anal, percibida culturalmente como una zona íntima y vulnerable. No obstante, decide no reproducir estos mandatos tradicionales y acepta someterse al procedimiento como una acción consciente para preservar su salud. Esta decisión evidencia un desplazamiento de una masculinidad rígida hacia una masculinidad reflexiva, donde el cuidado del cuerpo deja de ser interpretado como una amenaza a la hombría.

Otros entrevistados también realizaron reflexiones similares, señalando que estos mandatos sociales relacionados con el pudor y las restricciones del cuerpo masculino pertenecen a modelos del pasado, transmitido por generaciones anteriores. Desde su experiencia, reconocen que dichas creencias ya no resultan funcionales frente a los riesgos reales para la salud, lo que favorece una apertura progresiva hacia prácticas preventivas.

Sin embargo, no todos los participantes lograron romper con estos esquemas culturales. En algunos casos, los mandatos de la masculinidad tradicional permanecen vigentes, manifestándose en la postergación constante de la colonoscopia durante años. Estas demoras tuvieron consecuencias graves, como el desarrollo de cáncer colorrectal, lo que pone en evidencia como la persistencia de estas construcciones culturales continúan operando como un factor de riesgo para la salud masculina.

En conjunto, estos hallazgos muestran que la enfermedad y la experiencia cercana de pérdida funciona como catalizadores de cambio, permitiendo que algunos hombres cuestionen, resignifiquen y transformen los mandatos culturales de la masculinidad. No obstante, también evidencia que dichos cambios no ocurren de manera homogénea, coexistiendo masculinidades en transición con otras ancladas en modelos tradicionales que dificultan el acceso oportuno al cuidado preventivo.

El análisis de las masculinidades revela transformaciones contemporáneas en los modelos de identidad masculina asociadas a cambios sociales y culturales, donde emergen nuevas formas de representación que trascienden los patrones tradicionales hegemónicos (Sambade, 2018).

En síntesis, el impacto de la cultura masculina en la percepción y realización de la colonoscopia es transversal, profundo y estructural este impacto se manifestó en la forma en que los hombres expresan sus emociones, en sus prácticas de autocuidado, en su relación con el sistema de salud, en los significados atribuidos al procedimiento y en el acceso a la información. La cultura masculina no constituye una variable secundaria, sino el eje que articula las experiencias, decisiones y resistencias de los hombres frente al colonoscopia. Reconocer este impacto no solo permite comprender el fenómeno en toda su complejidad, sino también sentar las bases para el diseño de intervenciones culturalmente sensibles que promuevan la prevención, la detección oportuna y el cuidado integral de la salud masculina.

Consideraciones Finales

A partir del análisis de los hallazgos, se concluye que la cultura masculina constituye un punto clave en la percepción, aceptación y realización de la colonoscopia en hombres de Culiacán, Sinaloa. La forma en que los hombres viven su salud está profundamente influida por norma y mandatos sociales, culturales, que valoran la fortaleza, la autosuficiencia y la negación de la vulnerabilidad, lo que condiciona la expresión emocional, la adherencia al autocuidado y la interacción con los servicios de salud.

En este sentido, los relatos de los participantes evidencian que la construcción cultural de la masculinidad no solo influye en la forma en que los hombres se posicionan frente a los servicios de salud y frente a su propio cuerpo. La necesidad de mostrarse fuerte, autosuficientes y capaces de enfrentar dificultades sin ayuda se convierte en un elemento que orienta las decisiones relacionadas con la atención médica. Esta forma de comprender la masculinidad genera que muchos hombres minimicen síntomas, retrasen consultas médicas o eviten procedimientos diagnósticos que implican reconocer su vulnerabilidad.

Estos hallazgos pueden comprenderse a la luz de los planteamientos de Connell sobre la masculinidad hegemónica, quien establece que en muchas sociedades los hombres son educados para demostrar fortaleza, control emocional y autosuficiencia. Desde esta perspectiva, el reconocimiento de la enfermedad o la búsqueda de atención médica pueden interpretarse culturalmente como signo de debilidad. En los relatos de los participantes de este estudio se observa cómo estas construcciones sociales influyen en la forma en que los hombres enfrentan su salud, ya que el retraso en la búsqueda de atención o la resistencia

hacia ciertos estudios diagnósticos no responden únicamente a factores individuales, si no a mandatos culturales profundamente arraigados en la identidad masculina.

Los resultados muestran que los hombres enfrentan la colonoscopia con miedo, vergüenza, incomodidad y resistencia, emociones que reflejan no solo el temor físico, sino también lo simbólico a su identidad masculina, estas actitudes se ven reforzadas por barreras estructurales del sistema de salud, como la falta de información clara, tiempos de espera prolongados y limitaciones económicas, lo cual también son determinantes de salud impactan en el autocuidado del hombre, lo que explica que muchos posponen la atención preventiva en el autocuidado hasta la manifestación evidente de la enfermedad.

En este sentido, la colonoscopia adquiere un significado que trasciende lo clínico y se vincula con construcciones sociales sobre el cuerpo del hombre, la intimidad y la vulnerabilidad. Para algunos participantes, el procedimiento representa una experiencia que desafía las normas tradicionales de la masculinidad, generando sentimientos de incomodidad o resistencia. Este hallazgo evidencia que los estudios diagnósticos no se interpretan únicamente desde una perspectiva médica, sino también desde marcos culturales que influyen en la forma en que los hombres perciben su cuerpo, autocuidado y su relación con los servicios de salud.

Así mismo, los relatos permiten comprender que la experiencia de la colonoscopia se encuentra atravesada por significados culturales relacionados con la intimidad corporal y la percepción social del cuerpo masculino. Para algunos hombres, la exploración de la región anal se interpreta como un procedimiento que genera exposición y vulnerabilidad, lo que despierta sentimientos de pudor o incomodidad. Estas percepciones muestran que la colonoscopia no es vivida únicamente como un acto médico sino como una experiencia que confronta las representaciones culturales del cuerpo y de la masculinidad.

