

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Ciencias Tecnologías Sociales y**  
**Humanidades**  
**Escuela Profesional de Trabajo Social**



**ACTITUDES HACIA EL MACHISMO EN AGENTES  
COMUNITARIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS SALUD  
DE LA MICRO RED AMPLIACIÓN PAUCARPATA,  
AREQUIPA, 2019**

Tesis presentada por:

**Carcausto Cortez, Liz Candy**

Para optar el Título profesional de:

Licenciada en Trabajo Social

Asesora:

**Mtro. Medina Gordillo, Sara Yanina**

**Arequipa – Perú**

**2020**

UCSM-ERP

## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

### TRABAJO SOCIAL

### DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 08 de Enero del 2020

Dictamen: 001899-C-EPTS-2020

Visto el borrador de tesis del expediente 001899, presentado por:

**2010147042 - CARCAUSTO CORTEZ LIZ CANDY**

Titulado:

**ACTITUDES HACIA EL MACHISMO EN AGENTES COMUNITARIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS  
SALUD DE LA MICRO RED AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA, 2019**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**0154 - COLQUE VALLADARES VICTOR ALEJANDRO  
DICTAMINADOR**



**3252 - MEDINA GORDILLO SARA YANINA  
DICTAMINADOR**



## DEDICATORIA

*A Dios, por haberme bendecido y ser la fuerza  
de mi vida; gracias padre, por conducir mi  
camino y proyecto de vida.*

*A la Universidad Católica de Santa María,  
por las experiencias y oportunidades, que  
marcaron mi vida personal, académica y  
profesional.*

## EPÍGRAFE

*«Cuando en el enfoque de la sexualidad se prescinde de toda norma moral y se sigue el proceso de deconstrucción de la persona [...] estamos abocados a la anarquía, al caos, a la imposición del pensamiento único que puede dar lugar a un nuevo régimen totalitario [...]»*  
(Kuby, 2015 citado en Cervera, 2017, p.21).

*«Y creo Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó». Y los bendijo Dios, y les dijo: Fructificad y multiplicaos; llenad la tierra, y sojuzgadla [...]»* (Reina Valera, 1960, Génesis 1:27-28).

## INDICE

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

**INTRODUCCIÓN**

### CAPÍTULO I

#### DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1. Tema o problema de Investigación.....	15
1.1. Enunciado del problema.....	15
1.2. Descripción del problema.....	15
1.3. Área del Conocimiento.....	16
1.4. Análisis de Variable .....	16
1.5. Justificación.....	18
1.6. Interrogantes .....	19
1.6.1. Interrogante general.....	19
1.6.2. Interrogantes específicas.....	19
2. Objetivos.....	19
2.1. Objetivo general.....	19
2.2. Objetivos específicos.....	20
3. Marco Teórico.....	20
3.1. Definición del agente comunitario de salud (ACS).....	20
3.1.1. Reseña histórica del ACS.....	20
3.1.2. Perfil del ACS.....	22
3.1.3. Norma de competencia del ACS.....	23
3.1.4. Nivel de capacitación.....	25
a. Nivel básico: Educador sanitario.....	25
b. Nivel intermedio: Rol de supervisor – capacitador.....	25
c. Nivel avanzado: Rol de gestor comunal.....	25

3.1.5. Modalidades de capacitación del ACS.....	26
a. Capacitación básica inicial.....	26
b. Capacitación continua .....	26
3.2. Trabajo Social .....	26
3.2.1. Definición .....	26
3.2.2. Definición de Trabajo Social Sanitario .....	27
3.3. Promoción de la Salud .....	28
3.3.1. Definición .....	28
3.3.2. Enfoques Transversales.....	30
A. Equidad y derechos de la salud.....	30
B. Equidad y género.....	31
C. Interculturalidad.....	32
3.3.3. Estrategias de Promoción de la Salud.....	34
A. Abogacía y Políticas Públicas.....	34
B. Comunicación y Educación para la salud.....	34
C. Participación comunitaria y empoderamiento.....	35
D. Intersectorialidad.....	35
3.3.4. Programas de Intervención en Promoción de la Salud.....	36
A. Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas.....	36
B. Programa de Familia y viviendas saludables.....	36
C. Programa de Promoción de Municipios y Comunidades saludables.....	37
D. Programa de centros laboral saludable.....	38
3.4. Machismo .....	38
A. Dominio masculino.....	40

<b>B.</b> Superioridad masculina.....	41
<b>C.</b> Dirección del hogar.....	41
<b>D.</b> Socialización del rol sexual masculino y femenino.....	42
<b>E.</b> Control de la sexualidad ejercida por los varones.....	44
3.5. Actitudes.....	44
A. Componente cognitivo.....	45
B. Componente afectivo.....	45
C. Componente conductual.....	45
3.6. La mujer y el machismo .....	46
3.7. Antecedentes investigativos.....	47
3.7.1. Antecedentes Internacionales.....	47
3.7.2. Antecedentes Nacionales.....	48
3.7.3. Antecedentes Locales.....	50
4. Hipótesis.....	50
<b>II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>51</b>
1. Técnicas e instrumentos.....	51
1.1. Técnicas.....	51
1.2. Instrumentos.....	51
2. Campo de verificación.....	54
2.1. Ámbito geográfico.....	54
2.2. Unidades de estudio.....	54
2.3. Ubicación temporal.....	55
3. Estrategias de Recolección de datos.....	55
3.1. Organización.....	55

3.2. Recursos.....	56
3.3. Cronograma de trabajo.....	56

## **CAPÍTULO II**

### **PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

1. Proceso de Recolección de Datos.....	57
2. Análisis y Presentación de Resultados.....	58
3. Diagnóstico Social.....	71
4. Selección y análisis del Problema objeto de intervención.....	78

## **CAPÍTULO III**

### **PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA**

I. Proyecto N° 01: Fortaleciendo la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida.....	81
1. Fundamentación.....	81
2. Objetivos.....	82
3. Estrategias.....	82
4. Metas.....	82
5. Programa de actividades.....	83
6. Recursos.....	84



7.	Responsables.....	85
8.	Cronograma.....	85
II.	Proyecto N° 02: Fortaleciendo la Socialización del rol sexual masculino y femenino.....	86
1.	Fundamentación.....	86
2.	Objetivos.....	86
3.	Estrategias.....	87
4.	Metas.....	87
5.	Programa de actividades.....	88
6.	Recursos.....	89
7.	Responsables.....	90
8.	Cronograma.....	90

**CONCLUSIONES**

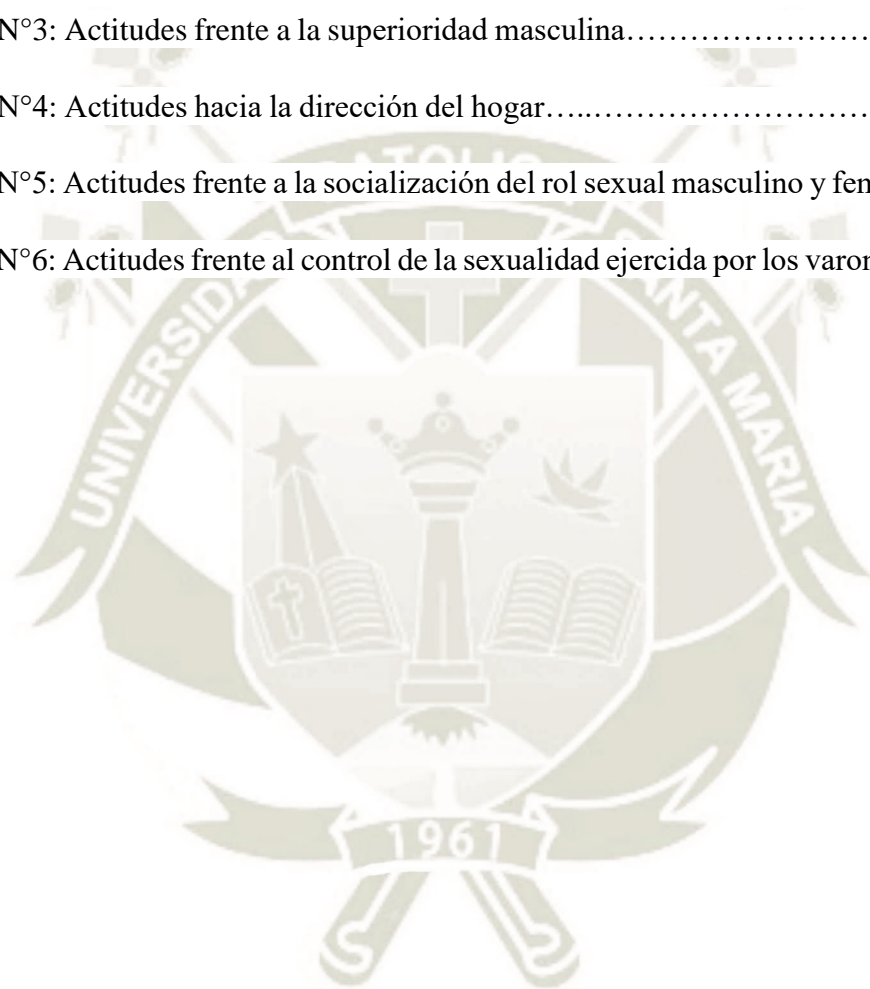
**RECOMENDACIONES**

**REFERENCIAS**

**ANEXOS**

## INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Características generales según sexo.....	59
Tabla N°2: Actitudes hacia el dominio masculino.....	61
Tabla N°3: Actitudes frente a la superioridad masculina.....	63
Tabla N°4: Actitudes hacia la dirección del hogar.....	65
Tabla N°5: Actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino.....	67
Tabla N°6: Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.....	69



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo comparar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios de los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019. Se presentó como variable única actitudes hacia el machismo; cuyos indicadores son: actitudes hacia el dominio masculino, actitudes frente a la superioridad masculina, actitudes hacia la dirección del hogar, actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino y las actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.

La investigación pertenece al enfoque cuantitativo, diseño no experimental y transversal, nivel descriptivo – comparativo; y según el tipo de investigación es de campo. La hipótesis planteada fue: es probable que los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata establezcan semejanzas en manifestar actitudes de rechazo hacia el machismo, por ser líderes que promueven comportamientos y estilos de vida saludables en su comunidad.

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento una escala de actitudes para evaluar las actitudes hacia el machismo que está constituida por 59 ítems. Como *resultado*, se demostró que existen similitudes y diferencias respecto a los resultados encontrados en los 4 establecimientos de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata. Semejanzas, porque los ACS de los 4 establecimientos coinciden en tres indicadores que son: actitudes hacia el dominio masculino, actitudes frente superioridad masculina y actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones ubicándose en el grado N°4 y 5 e interpretándose de manera positiva al manifestar una tendencia y rechazo definitivo al machismo respecto a los indicadores mencionados. Por otro lado, también los ACS de los 4 establecimientos, han concordado respecto a dos indicadores que son: actitudes hacia la dirección del hogar y actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; pero ubicándose en el grado N°3, manifestando que existe actitudes ambivalentes hacia el machismo; ya que algunas veces los ACS puede actuar rechazando al machismo y otras aceptándolo. Por otra parte, existe diferencias en cuanto a los resultados de los 4 establecimientos de salud porque los ACS no han rechazado los cinco indicadores; sino, solo tres de ellos. Por lo que concluimos, que la hipótesis ha sido comprobada parcialmente al no haber rechazado los 5 indicadores.

**Palabras Clave:** Promoción de la salud, Trabajo Social, machismo, equidad y derechos en salud, agentes comunitarios de salud.

## SUMMARY

The present research work aims to compare the attitudes towards machismo in the community agents of the health establishments that belong to the Micro Network Expansion Paucarpata, Arequipa, 2019. Attitudes towards machismo were presented as the only variable; whose indicators are: attitudes towards male dominance, attitudes towards male superiority, attitudes towards household management, attitudes towards the socialization of the male and female sexual role and attitudes towards the control of sexuality exercised by men.

The research belongs to the quantitative approach, non-experimental and cross-sectional design, descriptive-comparative level; and according to the type of research it is in the field. The hypothesis was: it is probable that the community agents of the four health establishments that belong to the Micro Network Expansion Paucarpata establish similarities in expressing attitudes of rejection towards machismo, as they are leaders who promote healthy behaviors and lifestyles in their community .

The survey technique was used and an attitudes scale was used as an instrument to evaluate attitudes towards machismo, which is made up of 59 items. As a result, it was demonstrated that there are similarities and differences with respect to the results found in the 4 health establishments of the Micro Network Ampliación Paucarpata. Similarities, because the ACS of the 4 establishments coincide in three indicators that are: attitudes towards masculine dominance, attitudes towards masculine superiority and attitudes towards the control of sexuality exercised by men, being located in grade N ° 4 and 5 and interpreted as positive way by showing a tendency and definitive rejection of machismo with respect to the aforementioned indicators. On the other hand, the CHWs of the 4 establishments have also agreed on two indicators which are: attitudes towards the direction of the home and attitudes towards the socialization of the male and female sexual role; but being placed in grade N ° 3, stating that there are ambivalent attitudes towards machismo; since sometimes the ACS can act rejecting machismo and others accepting it. On the other hand, there are differences regarding the results of the 4 health establishments because the ACS have not rejected the five indicators; if not, only three of them. Therefore, we conclude that the hypothesis has been partially verified by not rejecting the 5 indicators.

**Keywords:** Health promotion, Social Work, machismo, equity and rights in health, community health agents.

## INTRODUCCIÓN

La masculinidad hegemónica o machismo en los tiempos modernidad, continúa siendo uno de los determinantes sociales en la salud pública; a pesar de la inexistencia de un sistema político patriarcal, las mujeres continúan siendo abusadas o violentadas por los hombres. Según el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables que registró en el 2019; 166 casos de feminicidios. Por otro lado, en ese mismo año el MIMP mencionó que las regiones de Lima, Arequipa, Cusco, Áncash y Junín reportaron los casos más altos de violencia y los que más destacaron fue la psicológica, el tipo de agresión más común representado con 90, 235 mujeres violentadas, seguido de la violencia física constituido por 72,585 casos, afirmando que Arequipa es la segunda ciudad con mayores casos después de Lima. De acuerdo a lo mencionado, la mujer es vista como un objeto de estudio vulnerable, ajena a la transmisión de patrones culturales de los hijos varones; constituyendo todo lo contrario porque son ellas las que educan a los hijos; mientras, que el varón es visto como un sujeto que ejerce violencia por su propia naturaleza; sin embargo, resaltamos que el hombre no nace; sino, que las condiciones sociales en la que ha vivido lo convierte en victimario y víctima de su propia calidad de vida.

Desde el Trabajo Social, el análisis del machismo constituye de gran importancia para poder promocionar la salud de las personas y sean ellas/ellos mismos(as) los que puedan tomar control de su propia salud; y para lograrlo, deben contar con estilos de vida saludable sin prejuicios hegemónicos de masculinidad. En otras palabras, las decisiones saludables pueden ser desarrolladas sí existe un empoderamiento de actitudes y comportamientos sin estereotipos machistas entre ambos sexos.

Para nuestra investigación, los agentes comunitarios son aliados estratégicos de la trabajadora social para promocionar la salud de las personas; es por esta razón, que deben contar con condiciones de salud mental favorables para que puedan hacer frente a patrones culturales machistas; y de la misma manera, cumplir con lo que demanda la Ley N° 30825 de fortalecer la labor de los ACS.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, surge el acercamiento al problema investigativo por estudiar la presente población que cumple un rol importante en su hogar y en la comunidad. El propósito de nuestra pesquisa, es comparar las actitudes hacia el machismo

en agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata.

Los líderes comunales son personas que predicán con el ejemplo para orientar a su comunidad sobre la resolución de problemas relacionados a mejorar su salud a través de estilos de vida y comportamientos saludables. Por esta razón, resulta imprescindible realizar tal estudio, específicamente desde la labor de la trabajadora social como responsable de los programas de Promoción de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata, siendo los “agentes comunitarios”; uno de los aliados estratégicos para promover prácticas saludables de convivencia desde la familia y la comunidad. La finalidad de la investigación busca, aportar en el rol de la trabajadora social y calidad de vida de los ACS. La Hipótesis que servirá de orientación a la investigación, se sustenta en que es probable que los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata establezcan semejanzas en manifestar actitudes de rechazo hacia el Machismo, por ser líderes que promueven comportamientos y estilos de vida saludables en su comunidad.

Esta investigación está estructurada en tres capítulos: El capítulo I, presenta el diseño del proyecto de investigación que considera el planteamiento teórico y el planteamiento operacional que sustenta la estrategia metodológica para alcanzar los objetivos de la investigación.

Por otro lado, el capítulo II reporta la presentación y discusión de resultados, que considera el proceso de recopilación de datos, análisis y presentación de resultados, el diagnóstico social y la selección y análisis del problema objeto de intervención.

En el capítulo III se establece la Propuesta de Trabajo Social como alternativa de solución para la problemática investigativa.

Finalmente, establecemos las conclusiones, las recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I: DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. Tema o Problema de Investigación

##### 1.1. Enunciado del problema

Actitudes hacia el machismo en Agentes Comunitarios de los Establecimientos Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019

##### 1.2. Descripción del problema

La problemática del machismo tiene implicancias en la salud pública que requiere de atención del estado peruano y de los diferentes actores sociales que representan la sociedad. Las OMS establece en el 2017, que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por su pareja en algún momento de su vida, que constituye un (35%). Asimismo, en nuestro país los feminicidios han ido en aumento, el 2018 con 149 y el 2019 con 166 casos. De la misma manera, varios estudios han demostrado que existe una relación entre el machismo y la violencia (Oblitas, 2009 & Ramos, 2016), sin dar lugar a que sea un fenómeno exclusivamente unidireccional (Moral & López, 2012). De acuerdo a lo mencionado podemos decir, que el machismo no solo está presente en los hombres; sino también, en las mujeres que se encargan de transmitirlo a través de la educación de sus hijos/as.

A pesar de vivir nuevos tiempos donde el patriarcado ha sido suprimido en los sistemas estructurales de la sociedad peruana, este problema continua aún vigente; por tal motivo intentaremos precisar las principales causas que pueden estar sustentadas por los siguientes criterios: patrones culturales machistas, limitada cultura preventiva de comportamientos y estilos de vida saludables, limitado conocimiento de las consecuencias del machismo por parte de los padres de familia, consentimiento de la mujer, adoctrinamiento como instrumento de dominio, imagen estereotipada de la mujer como instrumento de publicidad. Asimismo éstos condicionantes, repercuten como consecuencias en los siguientes aspectos: prácticas culturales machistas, crianza de los hijos(as) con conductas machistas, limitada cantidad de proyectos sociales para prevenir el machismo desde la familia, sometimiento de la mujer, ideología de género y violencia.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, podemos precisar que el machismo denominado también masculinidad hegemónica constituye un problema *bastante complejo y multifactorial*; por lo que intentaremos abordar el machismo como un determinante social que puede repercutir en la salud de las personas; y en nuestra investigación, la de los agentes comunitarios que son aliados estratégicos de la Micro Red Ampliación Paucarpata. Es así, que compararemos las actitudes de los ACS hacia el machismo para poder promocionar la salud desde el Trabajo social sanitario; es decir en el ámbito sanitario. Asimismo, la identificación de actitudes de aceptación o rechazo hacia el machismo de los líderes comunitarios que representan a los cuatro establecimientos de salud, nos servirá de línea base para conocer sobre qué criterios considerar para abordar proyectos sociales relacionados a promocionar comportamientos saludables sin prejuicios machistas.

### 1.3. Área del conocimiento

- a. Campo: Ciencias Sociales
- b. Área: Trabajo Social (Trabajo Social Sanitario)
- c. Línea: Machismo desde la Promoción de la salud

### 1.4. Análisis de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<b>Actitudes hacia el Machismo</b> “es una vertiente del sexismo o prejuicio sexual que se expresa, por lo regular, de manera inconsciente en la mayoría de las sociedades humanas. Este sistema de creencias o ideología clasifica por grados de superioridad e inferioridad a los seres humanos según el grado en que actúan; esta clasificación se hace de acuerdo a las expectativas supuestamente «esenciales», «naturales» o	<b>Actitudes hacia el dominio masculino.</b> Según Bustamante (2000), este indicador “Mide las actitudes frente al dominio masculino ejercida por el hombre sobre las mujeres en el hogar, en el trabajo y en la sociedad” (Citado en: Chuco 2019, p. 55)	– Definitiva aceptación al machismo hacia el Dominio masculino – Tendencia a la aceptación del machismo hacia el Dominio masculino – Ambivalencia al machismo hacia el Dominio masculino – Tendencia al rechazo del machismo hacia el Dominio masculino – Definitivo rechazo al machismo hacia el Dominio masculino
	<b>Actitudes frente a la superioridad masculina.</b> Según Bustamante (2000), este indicador “Mide las actitudes frente a la superioridad masculina en el aspecto intelectual, afectivo y laboral” (Citado en: Chuco 2019, p. 55)	– Definitiva aceptación al machismo frente a la superioridad masculina. – Tendencia a la aceptación del machismo frente a la Superioridad masculina – Ambivalencia al machismo frente a la Superioridad masculina – Tendencia al rechazo del machismo frente a la superioridad masculina – Definitivo rechazo al machismo frente a la superioridad masculina



<p>«biológicas» de lo que representa ser un «verdadero hombre» o una «verdadera mujer» (Mardones, 2008 citado en Daros, 2014, p.124).</p>	<p><b>Actitudes hacia la dirección del hogar.</b> Según Bustamante (2000), este indicador “Miden las actitudes frente a la dirección del hogar, ejercida por el varón (jefe de familia) y Aspectos relacionados con la economía, educación y bienestar del hogar” (Citado en: Chuco 2019, p. 55)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación del machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Tendencia a la aceptación del machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Ambivalencia al machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Definitivo rechazo al Machismo hacia la dirección del hogar</li> </ul>
	<p><b>Actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</b> Según Bustamante (2000), este indicador “Miden las actitudes frente a las pautas que se va enseñando al niño de acuerdo a su sexo” (Citado en: Chuco 2019, p. 55)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación del machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Tendencia a la aceptación del machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Ambivalencia al machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Definitivo rechazo al machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> </ul>
	<p><b>Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</b> Según Bustamante (2000), este indicador “Miden las actitudes frente al control de la sexualidad y la fecundidad ejercida por los varones” (Citado en: Chuco 2019, p. 55)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación del machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Tendencia a la aceptación al machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Ambivalencia al machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Definitivo rechazo al machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> </ul>

**Variable interviniente:** Aspectos sociodemográficos

Variable	Indicadores
Aspectos Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Nivel Educativo</li> <li>• Lugar de Nacimiento</li> <li>• Estado Civil</li> <li>• Número de Hijos</li> <li>• Años de Labor como Agente Comunitario</li> <li>• Tipo de Vivienda</li> <li>• Miembro del hogar que aporta más ingresos</li> <li>• Tipo de Seguro</li> <li>• Ingresos Familiares</li> <li>• Servicios Básicos</li> <li>• Medio de Transporte</li> </ul>

**1.5. Justificación del problema**

Es de **relevancia científica**, por el aporte cognitivo de permitirnos determinar si los agentes comunitarios de salud desarrollan actitudes machistas en los estilos de vida que desarrollan.

Es de **relevancia contemporánea**, porque el machismo es una problemática de actualidad en el ámbito local, nacional, latinoamericano y mundial. Asimismo, es un problema de interés político y cultural que no distingue sexo.

Es de **interés profesional**, porque contribuirá en el rol de la trabajadora social de los establecimientos de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata para que puedan tomar decisiones respecto a los proyectos y temas que se puedan abordar mediante campañas, charlas, entre otros.

**Relevancia social**, Porque beneficiará a la población objeto de estudio; mediante acciones de prevención y promoción de la salud; así también, de los miembros de la familia que viven con el ACS y de la propia comunidad a la cual representa.

Por otro lado, los resultados del presente estudio, servirán como base científica para otras investigaciones posteriores a nivel de pregrado y posgrado.

Después de haber realizado una búsqueda explorativa, nos permite afirmar que es un estudio **original**, porque no se ha encontrado ninguna investigación o estudio relacionado a las actitudes que tienen los promotores comunitarios de salud respecto al machismo; siendo, además, una población poco estudiada.

## **1.6. Interrogantes**

### **1.6.1. Interrogante general**

- ¿Qué semejanzas y diferencias presentan los agentes comunitarios de los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata respecto a las actitudes hacia el machismo?

### **1.6.2. Interrogantes específicas**

- ✓ ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Ampliación Paucarpata?
- ✓ ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Nueva Alborada?
- ✓ ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Campo Marte?
- ✓ ¿Cuáles son las Actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento Salud Manuel Prado?

## **2. Objetivos de la Investigación**

### **2.1. Objetivo general**

- Comparar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios de los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019.

## 2.2. Objetivos específicos

- Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Ampliación Paucarpata.
- Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Nueva Alborada.
- Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Campo Marte.
- Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Manuel Prado.

## 3. Marco teórico

### 3.1. Definición del agente comunitario de salud (ACS)

Es un sujeto predilecto que ejerce representatividad en su comunidad y efectúan actividades voluntarias de promoción de salud y de prevención de enfermedades, en organización con el personal sanitario de instituciones locales y regionales; para articular su actuación entre la comunidad y las autoridades (Ministerio de la Salud, 2014).

