La identidad con los estereotipos de género y su relación con el cuidado de la salud en Jóvenes Universitarios de Bogotá

León Becerra Leidy Rousse

Perea Barrantes Luisa Fernanda

Rico Osorio Sara

Fundación Universitaria Sanitas

Facultad de Psicología, ciencias sociales y de la Educación

NT: Opción de grado: curso especial de grado o auxiliar de investigación o trabajo de grado

John Alexander Castro Muñoz

Noviembre de 2025

Bogotá D.C

Tabla de contenido

Portada.....01

Tabla de contenido.....02

Resumen/Abstract.....04

Palabras clave.....05

Justificación.....05

Planteamiento del problema.....08

Pregunta de investigación.....10

Marco teórico.....11

Objetivo general.....22

Objetivo específico.....22

Hipótesis.....23

Método.....24

Instrumentos.....25

Plan de análisis.....30

Resultados.....31

Discusión.....42

Conclusiones.....46

Vacíos y limitaciones.....48

Nuevos interrogantes.....50

Referencias.....51

Anexos……..……57

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.....35

Tabla 2.....57

Tabla 3.....58

Tabla 4.....60

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los estereotipos de género y las conductas de cuidado de la salud en adultos jóvenes universitarios de Bogotá, desde una perspectiva psicosocial. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y diseño transversal, con una muestra no probabilística conformada por 62 participantes, de los cuales 40 se identificaron como mujeres, 21 como hombres y 1 prefirió no especificar su género.

Se aplicaron instrumentos validados para la medición de los estereotipos de género (Escala EMAFE-15) y de conductas de autocuidado y salud, además de un cuestionario sociodemográfico. Tras verificar la distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se identificó que no se cumplía el supuesto de normalidad, por lo cual el análisis inferencial se realizó utilizando el coeficiente Rho de Spearman.

Los resultados indicaron ausencia de relaciones significativas entre los niveles de masculinidad o feminidad y las conductas de salud, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, se halló una correlación negativa significativa entre la cohesión familiar y la identificación con imaginarios masculinos en mujeres, lo que sugiere que contextos familiares más cohesionados se asocian con identidades de género más flexibles y menos estereotipadas.

Se concluye que, en la población universitaria estudiada, las conductas de autocuidado parecen responder más a factores personales, educativos y contextuales que a los estereotipos de género tradicionales, evidenciando una transformación generacional hacia prácticas de bienestar más equitativas, conscientes y autónomas.

Palabras clave

Estereotipos de género, cuidado de la salud, jóvenes universitarios, autocuidado, psicología de la salud, Bogotá.

Justificación

El cuidado de la salud en adultos jóvenes universitarios constituye una problemática compleja que trasciende los factores biomédicos tradicionalmente estudiados, involucrando dimensiones psicosociales que han recibido menor atención investigativa. Si bien existe evidencia sobre la influencia individual de los estereotipos de género en las prácticas de salud, persiste un vacío significativo respecto a cómo se relacionan específicamente estos dos conjuntos de variables en el contexto del cuidado de la salud. (Courtenay, 2000) Esta brecha es de interés en población universitaria, donde la consolidación de patrones de autocuidado tiene implicaciones para el bienestar a largo plazo, y donde los procesos de inferencia social adquieren mayor relevancia por la intensidad de las interacciones sociales características de esta etapa vital. (Espinoza, 2025).

El vacío de conocimiento se hace más evidente al considerar que la interiorización de estereotipos de género no ocurre de manera aislada, sino que interactúa con los mecanismos cognitivos mediante los cuales los individuos procesan información social y toman decisiones sobre su bienestar. (Mahalik et al., 2003) Por ejemplo, aún no se comprende con suficiente claridad cómo la capacidad empática de una persona interactúa con estereotipos sobre la “fortaleza masculina” o el “cuidado femenino” para influir en la búsqueda de ayuda médica (Vogel et al., 2014). Esta carencia adquiere particular interés en el contexto urbano latinoamericano, donde las dinámicas de género se entrelazan con especificidades culturales que inciden en las prácticas de salud (Rodríguez & Díaz, 2019).

En el contexto específico de Bogotá, estas dinámicas adquieren características particulares asociadas a las prácticas culturales y los procesos de socialización propios del

entorno urbano universitario, donde los jóvenes consolidan tanto sus identidades de género como sus patrones de autocuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022) Comprender estas relaciones resulta de interés porque permite trascender explicaciones unidimensionales sobre las diferencias de género en el cuidado de la salud y las conductas específicas de autocuidado.(Cáceres & Alvarado, 2019) Esta comprensión es especialmente necesaria considerando que los comportamientos preventivos en salud establecidos durante la juventud tienen efectos acumulativos que se extienden a lo largo de la vida adulta (Arnett, 2015).