La investigación también permitió identificar señales de transformación cultural en algunos participantes, siendo un punto importante para lograr el autocuidado del hombre, donde algunos hombres comienzan a resignificar su masculinidad, reconociendo que el cuidado de la salud es una responsabilidad personal y familiar y no un signo de debilidad. Este cambio de perspectiva sugiere que, aunque los patrones de masculinidad hegemónica siguen presentes, existen oportunidades para promover intervenciones educativas y de cuidado más

sensibles y humanizadas, que promuevan la participación masculina en la prevención y detección temprana de enfermedades.

En este proceso de resignificación, algunos participantes expresaron que las experiencias personales relacionadas con la enfermedad, ya sea propia o de familiares cercanos, generaron momentos de reflexión que modificaron su forma de comprender el cuidado de la salud. Estas vivencias actuaron como detonantes que les permitieron cuestionar ciertos mandatos culturales asociados con la masculinidad tradicional, favoreciendo una mayor apertura hacia la realización de estudios diagnósticos y hacia la adopción de prácticas de autocuidado.

Este proceso de reflexión evidencia que las concepciones de masculinidad no son estáticas, sino que pueden transformarse a partir de experiencias significativas relacionadas con la salud y la enfermedad. Por lo tanto, los hombres pueden desarrollar nuevas formas de comprender el autocuidado, integrando la prevención como parte de su responsabilidad. Este hallazgo abre la posibilidad de promover intervenciones de salud que favorezcan la construcción de masculinidades más saludables, donde el cuidado del cuerpo y la búsqueda oportuna de atención médica sean reconocidos como prácticas legítimas dentro de la identidad masculina.

Este resultado coincide con estudios realizados en el campo de la salud masculina que señalan que el nivel educativo y el acceso a la información en salud pueden favorecer actitudes más reflexivas hacia el cuidado del cuerpo y la prevención de enfermedades, facilitando que los hombres cuestionen ciertos mandatos tradicionales asociados a la masculinidad (Oliffe et al., 2010).

La evidencia sugiere que el acceso a la información clara, comprensible y culturalmente pertinente puede contribuir a disminuir el miedo y la incertidumbre que los hombres experimentan frente a procedimientos diagnósticos como la colonoscopia. Cuando la información se comunica de manera cercana, respetuosa y adaptada a las experiencias de los pacientes, es más probable que los hombres desarrollen una mayor comprensión sobre la importancia de la prevención y la detección oportuna de enfermedades.

En resumen, la cultura masculina no solo moldea actitudes y comportamientos individuales, sino que funciona como marco organizador de la experiencia de salud, incluyendo la forma en que los hombres perciben su cuerpo, sus emociones y su relación con el sistema de salud. Comprender este fenómeno es fundamental para diseñar estrategias de cuidado que sean efectivas, respetuosas y culturalmente congruentes.

Desde la perspectiva del cuidado en enfermería, estos hallazgos también se relacionan con los planteamientos de Madeleine Leininger, quien propone que el cuidado de la salud debe considerar los valores, creencias y significados culturales de las personas para ser verdaderamente efectivo. En este sentido, comprender la forma en que la cultura masculina influye en la percepción de los estudios diagnósticos permite desarrollar intervenciones de cuidado culturalmente congruentes, capaces de responder a las necesidades de los hombres en relación con su salud y sus procesos de atención.

Esta investigación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer enfoques de atención en salud que reconozcan la dimensión cultural de la masculinidad. Incorporar estrategias de educación en salud dirigidas exclusivamente a los hombres, así como promover espacios de diálogo que permitan expresar dudas, temores y experiencias, puede favorecer una mayor participación masculina en prácticas preventivas.

Asimismo, el papel del personal de salud, particularmente del personal de enfermería, resulta fundamental para promover un cuidado humanizado y culturalmente sensible. La comprensión de los significados que los hombres atribuyen a su salud, a su cuerpo y a los procedimientos diagnósticos permite establecer relaciones de confianza y acompañamiento que faciliten la aceptación de estudios como la colonoscopia y fortalezcan el compromiso con el autocuidado.

El personal de enfermería ocupa una posición estratégica para promover procesos educativos y de acompañamiento que favorezcan la reflexión sobre el cuidado de la salud masculina. A través de intervenciones basadas en la comunicación, la empatía y el respeto por las experiencias de los pacientes, es posible contribuir a disminuir los temores y estigmas asociados a procedimientos diagnósticos como la colonoscopia, promoviendo una mayor participación de los hombres en acciones preventivas.

Comprender el impacto de la cultura masculina en la recepción y realización de estudios diagnósticos permite avanzar hacia estrategias de atención más integrales, donde la prevención no se limite a la dimensión médica, sino que integre los aspectos culturales, sociales y emocionales que influyen en las decisiones de salud. Este enfoque contribuye a promover una participación más activa de los hombres en el cuidado de su salud, en la detección temprana de enfermedades, favoreciendo así mejores condiciones de bienestar y calidad de vida.

De esta manera, los resultados de esta investigación aportan elementos relevantes para la comprensión del fenómeno de la salud masculina en el contexto local de Culiacán, Sinaloa, evidenciando la necesidad de desarrollar estrategias de atención que integren la perspectiva cultural y de género regionales en los procesos de prevención, diagnóstico y cuidado. Reconocer la influencia de la cultura masculina en la percepción de los estudios diagnósticos permite avanzar hacia modelos de atención más inclusivos y sensibles. Capaces de responder a las necesidades reales de los hombres y de promover una participación más activa en el cuidado de su salud.

A partir de estos hallazgos, se reconoce la importancia de fortalecer enfoques de atención que consideren la dimensión cultural de la masculinidad y su influencia en las prácticas de autocuidado y en la utilización de los servicios de salud.