De acuerdo a lo mencionado, los promotores de salud son líderes comunitarios que pueden ser mujeres y varones escogidos e identificados por su propia comunidad. Ellos son la imagen representativa de la comunidad y frente a los diferentes actores sociales, es un agente que contribuye al cambio social, interviniendo como un miembro del establecimiento de salud y todas sus acciones son articuladas desde la jurisdicción a la que pertenece. Además son mediadores, modelos de vida que predicán con el ejemplo. Las acciones que realiza son voluntarias y contribuyen en la identificación y seguimiento de los grupos de riesgo promueven comportamientos y estilos de vida saludables.

#### 3.1.1. Reseña histórica (ACS)

Los agentes comunitarios de salud, se remontan aproximadamente desde 1933 con el médico y símbolo de la medicina peruana Núñez Butrón, Manuel que creó un movimiento social llamado Rijcharismo; y a sus miembros se les llamaba Rijcharys que traducido al

español significa “despierta”, ellos no eran personal sanitario que curaban, sino eran aquellos que prevenían enfermedades y fue creada desde la intervención de la comunidad nativa autoctona; de tal manera que exista una combinación entre la medicina tradicional y occidental, facilitando de esta manera la comprensión de la intervención médica. De esta manera se reunieron curanderos, adventistas y exsoldados para ampliar de esta manera el discurso sanitario enseñándoles a vacunar, colocar inyectables, entre otros con la finalidad de introducirse la concientización de los indígenas (Salinas, 2014).

De acuerdo a lo anterior, los primeros aportes e intervenciones de los agentes sanitarios de salud fueron gracias a esta figura emblemática que promovió desde ese entonces el desarrollo de estilos de vida saludables y prácticas educativas que contribuyen a la calidad de vida de la comunidad. Al observar los resultados a través de los años, hasta la actualidad nos permite afirmar que la intervención ha favorecido y ayudado al Ministerio de Salud, para cumplir con sus propósitos.

Con la Conferencia de Alma Ata (1978), la relevancia de la participación de la comunidad a través de los programas de salud se formaliza el rol protagónico de los ACS, a pesar de la baja asistencia técnica en las decisiones de la comunidad que no contribuían precisamente a impulsar el proceso de empoderamiento comunitario; sin embargo, fue uno los logros significativos que dio lugar a su protagonismo (MINSAL, 2006).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, los ACS fueron los que aportaron en trabajar el concepto de salud desde una perspectiva holística, que no solo involucra la salud física; sino también, la salud mental y social. *El factor clave para tener éxito, se basó en promover acciones y cambios culturales; pero, fue la participación activa de la propia comunidad, que colaboraron y tomaron control sobre los determinantes sociales en influyeron en su salud; lo que demuestra que el trabajo e intervención de la propia comunidad es relevante; porque constituye una estrategia para promocionar estilos de vida saludables. Conforme a tal mérito, su labor ha sido reconocida; pero no es suficiente, porque requiere de mayor reconocimiento e intervención por el aporte que realizan.*

### 3.1.2. Perfil del ACS

La Organización Panamericana de salud en el 2010 establece lo siguiente:

**Tabla 1:** Perfil del agente comunitario de salud

<b>Organización Panamericana de Salud - 2010</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vive en la comunidad.</li> <li>• Es elegido o reconocido por la comunidad.</li> <li>• Su trabajo es voluntario.</li> <li>• Tiene vocación de servicio.</li> <li>• Tiene deseos de aprender, compartir y aplica lo aprendido.</li> <li>• Enseña con el ejemplo (practica lo que promueve).</li> <li>• Respeta la cultura y tradiciones de su comunidad.</li> <li>• De preferencia sabe leer y escribir.</li> <li>• Mantiene y promueve buenas relaciones interpersonales.</li> </ul>

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el perfil del líder comunitario de salud requiere de condiciones básicas para ejercer su papel; sin embargo, cabe resaltar que las capacitaciones adquieren un valor fundamental; para que puedan hacer frente al rol que desempeñan. Las características o cualidades personales del facilitador, están referidas a la enseñanza, de compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas a través de actividades preventivas y empoderamiento sobre su propio bienestar social.

El perfil del ACS, requiere de condiciones básicas para que se desenvuelva como promotor de salud y la primera a considerar es la vocación de servicio, que enseñe con el ejemplo y que esté dispuesto a capacitarse constantemente para adquirir las competencias necesarias.

La preparación es promovida y/o gestionada por los establecimientos de salud. Entonces reafirmamos, que los promotores de salud son primeramente instruidos para poder ejercer previamente sus funciones. Por tal motivo, resulta relevante en nuestra investigación, conocer si existe estereotipos machistas en los ACS para que puedan ser capacitados.

### 3.1.3. Norma de Competencia del ACS

**Tabla 2: Propósito y funciones del Agente Comunitario**

<p><b>PROPÓSITO PRINCIPAL</b></p>	<p>Promover el cuidado de la salud de las familias y comunidad, organizando, orientando, informando, realizando seguimiento y articulando las actividades de salud de los establecimientos de salud, con las autoridades públicos y privados y líderes comunitarios en el ámbito de acción, en el marco de la política de salud nacional del Ministerio de Salud</p>		
<p><b>FUNCIONES CLAVES</b></p>		<p><b>FUNCIONES BÁSICAS CLAVE</b></p>	<p><b>SUB FUNCIONES / TAREAS / REALIZACIONES</b></p>
	<p>Promover vida saludable.</p>	<p>UC 1: Promover estilos de vida saludables e identificar factores que afectan la salud de las familias y la comunidad, según las normas estandarizadas por el Ministerio de Salud.</p>	<p>R1: Orientar y educar a las familias, autoridades y líderes comunales y actores locales sobre estilos de vida saludable y cuidado de la salud de acuerdo a las normas de vida saludable del Ministerio de Salud.</p> <p>R2: Identificar las necesidades y riesgos a la salud de las familias y comunidad donde interviene, según las normas estandarizadas por el Ministerio de Salud.</p>
	<p>Promover acciones participativas y articuladas.</p>	<p>UC2: Promover acciones participativas y articuladas con las familias, autoridades y líderes comunales y actores locales para contribuir al mejoramiento de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>R1: Realizar la vigilancia comunitaria para promover la salud y prevenir enfermedades en la comunidad en forma participativa, de acuerdo a las normas estandarizadas por el Ministerio de Salud.</p> <p>R2: Informar a los líderes y autoridades de la comunidad, así como a las instituciones públicas o</p>

		<p>privadas, los resultados de la vigilancia y las necesidades de intervención.</p>
		<p>R3: Realizar seguimiento a la atención de necesidades y /o casos de salud derivados al establecimiento de salud o instituciones públicas, para atención inmediata, en la comunidad donde interviene de acuerdo a los protocolos establecidos por los establecimientos de salud.</p>

**Fuente: SINEACE. Norma de competencia “Agente Comunitario de Salud”.**

La dirección y evaluación y certificación de Educación Básica y Técnico productivo, respaldó la aprobación del documento técnico denominado “Norma de Competencia del agente comunitario de salud”, que cumple con la validación de expertos en el tema; que en ejercicio de las facultades otorgadas al consejo Directivo Ad Hoc del SINEACE, en sesión de fecha 16 de febrero del 2017 y mediante acuerdo N°042-2017-CDAH, aprobó el documento de conformidad con la Ley N°27840.

Por lo expuesto anteriormente, SINEACE es un organismo adscrito al Ministerio de Educación, que no solo se encarga de acreditar a las instituciones para que brinden servicios educativos de calidad. Sino también, acredita las actividades sanitarias que ejercen los líderes comunitarios; es así, que a través de la norma de competencia se le otorga certificación de los saberes, conocimientos ancestrales y competencias para el fortalecimiento de las funciones esenciales que ejerce para promover una vida saludable y acciones participativas articuladas en el marco de la política de salud.



### 3.1.4. Nivel de capacitación

Para que el ACS desempeñe diversos roles, deben ser acreditados según los siguientes niveles:

#### **A. Nivel Básico: Educador Sanitario**

Es el Primer nivel y es reconocido al terminar su capacitación inicial; aquí el ACS se desenvuelve en actividades de promoción de comportamientos saludables; para esto, requiere de conocimientos de primeros auxilios para identificar riesgos y referirlos a los establecimientos de salud, su atención es primeramente focalizada en la salud materno perinatal y desnutrición infantil para después abordar necesidades sanitarias y etapas de vida de naturaleza preventiva. El escenario comunitario y familiar en el que ejerce participación son con grupos de personas o de persona a persona (vaso de leche, comedores, instituciones educativas, entre otros). También, podrá apoyar en campañas de salud médica; en centros de vigilancia comunitaria, epidemiológica y nutricional realizando sesiones demostrativas, educativas, visitas domiciliarias, y orientación a la población (MINSA, 2014).

#### **B. Nivel Intermedio: Rol de Supervisor – Capacitador**

Para asumir el segundo nivel, el ACS será recalificado y ratificado nuevamente por la comunidad, el establecimiento de salud y del propio ACS para comprometerse a ejercer funciones adicionales; por lo que en este nivel cuenta con experiencia, seguridad en sí mismo y mayor conocimiento sobre su comunidad. Ellos adquieren conocimientos técnicos y organizativos; asumiendo el rol de autoridad sanitaria para abordar la responsabilidad de capacitar, supervisar y coordinar con otros ACS. También establece estrategias de intervención (MINSA, 2014).

#### **C. Nivel Avanzado: Rol de Gestor Comunal**

Al igual que el segundo nivel, requiere también ser ratificado para su intervención y se extiende a gestionar el desarrollo del bienestar comunal, ejerciendo habilidades para relacionarse con otros actores sociales estratégicos, que tomen decisiones en la gestión de los determinantes sociales como son: las autoridades de gobiernos regionales, provinciales y locales; así también, los representantes de organizaciones de la sociedad civil y de empresas y de otros directivos; buscando en todo momento, mejorar las condiciones favorables para la salud de las personas (MINSA, 2014).

De acuerdo a los niveles mencionados del rol del ACS, depende de las capacidades y disponibilidad para ejercer otro nivel y del reconocimiento formal del SINEACE y que sea reconocido y/o acreditado en su intervención. Los roles de supervisor - capacitador y el de gestor comunal, no son obligatorios. El ACS, decidirá si asciende de un nivel a otro; por tal motivo, es recomendable incentivar su participación para que pueda capacitarse y ubicarse en un nivel más alto, siendo completamente beneficioso para la comunidad y sociedad.

### **3.1.5. Modalidades de Capacitación del ACS**

El MINSA (2009), en el establece dos modalidades que son:

#### **A. Capacitación Básica Inicial**

A partir de ésta capacitación el promotor de salud es reconocido formalmente, es la calificación para que puedan desempeñarse como educadores sanitarios en el campo individual, familiar, comunal y en los entornos comunitarios.

#### **B. Capacitación continua**

Es el proceso permanente de actualización que les permite hacer frente otros desafíos y necesidades en atención de la salud con relación a las prioridades nacionales, regionales y locales; demandas de la comunidad. Es importante porque les permite asumir otros roles de supervisor- capacitador y de gestor comunal, que son niveles opcionales a acceder.

## **3.2. Trabajo Social**

### **3.2.1. Definición**

La Reunión General de la IFSW y la Asamblea General de la IASSW en el 2014 establece como definición mundial de la profesión de Trabajo social que *“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas [...]”* (Federación Internacional de Trabajo Social, 2019, s/p)

Parafraseando, podemos mencionar que es una carrera profesional con intervención profesional que busca impulsar el cambio y bienestar social de las personas y para lograrlo

promueve la inclusión de la población más vulnerables, los empodera para que contribuya con su calidad de vida. Esta definición, resulta relevante para nuestra investigación, porque nos permite respaldar nuestra función profesional que consiste en mejorar la calidad de vida de los ACS; liberándolo de toda manipulación o sometimiento que le impida alcanzar su propio bienestar social.

En el artículo N° 2 de la Ley N° 30112, menciona que el rol del trabajador social como profesión, significa tener un extenso conocimiento de los procesos de cómo llevan un determinado tipo de vida las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para que pueda intervenir e influir en la calidad de vida, en el desarrollo humano; así como promover el empoderamiento y ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos (Congreso de la República, 2013). Parafraseando, podemos reafirmar la importancia que este líder sea reconocido por la propia comunidad, es un miembro más, un vecino que percibe con ellos los problemas, las necesidades de aqueja a la colectividad; constituyendo de esta manera pieza clave para prevenir enfermedades o promocionar la salud de las personas.

### **3.2.2. Definición de Trabajo Social Sanitario**

El trabajo social en salud, es una especialidad que se desarrolla dentro del sistema de salud en atención primaria, salud social y en atención especializada. La intervención, se realiza según las necesidades diagnósticas del usuario y no sólo de las necesidades expresadas. Los trabajadores sociales en esta área, promueven en primer lugar los recursos internos de las personas para transformar situaciones y superar circunstancias adversas relacionadas con la presencia de enfermedades agudas o crónicas tratadas en el sistema de salud; por lo que está sujeto al factor humano y su acción siempre involucra activamente a las personas afectadas. El gran desafío es lograr el bienestar de las personas, no como un lema, sino como algo tangible que se experimenta cuando requieren atención. Ejerce también, un carácter polivalente como promotor del bienestar psicosocial entre las personas enfermas y la familia (Colom, 2010).

Es importante mencionar que el el Trabajo Social tiene como ámbito de intervención en el sector salud y las acciones que realizan, constituye una pieza clave para que las personas puedan alcanzar una salud plena; es decir, que además de física, psicológica debe también

ser social y espiritual, que no solamente se refiera a la ausencia de enfermedades vista desde una naturaleza objetiva; sino también subjetiva para que pueda alcanzar un estado completo de bienestar “el paciente y su familia”.

### **3.3. Promoción de la Salud**

#### **3.3.1. Definición**

La Promoción de la salud es definida como “*el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud*” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, s/p)

Promocionar la salud, consiste en impulsar que la población asuma una cultura de salud con estilos de vida saludables, es generar mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten el control y la mejoramiento de la salud de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La Promoción de salud va más allá de la atención sanitaria y la Educación; y es también modificar los determinantes de la salud individual y del entorno. Los determinantes individuales se refiere a los factores intrínsecos y los determinantes del entorno, se refiere al contexto en el cual se desenvuelve y que engloban las circunstancias sociales, políticas, económicas, organizativas, estructurales normativas que influyen directa o indirectamente en la salud (Díeza; Juárez & Villamarín, 2005).

Los tres componentes importantes de la Promoción de la salud son: Primero, un buen gobierno de salud con políticas que hagan de ella un aspecto central teniendo en cuenta las implicaciones que enfermen o lesionen a las personas. En segundo lugar, la educación sanitaria de las personas; para que adquieran conocimientos sobre los determinantes de salud que les permita tomar decisiones saludables para su vida; y, en tercer lugar, se refiere a las ciudades saludables, con líderes municipales comprometidos que planifiquen y prevengan en las comunidades, un mundo más saludable (OMS, 2016).

La promoción de la salud interactúa multidisciplinariamente para que pueda producir bienes sociales e intervenir dentro de un marco teórico y práctico [...] (Bunton & Mac Donald, 1992 citado en Restrepo & Málaga, 2001). Desde esta perspectiva, la promoción de la salud debe ser vista como algo holístico que integra los aportes de un conjunto de disciplinas que hacen

posible contribuir con el estado de bienestar biopsicosocial; y desde el trabajo social, se identifica e interviene en los factores sociales que afectan las condiciones de salud de las personas, familias, y comunidades a través de todo un proceso metodológico destinado a propiciar en la población usuaria la participación en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud basadas en las necesidades.

Para resumir, este apartado la intervención desde la promoción de la salud es una inversión a mediano y largo plazo que permitirá mayores beneficios y evitará mayores costos económicos, sociales y de salud, permitiendo de esta manera mejor calidad de vida de las personas.

**Tabla 3: Modelo de Abordaje de Promoción de la salud**

**Matriz: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud**

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN				ESCENARIOS (Entornos saludables)	EJES TEMÁTICOS (Comportamientos Saludables)
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	FAMILIA		ETAPAS DE VIDA		VIVIENDA	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	COMUNIDAD		NIÑO	ADOLESCENTE	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	HIGIENE Y AMBIENTE
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EMPODERAMIENTO SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD						ADULTO
EQUIDAD DE GÉNERO						MUNICIPIOS	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
INTERCULTURALIDAD						CENTRO LABORAL	HABILIDADES PARA LA VIDA
							SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO
							PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

Fuente: Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud. MINSA. (2006)

### 3.3.2. Enfoques Transversales

#### A. Equidad y derechos en salud

La salud como derecho, responde a la atención oportuna y apropiada. La distribución inadecuada de los recursos, imposibilita garantizar el bienestar social de las personas. La promoción de la salud, identifica los indicadores que propicien desigualdades, teniendo en cuenta los determinantes que influyen en la salud como: acceso a agua potable y saneamiento adecuado, suministro adecuado de alimentos saludables, nutrición adecuada, vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguros y saludables, un ambiente saludable y acceso a educación e información sobre temas relacionados con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (MINSA, 2006).

De acuerdo a lo anterior, la salud es un derecho universal que garantiza la equidad de oportunidades de hombres y mujeres en situación de desventaja o desigualdad de acceso a diferentes recursos. En la presente investigación es relevante la equidad en la salud de las personas como derecho inalienable de ambos sexos; de ser empoderados frente a comportamientos saludables. El reconocimiento de las actitudes que puedan ser favorables y no favorables, permite la plena conciencia de sus acciones y de poder optar estilos de vida saludables.

La Organización Panamericana de Salud a través de su sitio web establece que *“La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”* (Organización Panamericana de Salud, s.f.)

Parafraseando podemos decir, que la equidad en salud indica que todas las personas deben tener acceso a la salud y que las condiciones sociales, económicas, demográficas; no son impedimento para alcanzarla; asimismo, las desigualdades suscitan inequidad en la salud de todas las personas.

Desde nuestra investigación, consideramos relevante promover la participación de los usuarios(as) a través del empoderamiento de conocimientos de los derechos que tienen con

respecto a la atención o servicio que reciben del sistema integral de salud - SIS. Asimismo, también es necesario la participación de las líneas de mando MINSA, DIRESA, MICROREDES DE SALUD, etc. en establecer otras propuestas para mejorar las políticas de salud y de esta manera beneficiar a la población más vulnerable. Entonces, podemos decir, que la desigualdad de derechos es un obstáculo para alcanzar la equidad de salud de la comunidad peruana; por eso creemos que es importante propiciar otros temas relacionados al presente tópico.

## **B. Equidad de Género**

La construcción social de roles de género repercute en lo que está consentido o impedido impactando en los conocimientos, comportamientos y actitudes en la protección de la salud. Las relaciones de poder de género, la valoración desigual de dominio y subordinación, las diferencias en el acceso y control de los recursos, etc.; en los ámbitos que se desenvuelve la mujer. Asimismo, los hombres llegan a ser víctimas de esta relación de poder; acudiendo rara vez en busca de consulta o ayuda médica por alguna enfermedad que pudiesen estar padeciendo por tener presente un conjunto de prejuicios que les hace creer que es un signo de debilidad y que no es compatible en su condición de macho (MINSA, 2006).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, para promover la equidad de género, es necesario suprimir diferencias de poder o autoritarismo entre el hombre y la mujer y para lograrlo es necesario el empoderamiento de los recursos humanos; para que ambos, manifiesten comportamientos saludables sin prejuicios machistas y de esta manera, les permita garantizar mejor calidad de vida. La equidad de género no busca que el hombre y la mujer sean iguales; sería iluso creer tal barbaridad ya que los estudios científicos demuestran las diferencia que cada uno presenta son peculiares por sus características físicas, anatómicas, psicológicas, etc. Es importante también, considerar que la salud no solo significa ausencia de enfermedad; sino también, es asumir una actitud gozosa ante la vida; Por lo tanto, promover la equidad de género, significa que debemos suscitar condiciones favorables a los menos favorecidos, involucrando a ambos géneros igualdad de condiciones para que puedan tomar decisiones saludables.

Por otro parte, los roles de género han sido asignados por una cultura machista que ha construido en la sociedad percepciones, costumbres, tradiciones, etc. que, a través de la historia, no solo victimiza a mujeres; sino también, a los hombres que lo padecen y ejercen. Algunos estudios demuestran que las mujeres nos hemos encargado de transmitirlo como parte de nuestras costumbres y creencias (Castañeda, 2007; Méndez, 2012 & Lamas, 2014).

Promocionar la salud desde la equidad de género, nos permite eliminar injusticias entre ambos géneros que se encuentran en situación de desventaja frente a otras familias o grupos sociales que manifiestan conductas saludables. Para alcanzar tal objetivo, el hombre y la mujer deben estar en igualdad de condiciones; que no involucre desventaja de lo que es mejor para su salud mental; y para esto, el empoderamiento de recursos humanos, respecto al desarrollo de actitudes asertivas y estilos de vida saludable permitirá impulsar mejor bienestar social de las personas. Para concluir, diremos que la equidad de género es un instrumento de política que cumple determinados objetivos o intereses; por lo que se requiere que estas políticas favorezcan el desarrollo humano con principios y valores desde el trabajo con familias, invitando a la sensibilización y reflexión de sus actitudes frente al machismo. Los agentes comunitarios de salud cumplen un rol importante en esta tarea, por lo que requieren eliminar todo sesgo conductual para que todo hombre y la mujer convivan en armonía y respeto mutuo.

### **C. Interculturalidad**

El presente enfoque, se basa en la protección de derechos de los grupos culturales y del respeto a considerar sus patrones culturales. Todos tenemos derechos y contamos con las mismas oportunidades al igual que cualquier ciudadano peruano de otra cultura. Para esto, el diálogo intercultural con respeto, solidaridad y consenso determina condiciones favorables. El conocer los aspectos culturales sobre sus estilos de vida a nivel individual y colectivo nos permite propiciar prácticas saludables que contribuyan a su bienestar social (MINSA, 2006).

Por lo expuesto, podemos afirmar que la interculturalidad también es un instrumento de política para promocionar una convivencia saludable entre sujetos con diferencias culturales; ya sea por clase social, etnia o raza, etc.; ella promueve estilos de vida saludables entre



culturas que tienen los mismos derechos y oportunidades frente a otras. La salud intercultural trasciende desde todas las culturas a favorecer la salud física, mental, social y espiritual. Por tal motivo es relevante que los agentes comunitarios de salud, sean del mismo contexto comunitario o que conozcan las características culturales del lugar para tener una cosmovisión cultural y pueda comprender y considerar las bondades de la propia cultura para fortalecer sus acciones de intervención.

**Tabla 4: Población Sujeto de Intervención**

<b>DIMENSIONES</b>	
<b>La Persona en sus diferentes Etapas de Vida</b>	<p>La persona manifiesta necesidades de salud que van más allá del enfoque biológico tradicional e incluyen problemas psicológicos, sociales, culturales y de relación con el medio ambiente y su entorno. Por lo tanto, las intervenciones en la población son más efectivas si se llevan a cabo teniendo en cuenta cada fase de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Etapa de Vida Niño: mujeres y varones (de 0 a 9 años)</li> <li>➤ Etapa de Vida Adolescente: mujeres y varones (de 10 a 19 años)</li> <li>➤ Etapa de Vida Adulto: mujeres y varones (de 20 a 59 años)</li> <li>➤ Etapa de Vida Adulto Mayor: mujeres y varones (de 60 a más años)</li> </ul>
<b>La Familia</b>	<p>Es la unidad social básica y el entorno en el que se basa la generación de conocimiento, comportamiento y hábitos en el sector de la salud. Las actividades de promoción enfatizan el papel de la familia como fundamental para crear autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y responsabilidad social, lo que a su vez aumenta la efectividad de sus intervenciones.</p>
<b>La Comunidad</b>	<p>La comunidad es un aliado fundamental para el desarrollo de medidas para promover la salud y el bienestar humanos. Con su participación, reflexión, colaboración y movilización, la comunidad favorece las intervenciones sostenibles que contribuyen al desarrollo local y logran resultados de salud promedio y final. Las estrategias y medidas de promoción de la salud basadas en la participación social e intersectorial interactúan continuamente con las redes sociales para promover la generación de políticas públicas saludables. Los miembros de la comunidad tienen aspectos comunes de las relaciones o dependencias de naturaleza social, cultural, económica, política y de desarrollo.</p>

**Fuente:** Adaptado del MINSA, 2006.

### **3.3.3. Estrategias de Promoción de la Salud**

#### **A. Abogacía y Políticas Públicas**

Es una estrategia puesta en la agenda política y es determinada por los niveles más altos, aplicada a los diferentes sectores y sirve para dar respuesta o soluciones y la finalidad consiste en influir en los determinantes de la salud para reducir las desigualdades sociales y económicas, tales como: el acceso equitativo a bienes y servicios, atención médica y condiciones de vida saludables para superar resistencias, prejuicios y controversias (MINSa, 2006).

De acuerdo a lo anterior, la estrategia de abogacía y políticas públicas es una responsabilidad de los actores estratégicos de salud para fortalecer los derechos y responsabilidades de las personas; así como la participación activa y consciente de su propio bienestar.