La relevancia de llenar este vacío se fundamenta en la búsqueda de intervenciones de promoción de la salud más efectivas para población universitaria (Vázquez et al., 2019). La información derivada permitirá identificar los mecanismos específicos mediante los cuales los estereotipos de género modulan las decisiones del cuidado de la salud (López & Martín, 2020). Con base en eso, al responder a la pregunta ¿cómo se relacionan los estereotipos de género en el cuidado de la salud de adultos jóvenes universitarios de Bogotá? desde el proyecto, se busca ofrecer evidencia empírica sobre cómo se configuran y expresan los estereotipos de género y como se relacionan con el cuidado de la salud de adultos jóvenes universitarios. De esta manera, se busca contribuir al campo de las ciencias sociales y de la salud con una perspectiva psicosocial que reconoce la influencia de las normas culturales en los procesos psicológicos y que permite diseñar estrategias eficaces y pertinentes desde la psicología para la promoción del bienestar, la formación en salud mental y el fortalecimiento de políticas públicas universitarias con enfoque diferencial (Courtenay, 2000; Hyde et al., 2019; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Adicionalmente, este estudio permitirá avanzar en la construcción de marcos conceptuales que integren la perspectiva de género y el análisis de la salud universitaria,

ofreciendo herramientas para la comprensión de cómo las creencias internalizadas influyen en las decisiones de autocuidado. Esto no solo contribuye al avance teórico en psicología social y psicología de la salud, sino que también posibilita la generación de insumos prácticos que orienten intervenciones preventivas, programas de educación para la salud y campañas institucionales a las dinámicas de la identidad y cultura de los jóvenes universitarios.

Desde el ámbito de las ciencias sociales, este proyecto aporta al entendimiento de cómo los estereotipos y las prácticas culturales moldean los comportamientos de salud, visibilizando tensiones entre las normas sociales tradicionales y las nuevas formas de construir identidades de género en contextos urbanos. En el campo de la salud, los hallazgos podrán servir como base para la formulación de estrategias de promoción que reduzcan barreras en el acceso y motiven conductas de prevención más equitativas entre hombres y mujeres jóvenes.

En lo cual, se espera saber y contribuir con este proyecto como el género puede influir como determinante en los hábitos de autocuidado en los estudiantes universitarios, generar evidencia científica que sirva de insumo para programas psicoeducativos y de prevención en salud mental y física, aportar a la formulación de políticas públicas con enfoque diferencial de género y juventud, y proponer estrategias que favorezcan la equidad en salud, el bienestar integral y la reducción de riesgos a lo largo de la vida adulta.

Con ello, este trabajo no solo llena un vacío investigativo, sino que se convierte en una herramienta de análisis y acción que puede incidir tanto en la práctica académica como en la formulación de intervenciones sociales y sanitarias orientadas al bienestar de la población universitaria en Bogotá.

Planteamiento del problema

En la actualidad, el cuidado de la salud constituye una problemática global, pues los comportamientos relacionados con la promoción y la prevención de la enfermedad se ven influenciados por múltiples factores sociales, culturales y psicológicos Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). En el contexto latinoamericano, estas dinámicas adquieren particularidades asociadas a desigualdades estructurales, condiciones socioeconómicas y prácticas culturales que atraviesan la vida cotidiana de las personas jóvenes, generando brechas significativas en el acceso y en la forma en que se concibe y practica la salud (Rodríguez & Díaz, 2021). En Colombia, y específicamente en la ciudad de Bogotá, estas condiciones se expresan en la población universitaria, donde el cuidado de la salud en adultos jóvenes se encuentra condicionado tanto por determinantes sociales como por dinámicas identitarias y culturales propias del entorno urbano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El cuidado de la salud se ha asociado a diferentes variables abordadas desde múltiples campos, tales como los factores educativos, los determinantes sociales, el entorno familiar y comunitario. Es importante aclarar que no se desconoce la incidencia de variables culturales, sociales y contextuales previamente señaladas; sin embargo, este estudio se centra en la articulación entre lo psicosocial y lo identitario para comprender de qué manera los estereotipos de género influyen en las actitudes y prácticas de salud de adultos jóvenes universitarios en Bogotá

No obstante, persiste un vacío de información respecto a cómo los estereotipos de género inciden en las decisiones, actitudes y prácticas relacionadas con el bienestar físico y

mental de la población universitaria. Al respecto, autores como Connell y Pearse (2015) han señalado que las construcciones de género influyen de manera decisiva en que los individuos interpretan y gestionan su salud. De igual forma, investigaciones recientes han sugerido que es probable que esta asociación se manifieste de manera significativa en jóvenes adultos, donde los factores identitarios y actitudinales como el género y los esquemas cognitivos tienen un papel relevante en la adopción de conductas de autocuidado y en la búsqueda de ayuda (Hammond, 2020; Hyde et al., 2019). Sin embargo, son aún escasos los estudios que integren ambas dimensiones de forma articulada en población universitaria joven, especialmente en contextos latinoamericanos y urbanos, lo que constituye un reto para la investigación y la intervención en salud.

Sin embargo, existe un vacío de información respecto a cómo los estereotipos de género inciden en las decisiones con relación a la salud (Courtenay, 2000) Son escasos los estudios que integren ambas dimensiones de forma articulada en población universitaria joven, especialmente en el contexto latinoamericano y urbano.

Llenar este vacío resulta relevante y necesario, pues posibilita comprender con mayor profundidad cómo los esquemas sociales interiorizados como la autosuficiencia masculina o la sensibilidad emocional femenina determinan patrones de conducta que, en muchos casos, refuerzan desigualdades en el acceso, uso de servicios de salud y reconocimiento de necesidades personales (Courtenay, 2000; Hyde et al., 2019). Conocer estos fenómenos desde diferentes lugares de análisis, como el que se propone en este estudio, contribuye no solo a visibilizar las implicaciones que tienen los estereotipos de género y los procesos cognitivos en la salud universitaria, sino también a reducir sus efectos mediante la generación de evidencia que oriente intervenciones más sensibles al

género y culturalmente contextualizadas. De esta manera, la información derivada puede fortalecer programas de promoción de la salud, optimizar estrategias de prevención en el ámbito universitario y, en última instancia, favorecer la equidad en el cuidado del bienestar.