Considerando los resultados obtenidos en este estudio, se plantean algunas recomendaciones dirigidas al ámbito de la práctica en enfermería, la educación para la salud, la organización de los servicios sanitarios y el desarrollo de políticas públicas. Estas recomendaciones tienen como finalidad favorecer el autocuidado masculino y disminuir las barreras socioculturales que influyen en la aceptación de estudios preventivos como la colonoscopia. Asimismo, buscan aportar elementos que permitan diseñar estrategias de intervención más sensibles a los significados culturales que los hombres atribuyen a su cuerpo, a la enfermedad y a los procedimientos médicos.

En este sentido, resulta pertinente promover el diseño de estrategias educativas culturalmente congruentes que faciliten la comprensión y aceptación de la colonoscopia como una herramienta preventiva. Para ello, el personal de enfermería puede desarrollar sesiones educativas en unidades de salud, campañas informativas en espacios comunitarios y

materiales didácticos con lenguaje claro y accesible, donde se aborden de manera abierta las dudas, temores y mitos asociados al procedimiento. Estas actividades pueden incluir pláticas grupales, talleres participativos y el uso de recursos visuales o testimonios de pacientes que permitan acercar la información de forma más comprensible y respetuosa de las experiencias masculinas.

De igual manera, se considera necesario fortalecer las acciones orientadas a sensibilizar a los hombres sobre la importancia del autocuidado y la prevención de enfermedades. Esto puede lograrse mediante programas educativos comunitarios coordinados por personal de salud, en los que se promuevan la realización periódica de estudios preventivos y se aborden otros problemas relevantes y frecuentes en la salud masculina como el cáncer de próstata, las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados al estilo de vida. La implementación de jornadas de salud dirigidas específicamente a hombres, así como la difusión de información en espacios laborales, comunitarios o deportivos, podrían facilitar el acercamiento de esta población a los servicios preventivos.

Los resultados del estudio sugieren la necesidad de fortalecer las políticas públicas con perspectiva de género que consideren las particularidades de la salud masculina. Para avanzar en este ámbito, sería pertinente que las instituciones de salud incorporen programas específicos orientados a la promoción del autocuidado en hombres, integrando acciones educativas, estrategias de detección temprana y seguimiento oportuno de padecimientos frecuentes. Esto puede realizarse mediante la inclusión de campañas de prevención dirigidas a la población masculina dentro de los programas de salud pública ya existentes, así como la capacitación del personal de salud para abordar las necesidades de salud de los hombres desde un enfoque sensible a las dimensiones culturales y sociales de la masculinidad.

También resulta importante mejorar la accesibilidad y la organización de los servicios de salud, ya que diversos hombres pueden percibir dificultades para acudir a consultas preventivas debido a tiempos prolongados de espera o limitaciones en la disponibilidad de citas. En este sentido, las instituciones podrían implementar mecanismos de organización que faciliten la programación de estudios diagnósticos, como sistemas de citas más ágiles, ampliación de horarios de atención o jornadas específicas para la realización de estudios preventivos. Estas acciones permitirán reducir las barreras de acceso y favorecer la participación activa de los hombres en el cuidado de su salud.

Se recomienda fomentar entornos de atención humanizados dentro de los servicios de salud. Para ello, es fundamental promover la capacitación continua del personal de salud en enfoques de atención centrados en la persona, en cuidado transcultural y en la comprensión de las experiencias masculinas relacionadas con la salud y la enfermedad. La generación de espacios de diálogo donde los hombres puedan expresar sus inquietudes sin temor a ser juzgados puede contribuir a fortalecer la confianza en los servicios de salud y a motivar la participación en las acciones preventivas.

Finalmente, se considera relevante el continuar desarrollando investigaciones que profundicen en la comprensión de las masculinidades y su impacto en salud. La realización de estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos en distintos contextos culturales permitirá ampliar el conocimiento sobre los factores que influyen en la toma de decisiones de los hombres respecto a su cuidado, lo que a su vez facilitará el diseño de intervenciones educativas y estrategias de prevención efectivas.

Referencias

- ACS. (2020). *Guías de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección del Cáncer colorrectal*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto>
- Alligood, M. R. (2021). *Modelos y teorías* (9.a ed.). Elsevier <https://shop.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
- Álvarez- Díaz, J.A. (2020). *La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud*. <https://doi.org/10.24875/ciru.190008657>
- Álvarez-Aguirre, A., Díaz Manchay, R. J., Banda Pérez, A. de J., & Acevedo Figueroa, L. (Coords.). (2024). *Un acercamiento práctico a la investigación cualitativa* (1.^a ed.). Grupo Editorial Biblioteca. <https://www.labiblioteca.com.mx/product-page/un-acercamiento-practico-a-la-investigacion-cualitativa>
- AMEG. (2026). *Guías de prevención y manejo endoscópico del cáncer colorrectal*. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal.
- American Cancer Society, (2019). *Colonoscopia*. <https://bi.ly/3QycvK2>
- American Cancer Society. (2019). *Colonoscopia*. <https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia>
- American Cancer Society. (2020). *Detección temprana, diagnóstico y clasificación de la etapa del cáncer colorrectal*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico>
- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica en participantes humanos*. <https://WWW.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki>
- Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. (2016). *Guías de prevención y manejo endoscópico del cáncer colorrectal*. <https://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/componente/phocadownload/category>
- Ayllón González, R. (2020). *De hombres y machos: El género y las masculinidades en la vida cotidiana*. Revista Digital Universitaria.
- Barrera Basillito, M. S (2015). *Nivel de cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste a un centro de salud*. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/7694a86f-bcft-472a-a218-3248c1a556eb>