#### **B. Comunicación y Educación para la Salud**

La educación sanitaria es el ejercicio social específico de profesionales o sujetos que actúan en relación a la prevención y promoción de la salud de la persona, grupos o comunidades que desde las instituciones de salud y con valores éticos de justicia, equidad y solidaridad influyen en la autonomía y autodeterminación que, basados en el autoconocimiento, compromiso y toma de decisiones de los diversos aspectos de la salud, sean ellas mismas las que tomen decisiones sobre ella. Es importante que desde cotidianidad; el cuidado del cuerpo, la mente, la percepción de los colectivos producidos por la sociedad, entre otros. Por otro lado, la comunicación en salud, como mecanismo de intervención permite generar procesos de cambio, de influencia social para suscitar prácticas saludables referentes al cuidado de la salud que se verán reflejados en comportamientos saludables; es decir, el papel de la comunicación, juega un papel importante en la difusión del conocimiento, en el cambio de comportamientos, valores y normas sociales porque estimula procesos de cambio social que contribuyen a mejorar la calidad de vida. Es por ello, que tanto la educación como la comunicación son estrategias que permiten asegurar el propósito de las intervenciones educativo comunicacionales para desarrollar comportamientos saludables en los diferentes escenarios de intervención. Es importante, no solo considerar la educación y

comunicación para realizar intervenciones; sino también, en la formación de desarrollo de competencias de las personas o actores sanitarios que brindan educación sanitaria sobre metodologías de planeamiento estratégico de comunicación educativa y mercadeo social (MINSa, 2006).

Para nuestra investigación, es importante resaltar esta estrategia como mecanismo de comunicación educativa que promueve la salud de las personas; constituyéndose de esta manera una herramienta metodológica para diseñar, dirigir y ejecutar planes estratégicos concertados. La comunicación y la educación en nuestra investigación, permite la orientación de estilos de vida saludables para prevenir comportamientos no saludables ; así como el empoderamiento de actitudes y comportamientos saludables libre de machismo.

### **C. Participación Comunitaria y Empoderamiento Social**

La participación comunitaria, es una responsabilidad y un proceso mediante el cual las personas, las familias y la comunidad pueden autogestionar su propia salud y bienestar; por tal motivo, el empoderamiento del ciudadano, les permitirá tener conciencia de todos los factores que influye sobre su salud, incluido el de tener la facultad de elegir su propio destino; la autodeterminación, permite que cada persona elija su propio camino para alcanzar el bienestar personal y social y que el enfoque médico, no es suficiente para mejorar situaciones de salud que son muy complejas (MINSa, 2006).

De acuerdo a lo parafraseado, la participación resulta determinante para que las personas sean protagonistas de su propio bienestar; por ello, la participación ciudadana constituye un deber y responsabilidad ante los problemas de su comunidad.

### **D. Intersectorialidad**

La acción intersectorial como estrategia, permite unir fuerza entre diferentes sectores de alianzas, de relaciones de cooperación que como resultado contribuirá a la resolución de problemas. Tal integración de los diferentes ámbitos y actores que lo representan, elaboran un trabajo conjunto y articulado para alcanzar el desarrollo social (MINSa, 2006).

### **3.3.4. Programas de Intervención en Promoción de la Salud (PS)**

En el país la Promoción de la Salud, se operacionaliza y delimita mediante programas de intervención, facilitando de esta manera los procesos en sus diferentes ámbitos de acción, definidos por la Dirección General de Promoción de la Salud que a continuación, detallamos:

#### **A. Programa de Promoción de la salud en las Instituciones Educativas**

El programa de escuelas saludables, aporta en el desarrollo humano integral de los educandos y la comunidad educativa; mediante, el fortalecimiento de actividades de promoción de la salud en las instituciones educativas. Una escuela saludable es una institución educativa que promueve la mejora del bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa. Promueve valores y actitudes positivas hacia la salud integral en un entorno psicológico y social favorable, relaciones humanas constructivas y armoniosas, el respeto por la cultura local con ambiente físico seguro y con servicios e instalaciones adecuados. El contexto de intervención se realiza en las instituciones públicas y privadas; considerando las cuatro líneas básicas de acción como son: promover un comportamiento saludable; desarrollar un ambiente saludable; trabajo intersectorial y la implementación de políticas que promuevan la salud. Por lo tanto, es necesario incluir el enfoque de promoción de la salud en el proyecto de educación institucional y plan de estudios para trabajar con estudiantes y padres de familia (MINSA, 2016).

#### **B. Programa de Familias y Viviendas Saludables**

El programa promoverá la creación de familias saludables. El objetivo es ayudar a las familias a desarrollarse como una unidad social básica, adoptar comportamientos y crear un ambiente saludable en colaboración con la comunidad, la escuela y el lugar de trabajo. Por otro lado, promoverá acciones concertadas con otros sectores para mejorar la infraestructura de vivienda, saneamiento básico, higiene, mejorar cocinas, promover pequeñas actividades productivas, etc. Asimismo, su implementación se llevará a cabo a través de dos líneas básicas de acción: comportamiento saludable en la familia y un ambiente saludable para la familia; basado en la solidaridad, el respeto, el desarrollo de valores y principios. La vida saludable, es un espacio físico que promueve condiciones satisfactorias para la persona y la familia y minimiza los factores de riesgo que existen

en su contexto geográfico, económico, social y técnico. Por otro lado, las familias saludables, están formadas por sus miembros que luchan constantemente por su bienestar físico, psicológico y social y mantienen condiciones favorables para mantener y promover su desarrollo, respetando al mismo tiempo su dignidad, expectativas y necesidades. En familias saludables, los conceptos básicos se desarrollan para adoptar normas, valores, conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con la salud y el bienestar individual y colectivo de los miembros. La familia es la unidad de intervención con la mayor efectividad potencial en términos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Los mecanismos de prevención están diseñados para garantizar que el grupo familiar pueda mejorar sus condiciones y que el hogar cumpla con los estándares locales y regionales que son compatibles con la salud (MINSA, 2006).

### **C. Programa de Municipios y Comunidades Saludables**

El objetivo del programa es contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y comunidad para mejorar la salud y el bienestar de los residentes; y solo podrá lograrse a través de la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización. Las líneas de acción son tres: fortalecimiento de competencias; vigilancia ciudadana y fomento de proyectos/programas vinculados a la promoción de la salud. Los espacios de concertación interinstitucionales son esenciales para mejorar el entorno y el medio ambiente. Un municipio, comienza a ser saludable cuando sus instituciones locales y ciudadanos adquieran la responsabilidad e inician el proceso de mejora en la salud: es decir, el bienestar de todos sus residentes (MINSA, 2006).

#### **D. Programa de centro laboral saludable**

El programa promueve la seguridad en el lugar de trabajo y un ambiente de trabajo saludable, que no solo es vital para la salud de los trabajadores, sino que también contribuye positivamente a la productividad, la motivación y la ética laboral. Satisfacción laboral y calidad de vida. El objetivo del programa es contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores mediante la adopción de comportamientos y ambientes saludables y en interrelación con la familia, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas. Las intervenciones se dan en escenarios públicos y privados teniendo dos líneas de acción como son: comportamiento saludable y entorno saludable en los centros de trabajo (MINSA, 2006).

#### **3.4. Machismo**

La Real Academia Española (2019), afirma *“El machismo deriva de la palabra macho y que es una actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres; así también, nos dice que es una forma de sexismo caracterizada por la prevalencia del varón”* (s/p).

**El machismo como fenómeno psicocultural;** es un comportamiento cultural derivada del complejo de inferioridad como dinámica psicológica y cultural; que satisface una necesidad psicológica. El machismo, ha sido transmitido de generación en generación. El machismo constituye una característica cultural, resultado de las prácticas de crianza. Los conocimientos se construyen culturalmente a través del lenguaje del ser humano que otorga nombres y significados a las situaciones o comportamientos; es así, que el sexo es un modo particular de caracterizar a las personas generando un conjunto de expectativas conductuales y prejuicios, acentuada en la superioridad del hombre patentando en una jerarquización cultural y social de características en desmedro de las femeninas; es decir, que existe una posición social de superioridad física y psicológica masculina y una actitud de desvalorización, discriminante de las capacidades de la mujer en el plano social, laboral y jurídico (Octavio, 1972).

**El machismo como imaginario social**, transita en los sentimientos, percepciones que están presentes en la cotidianidad; traducidos en estereotipos de exhibición, ocultamiento o disimulación de la falta de poderío donde muchas veces el machista es un hombre gentil, amable, galante con las mujeres que no intima, todo lo contrario, con la mujer que mantiene una relación íntima. Esta construcción cultural, es una forma especial de comprender el papel masculino que surge de la rigidez de la mayoría de las sociedades en el mundo de hoy que identifica y agudiza las diferencias de género entre sus miembros, esto incluye expectativas de comportamiento hacia los hombres que incluyen valores y actitudes que forman un concepto ideológico basado en la superioridad de los hombres sobre las mujeres, que justifica desde diversas perspectivas ideológicas en la historia del pensamiento (Rodríguez, Marín & Leone 1993, citado en Daros, 2014).

**Al respecto Bustamante**, establece que *“las actitudes del hombre, cuyo grupo de leyes, normas y características provenientes de su cultura tiene como objetivo, directa o indirectamente, producir, conservar y subsistir el someter a la mujer en todos los niveles sea social, laboral, afectivo y procreativo”* (Bustamante, 1990, citado en Arévalo, 2019).

De acuerdo a lo mencionado, las actitudes machistas son influenciadas por la propia cultura en el que ha adquirido e imprimido una serie de normas y principios con características y estereotipos de sujeción y represión a la mujer y cuyos propósitos ejercen influencia en los diferentes aspectos en el que se desenvuelven. En nuestra investigación consideramos a la presente autora, por ser de nacionalidad peruana y porque se atrevió a desarrollar un instrumento para medir las actitudes hacia el machismo desde la realidad peruana. Entonces, podemos decir que las actitudes machistas son edificaciones de un conjunto de costumbres creados por la cultura y que han sido primeramente construidas, representadas, valoradas y asumidas a través de hechos que han sido transmitidos de generación en generación.

### **A. Dominio Masculino**

Las actitudes machistas de dominio masculino, se refiere a la influencia que ejercen los hombres en las mujeres; él gobierna, controla y tiene poder en el hogar, en el trabajo y en la sociedad. El hombre es machista cuando manifiesta actitudes de dominio y se ve reflejado en las creencias o estereotipos de creer que él es el único que debe gobernar en sociedad; debe imponer autoridad en su condición de hombre y jefe del hogar. Asimismo, el ideal de toda mujer es casarse con un hombre que las proteja, la mujer no puede ser tan independiente como él, el hombre puede imponerse a la mujer, los varones deben saber cuidar a su hermana, estar en la calle, y negarse a que la esposa estudie la mujer debe tener paciencia y aceptar todo lo que marido haga y ordene (Bustamante, 1990 citado en Candiotti & Huamán, 2017).

Por otro lado, la relación de dominación y subordinación es mayormente asumida por el varón para mantener el poder que está sujeto a un sistema de diferenciaciones, por el estatus, privilegios en la sociedad, por razones económicas, por cuestiones culturales, por acumulación de riqueza o material, por mantener privilegios, entre otros (Foucault, 1988, citado en Ramírez, 2003).

De acuerdo a lo anterior, el control o poder, es una característica de la masculinidad hegemónica y de muchas sociedades: estas han conllevado desigualdades entre ambos sexos; conduciendo de esta manera, a desarrollar comportamientos autoritarios, de hostilidad, sometimiento, manipulación, etc. El dominio entonces, crea dependencia de la mujer, ya que el varón es que asume el control de la mujer para que pueda desenvolverse en el hogar, trabajo y en sociedad; y de la misma manera el hombre machista asume toda la economía y responsabilidad de la familia. Entonces podemos decir que el dominio no solo afecta a la mujer; sino también al varón. Desde nuestra consideración consideramos que la mujer actualmente se desenvuelve en los diferentes contextos; pero que requiere de mayor sensibilización y concientización por ambos géneros para desmagnetizar prejuicios machistas que aún continúan vigentes.



## **B. Superioridad Masculina**

Las actitudes machistas de superioridad masculina, están asociadas a la capacidad intelectual, laboral y afectivo. Intelectual, por la creencia de considerar que el hombre es más inteligente que la mujer. En lo laboral, porque consideran que los hombres son más fuertes físicamente, poseen mayor capacidad de gestión laboral y que la mujer no puede sobrepasar a un varón en los niveles de trabajo. En el aspecto afectivo, porque el varón no se deja llevar por las emociones (Bustamante, 1990 citado en Candiotti & Huamán, 2017).

Respaldando el anterior texto, otros estudios establecen que la superioridad es la exageración de las características masculinas, es una dinámica psicocultural; que tiene ver con un complejo de inferioridad y una construcción cultural. El hombre muestra su masculinidad al diferenciarse de la mujer; mientras ella, es sentimental y afectiva; él, conquista, demuestra falta de emociones blandas y sentimientos; es rudo hostil, autosuficiente, etc. estableciendo un modelo o prototipo de ser macho (Giraldo, 1972).

De acuerdo a lo mencionado, podemos establecer que la superioridad está sujeto a complejos extremos de considerarse “el macho alfa” que domina y controla. Sin embargo, también menciona que la cultura construye patrones socioculturales que favorecen su rol de género y este debe demostrarlo con actitudes y comportamientos con características de masculinidad hegemónicas. En la presente investigación, consideramos que la superioridad está presente en el inconsciente del hombre y la mujer a través de la historia. Sin embargo, consideramos que es negativo cuando este es extremadamente exagerado, convirtiéndolo en un problema no solo para la mujer; sino también, para él mismo que al no poder demostrar su superioridad se vuelve violento para imponer lo que cree y valora como correcto.

## **C. Dirección del hogar**

Las actitudes machistas frente a la dirección del hogar se refiere cuando el hombre únicamente es el encargado de gestionar el hogar, de conducirla la economía, educación y bienestar del hogar. Economía, por considerarse como el único de solventar y trabajar para sostener el hogar, la educación de los hijos y bienestar del hogar. Mientras que la mujer se sujeta a la obligación de realizar las tareas y responsabilidades del hogar (Bustamante, 1990 citado en Candiotti & Huamán, 2017).

La reformulación de la asignación de roles tradicionales de madre y mujer ha cambiado al incluirla en el contexto laboral; pero lo que no ha cambiado es que continúa asumiendo toda la carga o responsabilidad de las tareas del hogar. La inserción de la mujer en el ámbito laboral, es de gran preocupación para los investigadores de las ciencias sociales por sus múltiples efectos en la dinámica familiar, el trabajo y la propia salud de la mujer. La responsabilidad de los quehaceres de la casa ha cobrado importancia por la influencia de variables que hemos mencionado con anterioridad. Las mujeres que distribuyen la jornada laboral con las responsabilidades de la casa, comunican tener mayor tensión al asumir dos funciones; sobrecargando de esta manera sus responsabilidades y a la vez, reduciendo sus capacidades. Según estudios manifiestan que las mujeres que trabajan a tiempo completo fuera del hogar y tienen hijos en edad escolar tienen una mayor incidencia de depresión (Doyal, 1990, citado en Blanco, 2000).

De acuerdo a lo mencionado, es importante considerar que tanto el padre y la madre compartan el mismo proyecto de vida en busca del bienestar o calidad de vida de integrantes; para lograrlo deben disertar y consensuar respecto al número de hijos, la alimentación, educación, etc.; considerando la responsabilidad, conducción y ejecución del trabajo del hogar la prevención de actitudes machistas y en caso de ser una costumbre o pautas de crianza requiere trabajar la sensibilización y concientización de ambos conyugues. Es importante también resaltar la declaración universal de los derechos humanos en su art. 16.3 que menciona: *“la familia es el elemento natural fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado”*. Pues la familia del ACS es una de ellas.

#### **D. Socialización del rol sexual masculino y femenino**

Las actitudes machistas de socialización del rol sexual masculino y femenino, están referidas a las pautas que se enseña al niño o niña de acuerdo al sexo y se caracteriza cuando se acentúa el rol del sexo diferenciado como: los juegos, la educación, el trato afectivo, que se transmiten a los niños(as) de acuerdo al sexo (Bustamante, 1990 citado en Candiotti & Huamán, 2017).

Por lo expuesto, el proceso de enseñanza - aprendizaje según los roles de género, son normados y transmitidos según el sexo del niño(a) y que se dan a través de las pautas de crianza y dentro de los diversos contextos socioculturales en el que se interrelaciona. Es así que las personas desde su nacimiento son identificadas como niños y serán educados

como hombres para desarrollar una identidad de género masculina. Por el contrario, aquellas personas identificadas como niñas, serán educadas como mujeres y su identidad será femenina.

Al respecto del concepto de sexo está relacionado a determinantes biológicos “masculino y femenino”. Sin embargo el vocablo género, se refiere a las construcciones socioculturales; que son enseñadas, condicionadas y aprendidas mediante modelos que la propia sociedad asigna. La ciencia a través de largos años de estudio y aporte ha demostrado que el ser humano desde la concepción está determinado por un sexo; las mujeres, poseen un genotipo con cromosomas XX y si son hombres XY. Asimismo, las características físicas y anatómicas son diferentes; permitiendo de esta manera, predecir y establecer el sexo que le corresponde. Por otro lado existe un 2% de nacimientos que nace con genitales ambiguos y que son diagnosticadas como intersexuales (Fundación Juan Vives Suriá, 2010). De acuerdo a lo mencionado, podemos decir que la intersexualidad es poco frecuente y extraño para la sociedad; consideramos que el género como construcción cultural debe enfocarse no solo a los derechos de algunos; sino de la familia como principal institución de ser instruida con mecanismos estratégicos para mantener la calidad de vida y bienestar de la persona.

La educación de los niños(as) se inicia informalmente a través de pautas de crianza diferenciadas, incluso desde antes del parto que eligen la ropa, el color rosado para las mujeres y azul para los varones, entre otros; y desde ahí, se establecen las formas de relación de los padres, familiares y entorno social hacia el niño; siendo estas determinadas por comportamientos, actitudes, valoraciones y expectativas diferenciadas de ambos sexos. Este proceso social está influenciado por la cultura y diagnosticado por un médico sobre la condición biológica del niño. Por otro lado, las tareas son endosadas y distintas para ambos. La crianza de los hijos y tareas domésticas corresponde a la mujer y a los varones se le concede las tareas productivas, rol de proveedores en el contexto laboral o externo. Las funciones mencionadas con respecto al rol que desempeñan no son valoradas equitativamente por la sociedad. El trabajo en la casa es desvalorizado, no remunerado y muchos menos considerado que es un trabajo; sin embargo, el trabajo fuera de la casa es reconocido, apreciado porque es remunerado; asimismo, cuando las actividades del hogar son asumidas por los varones es altamente reconocida y estimada (Fundación Juan Vives Suriá, 2010).

## **E. Control de la sexualidad ejercida por los varones**

Las actitudes machistas frente al control de la sexualidad ejercida por los varones, se refiere al control de la sexualidad y fecundidad ejercida por los varones que considera la infidelidad como una característica natural del hombre, él decide sobre el número de hijos, la mujer tiene la obligación de tener relaciones sexuales cuando el esposo lo desee, entre otros (Bustamante, 1990 citado en Candiotti & Huamán, 2017).

De acuerdo a lo anterior, el control de la sexualidad se fundamenta en la prohibición, represión y restricción por parte del varón. Mientras que el hombre controla la sexualidad; las mujeres, deben acatar o ser sumisas, manipuladas o condicionadas por él. La educación sexual, constituye una necesidad para promover el empoderamiento de la mujer para conocer sus derechos como sujeto sexual y no como objeto sexual al igual que el varón de deleitarse de la sexualidad. Por lo que corresponde a ambos empoderar en la salud sexual, orientándoles que la dignidad y el respeto se construye entre ambos.

### **3.5. Actitudes**

La actitud es un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella (Allpor, 1935, citado en Elejabarrieta & Iñiguez, 2010).

De acuerdo a lo anterior, la actitud ejerce una influencia directa en la respuesta de las personas en todos los contextos en que se desenvuelve; es decir, es una tendencia o predisposición mediada por la experiencia hacia los objetos, de las relaciones a los que nos encontramos socialmente y es importante porque no es natural; sino, una relación entre el sujeto y su medio.

Robbins (2009), afirma también que *“Se definen las actitudes como juicios evaluativos, favorables o desfavorables, sobre objetos, personas o acontecimientos”* (Sánchez, Pirela & Árraga, 2016, p.76).

En general, los autores sostienen que las actitudes tienen tres componentes:

### **A. Componente cognoscitivo**

La evaluación de un objeto se produce mediante creencias o pensamientos; siendo esta evaluación positiva o negativa dependiendo del tipo de valoraciones o principios ideológicos (Morales, 2007, citado en Sánchez, Pirela & Árraga, 2016).

El componente se refiere a los conocimientos, ideas, creencias o pensamientos que la persona tiene respecto al objeto de estudio y en este caso las nociones o ideas del machismo. Por ello, es importante brindar conocimientos de las consecuencias del machismo para que construyan esquemas conceptuales de rechazo a comportamientos machistas.

### **B. Componente afectivo**

Se relaciona con los sentimientos u emociones; teniendo efecto en la conducta al asociarse con una situación (Robbins, 2009, citado en Sánchez, Pirela & Árraga, 2016).

De acuerdo a lo mencionado, las emociones y los sentimientos cumplen un rol importante y éstas puede verse representado positiva y negativamente; ya que los sentimientos están imprimidos de un conjunto de valoraciones, concepciones que mencionamos en el primer componente. sin embargo, aquí se experimenta diferentes emociones como agrado o desagrado respecto a machismo.

### **C. Componente conductual**

Este componente hace referencia a la intencionalidad consciente de conducirse de determinada manera frente a algo (Robbins, 2009, citado en Sánchez, Pirela & Árraga, 2016).

De acuerdo a lo mencionado, este componente se refiere a la acción; es decir lo que se manifiesta cuando actuamos. Aquí la toma de decisiones son ejecutadas por el condicionamiento de de las creencias o valoraciones impregnadas en nuestra conciencia e imprimidas en nuestros sentimientos u emociones. Para nuestra investigación, es importante prevenir actitudes machistas a través del empoderamiento de las actitudes hacia el machismo.

### 3.6. La mujer y el machismo

Según G. Lipovetsky, la forma de vivir de las mujeres, en nuestra cultura occidental ha pasado, por tres grandes paradigmas. En el primer paradigma, este autor percibe que la mujer ha sido desvalorizada y despreciada a través de los roles asimétricos dotándose a los hombres de valores superiores y positivos como la guerra y la política; mientras que las labores femeninas se estimaron inferiores y negativas a excepción de la maternidad y su función procreadora; pero aún en este caso, el hombre era el único dador de vida y la mujer era la cuidadora de un germen de vida. En el segundo paradigma, la mujer es exaltada, idealizada y sacralizada como la luz que engrandece al hombre; pero no cambió la situación real de la mujer, siguió confinada al hogar, obediente al marido, sin independencia económica y sin desempeñar papel alguno en la política. El tercer paradigma o tercera mujer, se da desde mediados del siglo xx, la mujer ya no es definida por la mirada del hombre y no fue más que lo que el hombre quería que fuese; se abre paso la idea de la legitimidad del derecho al sufragio, al descasamiento, a la libertad sexual, al control sobre la procreación. La mujer puede ahora elegir lo que desea ser; tiene el poder de inventarse a sí misma. Sin embargo, no supone la desaparición de las desigualdades entre ambos sexos, la mujer quiere tener responsabilidades en el trabajo y en la vida política como los hombres, sin renunciar a ser madre y esposa; sin renunciar a ser seductora y permanecer joven durante mucho tiempo. La tercera mujer rechaza el modelo de vida masculino, el dejarse tragar por el trabajo y la atrofia sentimental y comunicativa. Ya no envidia el lugar de los hombres, reconciliándose con el rol tradicional por lo que reconoce una positividad en la diferencia hombre-mujer; y la persistencia de lo femenino no sería ya un aplastamiento de la mujer y un obstáculo a su voluntad de autonomía, sino un enriquecimiento de sí misma. Asimismo, la larga marcha por la autonomía de las mujeres no está terminada, Lipovetsky considera que en el futuro será más importante la movilización y responsabilidad individual que las movilizaciones colectivas; *es decir un feminismo más individualizado, menos militante, un feminismo que no parte en guerra contra la femineidad y que no diaboliza al hombre* (Daros, 2014).

### 3.7. Antecedentes Investigativos

#### 3.7.1. Antecedentes Internacionales

**En la tesis de Bautista (2011) “El Machismo y los índices de Maltrato a la Mujer en el Cantón Lago Agrio”.** Universidad Tecnológica Enicoccial - Ecuador. Tesis de Maestría.

El estudio tiene como objetivo constituir la incidencia del maltrato a la mujer en la provincia de Sucumbíos del Cantón Lago Agrio Parroquia Nueva Loja del barrio Estrella del Oriente del periodo 2006-2009. Se utilizó el método cuantitativo con una muestra de 146 mujeres que mantienen vínculos matrimoniales ya sea por vínculos jurídicos o, de hecho. El estudio concluyó, que el 50% de mujeres resisten maltratos físicos, verbales y psicológicos por manifestar baja autoestima, sentimientos frustración y fracaso impidiéndoles que reaccionen sobre la violencia física y psicológica que reciben.