El aporte de este proyecto se centra en ofrecer evidencia empírica sobre cómo se configuran y expresan los estereotipos de género y, por otra parte, las inferencias sociales en la interacción con otros, y cómo, en conjunto, se relacionan con el cuidado de la salud de adultos jóvenes universitarios. De esta manera, se busca contribuir al campo de las ciencias sociales y de la salud con una perspectiva psicosocial que reconoce la influencia de las normas culturales en los procesos psicológicos y que permite diseñar estrategias eficaces y pertinentes desde la psicología para la promoción del bienestar, la formación en salud mental y el fortalecimiento de políticas públicas universitarias con enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En síntesis, este estudio pretende dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo se relacionan los estereotipos de género en el cuidado de la salud de los adultos jóvenes universitarios de Bogotá?, a través de un abordaje empírico que articula ambas dimensiones para visibilizar sus implicaciones y orientar acciones de intervención.

Pregunta de investigación

¿Como se relacionan la identidad de loos estereotipos de género en el cuidado de la salud de los adultos jóvenes universitarios de Bogotá?

Marco teórico

Los estereotipos de género pueden influir en la forma en que las personas perciben y practican el cuidado de su salud, afectando la manera en que se comprende y responde a las

necesidades de bienestar. Estas dinámicas pueden impactar la adopción de hábitos preventivos y el acceso a la atención médica, lo que resalta la importancia de analizar su definición y relación en el contexto de los jóvenes universitarios.

Estereotipos de género

Los estereotipos de género se definen como creencias socialmente compartidas sobre las características, comportamientos y roles que se consideran apropiados para hombres y mujeres dentro de una determinada cultura (Koening & Eagly, 2014). El concepto de género no se refiere únicamente al sexo biológico, para Vargas-Trujillo 2007 los aspectos fundamentales de la vida, como los talentos que se desarrollan, la autoimagen, las oportunidades disponibles, las metas, los roles, las relaciones, las decisiones, las experiencias desde el nacimiento moldean la identidad de género y permiten la con construcción social de sí mismo. (p.84)

Para Cubillos estas creencias pueden estar basadas en percepciones tradicionales y frecuentemente conducen a la formación de prejuicios y discriminación de género, debido al ideal histórico construido de los roles de los individuos en la sociedad. Este fenómeno tiene su origen en la socialización temprana, etapa en la que los individuos aprenden e internalizan normas y expectativas sobre lo que significa ser hombre o mujer en su contexto cultural (Cubillos, 2016).

Como lo establece Carrera (2001) para Vigotsky, la socialización se da a través de agentes como la familia, la escuela, los medios de comunicación y la cultura en general, los cuales transmiten y refuerzan roles y comportamientos considerados apropiados según el género. Se concuerda que, desde la infancia, las personas reciben mensajes que moldean su identidad y su forma de actuar, promoviendo, por ejemplo, la idea de que los hombres

deben ser fuertes y racionales, mientras que las mujeres deben ser sensibles y cuidadoras (Vargas, 2007)

Según Sandra Bem (1981), estas influencias llevan a que las normas de género sean internalizadas y adoptadas como verdades personales, lo que perpetúa los estereotipos a lo largo del tiempo. donde los individuos internalizan normas y expectativas de género a través de la familia, la educación, los medios de comunicación y la cultura. La teoría del aprendizaje social de Bandura (1991), por ejemplo, explica cómo los niños observan y modelan comportamientos de género según los refuerzos y castigos que reciben del entorno, siendo así que el mundo y el comportamiento de las personas se causan mutuamente.

Existen varias teorías dentro de la psicología que explican la formación y el mantenimiento de los estereotipos de género: Para comenzar, la Teoría de la identidad social, quienes sostienen que los individuos categorizan a las personas en grupos sociales, reforzando la identidad de género y los estereotipos asociados. La Teoría del Esquema de Género, propuesta por Bem (1981), sostiene que las personas organizan y procesan la información social a través de esquemas mentales asociados al género. Estos esquemas actúan como filtros que influyen en cómo se perciben a sí mismas y a los demás, guiando actitudes, juicios y comportamientos de acuerdo con lo que culturalmente se considera apropiado para hombres y mujeres (Turner, 1979)

Pasando al año 1987 Alice H. Eagly establece la Teoría del rol social en la que se plantea que las diferencias de género observadas en el comportamiento y las creencias sociales no tienen un origen biológico, sino que surgen de las expectativas y normas que la sociedad asigna a hombres y mujeres en función de los roles tradicionales que

históricamente han desempeñado. Estas funciones socialmente distribuidas generan y refuerzan estereotipos sobre cómo deben comportarse las personas según su género, perpetuando una división de tareas y valores basada en construcciones culturales más que en determinantes naturales.

En este marco, el concepto de dimorfismo sexual, según lo explica Camargo (2012), sirve como base biológica sobre la cual se han construido muchas de estas diferencias sociales. El dimorfismo sexual alude a las diferencias físicas visibles entre hombres y mujeres de una misma especie, como el tamaño corporal o el tono de voz, que no están directamente relacionados con los órganos sexuales. Si bien estas diferencias existen, su interpretación ha sido utilizada culturalmente para justificar la asignación desigual de funciones y comportamientos entre hombres y mujeres, reforzando las estructuras sociales que Eagly 1987 cuestiona desde su teoría. De este modo, lo biológico ha sido instrumentalizado para sostener construcciones sociales que, en esencia, son moldeables y cambiantes.