- Belli, F. (2019). *La importancia de la perspectiva de género en salud*. Ecofeminista. <https://ecofemenita.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/>
- Bermúdez, M.D.M. (2013), *Connel y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu*. Revista Estudios Feministas, 21, 283-300.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Éditions du Seuil. <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondiu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Buera, M. M., García, V.P., del Barrio Aranda, N., Pérez, A.M.A García, M.P., & Fernández, T. M. (2021). *Madeleine Lehniger, artículo monográfico*. Revista Sanitaria de Investigación, 2(4), 63.
- Calderón Prada, A. (2025). *Profundizando en el desarrollo socio-emocional de las masculinidades: hacia una expresividad emocional integral en los hombres* (Tesis maestría). <https://hdl.handle.net/20.500.12404/30985>
- Christy, S. M. Mosher, C. E., Rawl, S.M., & Haggstrom, D. A (2017). *Masculinity beliefs and colorrectal screening in male veterans*. Psychology of men & masculinity, 18(4), 390. <https://doi.org/10.1037/men0000056>
- Cleary, A. (2012). *Suicidal action, emotional expresión, and the performance of masculinities*. Social Scienica & Medicine, 74(4), 498-505 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953611004849?via%3Dihub>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018). *Respeto a las diferentes masculinidades/masculinidades*. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programa/ninez-familia/material/trip-respeto-dif-asculinidades.pdf>
- CONAVIM. (2021). *¿Qué es la masculinidad?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-masculinidad?idioms=es>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinidades* (2ª ed.). Universidad Autónoma de Mexico. <https://archive.org/details/masculinities00conn>
- Courtenay, W. H. (2020). *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theoty of gender and health*. Social Science & Medicine, 50 (10), 1385-1401 <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.08.009>
- Couto,R., de Keijzer, B., & *Hombres, género y salud*. (2020). Salud Colectiva. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2020>
- De Keijzer Fokker, B. G.Z- (18 febrero 2025). *Seminario sobre masculinidades: enfoques contemporáneos* [vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ZJIFl4ssTjE>

- De Keijzer, B., Cuellar, A.C., Valenzuela Mayorga, A., Hommes, C., Caffé, S., Mendoza, F., Cayetano, C., & Vega, E. (2022). *Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e93. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México (2022). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. Tema 5.1 Prevención de la enfermedad [PDF]. <https://dsp.facmed.unam.mx>
- Firestone, S. (1970). *The dialectic of sex: The case for feminist revolution*. William Morrow and Company. <https://teoriaevolutiva.files.wordpress.com/2013/10/firestone-shulamith-dialectic-sex-case-feminist-revolution.pdf>
- Ford, R.B., & Mazzaferro, E.M. (2009). *Diagnostic and therapeutic procedures*. In *Kirk and Bisther's Handbook of Veterinary Procedure and Emergency Treatment* (p.449).
- Galao Malo, F., Lillo Crespo, M., Casabona Martínez, I., & Mora Antón, M. D. (2005). *¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término*. Evidencia <https://www.reed.es>
- Galao Malo, R., Crespo, M., Casabona Martínez, I., & Mora Anton, M. D (2005). *¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista término*.
- Gangwani, M. K., Aziz, A., Dahiya, D. D., Nawras, M., Aziz, M., & Inamdar, S. (2023) *History of colonoscopy and technological Gastroenterology and Heoatology*, <https://doi.org/10.21037/thh-23-18>
- Gardea Pichardo, J. I. (2021). *Dos conceptos de "Masculinidad hegemónica"*. <https://www.academia.edu/47761332/Dos-conceptos>
- Garrido, N. (2017). *El método de James Spradley en la investigación cualitativa*. *Enfermería: Cuidados humanizados*, 6(Especial), 37-42. <https://doi.org/10.22235/ech.v6iEspecial.1449>
- Gomes, R., Couto, M.T., & De Keijzer, B. (2020). *Hombres, género y salud*. *Salud Colectiva*, 16, e2788. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2788>
- Gretrich, C.M., Sussman, A. L., Helitzer, D. L., Hoffman, R. M., T.D., Sánchez, V., Solares, A., Rhyne, R.I. & Rios net Clinicians. (2012). *Expressions of machismo in colorectal cancer screening among New Mexico Hispanic*. <https://doi.org/10.1177/1049732311424509>
- Grillo Bensusan, I., Herrera Martin P., & Álvarez, V.A. (2019). *Estudio prospectivo de la ansiedad de la paciente previa a la realización de una colonoscopia ambulatoria*. <https://scielo.iscii.es/pdf/diges/v108n12/es-original1.pdf>
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método campo y reflexividad*, grupo Editorial Norma. <https://antroporecursos.wordpress.com>

- Gutmann, Matthew. (2021) 2023. "Masculinidad". En *The Open Encyclopedia of Anthropology* , editado por Felix Stein. Facsímil de la primera edición en The Cambridge Encyclopedia of Anthropology . Disponible en línea: <http://doi.org/10.29164/21masculinity>
- Hernández, Igor Gerardo. (2014). *El ser del varón y el diseño de políticas públicas e intervención social con perspectiva de género*. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, 59(222), 209-234. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182014000300009&lng=es&tlng=es.
- Hernández, O.M. (2008). *Debates y aportes en los estudios sobre masculinidades en México*. Relaciones. Estudios de historia y sociedad, 29 (116), 223-229. <https://www.redalyc.org/pdf/137/13711161008.pdf>
- Hirmas Adauy, Macarena, Poffald Angulo, Lucy, Jasmen Sepúlveda, Anita María, Aguilera Sanhueza, Ximena, Delgado Becerra, Iris, Vega Morales, Jeanntte. (2023). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: sistemática cualitativa*. https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arryext&pid=S1020-
- Houghton, N., Bascolo, E., & del Riesgo, A. (2020). *Monitoring Access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys*. Revista Panamericana de Salud Pública. <https://doi.org//10.26633/RPSP.2020.96>
- Instituto Mexicano del seguro Social. (2019). *En México cada año se diagnostican cerca de 15 mil nuevos casos de personas con cáncer de colon*. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201903/070>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadística a propósito del Día Mundial contra el cáncer*. <https://www.enegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024>
- Kretchmar, J. (2023). *Gender socialization*. EBSCO Research Starters. <https://dialent.unirioja.es>
- L Cruz Palacios, A., Remes-Trochce, J.M., Roesch Dietlen, F., & Yamamoto Furusho, J.K (eds.). (2023). *Tópicos emergentes en gastroenterología*. <https://www.gastro.org.mx/pdf/cursos/>
- Leininger, M. (1997). *Transcultural nursing: A scientific and humanistic care discipline*. Journal of Transcultural Nursing, 8 (3) 54-55. <https://doi.org/10.1177/104365969700800207>
- Leno González, D. (2006). *Looking for a model of nursing cares in a multicultural environment* *Gazeta de Antropología*, 22. <https://hdl.handle.net/10481/71718>
- Lino Indio, M. S. (2023). *Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado Salud y Vida*. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2563>
- Lizarra Morales, O. (2021). *La crisis de la masculinidad (sinaloense)*. Noroeste. <https://www.noroeste.com.mx/colaboraciones/la-crisi-de-la-masculinida-sinaloense-HD656090>