Aguirre Sánchez, Delmi Dasly (2017), **“Diferencias entre las actitudes hacia el Machismo que tiene un grupo de MILLENNIALS versus un grupo de Baby Boomers”.** Universidad Rafael Saldívar - Guatemala. Tesis de Licenciatura.

El estudio presentó como objetivo identificar si existe diferencia estadísticamente significativa en las actitudes hacia el machismo entre un grupo de personas pertenecientes a la generación de Millennials y otro grupo de personas pertenecientes a la generación de Baby Boomers dentro de la sociedad guatemalteca. El enfoque fue cuantitativo, de alcance descriptivo- comparativo. La muestra fue conformada por dos grupos personas. Un grupo conformado por 20 hombres y mujeres pertenecientes a la generación de Millennials nacidas entre 1982 y 2000; y otro grupo formado por 20 hombres y mujeres pertenecientes a la generación de Baby Boomers nacidas entre 1946 a 1964. El estudio concluyó que existe diferencia en las actitudes hacia el machismo según la generación a la que pertenezca la persona demostrando mayor machismo en la Baby Boomers.

### 3.7.2. Antecedentes Nacionales

Luego en la tesis de Matos (2014) "*Características socio culturales de los agresores en los casos de violencia intrafamiliar del Distrito de San Jerónimo de Tunan*". Universidad Nacional del Centro del Perú - Huancayo. Tesis de Licenciatura.

El propósito de la investigación fue describir las características socioculturales de los agresores en los caso de violencia intrafamiliar del distrito de San Jerónimo de Tunan del período 2014. El estudio es de nivel descriptivo, tipo básica. La población estuvo conformada por 89 varones agresores cuyas oscilan entre de 18 a 78 años que en su mayoría se dedican a la actividad agrícola, comercio, trasporte y ganadería. El instrumento utilizado fue un cuestionario y testimonio de los implicados. Los resultados de investigación evidencian que el 75.3 % ejerce conductas machistas; ejerciéndolo supremacía en la pareja, evidenciándose una comunicación vertical de hostilidad, autoritarismo e imposición de roles en el hogar. Asimismo, están inmersos en el alcoholismo y proceden de familias con patrones de crianza machista donde se ha reforzado actitudes machistas.

De la Cruz Sulca, Priscila Ysabel & Morales Solís (2014), "*Comparación de las actitudes hacia el machismo entre las mujeres del Asentamiento humano. El Vallecito y la Comunidad Villa Rica de Lima Este*". Universidad Peruana Unión – Lima. Tesis de Licenciatura.

El estudio tuvo como objetivo comparar las actitudes en mujeres del Asentamiento Humano El Vallecito y la Comunidad Villa Rica de Lima en el periodo 2014. La muestra estuvo conformada por 200 mujeres casadas y convivientes de diferentes niveles socioeconómicos y mayores de 18 años. Se utilizó como instrumento una escala de actitudes para medir el machismo. Los resultados demostraron que no se encontró diferencia significativa en cuanto al rechazo al machismo a pesar que el Asentamiento Humano "El Vallecito" presenta un nivel socioeconómico bajo, mientras que la Comunidad Villa Rica se encuentra en un nivel socioeconómico promedio al comparar las dimensiones de dominio masculino, desempeño laboral de la mujer y orientación del rol sexual.



En la tesis de Solano (2017) “*Maltrato psicológico hacia la mujer y actitudes hacia el machismo en mujeres que acuden a un centro de salud del Distrito de Nuevo Chimbote*”.

Universidad Cesar Vallejo – Ancash. Tesis en Licenciatura.

El propósito consistió en determinar la relación entre las actitudes del machismo y el maltrato psicológico en mujeres de un Centro de Salud del distrito de Nuevo Chimbote. El diseño de la investigación es no experimental y los instrumentos fueron un inventario de maltrato psicológico en mujeres y una escala de actitudes hacia el machismo. La muestra estuvo conformada por 331 mujeres que viven una relación de pareja por lo menos un año cuyas edades fluctúan entre 18 a 59 años de edad en el Centro de Salud del Distrito de Nuevo Chimbote. Los resultados más resaltantes mencionan que existe una correlación positiva alta de 0.857 ( $p < 0.01$ ).

**Chuco Marrufo, Jeli Jovanna (2019).** Actitud machista en adolescentes atendidos en un Centro de Salud pública del distrito de Independencia. Tesis de Pregrado. Universidad Inca Garcilazo de la vega.

El objetivo de la investigación consistió en identificar los factores de las actitudes hacia el machismo que presentan los adolescentes atendidos en un centro de salud pública del distrito de Independencia. El tipo de investigación es descriptivo de diseño no experimental, la población esta conformada por 70 adolescentes de ambos sexos; 29 son hombres y 41 mujeres. El instrumento aplicado es una escala de actitudes hacia el Machismo. Los resultados señalaron que los adolescentes del Centro de Salud del distrito de Independencia manifiestan actitudes hacia el machismo en su factor general con un promedio de 48.8 % (34) de ellos, con actitudes de ambivalencia hacia el machismo; un 40.3 % (28), con actitudes de tendencia al rechazo al machismo; un 6.3 % (4) con actitudes de tendencia a la aceptación del machismo; un 4.3 % (3) con actitudes de definitivo rechazo al machismo y un 0.3 % (1) con una actitud de definitiva aceptación al machismo.

### 3.7.3. Antecedentes Locales

A nivel local se tiene de Palomino, Condori(2017) con el título *“Participación de los agentes comunitarios de salud del Programa Municipios y Comunidades Saludables de la Micro Red de Salud Tiabaya- Arequipa”*. Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa. Tesina de Segunda especialidad.

El propósito de la investigación fue especificar de qué forma la limitada participación de los agentes comunitarios influye en la labor preventiva promocional en las comunidades pertenecientes a la Micro Red de Tiabaya. El tipo de investigación es básica - descriptiva; no experimental. Los resultados, evidenciaron que en campo de las competencias existe una no integración completa de los ACS con la población local a la cual representa, adicionando a ello, el limitado monitoreo por parte del Personal de Salud. asimismo, las comunidades pertenecientes a la Micro Red, estiman una limitada vigilancia preventivo - promocional y que en el contexto de la Promoción de la Salud no son realizadas de forma sostenible.

## 4. Hipótesis

Dado que la Ley N°30825, demanda fortalecer la labor de los agentes comunitarios de salud y que en uno de sus artículos establece que el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y gobiernos locales, en el ámbito de su competencia brindan capacitación constante a fin de que se cumplan las metas establecidas en los planes de salud; entonces, es probable que los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata establezcan actitudes semejantes en manifestar rechazo hacia el machismo, por ser líderes que promueven comportamientos y estilos de vida saludables en su comunidad.

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

La presente investigación pertenece al enfoque cuantitativo, porque sigue un conjunto de procesos secuenciales y refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, pretendiendo acotar intencionalmente la información. Asimismo, el estudio es de diseño no experimental – transversal, recoge datos en un solo momento; por otro lado, la investigación es de nivel Descriptivo – Comparativo. Descriptivo porque consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan; así como especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández, 2014).

También es comparativo, porque busca precisar diferencias y similitudes generalmente entre unidades de estudio diferentes o entre ubicaciones espacio – temporales disímiles, ciertamente susceptibles de contraste, respecto fundamentalmente de una sola variable (Paredes, 2006 citado en Rosado, 2010).

Por otro lado, el tipo de estudio es de campo según el marco en el que tiene lugar porque es estudiado en su ambiente natural (Paredes, 2015).

### 1. Técnicas e Instrumentos

#### 1.1. Técnica

Para la recolección de información, la encuesta fue aplicada y orientada obtener datos específicos del tema investigativo.

#### 1.2. Instrumento

Se utilizó una escala de actitudes hacia el machismo creado por María Rosa Bustamante en 1990; constituido por 59 ítems, aplicado en la ciudad de Lima y validado por 9 psicólogos. Para constatar que la confiabilidad del instrumento y éste sea pertinente, se realizó una prueba piloto a un grupo de 10 personas que no pertenecen a la muestra, pero con particularidades parecidas, para lo cual se aplicó la técnica del alfa de cronbach cuyo resultado fue:  $\alpha = 0.804$ , por lo que es confiable al estar dentro de los rangos de 0.7 a 0.89. Además, se realizó la revalidación con 2 expertos.

**CUADRO DE VERIFICACIÓN Y COHERENCIA**

Variable	Indicadores	Subindicadores	Técnica	Instrumento	Ítems
Actitudes hacia el Machismo	Actitudes hacia el Dominio Masculino	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación al machismo hacia el Dominio masculino</li> <li>- Tendencia a la aceptación del machismo hacia el Dominio masculino</li> <li>- Ambivalencia al machismo hacia el Dominio masculino</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo hacia el Dominio masculino</li> <li>- Definitivo rechazo al machismo hacia el Dominio masculino</li> </ul>	Encuesta	Escala de actitudes	1-16
	Actitudes frente a la superioridad masculina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación al machismo frente a la superioridad masculina</li> <li>- Tendencia a la aceptación del machismo frente a la Superioridad masculina</li> <li>- Ambivalencia al machismo frente a la Superioridad masculina</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo frente a la superioridad masculina</li> <li>- Definitivo rechazo al machismo frente a la superioridad masculina</li> </ul>			17-29
	Actitudes hacia la dirección del hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación del machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Tendencia a la aceptación del machismo hacia la dirección del hogar</li> </ul>			30-39

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambivalencia al machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo hacia la dirección del hogar</li> <li>- Definitivo rechazo al Machismo hacia la dirección del hogar</li> </ul>		
	Actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación del machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Tendencia a la aceptación del machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Ambivalencia al machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Tendencia al rechazo del machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> <li>- Definitivo rechazo al machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino.</li> </ul>		40-49
	Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por el varón	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definitiva aceptación del machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Tendencia a la aceptación al machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Ambivalencia al machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</li> <li>- Tendencia al rechazo</li> </ul>		50-59

		<p>del machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</p> <p>- Definitivo rechazo al machismo frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.</p>			
--	--	---	--	--	--

## 2. Campo de Verificación

### 2.1. Ámbito Geográfico

La investigación se realizó en la región y provincia de Arequipa, del distrito de Paucarpata, en cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata.

- Establecimiento de salud Ampliación Paucarpata: Ubicada en la Avenida Kennedy 2101.
- Establecimiento de Salud Nueva Alborada: Ubicado Centro poblado Nueva Alborada, en el pasaje Nueva Alborada, calle principal s/n comité 4.
- Establecimiento de Salud Campo Marte: Ubicado en el Centro Poblado P.J. Campo Marte , Jirón Grau T-17
- Establecimiento de Salud Manuel Prado: Ubicado en el Centro poblado Manuel Prado en la calle Arequipa 202, urbanización Manuel Prado.

### 2.2. Unidades de estudio

El universo que conformó el presente estudio, está constituido por el total de líderes que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata y que está representada por 32 ACS. Las edades de los líderes fluctúan entre 20 a 58 años, 25 son nacidos en la ciudad de Arequipa, que constituye el 78% ; y 7 han nacido en otros departamentos, representado por un 22%.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Nº TOTAL DE AGENTES COMUNITARIOS	PORCENTAJE
Establecimiento de Salud Ampliación Paucarpata	12	37.5%
Establecimiento de Salud Nueva Alborada	6	18.8%
Establecimiento de Salud Campo Marte	7	21.8%
Establecimiento de Salud Manuel Prado	7	21.8%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

### 2.3. Ubicación Temporal

El horizonte temporal del estudio de investigación es transversal, porque se recolectó los datos en un solo momento; y coyuntural porque es un tema de actualidad y está referido en el periodo 2019.

## 3. Estrategia de recolección de datos

### 3.1. Organización

- Primero, se presentó una solicitud al Decano de la Facultad de Ciencias Tecnológicas Sociales y Humanidades de la UCSM para solicitar un oficio de presentación y aplicación de instrumento a la Micro Red.
- Segundo, se presentó el oficio de la UCSM al Director ejecutivo de la RED de Salud Arequipa – Caylloma (Dember Francisco Muñoz Lozada).
- Tercero, se presentó el cargo del oficio a jefa de la Micro RED Ampliación Paucarpata Dra. Mercedes Vera Delgado

- Cuarto, se coordinó con la Trabajadora Social de la Micro Red Ampliación Paucarpata para acceder a las unidades de estudio. Trabajadora Social Rosmery Machaca.

### 3.2. Recursos

#### 3.2.1. Recursos Humanos

- ✓ Trabajadora social
- ✓ Director de la Gerencia regional de Caylloma –Arequipa
- ✓ Jefa de la Micro Red de Salud
- ✓ Asesores de investigación

#### 3.2.2. Recursos Institucionales

- ✓ Universidad Católica de Santa María
- ✓ Micro Red de Salud Ampliación Paucarpata

#### 3.2.3. Recursos Financieros

La presente investigación es autofinanciada por la propia investigadora.

### 3.3. Cronograma de trabajo

Tiempo		2019 – 2020												
		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
1	Elaboración de proyecto													
2	Aprobación de proyecto													
3	Recolección de datos													
4	Procesamiento de los resultados													
5	Informe final													



## CAPÍTULO II

### PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación y discusión de los resultados es importante considerar la interpretación de la variable “actitudes hacia el machismo” que se ha operacionalizado mediante cinco indicadores que son: actitudes hacia el dominio masculino, actitudes frente a la superioridad masculina, actitudes hacia la dirección del hogar, actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino y actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por el varón. Asimismo, se ha considerado 5 subindicadores que representan las categorías de los indicadores y que están relacionadas según el grado o nivel de actitud que tienen los ACS hacia el machismo y que son: actitudes de definitivo rechazo al machismo (grado N°5); actitudes con tendencias al rechazo al machismo (grado N°4); actitudes ambivalentes hacia el machismo (grado N°3); actitudes con tendencia a la aceptación del machismo (Grado N°2); y actitudes de definitiva aceptación del machismo (grado N°1).

Por otro lado, la escala de actitudes está constituida por 59 ítems y distribuidos en cinco indicadores: actitudes hacia el dominio masculino: constituida por 16 ítems que miden las actitudes frente al dominio masculino ejercida por el hombre sobre las mujeres en el hogar, en el trabajo y en la sociedad; actitudes frente a la superioridad masculina constituida por 13 ítems que miden las actitudes frente a la superioridad masculina en el aspecto intelectual, afectivo y laboral; actitudes hacia la dirección del hogar constituida por 10 ítems que miden las actitudes frente a la dirección del hogar ejercida por el varón (jefe de familia) y aspectos relacionados con la economía, educación y bienestar del hogar; actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino constituida por 10 ítems que miden las actitudes frente a las pautas que se va brindando al niño de acuerdo a su sexo; y actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones que está constituida por 10 ítems, que miden las actitudes frente al control de la sexualidad y fecundidad ejercida por los varones.

## **1. Proceso de recolección de datos.**

Mediante la aplicación de la escala de actitudes hacia el machismo se ha podido obtener datos de las unidades de estudio que son agentes comunitarios de cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata. Los resultados, han sido procesados estadísticamente haciendo uso de tablas de frecuencia y contingencia; así como, de tablas y/o figuras, que permitieron la descripción – comparativa de los datos obtenidos a partir del marco teórico.

## **2. Análisis y presentación de resultados.**

Los datos proporcionados del presente estudio, que se obtuvieron del análisis estadístico en el programa de Excel, como de la matriz de datos y pruebas estadísticas seleccionadas; que nos permitió analizar los resultados de tablas y figuras para el establecimiento de las conclusiones y sugerencias.

## 2.1.Datos generales

**Tabla 1**

### Características de las unidades de estudio según sexo

Establecimiento de Salud	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ampliación Paucarpata</b>	1	8.3%	11	91.7%	12	100%
<b>Nueva Alborada</b>	0	0.0%	6	100.0%	6	100%
<b>Campo Marte</b>	6	85.7%	1	14.3%	7	100%
<b>Manuel Prado</b>	1	14.3%	6	85.7%	7	100%
<b>Total</b>	8	25%	24	75%	32	100%

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019



**Figura 1:** Características del agente comunitario de salud según sexo

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019

Según la presente tabla y figura número N° 1, se observa que los 32 agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud; 8 son del sexo masculino que es representado por el 25%; y 24 pertenecen al sexo femenino que constituye el 75%. De acuerdo a lo mencionado, el nivel de participación de las mujeres es mayor en comparación a los hombres. Sin embargo, es importante promover mayor intervención de ambos géneros, para impulsar la participación ciudadana frente a los determinantes que afectan su propia salud y de la comunidad a la que representan.



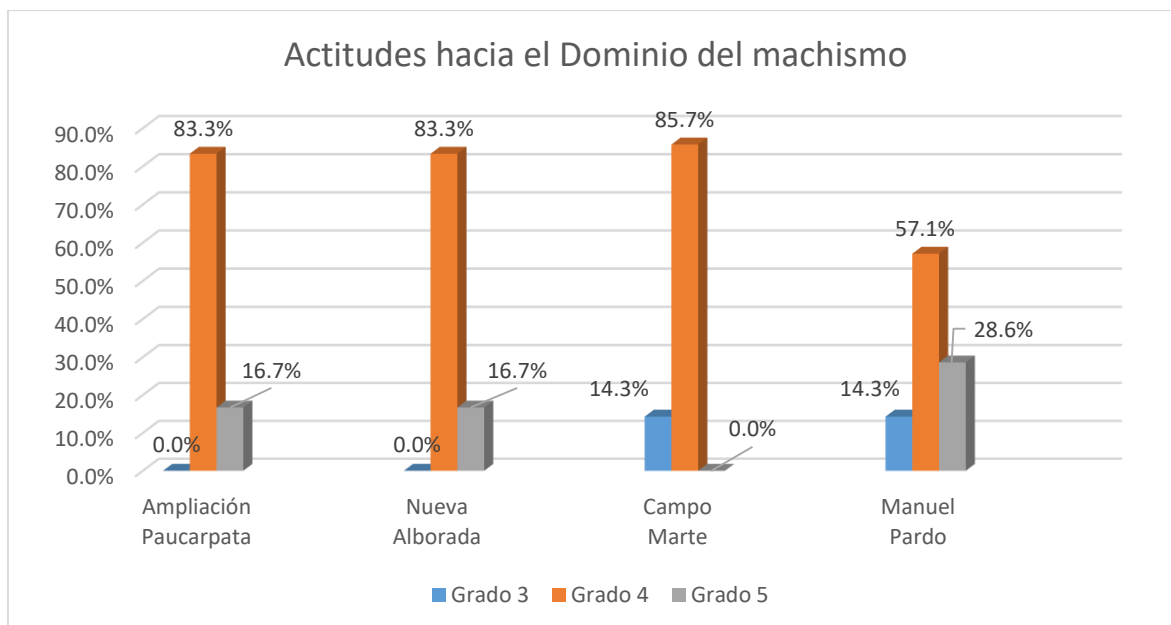
## 2.2. Datos según indicadores

**Tabla 2**

**Actitudes hacia el Dominio Masculino**

Establecimientos de Salud	Grado 3		Grado 4		Grado 5		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ampliación Paucarpata</b>	0	0%	10	83.30%	2	16.70%	12	100%
<b>Nueva Alborada</b>	0	0%	5	83.30%	1	16.70%	6	100%
<b>Campo Marte</b>	1	14.30%	6	85.70%	0	0%	7	100%
<b>Manuel Prado</b>	1	14.30%	4	57.10%	2	28.60%	7	100%
<b>Total</b>	2	6.30%	25	78.10%	5	15.60%	32	100%

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019



**Figura 2:** Actitudes hacia el Dominio masculino

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019

Según la tabla y figura número 2; se observa que los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos se ubican en el grado 4, manifestando que hay una tendencia de rechazo hacia el dominio masculino en el hogar, trabajo y sociedad y que es representado por un 78.10%.

El establecimiento de salud con mayor porcentaje, lo constituyen Campo Marte con un 85.7%, luego le sigue, Ampliación Paucarpata y Nueva Alborada con un 83.3% y Manuel Prado con el 57.1%.

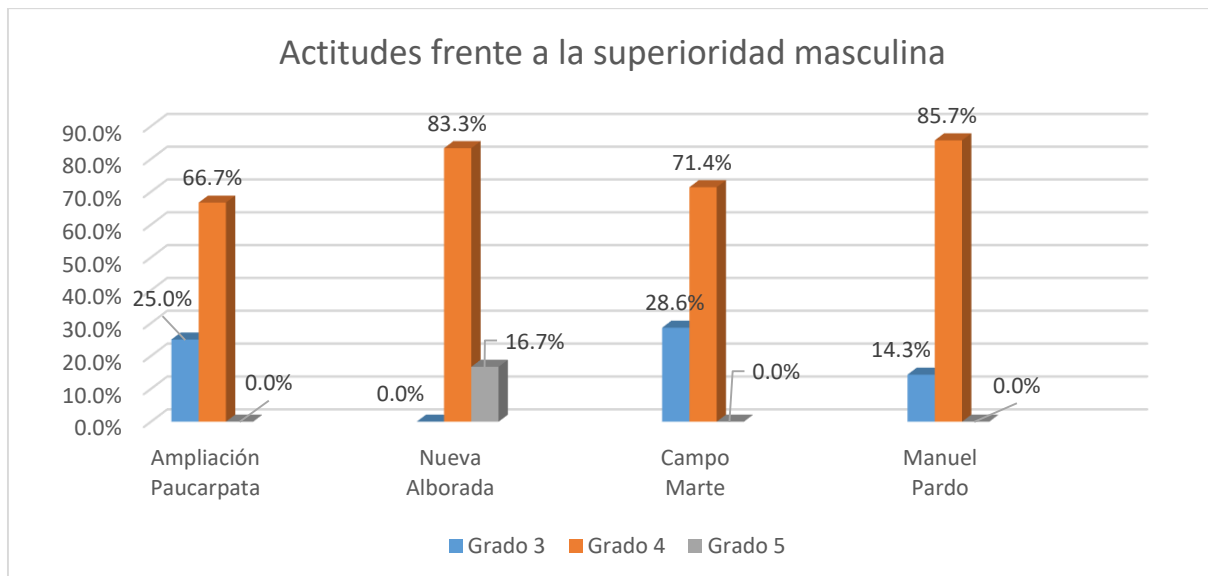
De acuerdo a lo mencionado, podemos afirmar que los ACS de los cuatro establecimientos de salud manifiestan una predisposición de no aceptar el dominio del varón en el hogar, trabajo y sociedad; conjeturando de esta manera, que los ACS de los 4 establecimientos, no manifiestan actitudes de sometimiento y abuso en la mujer.

**Tabla N° 3**

**Actitudes frente a la superioridad Masculina**

Establecimientos de Salud	Grado 3		Grado 4		Grado 5		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ampliación Paucarpata</b>	3	25%	8	66.70%	1	8.3%	12	100%
<b>Nueva Alborada</b>	0	0%	5	83.30%	1	16.70%	6	100%
<b>Campo Marte</b>	2	28.60%	5	71.40%	0	0%	7	100%
<b>Manuel Prado</b>	1	14.30%	6	85.70%	0	0.00%	7	100%
<b>Total</b>	6	18.80%	24	75.00%	2	6.30%	32	100%

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019



**Figura 3:** Actitudes frente a la Superioridad Masculina

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019

En la presente tabla y figura N° 3, se visualiza que los cuatro establecimientos de salud se ubican en el grado 4; manifestando que existe una tendencia de rechazo a la superioridad masculina representado por un 75%. Los resultados demuestran que son positivos porque existe una predisposición en sus actitudes de considerar que también las mujeres son inteligentes, poseen fuerza física y control de sus emociones para responder a las exigencias del contexto como ejercer cargos de autoridad y responsabilidad.

De acuerdo a lo anterior, observamos que el establecimiento de Salud Manuel Prado cuenta con mayor porcentaje manifestado por un 85.70%, seguido del Cs. Nueva Alborada con 83.30%, Campo Marte con 71.40% y el Cs. Ampliación Paucarpata con un 66.70%.

Desde nuestro criterio, nos parece favorable los resultados porque nos permite predecir que existe predisposición de manifestar conductas saludables en su hogar y en el contexto en el que desenvuelve. Asimismo, los resultados demuestran que existe reconocimiento de las características peculiares que los hacen diferentes, permitiendo un pronóstico favorable de ambos géneros en cuanto a la valoración equitativa y respeto de sus características físicas, facultades intelectuales, laborales y sociales.