Los estereotipos de género tienen consecuencias significativas en diversas áreas de la vida, incluyendo la educación, el ámbito laboral, la salud mental y las relaciones interpersonales. Algunas de las principales repercusiones incluyen la Educación, siendo esta una influencia en la elección de carreras y desempeño académico de acuerdo con normas de género (Eccles, 1994).

También encontramos en la salud mental, haciendo referencia en la mayor prevalencia de trastornos emocionales en mujeres y menor acceso a servicios de salud mental en hombres debido a normas de masculinidad tradicionales (Mahalik et al., 2003).

Por otro lado, en el trabajo, haciendo referencia en las disparidades salariales, segregación ocupacional y barreras en el acceso a posiciones de liderazgo (Heilman, 2012).

Con base en lo anterior, podemos concluir que los estereotipos de género son una construcción social, ya que representan creencias colectivas sobre las características, roles y comportamientos que se asignan a las personas según su sexo biológico o la identidad de género con la que se identifican. Desde la perspectiva de Kenneth Gergen, la construcción social implica que el conocimiento y la realidad se forman a través de interacciones sociales y prácticas culturales compartidas, más que como reflejo de una verdad objetiva. En este sentido, los estereotipos de género funcionan como esquemas mentales que orientan nuestras acciones y decisiones, y que comenzamos a incorporar desde el nacimiento (García, 2022).

Para Lippmann (1922), citado por Puertas (2004), como uno de los primeros autores en emplear el término "estereotipo", estos son entendidos como creencias ampliamente compartidas sobre las diferencias innatas entre hombres y mujeres. Nociones más contemporáneas como las de Serrano (2021) define los estereotipos de género se refieren a "constructos simbólicos que delimitan las creencias acerca de las formas de interacción entre las personas, determinadas por su sexo en un grupo social". Su formación responde a factores sociales y culturales, por lo que varían en el tiempo y el espacio, manteniéndose como elementos dinámicos que condicionan las relaciones sociales y las prácticas cotidianas.

Estas definiciones permiten comprender cómo los estereotipos de género actúan como estructuras mentales que influyen no solo en la percepción que se tiene de los otros,

sino también en las decisiones individuales, incluyendo aquellas relacionadas con el cuidado de la salud. (OMS, 2004)

La relación entre los estereotipos de género y el cuidado de la salud es un aspecto clave para comprender las diferencias en salud entre hombres y mujeres cis género. Investigaciones recientes indican que los roles de género, profundamente arraigados en la cultura y la sociedad, influyen considerablemente en cómo los individuos perciben su salud y buscan atención médica. Según Espinoza Rivera y Luna Martínez (2025), las mujeres a menudo enfrentan cargas adicionales, como las expectativas de ser cuidadoras no remuneradas, lo que impacta su salud física y mental. Además, estos roles pueden limitar su acceso a servicios médicos e invisibilizar sus necesidades de salud. Por otro lado, los hombres, en su lucha por adherirse a estereotipos de masculinidad, tienden a minimizar la búsqueda de atención médica, a menudo evitando la consulta por trastornos emocionales o enfermedades crónicas. Este patrón refleja una construcción social que asigna a los hombres un rol de "invulnerabilidad", lo que dificulta la adopción de comportamientos preventivos y la atención oportuna de la salud. En consecuencia, los estereotipos de género no solo afectan el bienestar físico y psicológico, sino que también perpetúan diferencias en la atención, su búsqueda, y el acceso a la asistencia en salud, exacerbando las inequidades entre los géneros (Espinoza-Rivera, 2023; González Sanjuán, 2011). Es decir, inequidades que no solo se explicarían por diferencias en el acceso sino en la disposición del paciente para solicitar la asistencia.

A partir de esto, investigaciones más recientes se han enfocado en analizar la relación entre la interiorización de estos estereotipos y las conductas de autocuidado en salud de los adultos jóvenes universitarios, eje central del presente estudio.

El cuidado de la salud desde la prevención

El cuidado de la salud desde un enfoque preventivo implica la necesidad de intervenir antes de que las enfermedades se lleguen a desarrollar, favoreciendo el bienestar general (López, 2013). En este contexto, es fundamental entender el concepto de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977. La autoeficacia se refiere a la creencia en la propia capacidad para implementar prácticas de salud preventiva y facilitar cambios en el comportamiento. Esta creencia no solo afecta la forma en que las personas abordan los desafíos de salud, sino que también influye en su motivación y persistencia ante las barreras que pueden surgir al intentar adoptar hábitos saludables. La importancia de la autoeficacia radica en que impulsa la agencia, es decir, la capacidad de los individuos para actuar de manera autónoma y tomar decisiones que afectan su salud (Bandura, 2006). Una mayor autoeficacia permite que los individuos se sientan más empoderados para realizar cambios significativos y sostenidos en su estilo de vida.