- Mairal Buelna, M., Palomares García, V., del Barrio Aranda, N., Atarés Pérez, A., Piquera García, M., & Miñes Fernández, T. (2021). *Madeleine Leininger, artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055604>
- Marcos-Marcos, J., Mateos, J.T., & Álvarez-Dardet, C. (2020). *El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia a dónde vamos. Salud Colectiva.*
- Mendieta-Izquierdo, G.; Tonjaca.Prada, D. P; & Cuevas-Silvas J.M (2021). *Representations about Emotions and Masculinity in Bogota Males. Masculinities and social Change.* <https://doi.org/10.17583/MCS.2021.7319>
- Mendoza Pérez, J. C., & Solis, F. (2022). *La salud pública desde la perspectiva de género. Revista Científica de FAREM-Estelí.*
- Meza, J.M. R. (2024), *Construyendo la narcomasculinidad: percepción de varones en Culiacán, Sinaloa. Revista en Ciencias Sociales del Pacifico mexicano*, 7(16), 67-91 <https://www.revista-internacionales.mx>
- Mojica, C. M., Vargas, N., Bradley,S., & Parra-Medina, D. (2023). *Barries anda facilitators of colonoscopy screening among Latino men in a colorectal cancer screening promotion program.*<https://doi.otg/10.1177/15579883231179325>
- Molano L., O. L. (2007). *Identidad cultural: Un concepto que evoluciona. Revista Opera.* 7, 69- 84. Universidad externado de Colombia. <https://www.redalyc.otg/pdf/675/67500705.pdf>
- Murillos, F. J., & Martinez- Garrido, C. (2010). *Investigación etnográfica* [PDF]. Universidad Autónoma de Madrid. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/>
- Mursa, R., Patterson, C., Mcerlean, G. et al. (2024). *Comprensión de la alfabetización en salud en hombres: una encuesta transversal. BMC Public Heath* 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19223-0>
- National Cancer Institute. (2024). *Prueba diagnóstica.* <https://www.cancer.gov/español/publicaciones/diccionarios/-cancer/def/prueba-diagnostica>
- NIH. *Prueba diagnóstica.* Retrieved from. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prueba-diagnostica>
- Olarte Ramos, C.A. (2024). *De la resistencia al comportamiento: autocuidado de la salud e identidad masculina en contextos marginados. Revista Campos en ciencias Sociales.*
- Olcese Zulueta, C. (2015). *Modelo transcultural de los cuidados enfermeros: Hacia el cuidado integral, individualizado y universal (trabajo fin de grado).* Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11869/1/TFG-H248.pdf>.

- Oliffe, J- L., Rossnagel, E., Kelly. M. T., Bottorff, J. L., Seaton, C., & Darroch, F. (2019). *Men's health literacy: A review and recommendations* Health Promotion International, 35(5), 1037-1051. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz077>
- Oliffe, J. L., Rossnagel, E., M.T., Bottorff, J. L., Seaton, C., & Darroch, F. (2020). *Men's health literacy: a review and recommendations*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz077>
- OMS. (2025). *Preguntas frecuentes*. Retrieved from. <https://www.who.int/es/about/frequently-used>
- Organización Mundial de Gastroenterología. (2007). *Tamizaje del cáncer colorrectal: Guías prácticas de la Alianza Internacional para Cáncer Digestivo*. World Gastroenterology Organisation. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/colorectal-cancer-screening-spanish-2007.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cáncer colorrectal*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2024), *La OMS su firme compromiso con los principios establecido en el preámbulo de la Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Igualdad de género en la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/igualda-género-salud>
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. <https://www.paho.org/es/file/43068/download?token=Ahy7YVSi>
- Organización Panamericana de la Salud, de Keijzer, B., Cuellar, A.C., Valenzuela Mayorga, A., Hommes, C., Caffé, S., Mendoza, W., Et al. (2022). *Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Paeva Neto, D., Alcaraz- Moreno. N., J.G., & Rebolledo-Malpica, D. (2020). *Dificultades del autocuidado masculino: Dicuros de hombres participantes en un grupo de educación para la salud*. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>
- Pagnamento, L., Weingast, D., Caneva , H., Castrillo B., Hasici, C., & Specogna, M. (2016). *Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: Una posible aproximación conceptual. IX Jornadas de Sociología de la UNLP*. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tran_eventos/ev.9242/.pdf
- Pichardo, J.G. (2021). *Dos conceptos de "masculinidad hegemónica"*. Murmullos Filosóficos, 1(3), 116-131