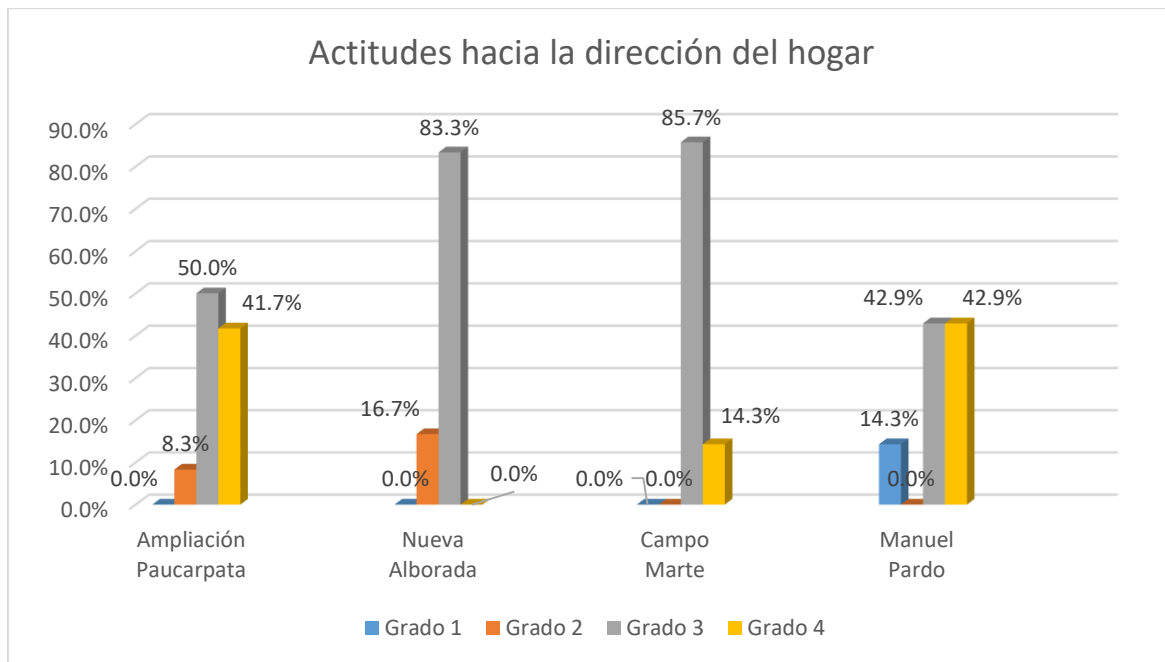


**Tabla 4**

Actitudes hacia la Dirección del Hogar

Establecimientos de Salud	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ampliación Paucarpata</b>	0	0%	1	8.30%	6	50%	5	41.70%	12	100%
<b>Nueva Alborada</b>	0	0%	1	16.70%	5	83.30%	0	0%	6	100%
<b>Campo Marte</b>	0	0%	0	0%	6	85.70%	1	14.30%	7	100%
<b>Manuel Prado</b>	1	14.30%	0	0%	3	42.90%	3	42.90%	7	100%
<b>Total</b>	1	3.10%	2	6.30%	20	62.50%	9	28.10%	32	100%

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019



**Figura 4:** Actitudes hacia la Dirección del Hogar

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019

Según la tabla y figura N° 4, observamos que los cuatro establecimientos de salud se ubican con mayor porcentaje en el grado N° 3 representado por un 62.50% ; manifestando que existe ambivalencia en manifestar actitudes hacia el machismo en la dirección del hogar ejercida por el varon , jefe de familia y de los aspectos relacionados con la economía, educación y bienestar del hogar.

Los resultados demuestran que el establecimiento de Salud Campo Marte tiene mayor porcentaje que los demás establecimientos constituido por un 85.70%, Nueva Alborada con 83.30%, Ampliación Paucarpata con 50% y Manuel Prado con 42.90%.

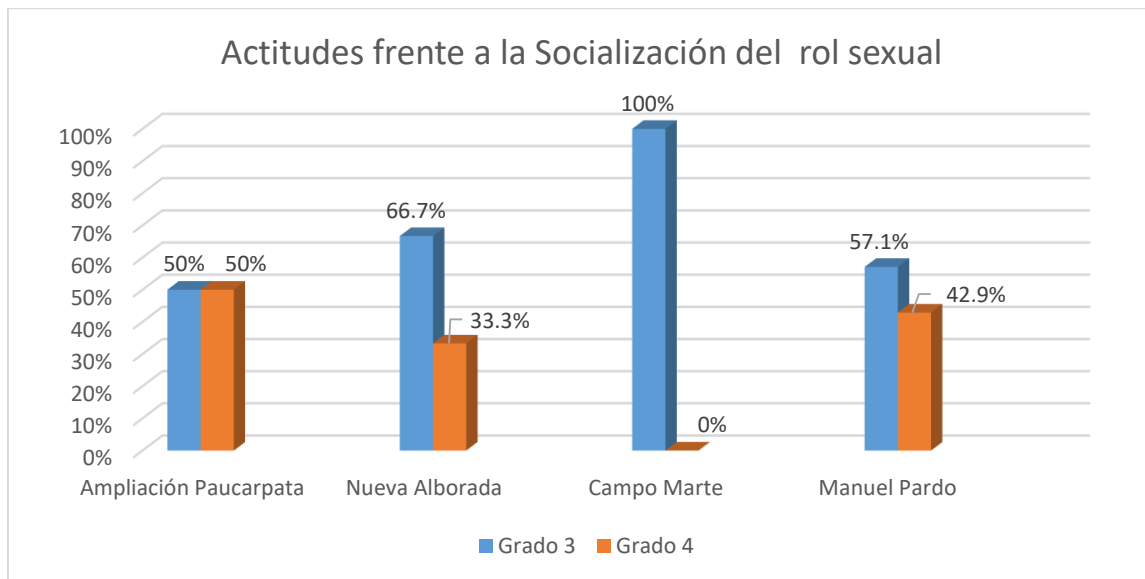
La actitud ambivalente hacia la direccion del hogar , constituye un riesgo en los ACS de los 4 establecimientos porque pueden manifestar conductas machistas; ya que, por un lado, pueden rechazarlo; y por el otro, aceptarlo; ubicandose en el criterio de indecisión respecto a que ambos padres puedan gestionar el bienestar y economía de los gastos de la casa y la educación de los hijos. Es importante que tanto el padre como la madre ejerzan responsabilidad compartida para el bienestar de todos los miembros de la familia y desechar todo prejuicio de creer que los hijos son mas responsabilidad de la madre.

**Tabla 5**

**Actitudes frente a la Socialización del rol sexual masculino y femenino**

Establecimientos de Salud	Grado 3		Grado 4		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ampliación Paucarpata</b>	6	50%	6	50%	12	100%
<b>Nueva Alborada</b>	4	66.70%	2	33.30%	6	100%
<b>Campo Marte</b>	7	100%	0	0%	7	100%
<b>Manuel Prado</b>	4	57.10%	3	42.90%	7	100%
<b>Total</b>	21	65.60%	11	34.40%	32	100%

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019



**Figura 5:** Actitudes frente a la Socialización del rol sexual

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019

Según la tabla y figura N° 5, se observa que los 4 establecimientos de salud se ubican en el grado 3 representado por un 65.60% que refleja predisposición en manifestar actitudes ambivalentes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino, en cuanto a las pautas de crianza.

Por otro lado, los resultados establecen que el Cs. Campo Marte tiene mayor porcentaje que los demás establecimientos constituido por un 100%; el Cs. Nueva Alborada con 66.70%; Manuel Prado con 57.10% y el Cs. Ampliación Paucarpata con un 50%

De acuerdo a los resultados obtenidos, las actitudes ambivalentes frente a la socialización del rol masculino y femenino, representa un riesgo en los ACS, al considerar pautas de crianza machistas en la asignación de roles. Los prejuicios machistas pueden determinar la exclusión de oportunidades de hombres y mujeres que desde niños han sido adoctrinados(as) a ejercer ciertos roles, limitándolo en el desarrollo de sus capacidades o habilidades.

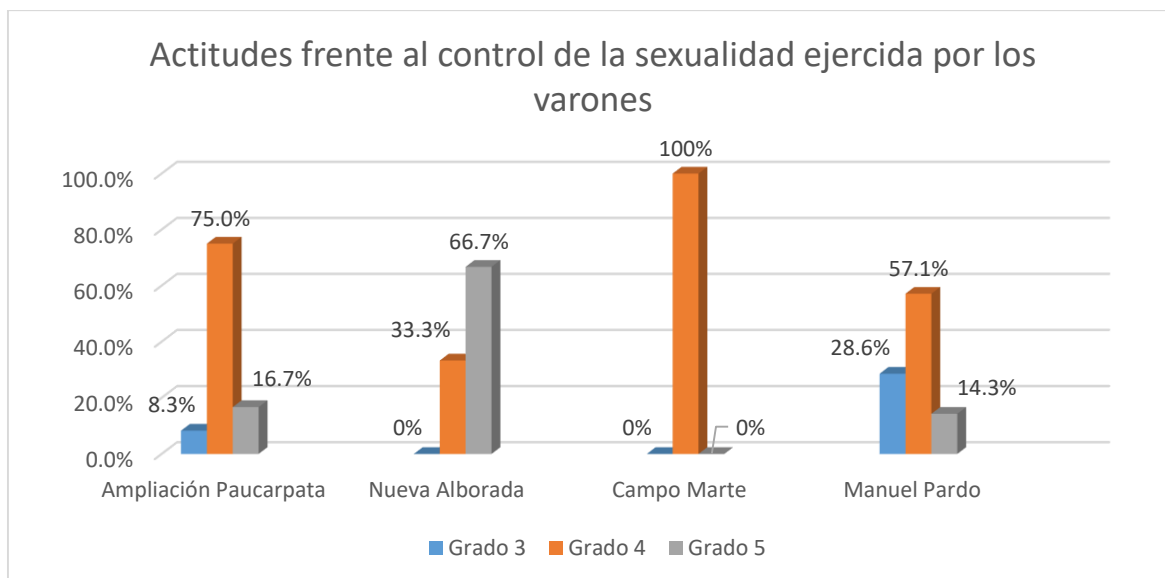
Para prevenir modelos estereotipados en la asignación de roles, es necesario erradicar patrones rígidos de juegos exclusivos, imposición de juguetes según sexo; carreras profesionales únicas para hombres y mujeres; la obligación exclusiva de las hijas mujeres en atender al hermano o padre por ser varones, entre otros. Por tal motivo, se hace necesario prevenir conductas estereotipadas; así como promover la salud a través de talleres de sensibilización y concientización con respecto al rol sexual de ambos géneros.

**Tabla 6**

Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones

Establecimientos de Salud	Grado 3		Grado 4		Grado 5		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ampliación Paucarpata</b>	1	8.30%	9	75.00%	2	16.70%	12	100%
<b>Nueva Alborada</b>	0	0%	2	33.30%	4	66.70%	6	100%
<b>Campo Marte</b>	0	0%	7	100%	0	0%	7	100%
<b>Manuel Prado</b>	2	28.60%	4	57.10%	1	14.30%	7	100%
<b>Total</b>	3	9.40%	22	68.80%	7	21.90%	32	100%

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019



**Figura 6:** Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones

**Fuente:** Escala de actitudes aplicada a los ACS de la Micro Red Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2019

En la presente tabla y figura N° 6, se observa que los 4 establecimientos de salud se ubican en el grado 4 representado por un 68.80%, respecto a la tendencia de rechazo del control de sexualidad ejercida por los hombres, demostrando una tendencia en mantener actitudes positivas.

Por otra parte, observamos que el Cs. Campo Marte cuenta con un 100%; Cs. Ampliación Paucarpata con 75%; el Cs. Manuel Prado con 57.10%; y el Cs. Nueva Alborada con el 33.30%.

De acuerdo a lo mencionado, los ACS de los 4 establecimientos, manifiestan actitudes positivas frente al control de la sexualidad; al basarse en el respeto tanto del hombre como la mujer; en la fidelidad, el no sentenciar a la mujer por no llegar virgen al matrimonio; y que tanto, el hombre como la mujer pueden utilizar anticonceptivos y donde ambos, puedan tomar decisiones saludables para mejorar su calidad de vida.

### **2.3. Análisis de comprobación de la hipótesis**

La graduanda planteó la siguiente hipótesis:

Dado que la Ley N°30825, demanda fortalecer la labor de los agentes comunitarios de salud y que en uno de sus artículos establece que el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, en el ámbito de su competencia brindan capacitación constante a fin de que se cumplan las metas establecidas en los planes de salud; entonces, es probable que los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata establezcan semejanzas en manifestar actitudes de rechazo hacia el machismo por ser líderes que promueven comportamientos y estilos de vida saludables en su comunidad.

Según los hallazgos en la presente investigación, se demostró que existen similitudes y diferencias respecto a los resultados encontrados en los 4 establecimientos de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata. Semejanzas, porque los ACS de los 4 establecimientos coinciden en tres indicadores que son: actitudes hacia el dominio masculino, actitudes frente superioridad masculina y actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones ubicándose en el grado N°4 y 5 e interpretándose de manera positiva al manifestar una tendencia y rechazo definitivo al machismo respecto a los indicadores mencionados. Por otro lado, también los ACS de los 4 establecimientos, han concordado respecto a dos indicadores que son: actitudes hacia la dirección del hogar y actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; pero ubicándose en el grado N°3, manifestando que existe actitudes ambivalentes hacia el machismo; ya que algunas veces los ACS puede actuar rechazando al machismo y otras aceptándolo. Por otra parte, existe diferencias en cuanto a los resultados de los 4 establecimientos de salud porque los ACS no han rechazado los cinco indicadores; sino, solo tres de ellos. Por lo que concluimos, que la hipótesis ha sido comprobada parcialmente al no haber rechazado los 5 indicadores.

### **3. Diagnóstico Social**

La Micro Red Ampliación Paucarpata, está ubicada en la Avenida Kennedy Número 2101 en el distrito de Paucarpata en la provincia y departamento de Arequipa. Asimismo, es una institución de carácter estatal dependiente de la Gerencia Regional Arequipa Caylloma y cumple lineamientos de política de gestión que emana el Ministerio de Salud. Desde el 2003,

ha sido integrada por cuatro establecimientos de salud que son: Ampliación Paucarpata, Nueva Alborada, Campo Marte y Manuel Prado; siendo el Centro de Salud Ampliación Paucarpata el establecimiento de referencia.

### **3.1. Reseña Histórica**

La Micro Red surge desde el 1978, cuando la directiva del Pueblo Joven Ampliación Paucarpata, acuerda ceder parte del terreno designado como local social, para la construcción de un puesto de salud, con el propósito de contar con servicios médicos para la población. La Posta de Salud, entra en marcha el 29 de enero de 1981 en el gobierno de Fernando Belaunde Terry.

La categoría del centro de salud se eleva con fecha el 01 de abril de 1983 bajo la jefatura del Dr. Luis Gallegos y luego el Dr. Raúl Miranda Aróstegui.

En el año 1993 la jefatura es asumida por la doctora Roxana Aguilar Acosta, quien conformó una asociación denominada AFOSMI (Asociación para el fortalecimiento de salud materno infantil) y se presenta un proyecto ante la institución CARE FIS (ONG Fortalecimiento de instituciones de salud) construyéndose así el módulo de maternidad. En noviembre del año 1994 el centro de salud se logra constituir el Comité Local de Administración Local - CLAS Ampliación Paucarpata, ampliando el horario de atención de 12 horas a 24 horas, gracias al aporte con presupuesto para personal. En el año 1996 se construye el segundo piso con apoyo de la municipalidad distrital.

En octubre del año 1997 asume la jefatura la Dra. Yvon Tejada Paredes, actual médico jefe, construyéndose el Auditorio con recursos propios del establecimiento: posteriormente se gestiona ante GRA y Municipalidad la ampliación del establecimiento y firmándose el convenio el 2000 por un monto de S/. 170,775.90 siendo el núcleo ejecutor la municipalidad distrital de Paucarpata.

En esta gestión también se instaló la defensoría de la familia haciendo convenio con jóvenes del instituto del ciudadano, reconocida en el año 2000 a nivel nacional PROMUDEH (Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano).



Por otro lado, la Micro Red es una institución dedicada a la prestación de servicios de: Promoción, diagnóstico, prevención y recuperación de la salud en pacientes que acuden a la institución; atendiendo en forma oportuna, eficiente y con calidad para toda la comunidad según grupo etéreo; y para lograr tal propósito, trabaja con promotores de salud que representan a la comunidad.

La reseña histórica de la labor de los ACS en la Micro Red Ampliación Paucarpata se inicia desde que entró en funcionamiento; es decir, como Posta de Salud. El número de promotores de salud de la comunidad fue un total de 20 líderes que hasta la fecha no ha variado en número; la contribución de su labor, fue significativa en las diferentes etapas de vida de la familia y comunidad en favor de la prevención de enfermedades y promoción de la salud (Ortega, 2019).

### **3.2. Características Sociodemográficas**

Los promotores de salud que pertenecen a la micro red son 32, de los cuales 24 son mujeres y 8 son hombres. En cuanto a sus edades, están distribuidos por rangos de edades: de 56 a más edad, son 8 que equivale al 25% ; de 46 a 55 años es representado por 12 ACS, que es equivalente al 37.5%; de 36 a 45 años , son 4 que representa el 12.5%; de 26 a 35 años, son 5 que es igual a 15.6%; y de 18 a 25 años son 3 ACS que es representado por el 9%. Asimismo, 25 líderes son nacidos en el departamento de Arequipa representado por 78% ; y 7 de ellos, son de otros departamentos, representado por un 22%.

Los ACS intervienen mediante los 4 programas de promoción de la salud que incorpora la Micro Red; sin embargo, no hay proyectos sociales específicamente para trabajar la prevención de la violencia machista.

La realidad de los líderes comunitarios, es que realizan un trabajo voluntario que es reconocido y acreditado por la propia comunidad y la Micro Red de salud; sumado a esto, el 100% vive del comercio lo que refleja que son trabajadores independientes y trabajan por cuenta propia. Por otro lado, el 50% de los ACS vive con menos de S/.900.00 nuevos soles; mientras que el 41% tiene un ingreso de s/.900.00 a s/.1500.00 soles y un 9% tiene un ingreso

familiar de s/.1500.00 a s/.3000.00. Lo que nos permite deducir que sus ingresos familiares cubren apenas sus necesidades básicas.

Según el nivel educativo, 17 tienen estudios en el nivel secundaria que es representado por el 53% ; y 8 tienen estudios superiores, conformado por un 25%; y 6 de los ACS tienen estudios superiores no universitarios con un 19% ; y 1 de ellos, solo tiene nivel primaria que conforma el 3%. Por otro lado, 19 ACS desempeñan el rol de educador representado por el 59% ; mientras que 9 desempeñan el rol de supervisor y capacitador representado por 28% y 4 de ellos desempeñan el rol de gestores comunales que lo conforman el 12.5%

Según el estado civil de los 32 ACS, 12 viven en situación de convivencia representado por el 38% y 10 son casados representado por 31%. Mientras 6 son solteros(as) representado por el 19%; 4 de ellos, son divorciados/separados que constituye el 13%.

En cuanto a la cantidad de hijos, 11 agentes comunitarios tienen 2 hijos; mientras que 7 de ellos tienen 3 hijos. Por otro lado, 4 tienen 1 hijo; y 4 líderes comunitarios tienen 4 hijos. Asimismo, 1 agente comunitario tiene 5 hijos y 1 de ellos tiene más de 8 hijos. Sin embargo 4 de ellos no tienen ningún hijo.

Los 32 agentes comunitarios de salud, viven en una vivienda de material noble. Sin embargo 15 viven en casa o departamento propio; mientras que 10 de ellos viven en casa de sus parientes y amigos y 7 viven en casa o departamento alquilado.

Los ACS, de la Micro Red como líderes de su comunidad reciben capacitación regularmente por parte de los profesionales que laboran en los establecimientos que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata como son: lavado de manos, vigilancia comunal, rabia canina, alimentos saludables, vistas domiciliarias, etc. Sin embargo, muchos no asisten porque tienen que atender sus negocios.

La recreación de los ACS, está muy relacionada con el rol que desempeña como líder, por lo mismo que representa a su comunidad y le permite involucrarse en las festividades de la localidad como el día del distrito, la semana santa, el Señor de la Amargura, ciclo vías recreativas que son espacios libres y gratuitos para el aprovechamiento del tiempo libre en

actividades como: actividad física, recreación, el arte y la cultura, caminatas, etc. Así como diferentes campeonatos de fútbol programados por cada asociación o comunidad.

De acuerdo a los datos encontrados en el presente estudio investigativo, se ha determinado que existen *actitudes ambivalentes hacia machismo*, específicamente en cuanto a la dirección del hogar y frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; permitiéndonos afirmar que existe una probabilidad o riesgo en los agentes comunitarios de salud al manifestar actitudes machistas y que puede afectar su salud; así como de los miembros de su familia y a la comunidad a la que representa.

### 3.3. Identificación de la Problemática

Los problemas identificados en los ACS que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata son:

- Limitada cantidad ACS con nivel superior (51% con estudios en el nivel secundaria)
- Prevalencia del machismo como fenómeno sociocultural.
- Limitada cultura preventiva hacia el machismo.
- Limitada cantidad de ACS que representa la Micro Red Ampliación Paucarpata.
- Limitado porcentaje de ACS en el rol de supervisor y de gestor comunal.
- Limitado número de ACS constituidos por la unión del matrimonio (29% del total de los agentes comunitarios es casado).
- Actitudes ambivalentes hacia el machismo en la dirección del hogar.
- Actitudes ambivalentes hacia el machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino.
- Inexistencia de proyectos sociales para trabajar la equidad de género en cuanto a la igualdad de derechos y oportunidades.

#### 3.3.1. Descripción de los Problemas

- ✓ **Limitada cantidad de agentes comunitarios de salud con nivel superior (51% con estudios en el nivel secundaria)**

La limitada cantidad ACS con nivel superior (51% con estudios en el nivel secundaria) constituye un riesgo si no reciben capacitaciones porque son ellos(as) los

que determinan estrategias de intervención para interactuar y prevenir comportamientos saludables y de no ser así existiría una situación de desventaja.

✓ **Prevalencia del machismo como fenómeno sociocultural**

La prevalencia del machismo en los ACS es una problemática que tiene que ver con la cultura y el tipo de sociedad en la que vivimos; porque existe creencias, actitudes y conductas que ponen de manifiesto en actitudes y comportamientos con prejuicios machistas tanto en hombres como mujeres.

✓ **Limitada cultura preventiva hacia el machismo**

La limitada cultura preventiva hacia el machismo en los ACS ejerce desconocimiento de las consecuencias en la salud de las personas, familia y comunidad.

✓ **Limitada cantidad de ACS que representa la Micro Red Ampliación Paucarpata.**

El limitado número de ACS en la Promoción de la Salud impide la identificación y seguimiento de los riesgos en los estilos de vida y comportamientos saludables de los miembros de la comunidad a la cual representa. Por lo que es importante, hacerlos participes y que influyan desde su propia experiencia de vida, sin prejuicios machistas, por lo que son ellos los que implementan estrategias de atención primaria en salud de sus comunidades.

✓ **Limitado porcentaje de agentes comunitarios de salud en el rol de supervisor y de gestor comunal.**

Este problema se evidencia porque solo existe 9 ACS con el rol de supervisor y capacitador representado por 28% y 4 gestores comunales representado con el 12.5%; mientras que 19 son educadores, importante para que puedan acreditar sus competencias y empoderamiento acerca de su labor voluntaria y fundamental en la implementación de estrategias de atención primaria en la salud de su comunidad.

- ✓ **Limitado número de familias constituidas por la unión del matrimonio (29% del total de los agentes comunitarios es casado(a)).**

Los ACS son modelos de vida que influyen en los estilos de vida y entornos saludables comportamientos saludables de la familia; ya que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad que contribuye en el desarrollo integral de los hijos.

- ✓ **Actitudes ambivalentes hacia el machismo frente a la dirección del hogar.**

Constituye un riesgo, porque implicaría creer que la formación de los hijos depende absolutamente de la madre como la única responsable del bienestar del hogar, la administración de la economía del hogar y de la educación de los hijos.

- ✓ **Actitudes ambivalentes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino.**

Se refiere al proceso de aprendizaje según roles de género que son normados y transmitidos en el desarrollo de la identidad según el sexo del niño(a) y que se dan a través de las pautas de crianza y dentro de los diversos contextos socioculturales en el que se interrelaciona. Es así, que las personas que en su nacimiento son identificadas como niños, serán educados como hombres y desarrollarán una identidad de género masculina. Por el contrario, aquellas personas identificadas como niñas, serán educadas como mujeres y su identidad será femenina.

- ✓ **Inexistencia de Proyectos Sociales para trabajar la equidad de género**

La inexistencia de proyectos sociales para promocionar estilos de vida saludable sin machismo impide responder a las necesidades de aquellos grupos que no están empoderados en la igualdad de derechos y oportunidades y para esto es fundamental trabajar con ambos géneros. Asimismo, la elaboración de proyectos sociales son parte del cumplimiento de la Promoción Social en el fortalecimiento de la transversalización del enfoque de género por lo que es importante la implementación de Proyectos Sociales que incorporen el “Enfoque de género” desde la familia y sea ella misma como institución la que ejerza el papel fundamental de crianza, responsabilidad y educación de los hijos.