Matarazzo (1985) complementa esta comprensión al describir cómo la autoeficacia influye tanto en la salud física como en la salud mental. En su trabajo, destaca que la autoeficacia no solo afecta los comportamientos relacionados con la salud como la adopción de hábitos alimenticios saludables o la realización de ejercicio, sino que también es un determinante crítico en la gestión del estrés y la prevención de enfermedades. Matarazzo argumenta que las personas con una alta percepción de autoeficacia son más propensas a buscar asistencia médica, seguir tratamientos y adherirse a regímenes preventivos, ya que sienten que tienen el control sobre su bienestar. Así, la autoeficacia actúa como un factor mediador que puede mejorar los resultados de salud al fomentar una mayor adherencia a las prácticas de salud. Además, Prochaska y DiClemente (1983)

abordaron el modelo de cambio de comportamiento, donde se destacó la importancia de la conciencia y la motivación con respecto a la salud como claves para adoptar hábitos saludables. En este modelo, las personas que creen en su capacidad para cambiar son más propensas a progresar a través de las etapas del cambio, desde la contemplación hasta la acción. En conjunto, estos enfoques subrayan cómo la autoeficacia y la agencia son componentes esenciales para el éxito en la adopción de conductas preventivas, permitiendo a las personas sentirse responsables y activamente involucradas en su propio bienestar.

Conceptualización del Cuidado de la Salud y Prevención

El cuidado de la salud se entiende como un conjunto de acciones enfocadas en promover y proteger la salud, que incluye tanto su mantenimiento como su mejora través de la atención médica y la educación (OMS, 2020). Por otro lado, la prevención se clasifica en tres niveles; el primer nivel como prevención primaria donde encontramos aquellas estrategias enfocadas en la educación para la salud y la vacunación, buscando evitar la aparición de enfermedades. De igual forma Balarajan (2011) afirma que las intervenciones de prevención primaria son esenciales para reducir la carga de enfermedades crónicas.

En segundo nivel esta la prevención secundaria la cual se centra en la detección temprana de enfermedades a través de exámenes y pruebas diagnósticas, en esta por ejemplo La American Cancer Society (2021) señala que la detección temprana puede reducir significativamente la mortalidad por cáncer. Finalmente, en el tercer nivel la prevención terciaria que se orienta a reducir el impacto de enfermedades crónicas establecidas, incluyendo estrategias de rehabilitación.

La OMS (2019) indica que la prevención terciaria ayuda a minimizar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de las personas que ya viven con condiciones crónicas o agudas, lo que esto implica no solo tratar la enfermedad, sino también promover la rehabilitación y el manejo de la condición para que los individuos puedan llevar una vida plena y activa, a pesar de sus desafíos de salud.

Investigaciones sobre la Prevención y promoción de la Salud desde los hábitos de vida saludable

La prevención y promoción de la salud a través de hábitos de vida saludables ha sido objeto de diversas investigaciones, especialmente en el contexto de cómo el género influye en estos hábitos. Un aspecto clave a considerar es la diferencia en los comportamientos de salud entre hombres y mujeres. Estudios han demostrado que las mujeres tienden a tener mejores hábitos alimenticios y participan más activamente en actividades de promoción de la salud. En contraste, los hombres presentan mayores tasas de consumo de alcohol y tabaco. Además, las mujeres pueden enfrentar obstáculos específicos en el acceso a servicios de salud debido a roles de género tradicionales, lo que afecta su capacidad para adoptar hábitos saludables.

Investigaciones han demostrado que las personas son más propensas a adoptar hábitos saludables si están rodeadas de individuos que valoran y practican estos comportamientos. Por ejemplo, el apoyo social y la presión de grupo son determinantes en la adopción de una dieta equilibrada o el ejercicio regular. Asimismo, las normas culturales son importante en la percepción de lo que constituye un hábito de vida saludable. En

comunidades donde el ejercicio físico es valorado, es más probable que las personas sigan rutinas de actividad física.

Existen múltiples estudios que han seguido cohortes a largo plazo para explorar cómo el género y la inclusión social afectan la salud. Investigaciones como el Framingham Heart Study analizan cómo las redes sociales influyen en decisiones relacionadas con la salud. Además, se han realizado intervenciones específicas orientadas a promover hábitos de vida saludables en función del género. Por ejemplo, algunos programas de ejercicio diseñados exclusivamente para mujeres abordan tanto necesidades físicas como emocionales.

Los hallazgos de estas investigaciones muestran que, en múltiples países, las mujeres suelen presentar mejores comportamientos de salud en comparación con los hombres, pero también que los hombres tienen una mayor mortalidad relacionada con estilos de vida poco saludables. Asimismo, se ha constatado que las intervenciones que involucran cambios en el entorno social y la comunidad son más efectivas en la promoción de hábitos de vida saludable que aquellas centradas únicamente en el individuo.

De esta manera, estas investigaciones en el ámbito de la prevención y promoción de la salud indican que los hábitos de vida saludables están bastante influenciados por factores de género y que a medida que se continúan realizando estos estudios en este campo, es importante considerar estas dinámicas para diseñar programas de salud más efectivos y accesibles para diferentes poblaciones.

La Asociación Americana del Corazón (AHA, 2018) ha señalado que la implementación de programas de salud preventiva puede reducir drásticamente la

morbilidad y mortalidad asociadas con enfermedades cardiovasculares. Además, la prevención no solo impacta la salud pública, sino que también reduce los costos asociados a tratamientos de condiciones avanzadas (Leal, 2017).