- Prado, M. L. do, Souza, M. L. de, Carraro, T. E., & Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Serie PALTEX Salud y Sociedad*. <https://es.scribd.com/document/386889469/Investigacion-Cualitativa-en-Enfermeria>
- Priego-Parra, B.A., Triana-Romero, A., Inurreta-Vásquez, A., Laffitte-Garcia, H., Violante-Hernández, G.A., Jiménez-Rodríguez, S.S., Martínez-Pérez, G.P., Meixueiro-Daza, A., Grube-Pagola, P., & Remes-Troche, J. M. (2024). *Implementación de un programa de tamizaje organizado para cáncer colorrectal: Adherencia bienal y patrones de participación*. *Revista de Gastroenterología de México*, 89(3), 354-361 <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.08.009>
- Reglamento de la Ley de Salud para Investigaciones en Materia de Salud*. <https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx>
- Reglamento de la Ley General de Salud para Investigaciones en Materia de Salud [Internet]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Resis de Sousa, A., de Carvalho Félix, N.D., Rosendo de Silva, R.A., Souza de Santana Carvalho, E., & Pereira, Á. (2023). *Cuidado da saúde de homens: análise de conceito. Investigación y Educación en Enfermería*, 41(1).
- Revista Médica Clínica las Condes*. (2014). Salud del hombre: Una paradoja cultural. *Revista Médica Clínica los condes*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-las-condes-202-articulo-salud-del-hombre-una-paradoja-S0716864014700045>
- Rodríguez Carvajal, G., & Meras Jáuregui, R. M. (2022). *Consideraciones sobre el concepto “salud”: Una propuesta cubana. Medicentro Electrónica*, 26 (1).
- Rodríguez Hernández, N., Romero Pérez, T., López Prieto, M.L., Cobas López, C.A., Yusleiv, & Martínez Carmona. (2019). Artículos originales: *Nivel de conocimiento sobre exámenes diagnóstico para la detección precoz del cáncer colorrectal*. <https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942019000200286&cript=scie-arttext>
- Rodríguez, F. D., & Tenorio, C. (2023). *Cáncer Colorrectal: Diagnóstico y tratamiento: Revisión bibliográfica*. *Gastroenterología Latinoamericana*. <https://doi.org/10.46613/gastrolat2023001-06>
- Rubin, G. (1996). *El tráfico de mujeres: Notas sobre la “económica política” del sexo: En M. Lamas (Ed.), El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-91).

- Ruiz Meza, J.M. (2023). *Los herederos del noroeste. Comprendiendo y valorando los efectos de la narcocultura en la construcción de masculinidades en Culiacán, Sinaloa*.
https://repositio.uas.edu.mx/jspui/handle/DGB_UAS/375
- Sambade Baquerín, I. (2018). *Masculinidades, cambios sociales y representación en la cultura de masas. Brocar. Cuadernos De Investigación Histórica*, (42), 293–322.
<https://doi.org/10.18172/brocar.3799>
- Santiago-Portero, M. C., Gómez-García, J., Reig-Gómez, J. M., Otra-Durá, H., & Gascón-Cánovas, J.J. (2018). *Conocimientos, creencias y actitudes de la población gitana ante el cribado del cáncer colorrectal. Revista Española de Enfermedades Digestivas*
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111730256X>
- Sari C, Adiguzel L, Demirbag BC. *The relationship between men's health literacy levels and their health beliefs and attitudes towards prostate cancer screening: A case study in a rural area*. Support Care Cancer. 2024 Aug. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08802-x>.
- Secretaria de Salud (2015). *Promoción de la Salud*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
- Secretaria de Salud del estado de Sinaloa. (enero,2024). *Programa Sectorial de Salud 2022-2027*. Secretaria de Salud del Estado de Sinaloa. <https://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2024/PROGRAMA-SECTORIAL-DE-SALUD-2022-2027.PDF>
- Secretaria de salud. (2018). *La prevención entre los hombres: un tema de salud pendiente*.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/la-prevencion-entre-los-homvres-un-tema-de-salud-pendi>
- Servicios de Salud de Sinaloa. (2023). *Tema Salud 2023*. Gobierno del Estado Sinaloa.
<https://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2024/01/TEMA-SALUD-2023.pdf>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston.
<https://cursounneherasfadycc.files.wordpress.com/2011/10/traduccic3b3n-spradley5.pdf>
- Teo, C.H., Ng, C.J., Booth, A., & White, A. (2016). *Barriers and Facilitators to health sreening in men: A systematic review. Social Science & Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.023>
- Tovar-Hernández, D. M., & Rocha Sánchez, T. E. (2012). *Masculinidades: Espacios- momentos críticos en las formas de ser hombre en la ciudad de México*. Psicología Iberoamericana.
<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=133928816002>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

He sido informado sobre la realización de una entrevista cuyo propósito es conocer mi experiencia personal y mi percepción en relación con la disposición de los hombres a someterse a estudios diagnósticos como la colonoscopia. Esta entrevista forma parte del proyecto de investigación titulado "Impacto de la cultura masculina en la percepción y realización de estudios diagnósticos de colonoscopia en Culiacán, Sinaloa", que será desarrollado por la investigadora principal L.E. Reyna Yesenia Heras Corrales como parte de los requisitos académicos para la Maestría en Enfermería con Orientación Profesionalizante.

En caso de aceptar participar, se me realizará una serie de preguntas en una entrevista que no excederá una hora de duración. La conversación será grabada en audio con el único propósito de facilitar el análisis de la información, evitando así omisiones o pérdida de datos importantes. Esta grabación será manejada únicamente por la investigadora responsable del proyecto.

Mi participación es completamente voluntaria. No existen riesgos físicos ni efectos negativos asociados. Si en algún momento alguna pregunta me resulta incómoda o decido no continuar, podré retirarme libremente, sin que esto tenga consecuencia alguna. Asimismo, cualquier duda que surja durante la entrevista será atendida con claridad y respeto por parte de la investigadora.

Durante la entrevista, si tengo alguna pregunta o inquietud respecto a los temas que se me planteen, podré expresarla con libertad en el momento de su aplicación. Si después de la entrevista deseo aclarar cualquier aspecto sobre el uso de la información, el desarrollo del estudio o mis derechos como participante, puedo contactar directamente a la investigadora L.E. Heras Corrales Reyna Yesenia al siguiente correo electrónico: ryeseniahc@gmail.com y a al número 6671873243.