#### 4. Selección y Análisis del Problema Objeto de Intervención

##### 4.1. Categorización de problemas

###### A). Problemas Esenciales

- Limitado porcentaje de ACS en el rol de supervisor y de gestor comunal.
- Prevalencia del machismo como fenómeno sociocultural

###### B). Problemas Fundamentales

- Limitada cultura preventiva hacia el machismo

###### C). Problema Incidentales

- Limitada cantidad de ACS que representa la Micro Red Ampliación Paucarpata.
- Limitado número de agentes comunitarios constituidas por la unión del matrimonio (29% del total de ACS es casado).
- Inexistencia de proyectos sociales para trabajar la equidad de género en cuanto a la igualdad de derechos y oportunidades.
- Limitada cantidad ACS con nivel superior (51% con estudios en el nivel secundaria)
- Actitudes ambivalentes hacia el machismo en la dirección del hogar.
- Actitudes ambivalentes hacia el machismo frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino.

##### 4.2. Pronóstico

El presente estudio investigativo, evidencia la problemática como un riesgo que puede afectar en los comportamientos y estilos de vida de los ACS de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata; respecto a los resultados que hemos evidenciado en la presente investigación en cuanto a las actitudes ambivalentes hacia la dirección del hogar y frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino que como consecuencia constituye un riesgo en la salud del ACS y pudiéndose extender a los miembros de su familia y la comunidad a la cual representa. La intervención de la trabajadora social debe priorizar propuestas para abordar proyectos sociales que promuevan la equidad de género desde una cultura preventiva para erradicar la violencia machista y en especial

de sus aliados estratégicos que son los ACS que le ayudan a prevenir estilos de vida no saludable y de promocionar la salud para que sean ellos/as/mismos/as las que gestionen su propio bienestar.

#### 4.3. Problema Objeto de Intervención

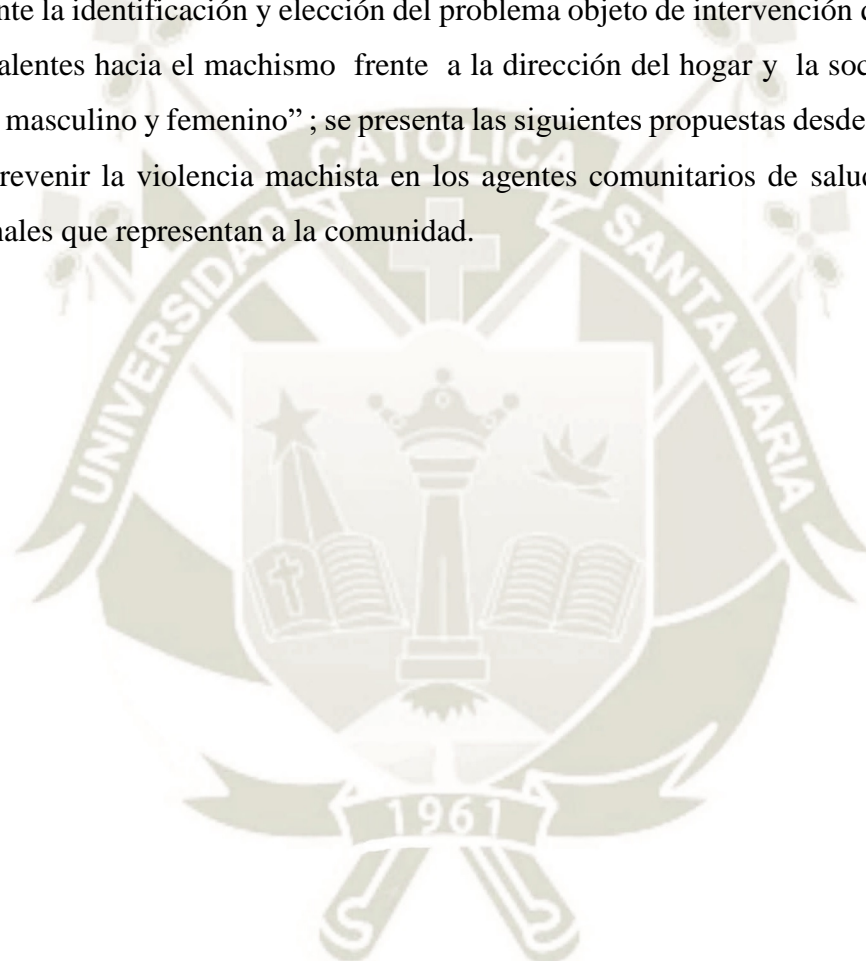
- Actitudes ambivalentes hacia el machismo respecto a la dirección del hogar
- Actitudes ambivalentes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino



### **CAPITULO III**

## **PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA**

En base a los resultados y el respectivo análisis que se obtuvieron del presente diagnóstico mediante la identificación y elección del problema objeto de intervención que son: actitudes ambivalentes hacia el machismo frente a la dirección del hogar y la socialización del rol sexual masculino y femenino” ; se presenta las siguientes propuestas desde el Trabajo Social para prevenir la violencia machista en los agentes comunitarios de salud que son líderes comunales que representan a la comunidad.





## I. PROYECTO N°1

### FORTALECIENDO LA DIRECCIÓN DEL HOGAR DESDE UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

#### 1. Fundamentación

Tradicionalmente se creía que el padre de familia tenía que aportar dinero, ejercer autoridad, tomar decisiones, entre otros; reconociéndolo como único representante o cabeza del hogar; porque mantenía la casa, mientras que la madre se encarga de las labores del hogar y la crianza de los hijos, actividad desvalorizada; a pesar, de las grandes responsabilidades que involucra la educación de los hijos y todas las tareas domésticas. Sin embargo, los patrones culturales están cambiando en nuestra sociedad; los roles son otros, tanto el hombre como la mujer salen a buscar el sustento del hogar; es así, que la mujer ya no solamente asume la labor de la casa; sino también, del trabajo, recargándose las responsabilidades y afectando su salud física, emocional y social. Por otro lado, también repercute negativamente en el hombre ya que de no poder sustentar económicamente a la familia cae en él una frustración emocional, depresión, abandono del hogar o suicidio.

La dirección del hogar es responsabilidad de ambos cónyuges y está constituido como un derecho reconocido en nuestra sociedad. Según estudios, las mujeres que tienen mayor carga en las tareas del hogar presentan mayor ansiedad, depresión y baja autoestima repercutiendo de esta manera en su salud. Por otro lado, los varones son los que menos acuden a visitar los centros de salud, porque muchas veces están trabajando o por algún complejo de superioridad de considerarse fuerte físicamente, emocionalmente, etc.

La igualdad de derechos y oportunidades en la dirección del hogar permitirá una dinámica familiar saludable donde los conyuges compartan la dirección del hogar y las responsabilidades del hogar; solo así se propiciará un ambiente de armonía y bienestar social sin estereotipos machistas. Por tal motivo; la presente propuesta de proyecto tiene como finalidad fortalecer la responsabilidad compartida para dirigir el hogar desde el enfoque de equidad de género.

## **2. Objetivos**

### **a). Objetivo general**

- Promover la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida en los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata.

### **b). Objetivos específicos**

- Evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a las actitudes machistas frente a la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida en los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud.
- Aplicar la propuesta «fortaleciendo la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida» en los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud.
- Evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a las actitudes frente a la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida después de aplicar la propuesta «fortaleciendo la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida» en los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud.

## **3. Estrategias**

- Involucrar la participación del personal de la Micro Red.
- Involucrar la participación del Centro de Emergencia Mujer
- Involucrar la participación de autoridades de la Municipalidad de Paucarpata según el presente proyecto.
- Formalizar un equipo de trabajo para la ejecución del presente proyecto.
- Constituir una alianza entre la Micro Red; Centro de Emergencia Mujer y la Municipalidad de Paucarpata
- Comprometer la participación activa de los ACS.

## **4. Metas**

- Obtener el 100% de la participación de los ACS de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata
- Obtener el 100% de la participación de las Trabajadoras Sociales de los Cuatro Establecimientos de Salud.

- Obtener el 80% de las autoridades de la Micro red Ampliación Paucarpata, Centro de emergencia Mujer y de la Municipalidad de Paucarpata.

## **5. Programa de actividades**

### **5.1. Acciones de Coordinación**

- Coordinar con el jefe responsable de la Micro Red Ampliación Paucarpata.
- Coordinar con los responsables de cuatro establecimientos de salud.
- Coordinar con el responsable del Centro de emergencia Mujer.
- Coordinar con los agentes comunitarios de salud.
- Coordinar con el responsable de la Municipalidad de Paucarpata.

### **5.2. Acciones de Motivación**

- Reconocimiento público de la labor de los ACS.
- Reconocimiento público de la alianza estratégica de las instituciones: Micro Red Ampliación Paucarpata, Centro de Emergencia Mujer y la Municipalidad de Paucarpata.
- Invitación a los medios de comunicación (Radio exitosa, etc.)
- Entrega de tarjetas de invitación y visita domiciliaria a los ACS para comprometer su participación.
- Dinámicas de sensibilización y motivación.

### **5.3. Acciones de Organización**

- Coordinar las reuniones con los ACS para determinar cronograma de sesiones de la ejecución del proyecto.
- Asignar grupo de expertos interdisciplinarios para ejecutar las capacitaciones (Psicólogo- Abogado- Trabajadora Social)
- Coordinar con los expertos, el material que utilizarán en las sesiones y dinámicas.
- Solicitar programación de sesiones en cuanto a temas seleccionados.
- Solicitar y coordinar el uso del auditorio y de los medios audiovisuales.
- Entrega de oficios y entrevista con los representantes de las instituciones (Micro Red- Centro de Emergencia Mujer- Municipalidad de Paucarpata)
- Presentar Informe de ejecución y finalización del presente proyecto a la Micro Red.
- Gestionar reconocimientos y presentes a los ACS.

#### 5.4. Acciones de capacitación

- **Tema 1:** Machismo en el hogar  
Talleres: Dinámica de Violencia doméstica y problemas de la salud
  - Situación de trabajo no remunerado en los hogares
- **Tema 2:** Responsabilidad compartida en la dirección del hogar  
Talleres: Dinámica escuela para padres
  - Contratos familiares: Distribución de las actividades/tareas del hogar
- **Tema 3:** Estrategias para Dirigir del hogar  
Talleres: Dinámica para la prevención de la violencia machista en el hogar
  - Indicadores de Riesgo de violencia entre conyuges

#### 5.5. Acciones de Evaluación

- Diseño de un sistema de seguimiento y monitoreo
- Seguimiento Participativo
- Evaluación Participativa

### 6. Recursos

#### 6.1. Recursos Humanos

- Representante del Centro Emergencia Mujer
- Trabajadoras Sociales
- ACS

#### 6.2. Recursos Materiales

- Útiles de escritorio
- Retroproyector
- Mesas, sillas
- Computadora
- Material didáctico

#### 6.3. Recursos Institucionales

- Universidad Católica de Santa María
- Micro Red Ampliación Paucarpata
- Centro de Emergencia Mujer ubicado en la Comisaria de Campo Marte Paucarpata

#### 6.4. Recursos Financieros

- El evento será autofinanciado por el aporte de cada institución.

## 7. Responsable

- Trabajadora Social

## 8. Cronograma

La duración de la presente propuesta será de 3 meses.



## II. PROYECTO N° 02

### FORTALECIENDO LA SOCIALIZACIÓN DEL ROL SEXUAL MASCULINO Y FEMENINO

#### 1. Fundamentación

La educación sexual de los niños es uno de los deberes más significativos de los padres, para que puedan desenvolverse de manera sana y feliz. Sin embargo, muchas veces es un espacio vacío, existiendo un silencio o mentira que constituye muchas veces un tabú o no saber cómo abordarlo. La socialización del rol sexual, es complicada de definir, porque hace referencia de cómo las personas deben comportarse adecuadamente según su género. Cada sociedad, establece normas y valores con las que se pretende guiar los comportamientos de las personas.

La masculinidad hegemónica, ha legitimado el rol de superioridad de los hombres sobre las mujeres; y resulta claro, que la sociedad ha contribuido en el proceso de identidad sexual del niño o niña. La familia es primera institución, que se encarga de la formación de los hijos(as); en segundo lugar el colegio y en tercer lugar el entorno, es decir la sociedad que actúan dinámicamente en la determinación de juegos exclusivos que representa el rol de cada sexo en sociedad; el prejuicio social de carreras profesionales para cada género; la asignación de roles de género de considerar a las mujeres más sensibles, delicadas, etc. que los varones; marcando aspectos aparentemente inofensivos que traen consecuencias a posteriori en su identidad de género. Es por eso, que la presente propuesta tiene como finalidad prevenir comportamientos machistas respecto a la socialización del rol sexual masculino y femenino en los/las líderes comunitarios de salud para que manifiesten comportamientos saludables desde el enfoque de equidad y derechos de la salud.

#### 2. Objetivos

##### a). Objetivo general

Promover la socialización del rol sexual sin estereotipos machistas en los ACS de los cuatro establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata.

### **b). Objetivos específicos**

- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a las actitudes machistas frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino de los ACS de los cuatro establecimientos de salud.
- ✓ Aplicar la propuesta « fortaleciendo la socialización del rol sexual masculino y femenino» en los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud.
- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a las actitudes machistas frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino después de aplicar la propuesta « fortaleciendo la socialización del rol sexual masculino y femenino» en los agentes comunitarios de los cuatro establecimientos de salud.

### **3. Estrategias**

- Involucrar la participación del personal profesional de la Micro Red.
- Involucrar la participación de los representantes del Centro de Emergencia Mujer ubicado en la Comisaria de Campo Marte.
- Involucrar la participación de la Municipalidad de Paucarpata según el presente proyecto.
- Formalizar un equipo de trabajo para la ejecución del presente proyecto.
- Constituir una alianza entre la Micro Red y Centro de Emergencia Mujer y la Municipalidad de Paucarpata.
- Comprometer la participación activa de los ACS.

### **4. Meta**

- Obtener el 100% de participación de los ACS de los cuatro establecimientos de salud
- Obtener el 100% de participación de las trabajadoras sociales de los cuatro establecimientos de salud.
- Obtener el 80% de participación de las autoridades de la Micro Red Ampliación Paucarpata y el Centro de emergencia Mujer y representantes de la Municipalidad de Paucarpata.

## **5. Programa de actividades**

### **5.1. Acciones de Coordinación**

- Coordinar con las autoridades responsables de los cuatro establecimientos de salud
- Coordinar con la autoridad responsable del Centro de emergencia Mujer
- Coordinar con los ACS.
- Coordinar con el personal de la micro red
- Coordinar con las autoridades responsables de la Municipalidad de Paucarpata

### **5.2. Acciones de Motivación**

- Reconocimiento público de la labor de los ACS.
- Reconocimiento público de Alianza estratégica entre las diferentes instituciones: Micro Red Ampliación Paucarpata; Centro de Emergencia Mujer y Municipalidad de Paucarpata.
- Invitación a los medios de comunicación (Radio exitosa, etc.)
- Entrega de tarjetas de invitación y visita domiciliaria a los ACS.
- Dinámicas de sensibilización y motivación.

### **5.3. Acciones de Organización**

- Coordinar las reuniones con los ACS para determinar cronograma de sesiones de la ejecución del proyecto.
- Asignar grupo de expertos interdisciplinarios para ejecutar las capacitaciones (Psicólogo- Abogado- Trabajadora Social).
- Coordinar material que utilizarán los expertos en las dinámicas.
- Solicitar programación de sesiones de temas seleccionado por equipo profesional.
- Solicitar y coordinar el uso del auditorio y de los medios audiovisuales.
- Entrega de oficios y entrevista con los representantes de las instituciones (Micro Red- Centro de Emergencia Mujer- Municipalidad de Paucarpata)
- Presentar informe de ejecución y finalización del presente proyecto a la Micro Red.
- Gestionar reconocimientos y presentes a los ACS.



## 5.4. Acciones de capacitación

### Tema 1: Género y Educación

- Taller: Sensibilización “Rompiendo estereotipos machistas del Rol de género”.

**Tema 2:** Hacia una educación diferente pero equitativa: Juego, trato afectivo y carreras profesionales.

- Teatro: Juego, trato afectivo y carreras profesionales.

### Tema 3: Brechas de Género

- Taller: Estilos de vida saludables en la socialización del rol sexual masculino y femenino en los ACS.

## 5.5. Acciones de Evaluación

- Diseño de un sistema de seguimiento y monitoreo
- Seguimiento Participativo
- Evaluación Participativa

## 6. Recursos

### 6.1. Recursos Humanos

- Representante del Centro Emergencia Mujer
- Trabajadoras Sociales
- ACS y familia
- Representantes de la Municipalidad de Paucarpata.

### 6.2. Recursos Materiales

- Útiles de escritorio
- Retroproyector
- Mesas, sillas
- Computadora
- Material didáctico

### 6.3 Recursos Institucionales

- Universidad Católica de Santa María
- Micro Red Ampliación Paucarpata
- Centro de Emergencia Mujer ubicado en la comisaria de Campo Marte Paucarpata

#### **6.4. Recursos Financieros**

- El evento será autofinanciado por el aporte de cada institución.

#### **7. Responsable**

- Trabajadora Social

#### **8. Cronograma**

La duración de la presente propuesta será de 3 meses.



## CONCLUSIONES

### **PRIMERA**

Los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Ampliación Paucarpata, manifiestan actitudes ambivalentes hacia el machismo, ubicándose en el grado N°3 respecto a dos de los cinco indicadores establecidos en la presente investigación que son: actitudes hacia la dirección del hogar y actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; que significa, que existe la probabilidad de actuar en favor o en contra del machismo, constituyéndose un riesgo para no manifestar comportamientos saludables.

### **SEGUNDA**

Los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Nueva Alborada, han expresado actitudes ambivalentes hacia el machismo, ubicándose en el grado N°3, respecto a dos de los cinco indicadores establecidos en el presente estudio que son: actitudes hacia la dirección del hogar y actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; que constituye una tendencia para desarrollar comportamientos con estereotipos machistas.

### **TERCERA**

Los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Campo Marte, han manifestado actitudes ambivalentes hacia el machismo situándose en el grado N° 3 con referencia a dos de los cinco indicadores como son: actitudes hacia la dirección del hogar y frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; que denota una predisposición de no manifestar comportamientos saludables.

### **CUARTA**

Los agentes comunitarios del Establecimiento de Salud Manuel Prado, desde los cinco indicadores establecidos en la presente investigación, han manifestado actitudes ambivalentes hacia el machismo respecto a dos de ellos que son: actitudes hacia la dirección del hogar y actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; que significa que existe una probabilidad de manifestar comportamientos machistas.

## QUINTA

Según los hallazgos en la investigación, se demostró que existen similitudes y diferencias respecto a los resultados encontrados en los 4 establecimientos de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata. Semejanzas, porque los ACS de los 4 establecimientos coinciden en tres indicadores que son: actitudes hacia el dominio masculino, actitudes frente superioridad masculina y actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones ubicándose en el grado N°4 y 5 e interpretándose de manera positiva al manifestar una tendencia y rechazo definitivo al machismo respecto a los indicadores mencionados. Por otro lado, también los ACS de los 4 establecimientos, han concordado respecto a dos indicadores que son: actitudes hacia la dirección del hogar y actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y femenino; pero ubicándose en el grado N°3, manifestando que existe actitudes ambivalentes hacia el machismo; ya que algunas veces los ACS puede actuar rechazando al machismo y otras aceptándolo. Por otra parte, existe diferencias en cuanto a los resultados de los 4 establecimientos de salud porque los ACS no han rechazado los cinco indicadores; sino, solo tres de ellos. Por lo que concluimos, que la hipótesis ha sido comprobada parcialmente al no haber rechazado los 5 indicadores.

Luego de realizada la investigación, los objetivos se han cumplido y la hipótesis ha sido parcialmente comprobada.

## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

Es muy importante que la Micro Red Ampliación Paucarpata considere en su plan anual de trabajo los dos proyectos sociales establecidos en la propuesta de intervención “Fortaleciendo la dirección del hogar desde una responsabilidad compartida” y “Fortaleciendo la socialización del rol sexual masculino y femenino” para prevenir las actitudes machistas y promocionar estilos de vida en los ACS.

### SEGUNDA

El Centro de Emergencia Mujer y la Micro Red de Salud Ampliación Paucarpata deben realizar un trabajo en equipo interinstitucional para impulsar acciones articuladas para conseguir objetivos comunes y abarcar el problema desde una perspectiva holística a favor de la prevención de la violencia machista y de la promoción de comportamientos saludables de los líderes comunitarios.

### TERCERA

La Trabajadora Social debe desarrollar proyectos sociales desde los Programas de familias y viviendas saludables para promover comportamientos y estilos de vida saludables libre de prejuicios machistas en los agentes comunitarios; ya que son líderes estratégicos que apoyan los propósitos de las políticas de salud.

### CUARTA

Se recomienda promover el reconocimiento público de los líderes comunitarios de salud como aliados estratégicos y modelos de vida que predicán con el ejemplo en la Micro Red de Paucarpata.

## REFERENCIAS

- Aguirre, D. (2017). *Diferencias entre las Actitudes hacia el Machismo que tiene un grupo de Millennials versus un grupo Baby Boomers*. (Tesis de Pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Consultado en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2017/05/42/Aguirre-Delmy.pdf>
- Allport, G.W. (1935). *Attitudes*. In C. Murchison (Ed) *Handbook of Social Psychology*, Worcester, Mass: Clark University Press
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. USA: Open University Press.
- Andina Agencia Peruana de Noticias (2018). *Ejecutivo promueve certificación de agentes comunitarios de salud*. Lima, jul. 24. 15:19 ; Consultado en: <https://andina.pe/agencia/noticia-ejecutivo-promueve-certificacion-agentes-comunitarios-salud-718629.aspx>
- Ariza, C. (2017). *Violencia Contra la Mujer y actitud Machista en los casos atendidos en el Ministerio Público de la Provincia de la provincia de Huaraz, Ancash*. (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo, Huaraz, Ancash, Perú. Consultado en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11938/ariza\\_zc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11938/ariza_zc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bautista, D. (2011). *El Machismo y los Índices de Maltrato a la Mujer en el Cantón Lago Agrio*. Tesis de Maestría. Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador. Recuperado el 28 de 06 de 2019, de [http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12485/1/50599\\_1.pdf](http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12485/1/50599_1.pdf)
- Barra, E. (1998). *Psicología Social*. Concepción. Edit. Universidad. Consultado en: [http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC\\_Psicologia\\_Social.pdf](http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Psicologia_Social.pdf)
- Blanco, F. (2000). *Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora*. Universidad Simón Bolívar. Venezuela. p.217 - 225 Vol.42, N° 3. Consultado en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2000.v42n3/217-225/>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El Feminismo y la subversión de la Identidad*. (A. Muñoz, Trad.) Barcelona, España: Paidós, Iberica, S.A.
- Candiotti, E. & Huamán, S. (2017). *Actitudes Machistas en estudiantes del Octavo Semestre de las Facultades de ingeniería Mecánica y Trabajo Social de la Universidad Nacional del Centro del Perú – 2015. Huancayo*. Tesis Pregrado. Consultado en:

<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1680/TESIS%20ACTITUDES%20MACHISTAS%20EN%20ESTUDIANTES%20DEL%20OCTAVO%20SEMESTRE%20DE%20LA%20FACULTAD%20DE%20INGENIERIA%20MECANIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible regresa*, Ciudad de México: Taurus

Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (17-21 de Noviembre de 1986).

*Hacia un concepto de Salud Pública* . Obtenido de Carta de Ottawa para la promoción de la Salud: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Colom, D. (2010). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Revistas servicios sociales. 1134-7147, N°47; p.p. 109-119.

Consultado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262815>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2010). *Lentes de género: lecturas para desarmar el patriarcado*. Caracas. Fundación Imprenta de la Cultura. p.1-145

Consultado en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104031339/pdf\\_138.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104031339/pdf_138.pdf)

Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (17-21 de Noviembre de 1986).

*Hacia un concepto de Salud Pública* . Obtenido de Carta de Ottawa para la promoción de la Salud: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Chuco, J. (2019). *Actitud Machista en adolescentes atendidos en un centro de salud pública del distrito de Independencia*. Tesis de Licenciatura. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Consultado en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4313>

Daros, W. (2014). *La mujer posmoderna y el machismo*. Revista de las Ciencias del espíritu. Franciscanum. Bogotá- Colombia. Vol. LVI, núm. 162, p.p. 107-129.