En este caso las tendencias actuales en salud han puesto un enfoque creciente en la prevención de enfermedades crónicas, reconociendo su relevancia en la mejora del bienestar general. En este contexto, Mamerow (2018) destacan que la atención centrada en el paciente y la prevención integrada son claves para abordar las enfermedades crónicas, lo que subraya la importancia de una atención que priorice las necesidades individuales de los pacientes. Además, la incorporación de tecnología en el ámbito de la salud está transformando los métodos preventivos; Kearney (2018) señalan que las aplicaciones móviles y la telemedicina están mejorando el acceso a la información preventiva y al cuidado de la salud, facultando a las personas para que gestionen proactivamente su salud de manera más eficiente. En línea con este avance, el Modelo de Promoción de la Salud, propuesto por McLeroy, (1988), enfatiza la necesidad de un enfoque multifacético que contemple factores sociales y ambientales para promover la salud, un principio que se ve reforzado por las estrategias de Atención Primaria de Salud de la OMS (2008).

Asimismo, las políticas públicas integren este enfoque preventivo. Un informe de la OMS (2019) señala que las políticas de salud pública que fomentan la prevención deben ser implementadas de manera equitativa, especialmente en áreas rurales y para poblaciones vulnerables. Gacoin (2020) añaden que la falta de acceso a cuidados preventivos en comunidades rurales es una barrera significativa para el bienestar, lo que resalta la necesidad de hacer hincapié en la equidad en el acceso a la salud para lograr mejores resultados en bienestar y calidad de vida para todos.

En otros artículos se puede encontrar que el tema de la percepción y cuidado de la salud es muy importante ya que la forma en que las personas perciben su propia salud y bienestar puede influir en sus comportamientos y decisiones relacionadas con la salud (Pender, 2011). En percepción de la salud inicialmente se refiere a la forma en que las personas evalúan su propia salud y bienestar (Derogatis, 2000). Esto puede incluir aspectos físicos, emocionales y sociales (WHO, 2019). La percepción de la salud puede variar de persona a persona y puede estar influenciada por factores como la edad, el género, la cultura y la experiencia personal (Kabat-Zinn, 2003).

También en el cuidado de la salud se refiere a las acciones y comportamientos que las personas adoptan para mantener o mejorar su salud y bienestar (Pender, 2011). Esto puede incluir hábitos de vida saludable, como una dieta equilibrada, ejercicio regular y suficiente descanso, así como la búsqueda de atención médica cuando sea necesario (WHO, 2018). Los inmunógenos comportamentales son factores conductuales que pueden influir en el sistema inmunológico (Matarazzo, 1984). Por ejemplo, el estrés crónico puede debilitar el sistema inmunológico, mientras que el ejercicio regular puede fortalecerlo (Kabat-Zinn, 2003).

Los modelos de promoción de la salud, como el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (Pender, 2011), se enfocan en la importancia de los hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades y promover el bienestar. Estos modelos pueden ayudar a las personas a identificar y cambiar comportamientos que pueden estar afectando negativamente su salud (Pender, 2011).

La medición de la percepción de malestar se refiere a la evaluación de cómo las personas perciben su propio malestar o sufrimiento (Derogatis, 2000). Esto puede incluir aspectos físicos, emocionales y sociales (WHO, 2019). La medición de la percepción de

malestar puede ser útil para entender cómo las personas experimentan y responden a diferentes situaciones de salud (Derogatis, 2000).

Objetivo general

Describir la relación entre los estereotipos de género y las conductas de cuidado de la salud en adultos jóvenes universitarios de Bogotá, con el fin de examinar las asociaciones entre ambas variables.

Objetivos específicos

Describir los niveles de identificación con estereotipos de género en adultos jóvenes universitarios de Bogotá.

Describir las conductas de autocuidado y cuidado de la salud en adultos jóvenes universitarios de Bogotá.

Hipótesis

Los estereotipos de género influyeron de manera significativa en el cuidado de la salud de los adultos jóvenes universitarios de Bogotá, dado que las creencias internalizadas sobre el género operan como guías normativas que modelan las actitudes, percepciones y conductas relacionadas con el autocuidado, la prevención y la búsqueda de ayuda profesional. Estas construcciones socioculturales, transmitidas a través de los procesos de socialización de género, condicionan los modos en que hombres y mujeres se relacionan

con su propio bienestar físico y mental, generando diferencias en la adherencia a comportamientos saludables y en la disposición a reconocer la vulnerabilidad (Cáceres, D, y Alvarado, M., 2019)

Desde la perspectiva de la psicología social de la salud, el género funciona como un determinante psicosocial que atraviesa la motivación, la autoeficacia y las creencias de control sobre la salud (Hyde et al., 2019). En los hombres jóvenes, los estereotipos de autonomía, invulnerabilidad y fortaleza emocional tienden a desincentivar la búsqueda de atención médica o apoyo psicológico, reforzando patrones de riesgo y baja adherencia a conductas preventivas (Rodríguez, y Díaz, 2019). En contraste, las mujeres suelen ser socializadas bajo expectativas de cuidado, empatía y responsabilidad emocional, lo que puede promover prácticas de autocuidado más consistentes, aunque también generar sobrecarga o culpabilidad asociada al rol de cuidadora (Cáceres, 2019)

En el contexto urbano colombiano, estas dinámicas se ven amplificadas por factores culturales y estructurales que influyen en el acceso diferencial a los servicios de salud y en la forma en que los jóvenes interpretan las normas de género (Rodríguez, 2019). Por tanto, se plantea que la internalización de estereotipos de género tradicionales se asocia con menores niveles de autocuidado y prevención, mientras que la flexibilidad de género y la alta empatía se vinculan con conductas más saludables y una relación más adaptativa con la salud y el bienestar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Método

Diseño

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, lo que permite medir de manera objetiva las variables del estudio y analizar su relación estadística. Este tipo de enfoque es adecuado para describir fenómenos y examinar asociaciones entre variables sin manipulación experimental (Hernández-Sampieri et al., 2018).