Anexo. 2 Entrevista Semiestructurada



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



Entrevista Semiestructurada

Entrevistado: _____ Investigador: Heras Corrales Reyna Yesenia
Fecha: _____ Número de Entrevista: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas son parte del proyecto de investigación
"Impacto de la cultura masculina en estudios diagnóstico de colonoscopia y su realización
en Culiacán, Sinaloa". Responder de manera libre, clara y lo más verídico posible.

Edad: _____	Nivel de escolaridad: _____	Estado civil: _____
Derechohabiente: _____	Institución: _____	Ocupación: _____
Lugar de residencia urbana/ Rural: _____		

1. ¿Podrías contarme brevemente sobre ti?
2. ¿Has tenido revisiones médicas preventivas en los últimos años?
3. ¿Cómo empezó su enfermedad y que sintió cuando empezó a enfermarse?
(Sitio anatómico, pareja, sexual, exploración rectal)
4. ¿Qué tan fácil o difícil fue acceder al estudio colonoscopia en términos de tiempo,
dinero, transporte, atención médica?
5. ¿Alguna vez has recibido orientación sobre estudios preventivos como la
colonoscopia por parte de personal de salud o campañas públicas?
6. ¿Cómo fue tu experiencia antes, durante y después del procedimiento?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



7. ¿Hubo algo que te hiciera dudar o retrasar el estudio? ¿Qué factores influyeron?

8. ¿Alguna vez has sentido que expresar preocupación por tu salud puede ser visto como debilidad?

"Te agradezco mucho por compartir tus pensamientos. Lo cual contribuirá a comprender el autocuidado y la prevención del hombre. Tu experiencia es muy valiosa para impulsar cambios en la atención a la salud masculina."

Anexo 3. Comité de Ética HGC IMSS-BIENESTAR



Culiacán, Sinaloa a 23 septiembre 2025

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Folio: CEIHGC-000002

Protocolo: 023-25

Fecha de sesión: 18 septiembre 2025

Sesión: Ordinaria

Acta: CEIHGC-176

Reyna Yesenia Heras Corrales

Investigador Principal

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar Hospital General de Culiacán

Boulevard Paseo de Tamazula sin número, Colonia Limita de Hitaje, Culiacán, Sinaloa, CP. 80064

PRESENTE

Asunto: **Dictamen de revisión inicial**

023-25

Impacto de la cultura masculina en estudios diagnósticos de colonoscopia y su realización en Culiacán, Sinaloa
Impacto cultura masculina

Hacemos de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, revisó el protocolo arriba mencionado. La evaluación fue realizada, con apego a la regulación local e internacional vigente, tomando en cuenta para esta evaluación los aspectos éticos mínimos exigidos por la Comisión Nacional de Bioética contemplados en la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación tales como: valor científico; pertinencia científica en el diseño y conducción del estudio; selección de los participantes; proporcionalidad en los riesgos y beneficios; evaluación independiente; respeto a los participantes y consentimiento informado.

En mi calidad de Presidente le informo que el **Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán** decide por unanimidad la **APROBACIÓN** del protocolo antes mencionado, teniendo **vigencia de un año a partir de hoy**. Deberá solicitar re-aprobación anual notificando a Comité el reporte anual de protocolo o bien un reporte final de resultados para dar por finalizado el protocolo.

Dicho trabajo será conducido por la L.E Heras Corrales Reyna Yesenia para obtener el grado de Maestría en Enfermería; teniendo como Directores: Dr. Omar Mancera González.

Por lo anterior, este Comité **APRUEBA** los siguientes documentos:

1.- Protocolo "Impacto de la cultura masculina en estudios diagnóstico de colonoscopia y su realización en

Anexo 4. Comité de Investigación HGC IMSS-BIENESTAR



Culiacán, Sinaloa a 23 septiembre 2025

Comité de Investigación, Hospital General de Culiacán Dr.

Bernardo J. Gastélum

Folio: CIHGC-000002

Protocolo: 023-25

Fecha de sesión: 18 septiembre 2025

Sesión: Ordinaria

Acta: CIHGC-176

Reyna Yesenia Heras Corrales

Investigador Principal

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar Hospital General de Culiacán
Boulevard Paseo de Tmazula sin número, Colonia Limita de Hitaje, Culiacán, Sinaloa, CP. 80064

PRESENTE

Asunto: **Dictamen de revisión inicial**

023-25

Impacto de la cultura masculina en estudios diagnósticos de colonoscopia y su realización en Culiacán, Sinaloa
Impacto cultura masculina

Hacemos de su conocimiento que este **Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"** revisó el protocolo arriba mencionado. La evaluación fue realizada con apego a la regulación local e internacional vigente, a los requerimientos de COFEPRIS, Buenas Prácticas Clínicas y lineamientos de la ICH.

En mi calidad de Presidente le informo que el **Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum** decide por unanimidad la **APROBACIÓN** del protocolo antes mencionado, teniendo **vigencia de un año a partir de hoy**. Deberá solicitar re-aprobación anual notificando a Comité el reporte anual de protocolo o bien un reporte final de resultados para dar por finalizado el protocolo.

Dicho trabajo será conducido por la L.E Heras Corrales Reyna Yesenia para obtener el grado de Maestría en Enfermería; teniendo como Directores: Dr. Omar Mancera González.

Por lo anterior, este Comité **APRUEBA** los siguientes documentos:

Anexo 5. Registro Proyecto FEC



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN



COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN REGISTRO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Impacto de la cultura masculina en estudios diagnósticos de colonoscopia y su realización en Culiacán, Sinaloa.
AUTORES
L.E Heras Corrales Reyna Yesenia Dr. Omar Mancera González
REGISTRO DE CEI
HGC-FOLIO DE INVESTIGACIÓN EN ENF.-001-25
REGISTRO DE PROYECTO 057-25

Culiacán, Sinaloa; 28 de agosto de 2025.