De la Cruz, P. & Morales, J. (2014). *Comparación de las actitudes hacia el machismo entre las mujeres del Asentamiento Humano “El Vallecito” y la Comunidad “Villa Rica”*

de Lima Este; p.p. 1-74. Tesis de Licenciatura. Universidad Peruana Unión. Consultado en:

[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/704/Priscilla\\_Tesis\\_Bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/704/Priscilla_Tesis_Bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Diario Gestión. (16 de 11 de 2018). *Martín Vizcarra: Es necesaria la promoción de la igualdad y la no discriminación contra la mujer*. Consultado en: <https://gestion.pe/peru/martin-vizcarra-necesaria-promocion-igualdad-discriminacion-mujer-250191>
- Diario Oficial. El peruano. Congreso de la República. (2013). Congreso de la República. *Ley del Ejercicio Profesional del Trabajo Social*. Consultado en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-del-ejercicio-profesional-del-trabajador-social-ley-n-30112-1020471-1/>
- Diario Oficial. El peruano. Congreso de la República. (2015). *Ley N°30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Consultado en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
- Diario Oficial. El Peruano. Congreso de la República. (2018). *Normas Legales. Ley que Fortalece la labor de los Agentes Comunitarios de Salud*. Consultado en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-fortalece-la-labor-de-los-agentes-comunitarios-de-sa-ley-n-30825-1672136-1/>
- Díeza; Juárez & Villamarín (2005). *Educación Sanitaria: Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 125(5):193-7. Consultado en: [es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13077143-S300.pdf](https://es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13077143-S300.pdf) (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
- Elejabarrieta, F., & Iñiguez, L. (2010). *Construcción de escalas de actitud, tipo Thurstone y Likert. La Sociología En Sus Escenarios*, (4). Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6564>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014) *Definición Global de Trabajo Social*. Consultado en: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Fundación Juan Vives Suriá,(2010). *Lentes de género: lecturas para desarmar el patriarcado*. Editorial Fundación Editorial El perro y la rana
- Fuller, N. (2012). *Reflexiones sobre el machismo en el Perú*. Santiago de Chile. Revista Europrofem. Consultado en: [http://www.europrofem.org/contri/2\\_05\\_es/es-masc/44es\\_mas.htm](http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/es-masc/44es_mas.htm).
- González, R. & Romero, V. (2013). *“Machismo ¿una forma de vivir?”*. Facultad de Educación y Humanidades Departamento de Ciencias Sociales Psicología. Chile.



Tesis de Licenciatura. Universidad del Bio - Bio. Consultado en:  
[http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/325/1/Gonz%C3%A1lez%20V%C3%A1squez\\_Rolando.pdf](http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/325/1/Gonz%C3%A1lez%20V%C3%A1squez_Rolando.pdf)

Gestión, R. I. (16 de 11 de 2018). *Martín Vizcarra: Es necesaria la promoción de la igualdad y la no discriminación contra la mujer.* Consultado en:  
<https://gestion.pe/peru/martin-vizcarra-necesaria-promocion-igualdad-discriminacion-mujer-250191>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). *Notas de Prensa. 38 feminicidios se registraron en el primer trimestre del año 2019.* Consultado en:  
<http://m.inei.gov.pe/prensa/noticias/38-femicidios-se-registraron-en-el-primer-trimestre-del-ano-2019-11662/>

Kauth, A. R., & Leticia Marín de Magallanes, M. E. (1993). *El Machismo Imaginario.* Revista Latinoamericana de Psicología, 275-284.

Lamas, M. (2014). *El derecho a la salud y a la vida en la experiencia de proveer económicamente.* Revista de Derechos Humanos. Vol. N°3. Disponible en:  
[https://d1wqtxtslxzle7.cloudfront.net/54656697/DFensor\\_03\\_2014\\_Copia\\_en\\_conflicto\\_de\\_MacBook-Pro-de-Roberto-Garda.local\\_2017-09-30.pdf?1507470717=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstudios\\_de\\_las\\_masculinidades\\_esperanza.pdf&Expires=1596680700&Signature=aht43NG0bsQ12QtZMhfYgKvYAJ4SlzAADsGUBkt~GymMH4CLtYz0U4QmwWvClx0ttDIyF7DNer1TI-ub-5fQgNhXyUB9CbrOnn5k5bF3HgHHvo4AVL49Razt9V-wsRy4BYtouNUQcqzdaR3d3ooeBhVbSKXDpWBxD0GLXBYdOBhW2fCGNrW15Li1aKUXeiagOB3A49X7Mnos-TOYicgxPLHE0F94bQLpIQLgX-BsxP1hpYbB874RCA1PZNWat0wI~vep93Nt4CVC05RAvMdJaAWFBuhQU7F~tZWRMHvae0JzxWuwc9jgluSdRejr-HafMYJxCc7gWzVASwpySyseuw\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=34](https://d1wqtxtslxzle7.cloudfront.net/54656697/DFensor_03_2014_Copia_en_conflicto_de_MacBook-Pro-de-Roberto-Garda.local_2017-09-30.pdf?1507470717=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstudios_de_las_masculinidades_esperanza.pdf&Expires=1596680700&Signature=aht43NG0bsQ12QtZMhfYgKvYAJ4SlzAADsGUBkt~GymMH4CLtYz0U4QmwWvClx0ttDIyF7DNer1TI-ub-5fQgNhXyUB9CbrOnn5k5bF3HgHHvo4AVL49Razt9V-wsRy4BYtouNUQcqzdaR3d3ooeBhVbSKXDpWBxD0GLXBYdOBhW2fCGNrW15Li1aKUXeiagOB3A49X7Mnos-TOYicgxPLHE0F94bQLpIQLgX-BsxP1hpYbB874RCA1PZNWat0wI~vep93Nt4CVC05RAvMdJaAWFBuhQU7F~tZWRMHvae0JzxWuwc9jgluSdRejr-HafMYJxCc7gWzVASwpySyseuw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=34)

López, F. (1984). *La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. Infancia y Aprendizaje, 7(26), 65–75.* doi:10.1080/02103702.1984.10822034

Matos, Juvitza. Toribio, M. (2014). *Características Socio Culturales de los Agresores en los Casos de Violencia Intrafamiliar del Distrito de San Jerónimo de Tunan - Huancayo.* (Tesis Pregrado). Universidad Nacional del Centro del Perú. 2014.

Consultado en:

[http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/955/TTS\\_50.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/955/TTS_50.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mendez Cruz, María Reneé. (2012). *From habitus to femichismo: The reproduction of Machismo in Cochabambinian Women*. *Punto Cero*, 17(24), 18-30. Recuperado en 05 de agosto de 2020, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762012000100004&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762012000100004&lng=es&tlng=en).

Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (2019). *Programa Nacional para la prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e integrantes del Grupo Familiar-AURORA*. Reporte Estadístico de casos con características de Femicidio registrados por los Centros Emergencia mujer. Consultado en: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=39>

Ministerio Nacional de Salud del Perú (2019). *Resolución Ministerial N° 078 – 2019 MINSA*. Consultado en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/287410/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_078-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/287410/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__078-2019-MINSA.PDF)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (2019). *Programa Nacional contra la violencia Familiar y Sexual*. Estadísticas sobre Femicidios. Lima. Consultado en: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=39>

Ministerio Nacional de Salud del Perú (2014). *Orientaciones para el Fortalecimiento de la Labor del Agente Comunitario en Salud*. Lima. Documento Técnico. Consultado en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3154.pdf>

Ministerio Nacional de Salud del Perú (2014). *Documento Técnico. Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de Salud*. Consultado en: [bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3154.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3154.pdf)

Ministerio Nacional de Salud del Perú (2012). *Documento Técnico: Metodología para la Capacitación de las y los Agentes Comunitarios de salud*. Guía de la y el Facilitador”.

Ministerio Nacional de Salud del Perú (2011). *Directiva Administrativa para el Trabajo con el Agente Comunitario de Salud N°174 – MINSA/DGPS – V. 01*. Glosario. Consultado en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2238.pdf>

- Ministerio Nacional de Salud del Perú (s.f.). *Documento Técnico. Modelo de abordaje de Promoción de la Salud en el Perú*. S.a.  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203\\_prom30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf)
- Ministerio Nacional de Salud del Perú (s.f.). *Agentes Comunitarios de Salud defendiendo la vida y la Familia*. Consultado en:  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/articulo\\_agentes.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/articulo_agentes.pdf)
- Ministerio Nacional de Salud del Perú (2006). *Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú*. Documento Técnico. Lima, pp. 1- 221. Consultado en :  
<https://crolimacallao.org.pe/documentos/normas/MODELO%20DE%20ABORDAJE%20PROMOCION%20DE%20LA%20SALUD%20PERU.pdf>
- Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables (2019). *Informe Estadístico. Violencia en Cifras*. Disponible en: <http://www.minp.gob.pe> › infome- estadístico-04-2019\_PNCVFS-UGIGC
- Moral, J. & López, F. (2012). *Relación de violencia en la familia de origen y machismo, con violencia en la pareja*. Vol.15. Núm.59; p.p.. 73-80. Consultado en:  
<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579613082794>
- Moreno, D.; Valdez, C; Gámez, M. y Ahumada, J. (2018). *Actitudes sexuales y conducta sexual de riesgo para VIH-ITS en adolescentes de secundaria. Asociación Mexicana de Psicología Social*. Volumen IV (pp.761-774). Recuperado en:  
[https://www.researchgate.net/publication/327305460\\_ACTITUDES\\_SEXUALES\\_Y\\_CONDUCTA\\_SEXUAL\\_DE\\_RIESGO\\_PARA\\_VIH-ITS\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_DE\\_SECUNDARIA](https://www.researchgate.net/publication/327305460_ACTITUDES_SEXUALES_Y_CONDUCTA_SEXUAL_DE_RIESGO_PARA_VIH-ITS_EN_ADOLESCENTES_DE_SECUNDARIA)
- Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Consultado en:  
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.  
Disponible en: <https://rpp.pe/campanas/contenido-patrocinado/machismo-el-problema-social-detras-de-la-violencia-de-genero-noticia-1175565?ref=rpp>
- Octavio, G. (1972). *El machismo como fenómeno psicocultural*. Revista Latinoamericana de Psicología, 4(3), 295-309. Recuperado el 30 de 06 de 2019, de Revista Latinoamericana de Psicología: Available in:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80540302>

- Organización Panamericana de Salud (2005). *Política de Igualdad de género. Política de Igualdad de género de la OPS/OMS*. Consultado en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es)
- Organización Panamericana de Salud (2010). *Manual del Agente Comunitario de Salud. Manual del Facilitador*. Washington. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente. p.p. 1-118 Consultado en: <https://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Agente-Comun-Salud-Guia-Facilitador-LR.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (Agosto de 2016). *¿Qué es la promoción de la salud?* . Obtenido de Sitio Web Mundial : [https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/Organización Panamericana de la Salud](https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/Organización%20Panamericana%20de%20la%20Salud) (octubre del 2020). *Promoción de la salud*- Obtenido del Sitio Web Mundial: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Organización Panamericana de la Salud (1986). *Promoción de la Salud*. (O. d. web, Editor) Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Política de Igualdad de Género*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de Salud (2006). *Política de la Organización Panamericana de la Salud en materia de igualdad de género. Revista Panamericana de Salud Pública* , 19(2), 137-140. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n2/137-140/es>
- Organización Panamericana de Salud (s.f.). *Equidad en salud*. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es)

- Organización Panamericana de la Salud. (23 de Agosto de 2018). *Género y Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Ortiz, C. (2018). *Martín Vizcarra: “Necesitamos desterrar los patrones de machismo”*. La República 6/8/2018. Consultado en: <https://larepublica.pe/politica/1293325-martin-vizcarra-necesitamos-desterrar-patrones-machismo/>
- Pacheco, F. (2002). *Actitudes*. Dialnet. Eúphoros.-España, UNED. C. A. de Algeciras. ISSN 1575-0205, N°. 5, págs. 173-186. Consultado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181505>
- Paredes, J. (2006). *Manual para la Investigación Científica*. Sexta Edición. Arequipa. Universidad Católica de Santa María.
- Paredes, J. (2015). *Manual para la Investigación Científica*. Primera edición. Arequipa. Universidad Católica de Santa María.
- Palomino, D. & Condori, E. (2017). *Participación de los Agentes Comunitarios de Salud del programa Municipios y Comunidades Saludables de la Micro Red de Salud Tiabaya- Arequipa*. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis de Segunda especialidad. Consultado en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6394/CHSpavedl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perú 21 (2016). *El 74% considera que el Perú es una sociedad machista*. Infografía. Lima. Consultado en: <https://peru21.pe/lima/74-considera-peru-sociedad-machista-infografia-225689-noticia/>
- Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. (1 de 2019). *Informe estadístico. Violencia en cifras enero 2019*. Obtenido de Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pITBnVBxxpIJ:https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php%3Fcodigo%3D33+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Ramírez, M. (2003). *Hombres violentos: un estudio antropológico de la violencia masculina*. México. Edit. Plaza y Valdez, S.A. p.1-268. ISBN: 970-722-120-8
- Ramos, S. (2016). *Machismo, victimización Y perpetración en mujeres y hombres mexicanos*. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. Vol. XXII, núm.

43, 2016.

Disponible:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/316/31646035003/html/index.html>

Real Academia Española. (2019). *Machismo*. Recuperado el 29 de 06 de 2019, de Diccionario de la real Academia Española 23 Ed.: <https://dle.rae.es/?id=NnO8B9D>

Real Academia Española. 23 Edición. (s.f.). *Diccionario de la Real Academia*. Consultado en: <https://dle.rae.es/?id=NnO8B9D>: <https://dle.rae.es>

Red de Salud Arequipa de Salud (2019). *Población total, por grupos, especialidades de edad, según, provincias, distritos y Establecimientos de Salud*. Consultado en: [http://redperifericaaqp.gob.pe/?page\\_id=2255](http://redperifericaaqp.gob.pe/?page_id=2255)

Restrepo y Malaga (2001). *Promoción de la Salud : Cómo construir vida saludable*. Colombia, Editorial Médica Internacional LTDA. ISBN: 958-9181-55-4

RPP Noticias (2019). *Machismo: el problema social detrás de la violencia de género*. 16 de enero del 2019 - 12:44 PM

Rosado. L. (2010). *Diseño de Proyectos en ciencias de la Salud*. Arequipa. Universidad Católica de Santa María.

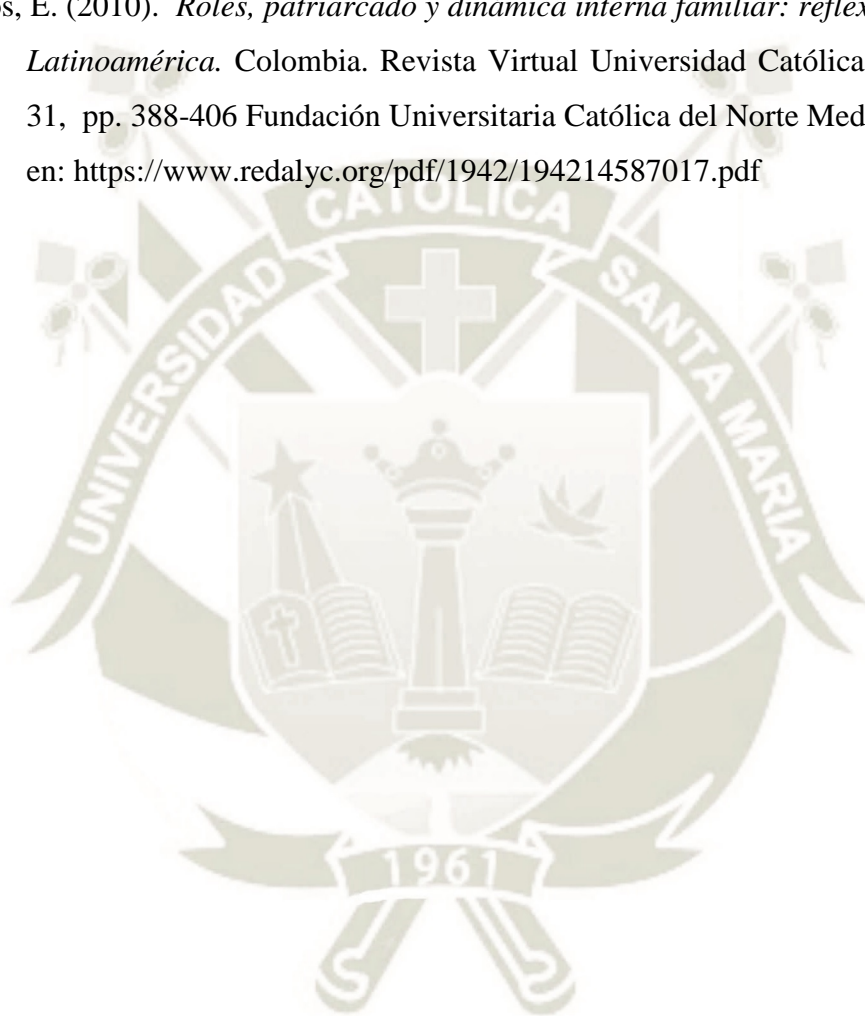
Rodríguez, A. ; Marín, L. & Leone, M. ( 1993). *El machismo en el imaginario social*. Revista Latinoamericana de Psicología. Bogota, Colombia. Vol.25. Núm 2 , p.p. 275-284. Consultado en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80525209.pdf>

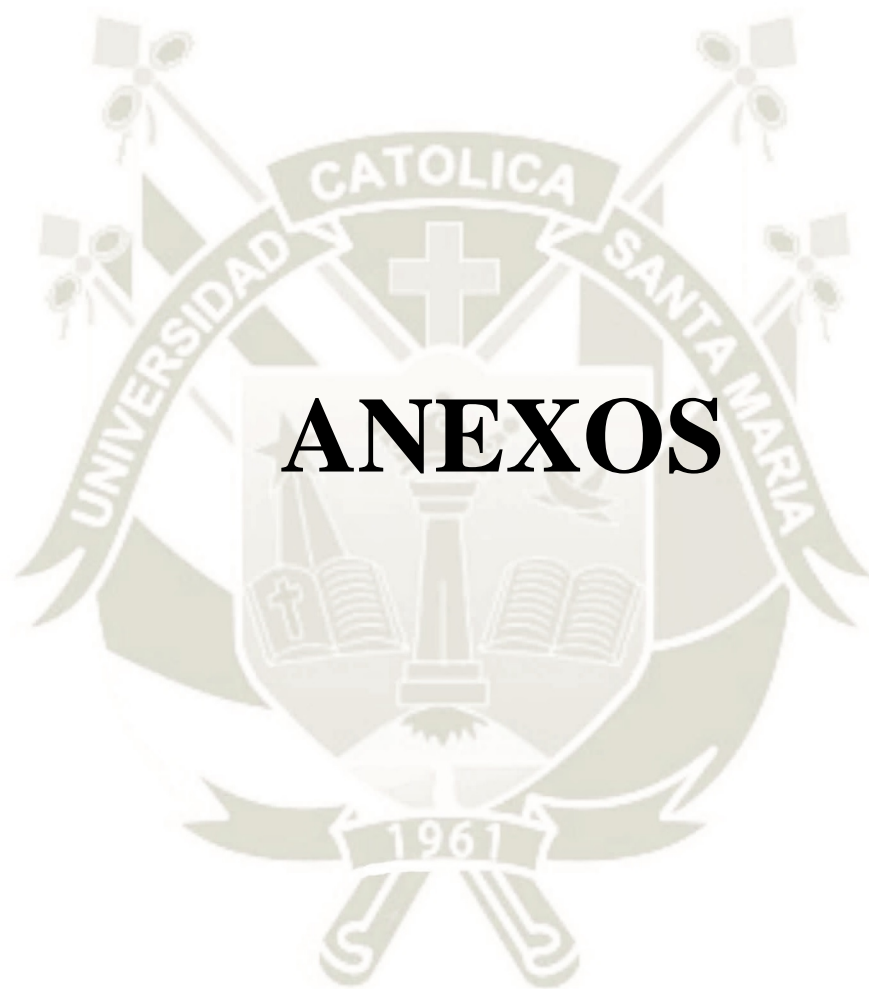
Salinas, D. (2014). Manuel Núñez Butrón: *Pionero de la Atención Primaria en el Mundo*. Revista médica de Chile, 142(12), 1612-1613. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001200016>. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001200016](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001200016)

Sánchez, M.; Pirela, Ligia y Árraga Barrios, Marisela (2016). *Actitud hacia la vejez en niños y adolescentes zulianos. Componentes, dirección e intensidad*. Revista Omnia. Vol.22 núm.1; p.p. 74-90. ISSN: 1315-8856. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=737/73747750007>

Sistema Nacional de Evaluación y Certificación de la Calidad educativa (2017). *Documento Técnico. Normas de competencia "Agente Comunitario de Salud"*. Consultado en : <https://www.sineace.gob.pe/wp-content/uploads/2017/02/Resoluci%C3%B3n-N%C2%B0-052-2017-SINEACE-CDAH-P-Se-aprueba-el-documento-t%C3%A9cnico-denominado-Normas-de-Competencias-del-Agente-Comunitario-de-Salud-resoluci%C3%B3n-anexo.pdf>

- Solano, K. (2017). *Maltrato psicológico hacia la mujer y actitudes hacia el machismo en mujeres que acuden a un centro de salud del Distrito de Nuevo Chimbote*. Lima. Universidad Cesar Vallejo. Tesis en Licenciatura. Consultado en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/415>
- Tiubert, S. (Ed.lit.) 2003). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. España. Ediciones Cátedra. Universitat de València., ISBN 8437621089, págs. 7-38
- Viveros, E. (2010). *Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica*. Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 31, pp. 388-406 Fundación Universitaria Católica del Norte Medellín. Consultado en: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587017.pdf>





# ANEXOS



**Anexo N° 1: Escala de Actitudes hacia el Machismo**

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRO RED AMPLIACIÓN PAUCARPATA.**

A continuación, encontrará una serie de enunciados que buscan identificar las relacionadas con el Agente comunitario de salud.

Por cada pregunta usted encontrará varias respuestas, debe marcar con una “X” la que se adecua a su caso o perspectiva personal.

Por favor, le solicitamos llenar con sinceridad todos los datos, los mismos que **se mantendrán en confidencialidad.**

**DATOS PERSONALES**

**1.Nombre del establecimiento de salud al que pertenece:**

- a.Centro de Salud Nueva Alborada
- b.Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- c.Centro de Salud Campo Marte
- d.Centro de Salud Manuel Prado

**2.Sexo**

- a)Hombre
- b)Mujer

**3.Edad**

- a.18 – 25 años
- b.26 – 35 años
- c.36 – 45 años
- d.46 – 55 años
- e.Más de 55 años

**4. Lugar de nacimiento**

- a.Provincia \_\_\_\_\_
- b.Departamento: \_\_\_\_\_
- c.Distrito: \_\_\_\_\_

**5.Estado civil**

- a.Soltero
- b.Casado
- c.Divorciado/Separado
- d.Conviviente
- e.Viudo

**6.Número de hijos**

- a.No tengo hijos
- b.1
- c.2
- d.3
- e.4
- f.5
- g.6
- h.7

**7¿Cuál es su rol cómo agente Comunitario?**

- a.Rol Educador
- b.Rol supervisor y capacitador
- c.Rol de gestor comunal

**8.Años de labor como Agente Comunitario**

- a.Menos de un año

- b.Un año
- c.Dos años
- d.Tres años
- e.Más de tres años

**9.Nivel educativo alcanzado**

- a. Inicial
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Estudio superior no universitario
- e. Estudio superior universitario
- f. Post grado u otro similar

**10¿En qué tipo de vivienda vive usted?**

- Casa o departamento propio
- Casa o departamento alquilado
- Casa de parientes o amigos
- e.Otros.Aclarar: \_\_\_\_\_

**11¿Qué miembro de su hogar aporta más ingresos al hogar?**

- a.El encuestado (usted)
- b.El conyugue
- c.El hijo
- d.Otros

**12.Tipo de seguro de salud**

- a.Es salud
- b.Seguro Integral de Salud (SIS)
- c.FF.AA.- PNP
- d.Seguro privado
- e.No tiene

**13.Ingresos familiares**

- a.Menos de 900 soles
- b.900 a 1500 soles
- c.1500 a 3000 soles
- d.3000 a 4500 soles
- e.4500 a más

**14.Cuenta con los servicios básicos**

- a.Agua,
- b.Luz
- c.Desagüe
- d.Todas las anteriores

**14.Tipo de vivienda**

- a.Material noble
- b.Material rústico (adobe, madera, otros.)

**15¿Qué medio de transporte utiliza?**

- a.Propio
- b.Público

## ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL MACHISMO

Instrucciones: A continuación se ofrece una serie de afirmaciones relacionadas con la mujer y las diferentes actividades que desarrolla, frente a cada una de las mismas aparecen cinco opciones:

CA - Completamente de acuerdo.

A - De acuerdo

I - Indeciso

D - En desacuerdo

CD - Completamente en desacuerdo.

Señala tu elección **marcando con una X** aquella que consideras la más concordante con tu manera de sentir, pensar o actuar. No hay respuestas buenas ni malas porque cada cual tiene su propia manera de pensar. Asegúrate de contestar todas las preguntas.

N°	ITEMS	CA	A	I	D	CD
1	El hombre en nuestra sociedad es el que debe gobernar.					
2	El ideal de toda mujer es casarse con un hombre que la proteja.					
3	Una mujer no puede ser tan independiente como el hombre.					
4	El marido puede oponerse a que su mujer desempeñe cualquier profesión u oficio.					
5	Un verdadero hombre es el que sabe imponer autoridad en su familia.					
6	Los hijos varones deben saber cuidar a sus hermanas.					
7	Las mujeres se evitarían problemas en el hogar si le dieran mayor importancia a la figura del varón.					
8	Son muy importantes los grupos femeninos que buscan la liberación de la mujer.					
9	La mujer se debe preocupar nada más de la casa y de sus hijos.					
10	En nuestro país los esposos deben seguir siendo los jefes de familia.					
11	La mujer debe tener paciencia y aceptar todo lo que el marido haga.					
12	Admiro a los hombres que saben imponer autoridad en el hogar.					