El estudio posee un alcance descriptivo–correlacional, en coherencia con la pregunta de investigación y los objetivos planteados. Desde su componente descriptivo, el estudio caracteriza los niveles de identificación con estereotipos de género y las conductas de autocuidado en salud en adultos jóvenes universitarios, mediante el análisis de tendencias, distribuciones y patrones observables en las variables evaluadas.

Desde su componente correlacional, el estudio examina las asociaciones estadísticas entre los estereotipos de género y las conductas de cuidado de la salud, con el fin de determinar si existe relación entre ambas variables. Este nivel se ajusta a lo que Hernández-Sampieri et al. (2018) definen como análisis relacional en estudios no experimentales, en los cuales se busca identificar vínculos entre variables sin inferir causalidad ni efectos explicativos.

El diseño adoptado es no experimental y transversal, dado que las variables no se manipulan y los datos se recolectan en un único momento temporal. Este tipo de diseño permite describir fenómenos y analizar relaciones en un contexto específico sin establecer mecanismos causales, favoreciendo la comprensión estadística de los vínculos entre los estereotipos de género y el cuidado de la salud en población universitaria (Hernández-Sampieri et al., 2018).

En conjunto, este diseño resulta coherente con la muestra seleccionada, los instrumentos aplicados y el propósito del estudio, al permitir identificar patrones descriptivos y asociaciones entre las variables desde una perspectiva cuantitativa fundamentada.

Participantes

La muestra de este estudio estuvo conformada por adultos jóvenes universitarios residentes en la ciudad de Bogotá entre los 18 y 30 años, que se encuentren cursando estudios universitarios en programas de pregrado y posgrado pertenecientes a distintas áreas del conocimiento. Se busca incluir participantes de diferentes niveles socioeconómicos con el fin de garantizar heterogeneidad en la población analizada.

El tamaño de la muestra se estimó a partir del modelo propuesto, el cual contempla siete variables latentes y quince variables observadas. Con un tamaño del efecto esperado de 0,2, un nivel de confianza de 95% y un poder estadístico de 0,8, se determinó un mínimo de 850 participantes (425 hombres y 425 mujeres). Sin embargo, para efectos del presente trabajo realizado como auxiliares de investigación se llevó a cabo un primer ejercicio de pilotaje con una muestra de 62 participantes, sobre la cual se efectuaron los análisis descriptivos y estadísticos presentados, aunque se fundamentó en un supuesto de muestreo aleatorio simple para garantizar la representatividad.

En coherencia con una perspectiva inclusiva, no se establecieron distinciones relacionadas con la identidad sexual, contemplando la participación de hombres y mujeres cisgénero, hombres y mujeres trans, personas no binarias u otras formas de autodefinición

de género. Asimismo, no se discriminará por orientación sexual, acogiendo un espectro que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva, en consonancia con la escala de Kinsey.

La participación será de carácter voluntario, asegurada mediante la firma de consentimiento informado. Se excluirán de la investigación aquellas personas que manifiesten no querer participar, quienes presenten dificultades para leer y responder los cuestionarios o reporten malestar frente al contenido de los instrumentos aplicados, con el fin de salvaguardar la validez de los datos y el bienestar de los participantes.

Instrumentos o técnicas

Escala de Masculinidad y Feminidad (EMAFE-15)

La Escala de Masculinidad y Feminidad (EMAFE-15) es un instrumento psicométrico de autoinforme elaborado para evaluar la presencia de estereotipos de género en población general y universitaria. Su diseño corresponde a una adaptación de la versión original de 21 ítems (EMAFE-21), de la cual seis reactivos se establecieron como preguntas de control, conservándose finalmente una versión de 15 ítems organizada en dos factores principales: F1: Masculinidad (8 ítems: 2, 5, 7, 11, 13, 16, 19 y 20) y F2: Feminidad (7 ítems: 1, 8, 9, 10, 14, 17 y 21). La escala utiliza un formato tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (*completamente en desacuerdo*) hasta 4 (*completamente de acuerdo*), lo que permite obtener puntuaciones diferenciadas para cada dimensión

EMAFE-v3

El instrumento fue creado con el propósito de ofrecer una medida breve, confiable y culturalmente pertinente para explorar la adhesión a estereotipos tradicionales de género en la vida cotidiana. Su aplicación resulta especialmente útil en investigaciones con población universitaria joven, dado que permite identificar el grado en que las personas se adscriben a creencias culturalmente construidas sobre lo “masculino” y lo “femenino” (Martínez, 2012)

En términos de evaluación, el EMAFE-15 produce dos puntuaciones independientes: una asociada a la masculinidad y otra a la feminidad. Puntuaciones más elevadas en cada dimensión reflejan una mayor identificación con los atributos culturalmente asociados a dicho estereotipo. A diferencia de otras medidas, el instrumento no propone un puntaje total único, pues el interés analítico radica en el contraste entre ambas dimensiones y su perfil comparativo (Martínez, 2012)

Respecto a sus propiedades psicométricas, la escala ha mostrado niveles satisfactorios de confiabilidad interna, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a .70 en ambas subescalas, así como evidencia de validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, que respaldan la estructura bidimensional del instrumento. También cuenta con validez de contenido a partir del juicio de expertos y validez convergente con otras escalas relacionadas con roles de género (Martínez, 2012)

En la presente investigación, el EMAFE-15 se aplicará a estudiantes universitarios de 18 a 30 años residentes en Bogotá, dado que se ajusta a las características de la muestra y ofrece ventajas metodológicas por su brevedad, claridad en los reactivos y pertinencia cultural. Su uso permitirá analizar la influencia de los estereotipos de género en las

variables psicológicas en estudio, aportando evidencia empírica al campo de la psicología social y de género en contextos latinoamericanos.