Dra. Miriam Gaxiola Flores
Responsable del Comité de Ética e
Investigación
Facultad de Enfermería Culiacán


Dr. Jesús Roberto Garay Nuñez
Director
Facultad de Enfermería Culiacán.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
Facultad de Enfermería Culiacán
DIRECCIÓN

Anexo 6. Aprobación Archivo Clínico HGC IMSS-BIENESTAR



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



Hospital General de Culiacán
Departamento de Registros médicos
Folio: **HGC/RM/75/2025**
Culiacán Rosales, Sinaloa; 02 de octubre de 2025.

Asunto: **Respuesta a solicitud HGC-FOLIO-INVESTIGACIÓN EN ENF-020-25**
Información de datos de usuario.

Dra. Eleazara Tejada Rangel
Coordinadora de Investigación de Enfermería del H.G.C.

Con atención a
L.E. Heras Corrales Reyna Yesenia
Estudiante de maestría

Por medio de la presente, reciban un cordial saludo.

En respuesta a la solicitud compartida en el oficio **HGC-FOLIO-INVESTIGACIÓN EN ENF-020-25**, relativo a la **información de datos de usuario** para fines de investigación, se comunica lo siguiente:

El **Departamento de Registros Médicos**, como área colaboradora en proyectos de investigación multidisciplinaria, y en cumplimiento con la aprobación emitida por el **Comité de Ética** y el **Comité de Investigación** bajo el folio **CEIHGC-176**, así como con la presentación del **consentimiento informado** correspondiente, procede a **anexar los datos previamente solicitados** conforme a los lineamientos establecidos.

Sin otro particular, le deseamos el mayor de los éxitos en la culminación de su proyecto de investigación y en la próxima obtención de su grado académico.

Atentamente

L.E. Rebeca García Ruiz
Jefe del Departamento de Registros Médicos
Hospital General de Culiacán



Bld. Paseo de Tamasala S/N, Col. Límite de Hijo, C. P. 8064, Culiacán, Sinaloa, México, Tel: 6677160015

Anexo 7. Cronograma de Actividades

Universidad Autónoma de Sinaloa
Facultad de Enfermería Culiacán
Maestría Profesionalizante en Enfermería

Nombre del maestrante: Heras Corrales Reyna Yesenia

Nombre del director de tesis: Dr. Omar Mancera González

Título del proyecto de investigación: "Impacto de la cultura masculina en la percepción y realización de estudios diagnóstico de colonoscopia en Culiacán, Sinaloa"

Tabla 1. Cronograma de Actividades

Primer semestre 2024					
Actividades	2024				
	SEP	OCT	NOV	DIC	
Selección del tema de investigación	Planeado	Realizado			
Revisión de literatura del tema y viabilidad.	Planeado	Realizado			
Pregunta de investigación y objetivos.		Planeado	Realizado		
Justificación		Planeado	Realizado	Realizado	
Estado del arte			Planeado	Realizado	Realizado
Marco teórico - Conceptual			Planeado	Realizado	Realizado

Planeado
 Realizado
 No realizado

Fuente: Elaboración propia (Heras, 2024).

Tabla 2. Cronograma de Actividades

Segundo semestre 2025								
Actividades	2025							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	
Estado del arte ajustes	Planeado	Realizado						
Marco teórico-conceptual ajustes	Planeado	Realizado						
Coloquio investigación	Planeado	Realizado						
Revisión de metodología			Realizado					
Diseño metodológico		Planeado	Realizado		Planeado	Realizado		
Registro en comité de ética							Planeado	No realizado
Consideraciones éticas			Planeado	Realizado				
Consentimiento informado			Planeado	Realizado				
Instrumento recolección de datos				Planeado	Realizado			
Ajustes de protocolo				Planeado	Realizado			
Estancia Nacional Feno					Planeado	Realizado		
Ajuste instrumento recolección de datos					Planeado	Realizado		
Planeado ■ Realizado ■ No realizado ■								

Fuente: Elaboración propia (Heras, 2024).

Tabla 2. Cronograma de Actividades

Segundo semestre 2025							
Actividades	2025						
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Estado del arte ajustes	Planeado	Realizado					
Marco teórico-conceptual ajustes	Planeado	Realizado					
Coloquio investigación	Planeado	Realizado					
Revisión de metodología			Realizado				
Diseño metodológico		Planeado	Realizado		Planeado	Realizado	
Registro en comité de ética							Planeado
Consideraciones éticas			Planeado	Realizado			
Consentimiento informado			Planeado	Realizado			
Instrumento recolección de datos				Planeado	Realizado		
Ajustes de protocolo				Planeado	Realizado		
Estancia Nacional Feno					Planeado	Realizado	
Ajuste instrumento recolección de datos					Planeado	Realizado	
Planeado ■ Realizado ■ No realizado ■							

Fuente: Elaboración propia (Heras, 2024).

Tabla 3. Cronograma de Actividades

Tercer semestre 2025						
Actividades	2025					
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Revisión de protocolo	Planeado	Realizado				
Coloquio investigación	Planeado	Realizado				
Registro comité de ética	Planeado	Realizado				
Desarrollo de entrevista		Planeado	Realizado			
Transcripción de entrevista			Planeado	Realizado		
Análisis de datos			Planeado	Realizado		
Estructuración de metodología				Planeado	Realizado	Planeado
Registro de protocolo	Planeado	Realizado				
Planeado ■ Realizado ■ No realizado ■						

Fuente: Elaboración propia (Heras, 2024).

Tabla 4. Cronograma de actividades

Cuarto semestre 2026						
Actividades	2026					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	
Elaboración de categorías	Planeado	Realizado				
Elaboración diagrama	Planeado	Realizado				
Resultados interpretación			Planeado	Realizado		
Discusión				Planeado	Realizado	
Recomendaciones					Planeado	Realizado
Elaboración artículo original					Planeado	Realizado
Informe final					Planeado	Realizado

Planeado ■
 Realizado ■
 No realizado ■

Fuente: Elaboración propia (Heras, 2024).