13	La mujer no puede asistir sola a una fiesta a la que su pareja no puede asistir.					
14	El esposo puede negarse a que la esposa siga estudiando.					
15	El hombre debe estar más en la calle, la mujer más en su casa.					
16	Una mujer siempre debe pedir permiso a su esposo o a su padre para salir a la calle.					
17	Los hombres son más fuertes que las mujeres.					
18	Los hombres son más inteligentes que las mujeres.					
19	La mujer siempre ha sido menos que el hombre.					
20	El hombre debe tener más libertad que la mujer.					
21	Debe existir la igualdad del hombre y la mujer					
22	Las mujeres saben menos que los hombres.					
23	Pienso que el varón puede tener múltiples compromisos pero las mujeres no.					
24	Los hombres son los únicos elementos capaces de desarrollar una sociedad.					
25	Pienso que los hombres ejercen mejor un cargo de autoridad que las mujeres.					
26	Es común que en nuestro medio los hombres no tengan mucha consideración con la mujer.					
27	El carácter del hombre está más en relación con cargos que sean responsabilidad.					
28	Es mejor en cuanto a niveles en el trabajo que la mujer no sobrepase al hombre					
29	Una mujer ideal es aquella dueña de casa preocupada de su marido y sus hijos.					
30	La educación de los hijos es responsabilidad principalmente de la madre.					
31	El marido siempre debe administrar la economía del hogar.					
32	Es responsabilidad del esposo ser principal sustento económico de la madre.					
33	La mujer debe conversar con el esposo lo referente al trabajo de la casa la formación de los hijos.					
34	Pienso que la educación y formación de los hijos le corresponde al padre o a la madre por igual.					
35	Pienso que tanto el hombre como la mujer deben contribuir al sostenimiento económico del hogar.					
36	El llevar a los niños al colegio es función más de la madre que del padre.					

37	El varón debe ser educado en una forma diferente a la de los varones.					
38	Se le debe decir a un niño que los hombres no deben llorar.					
39	Los niños varones deben jugar con muñecas, cocinitas y ollitas.					
40	Las niñas mujeres deben jugar con aviones, soldados y carritos.					
41	La hija mujer debe ser educada en forma muy diferente a la de los varones.					
42	Los niños y las niñas no deben tener los mismos juegos.					
43	A las niñas se les debe cultivar la ternura, la dulzura y la suavidad.					
44	El padre debe ser más cariñoso con la hija que con el hijo.					
45	Es deber de las hermanas atender a sus hermanos.					
46	El hijo varón puede estudiar cosmetología, obstetricia, enfermería.					
47	La hija mujer puede estudiar Ingeniería de Minas, Ingeniería Mecánica, Soldadura.					
48	Las niñas desde pequeñas deben aprender que su deber es servir a su padre.					
49	La infidelidad es natural en los hombres pero en las mujeres no.					
50	La mujer debe estar a favor de las relaciones sexuales antes del matrimonio.					
51	Es muy importante que la mujer llegue virgen al matrimonio.					
52	Los esposos no deben aprobar que las mujeres usen anticonceptivos sin su consentimiento.					
53	Los métodos anticonceptivos son un factor que hace que las mujeres sean infieles.					
54	Las mujeres deben separarse de sus esposos si éstos tuvieran relaciones sexuales con otra mujer.					
55	La mujer debe tener relaciones sexuales con otra persona aparte de su pareja.					
56	La mujer debe sentirse obligada a tener relaciones sexuales con el esposo aunque no las desee.					
57	El esposo es el que debe decidir el número de hijos que se debe tener.					
58	Solo los hombres deben tener información sobre los métodos anticonceptivos.					
59	Las madres solteras son dignas de compasión.					

## ESCALA DE ACTITUDES

La escala está constituida por 59 ítems, distribuidos en cinco sub – escalas:

**Escala I:** Actitudes hacia el dominio masculino: Constituida por 16 ítems que miden las actitudes frente al dominio masculino ejercida por el hombre sobre las mujeres en el hogar, en el trabajo y en la sociedad.

**Escala II:** Actitudes frente a la superioridad masculina: Constituida por 13 ítems que miden las actitudes frente a la superioridad masculina en el aspecto intelectual, afectivo y laboral.

**Escala III:** Actitudes hacia la dirección del hogar: Constituida por 10 ítems que miden las actitudes frente a la dirección del hogar ejercida por el varón (jefe de familia) y aspectos relacionados con la economía, educación y bienestar del hogar.

**Escala IV:** Actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino: Constituida por 10 ítems que miden las actitudes frente a las pautas que se va brindando a los niños de acuerdo a su sexo.

**Escala V:** Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones: Constituida por 10 ítems, que miden las actitudes frente al control de la sexualidad y fecundidad ejercida por los varones.

En cuanto a la interpretación, se hace convirtiendo las puntuaciones directas en una puntuación ponderada para las categorías:

**A: Actitudes de definitivo rechazo al machismo**

**B: Actitudes con tendencias al rechazo al machismo**

**C: Actitudes ambivalentes hacia el machismo**

**D: Actitudes tendencia a la aceptación del machismo**

**E: Actitudes de definitiva aceptación del machismo**

La transformación de los puntajes directos para este tipo de escala es conveniente transformarla a la escala con los grados pre- establecidos, cada factor trabaja con la escala de 1 a 5 grados donde 1 indica: Aceptación definitiva al machismo y 5 indica: Rechazo definitivo al machismo, donde grados intermedios indican: La fluctuación hacia ambos polos. En relación a los criterios de la interpretación, los resultados individuales

## Escala I

### Actitudes frente al Dominio Masculino

#### **Puntajes entre 72 - 80. Grado 5**

Corresponde a la categoría de definitivo rechazo al machismo y se caracteriza por: Considerar que definitivamente no debe ser el hombre el único que gobierna la sociedad, así mismo entiende que no es condición de hombría imponer su autoridad; que no es imperativo que los esposos o la pareja continúen siendo los jefes de familia. El ideal de la mujer no debe centrarse en casarse con un hombre que la proteja, ya que la mujer puede ser indispensable como el hombre. Los hijos varones como sus hermanas deben cuidarse mutuamente y no necesariamente esta obligación debe caer en los hijos varones; por tanto, la mujer debe evitar darle demasiada importancia a la figura del varón.

#### **Puntajes entre 57 - 71. Grado 4**

Corresponde a la categoría de rechazo al machismo y debe interpretarse de forma similar al anterior, con la anotación que las posiciones no son completamente firmes, sino con tendencias al rechazo al machismo.

#### **Puntajes entre 41 - 56. Grado 3**

Corresponde a la categoría de ambivalencia. Esto es que sus decisiones se encuentran en el criterio de la indecisión; el que algunas veces puede actuar rechazando al machismo y otras aceptándolo. Aquí pueden ubicarse las mujeres que se encuentran en conflicto y derivarse en autoculpa o responsabilizar su fracaso a los demás.

#### **Puntajes entre 25 - 40. Grado 2**

Corresponde a la categoría de tendencia a la aceptación al machismo y se interpreta similar al grado 1; con la anotación que las posiciones no son lo suficientemente firmes sino con la tendencia a la aceptación.

#### **Puntajes entre 16 - 24. Grado 1**

Le corresponde la categoría de definitiva aceptación al machismo y debe interpretarse de la siguiente manera: Considera definitivamente que debe ser el hombre el único que gobierna la sociedad, así mismo que es condición de hombría saber imponer autoridad y que los esposos deben continuar siendo los jefes de familia. Así mismo que el ideal de toda mujer debe centrarse en casarse con un hombre que la proteja, que la mujer no debe ser tan independiente como el hombre, a tal punto que no debe asistir sola a una fiesta y que debe permanecer más en la casa que en la calle. Los hijos varones deben saber cuidar a sus hermanas; por lo tanto la mujer le brinda importancia a la figura del

varón; la mujer debe tener como única preocupación su casa y sus hijos; y los grupos femeninos que buscan la liberación no deben ser aprobados. La mujer debe aceptar todo lo que la pareja haga incluso debe obedecerlo cuando él se niegue a que siga estudiando.

## **Escala II**

### **Actitudes frente a la Superioridad Masculina.**

#### **Puntajes entre 60 - 65. Grado 5**

Corresponde a la categoría de definitivo rechazo al machismo y se caracteriza: Consideran que los hombres no son más fuertes físicamente que las mujeres; argumentan que tanto el hombre como la mujer poseen igual inteligencia pueden tener los mismos conocimientos. Además que la mujer debe tener la misma libertad que el hombre y que ambos pueden tener múltiples compromisos. Asume que tanto el hombre como la mujer están capacitados para desarrollar la sociedad; la mujer también puede ejercer cargos que sean de autoridad y de responsabilidad; la mujer puede sobrepasar al hombre en cuanto a niveles de trabajo. Además piensan que la mujer no solo debe preocuparse por su pareja y sus hijos y que no es común que los hombres no tengan mucha consideración con la mujer.

#### **Puntajes entre 47 - 59: Grado 4**

Corresponde a categoría de tendencia al rechazo al machismo, debe interpretarse similar a la anterior, con la anotación que las posiciones no son firmes, sino con solo tendencia al rechazo.

#### **Puntajes entre 34 - 46. Grado 3**

Corresponde a la categoría de ambivalencia esto es que sus actitudes se ubican en el criterio de la indecisión el, que algunas veces puede rechazar al machismo y otras veces aceptarlo.

#### **Puntajes entre 21 - 33. Grado 2**

Corresponde a la categoría de tendencia a la aceptación del machismo, debe interpretarse similar a la anterior pero teniendo en cuenta que se da con menor intensidad.

#### **Puntajes entre 13 - 20. Grado 1**

Corresponde a la categoría de definitiva aceptación al machismo, esto es que sus actitudes se caracterizan porque: Consideran que los hombres son más fuertes físicamente que las mujeres además son más inteligentes; y los varones saben más por cuanto posean mayores conocimientos. Además que los hombres deben tener más libertad que las mujeres, que solo los varones pueden tener múltiples compromisos y las mujeres no. Los hombres son los

únicos elementos capaces de desarrollar la sociedad; piensan que las mujeres no están capacitadas para ejercer cargos que sean de autoridad y de responsabilidad; y es mejor que la mujer no sobrepase al hombre en cuanto niveles en el trabajo. Además que la mujer debe preocuparse de su pareja y sus hijos; y que es común que los hombres no tengan mucha consideración con la mujer.

### **Escala III**

#### **Actitudes frente a la Dirección del Hogar**

##### **Puntaje entre 46 - 50. Grado 5**

Corresponde a la categoría de definitivo rechazo al machismo y se caracteriza porque: Consideran que la educación y formación de los hijos le corresponde a la madre o al padre por igual; que no solo el hombre debe administrar la economía del hogar sino que también la mujer, además que no solo es responsabilidad del esposo ser el principal sustento económico de la familia sino que la mujer debe trabajar para colaborar para el sostenimiento económico del hogar. Consideran que las mujeres deben conversar con el esposo lo referente al trabajo hogareño y ponerse de acuerdo en la formación de sus hijos. Además que el padre también debe llevar a sus niños al colegio cuando éstos están pequeños. Así mismo, se debe dar el mismo tipo de educación a los hijos e hijas.

##### **Puntajes entre 36 - 45. Grado 4**

Corresponde a la categoría de rechazo al machismo y debe interpretarse similar a la anterior con la anotación que las posiciones no son completamente firmes, sino con una tendencia al rechazo al machismo.

##### **Puntajes de 26 - 35. Grado 3**

Corresponde a la categoría de ambivalencia esto es que sus actitudes se ubican en el criterio de indecisión, es decir que algunas veces puede actuar rechazando al machismo y otras aceptándolo.

##### **Puntaje entre 16 - 25. Grado 2**

Corresponde a la categoría de tendencia a la aceptación del machismo. Debe interpretarse de forma similar a la anterior, pero considerando que se presenta con menor intensidad.

##### **Puntaje entre 10 - 15. Grado 1**

Le corresponde la categoría de aceptación al machismo. Se caracteriza por considerar que la educación o formación de los hijos le corresponde a la madre porque ella está más en casa; el hombre debe administrar la economía del hogar, además que debe ser el único que trabaje



y que su deber es sostener a la familia. Considera que es obligación de la mujer el realizar las tareas hogareñas; así también que es deber de ella la formación de los hijos. La obligación de una madre es llevar todos los días al colegio a sus hijos. A los hijos varones se les debe educar en forma muy diferente que a la hija mujer. Piensan que a los hijos desde pequeños se les debe decir que los hombres no deben llorar, para que sean fuertes y no cobardes.

#### **Escala IV**

##### **Actitudes frente a la Socialización Rol Sexual Masculino y Femenino**

###### **Puntaje entre 46 - 30. Grado 5**

Corresponde a la categoría de definitivo rechazo al machismo: Consideran que no se debe dar el juego indiferenciado por sexo, esto es que los niños varones tanto como las mujeres deben tener los mismos juegos; que se debe dar el mismo tipo de educación a los hijos varones y a las hijas mujeres; y que no solo las mujeres deben ser tiernas; dulces; sino que los varones deben ser también cariñosos. No es obligación de las hijas mujeres que deban servir a su padre y hermanos, sino que ellos deban aprender a servirse solos. Además en cuanto a expectativas educativas, éstas deben ser iguales tanto para el hombre como para la mujer; y que tanto el hombre como la mujer pueden seguir carreras consideradas masculinas o femeninas.

###### **Puntajes entre 36 - 45. Grado 4**

Corresponde a la categoría de tendencia al rechazo al machismo y debe interpretarse de forma similar a la anterior, con la anotación que las posiciones no son completamente firmes sino con tendencia al rechazo.

###### **Puntaje entre 26 y 35. Grado 3**

Le corresponde la categoría de ambivalencia; esto es que sus actitudes se ubican en el criterio de la indecisión el que algunas veces puede actuar rechazando al machismo y otras, aceptándolo.

###### **Puntaje entre 16 - 25. Grado 2**

Corresponde a la categoría de tendencia a la aceptación del machismo, debe interpretarse de forma similar a la anterior pero teniendo en cuenta que se da con menor intensidad.

###### **Puntaje entre 10 - 15. Grado 1**

Corresponde a la categoría de definitiva aceptación al machismo: Consideran que se debe dar el juego indiferenciado para uno u otro sexo, esto es que los niños no deben tener los mismos juegos que las niñas; que a los hijos varones se les debe dar una educación muy

diferente a la de la hija mujer, y que el trato afectivo debe ser que el padre debe ser más cariñoso con la hija mujer que con el niño varón; y las niñas desde pequeñas deben aprender a ser dulces, tiernas, delicadas y que los varones deben ser fuertes y no cobardes. Las niñas desde pequeñas deben aprender que su deber es servir a su padre o a sus hermanos varones porque le corresponde por su condición de mujer. Los varones deben seguir carreras que sean netamente masculinas, y las mujeres deben seguir carreras femeninas.

## **Escala V**

### **Actitudes frente al Control de la Sexualidad ejercida por los varones**

#### **Puntajes entre 46 - 50. Grado 5**

Corresponde a la categoría de definitivo rechazo al machismo: Consideran que en la relación de pareja tanto el hombre como la mujer deben respetarse mutuamente, guardando fidelidad. La mujer puede ejercer libremente su sexualidad, es decir que pueden tener relaciones sexuales antes del matrimonio y que no le dan importancia a que la mujer llegue virgen al matrimonio. El uso de anticonceptivos no necesariamente debe ser aprobado por el esposo; así como es falso que el uso de anticonceptivos haga a la mujer infiel. Tanto el esposo como la esposa deben ponerse de acuerdo sobre los hijos que quieren tener. Consideran que también deben estar informados de los diversos métodos anticonceptivos existentes.

#### **Puntajes entre 37 - 45. Grado 4**

Corresponde a la categoría de tendencia al rechazo al machismo y debe interpretarse de manera similar a la anterior, con la anotación que las posiciones no son completamente firmes, sino con tendencia al rechazo.

#### **Puntajes entre 26 - 36. Grado 3**

Corresponde a la categoría de ambivalencia, esto es, que sus actitudes se ubican en el criterio de la indecisión, el que algunas veces puede actuar rechazando al machismo y otras veces aceptándolo.

#### **Puntajes entre 16 - 25. Grado 2**

Corresponde a la categoría de tendencia a la aceptación del machismo y debe interpretarse de forma similar a lo anterior pero considerando que se da en menor intensidad.

#### **Puntajes entre 10 - 15. Grado 1**

Corresponde a la categoría de aceptación al machismo: Consideran que la infidelidad es natural en los hombres pero en las mujeres no, pues ellas siempre deben guardar fidelidad.

La mujer no puede ofrecer libremente su sexualidad antes del matrimonio y le dan mucha importancia a la virginidad. La mujer no debe separarse del esposo si éste tuviera relaciones sexuales con otra mujer, así como tampoco la mujer debe sentirse obligada a tener relaciones con el esposo aunque no lo desee. Piensan que el esposo es el que decide sobre el número de hijos que se debe tener; así como también que sólo los hombres deben estar informados sobre los métodos anticonceptivos. Las madres solteras son dignas de compasión; ya que el tener un hijo sin casarse significa ser criticada por la familia, amigos y la sociedad.



## Anexo N° 2: Confiabilidad de la Escala de Actitudes hacia el Machismo

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0804	59

La escala de actitudes hacia el machismo posee una alta confiabilidad según el alfa de cronbach de 0.804 al estar dentro de los rangos de 0.7 a 0.89 y que es fiable los resultados

### Confiabilidad de la dimensión dominio

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,723	16

En la dimensión del dominio hacia el machismo el alfa de cronbach de 0.723 es alta como se menciona en el libro de Cordova(2013)

### Confiabilidad de la dimensión superioridad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,627	13

La dimensión superioridad hacia el machismo tiene una fiabilidad mínima como se menciona en el alfa de cronbach de 0.627 y en este contexto es fiable

### Confiabilidad de la dirección del hogar

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,622	10

En la dimensión dirección del hogar su fiabilidad es mínima y aceptable al ser de 0.622 el alfa de cronbach

### Confiabilidad de la socialización del rol

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,771	10

En la socialización del rol la fiabilidad es alta al estar el alfa de cronbach dentro de los rangos de 0.7 a 0.89.

### Confiabilidad del control de la sexualidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,676	10

En el control de la sexualidad la fiabilidad es aceptable el alfa de cronbach de 0.676 al estar dentro de los rangos de 0.6 a 0.69 como se ubica en Cordova (2013).

### Bibliografía

Córdova, M. (2006). Estadística inferencial. Lima, Perú: Editorial Moshera

### Anexo N°3 Aspectos sociodemográficos de los ACS

#### Sexo

Sexo	Número de ACS	%
Hombres	8.00	25.00
Mujeres	24.00	75.00
<b>Total</b>	<b>32.00</b>	<b>100.00</b>

#### Edad

Edades	Número de ACS	%
18-25	3.00	9.38
26-35	5.00	15.63
36-45	4.00	12.50
46-55	12.00	37.50
55-MAS	8.00	25.00
<b>Total</b>	<b>32.00</b>	<b>100.00</b>

#### Lugar de Nacimiento

Lugar de Nacimiento	f	%
Arequipa	25	78.13
Departamento	7	21.88
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>

#### Estado civil

Estado Civil	Cantidad	%
Soltero	6	18.75
Casado	10	31.25
Divorciado/separado	4	12.5
Conviviente	12	37.5
Viudo	0	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

### Número de hijos

Total de Agentes Comunitarios	Número de Hijos	%
4	0	8.333333
4	1	14.88095
11	2	34.52381
7	3	22.61905
4	4	11.30952
1	5	4.166667
0	6	0
0	7	0
1	más de 8	4.166667

### Nivel de estudios

Nivel Educativo	Agentes Comunitarios	%
Inicial	0.00	0.00
Primaria	1.00	3.13
Secundaria	17.00	53.13
Estudio Superior no Universitario	6.00	18.75
Estudio Superior Universitario	8.00	25.00

### Miembro que aporta más en el hogar

Miembro del hogar que aporta más en el hogar	%
El encuestado	21.88%
El conyugue	50.00%
El hijo	18.75%
Otros	9.38%
<b>Total</b>	<b>100.00%</b>

### El miembro de familia que aporta más en el hogar

Ingresos Familiares	Agentes Comunitarios	%
Menos de 900 soles	16	50%
900 soles a 1500 soles	13	40.625%
1500 a 3000 soles	3	9.375%
3000 a 4500 soles	0	0%
4500 a más	0	0%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>



### Vivienda

Vivienda	Agentes Comunitarios	%
Casa o departamento propio	15	46.875
Casa o departamento alquilado	7	21.875
Casa de parientes o amigos	10	31.25
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

### Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	Agentes Comunitarios	%
Material noble	27	84.375
Material rústico	5	15.625
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

### Servicios Básicos

Servicios Básicos	Agentes Comunitarios	%
Agua	0	0
Luz	0	0
Desagüe	0	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

### Rol del Agente Comunitario de Salud

Rol del AGC	f	%
Educador	19	59.375
Supervisor y capacitador	9	28.125
Gestor Comunal	4	12.5
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Anexo N° 4: Matriz de Consistencia Lógica

MATRIZ DE CONSISTENCIA LÓGICA							
TÍTULO	INTERROGANTE GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HOPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN
Actitudes hacia el Machismo en Agentes Comunitarios de los Establecimientos de Salud de La Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019	¿Qué semejanzas y diferencias presentan los agentes comunitarios de los Establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata respecto a las actitudes hacia el machismo?	Comparar las actitudes hacia el machismo en agentes comunitarios de los Establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019	Dado que la Ley N°30825, fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud y que en uno de sus Artículos establece que el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, en el ámbito de su competencia y con cargo a sus propios recursos, brindan capacitación constante a los Agentes Comunitarios de Salud a fin de que se cumplan las metas establecidas en los planes de salud; es probable que los agentes comunitarios de los establecimientos de salud establezcan semejanzas en el manifestar actitudes de rechazo hacia el Machismo por ser líderes que promueven estilos de vida y comportamientos saludables en su vida personal y en la comunidad.	Actitudes hacia el dominio masculino Actitudes frente a la superioridad masculina. Actitudes hacia la dirección del hogar. Actitudes frente a la socialización del rol sexual masculino y Femenino. Actitudes frente al control de la sexualidad ejercida por los varones.	Actitudes hacia el Machismo	Diseño experimental – nivel descriptivo comparativo – tipo de investigación de campo.	Método cuantitativo, se aplicó la técnica de la encuesta y el instrumento es una escala de actitudes para medir el machismo.
	<b>INTERROGANTES ESPECÍFICAS</b> ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes Comunitarios del establecimiento de Salud Ampliación Paucarpata? ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes Comunitarios del establecimiento de Salud Campo Marte? ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes del establecimiento de Salud Nueva Alborada? ¿Cuáles son las actitudes hacia el machismo en los agentes del establecimiento de Salud Manuel Prado?	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del establecimiento de Salud Ampliación Paucarpata. Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del establecimiento de Salud Campo Marte. Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del establecimiento de Salud Nueva Alborada. Determinar las actitudes hacia el machismo en los agentes comunitarios del establecimiento de Salud Manuel Prado.					

## Anexo N°5 : Validación de Instrumentos

### FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUECES EXPERTOS

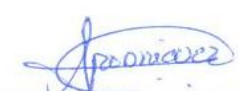
**Respetado juez:** Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Escala de Actitudes hacia el Machismo”, que hace parte de la investigación: Actitudes hacia el Machismo en Agentes Comunitarios de los Establecimientos de Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019.

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<b>SUFICIENCIA</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

ASPECTOS ESPECÍFICOS						
Dimensión	Ítem	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Dominio	1-16	×	×	×	×	
Superioridad	17-29	×	×	×	×	
Dirección del hogar	30-39	×	×	×	×	
Socialización del rol	40-49	×	×	×	×	
Control de la sexualidad	50-59	×	×	×	×	
ASPECTOS GENERALES						
Aspecto			Si	No	Observaciones	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario			×			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación			×			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial			×			

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir				
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>				
Ninguna				
<b>VALIDÉZ</b>				
Aplicable	<input checked="" type="checkbox"/>	No Aplicable		Aplicable atendiendo a las observaciones
Instrumento validad por:	Rodríguez Rios Madeleyne Lorena			 Firma
Teléfono:	957980329			
Correo electrónico:	mrodriguezr@ucsm.edu.pe			



## FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUECES EXPERTOS


**Respetado juez:** Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Escala de Actitudes hacia el Machismo”, que hace parte de la investigación: Actitudes hacia el Machismo en Agentes Comunitarios de los Establecimientos de Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2019.

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<b>SUFICIENCIA</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

ASPECTOS ESPECÍFICOS						
Dimensión	Ítem	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Dominio	1-16	×	×	×	×	
Superioridad	17-29	×	×	×	×	
Dirección del hogar	30-39	×	×	×	×	
Socialización del rol	40-49	×	×	×	×	
Control de la sexualidad	50-59	×	×	×	×	
ASPECTOS GENERALES						
Aspecto		Si	No	Observaciones		
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		×				
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		×				
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		×				

El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir				
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>				
Ninguna				
<b>VALIDEZ</b>				
Aplicable	<input checked="" type="checkbox"/>	No Aplicable		Aplicable atendiendo a las observaciones
Instrumento validad por:	Olger Albino Gutiérrez Aguilar			 Firma
Teléfono:	958320001			
Correo electrónico:	ogutierrez@ucsm.edu.pe			



**Anexo N°6: Fotografías**