El último dato reportado sobre su evaluación indica un índice de consistencia interna de $\alpha = 0.92$, obtenido mediante el estadístico alfa de Cronbach, lo cual confirma un alto nivel de confiabilidad y estabilidad en la medición para esta aplicación. Este resultado respalda la precisión del instrumento para captar las dimensiones subyacentes de los estereotipos de género en contextos socioculturales diversos.

SCL-90 - Inventario de Síntomas (Dimensión Somatización)

El Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) fue desarrollado originalmente por Derogatis en 1975 como un inventario de síntomas psicológicos. Para este estudio se utilizó específicamente la dimensión de somatización del Inventario SCL-90 adaptado por Derogatis y validado por Cruz Fuentes et al. en 2005, comprendiendo 12 ítems.

La somatización se define conceptualmente como la tendencia a experimentar y comunicar síntomas somáticos que no pueden explicarse completamente por hallazgos patológicos médicos, siendo atribuidos por la persona a enfermedad física y motivando la búsqueda de ayuda médica. Su operacionalización se realiza mediante el reporte de diversos síntomas físicos experimentados por el individuo. (Derogatis L. R., 1975).

La escala emplea un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 0 significa "Nada en absoluto", 1 "Un poco", 2 "Moderadamente", 3 "Bastante" y 4 "Mucho o extremadamente". Ejemplos de ítems incluyen "Dolores de cabeza" o "Mareos o

desmayos", evaluando la intensidad con que el participante ha experimentado estos síntomas.

Las propiedades psicométricas muestran un coeficiente alfa de Cronbach de 0.70 para la dimensión de somatización, indicando una consistencia interna aceptable. La versión completa del SCL-90-R cuenta con validez de constructo bien establecida y buena confiabilidad test-retest, con validez discriminante y convergente confirmadas en numerosos estudios transculturales, lo que respalda su utilidad clínica y de investigación.

El último dato reportado sobre la evaluación indica un índice de consistencia interna de $\alpha = 0.904$, obtenido mediante el estadístico alfa de Cronbach, lo cual confirma un alto nivel de confiabilidad y estabilidad en la medición para esta aplicación. Este resultado respalda la precisión del instrumento para captar las dimensiones subyacentes de los estereotipos de género en contextos socioculturales diversos. (Cronbach L. J, 1951).

Autoeficacia del comportamiento alimentario

La Autoeficacia del comportamiento alimentario se evaluó mediante una escala compuesta por 21 ítems que valoran el grado de confianza que tienen los individuos para regular sus hábitos alimenticios en situaciones cotidianas y frente a posibles dificultades ambientales o emocionales. Este instrumento resulta de gran relevancia porque la autoeficacia constituye un factor esencial en la adopción de estilos de vida saludables.

La escala se estructura en cuatro dimensiones: (1) autoeficacia para controlar el consumo de grasas (5 ítems), (2) autoeficacia para consumir alimentos saludables (5 ítems), (3) autoeficacia para controlar el consumo de alimentos dulces (8 ítems), y (4) autoeficacia

para regular el consumo de bebidas (3 ítems). Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 10 puntos, donde 1 significa "nada seguro" y 10 "completamente seguro".

En el ámbito de la alimentación, la escala permite identificar hasta qué punto los jóvenes universitarios perciben que pueden mantener conductas de autocuidado relacionadas con la selección de alimentos, la regulación de porciones y el control de la ingesta en contextos sociales o de estrés. Ejemplos de ítems incluyen: "¿Qué tan seguro estás de poder comer alimentos bajos en grasa cuando tienes hambre?", "¿Qué tan seguro estás de comer frutas como refrigerio?", y "¿Qué tan seguro estás de evitar comer dulces cuando estás ansioso?"

En su proceso de validación con una muestra de 502 adolescentes mexicanos, se reportó un alfa de Cronbach total de $\alpha = .934$, lo que indica una excelente consistencia interna. El análisis factorial confirmatorio demostró un ajuste adecuado del modelo tetrafactorial propuesto ($\chi^2/gl = 2.8$, CFI = .92, TLI = .91, RMSEA = .06, SRMR = .05), confirmando la validez de constructo del instrumento. Las cargas factoriales de todos los ítems fueron superiores a .50, oscilando entre .54 y .82. Se estableció validez convergente mediante correlaciones significativas con otras medidas de conductas alimentarias saludables ($r = .58$, $p < .001$) y validez divergente con escalas de alimentación emocional ($r = -.42$, $p < .01$) (Palacios-Delgado, 2017).

Analizando las subescalas específicas, se obtuvieron valores de $\alpha = .89$ para los ítems relacionados con el comportamiento alimentario frente a grasas, $\alpha = .888$ para alimentos saludables, $\alpha = .862$ para el consumo de alimentos dulces, y $\alpha = .884$ para

bebidas, confirmando la alta consistencia interna en todas las dimensiones (Palacios-Delgado, 2017).

Autoeficacia de la actividad física

La Autoeficacia de la actividad física fue evaluada mediante una escala compuesta por 39 ítems distribuidos en tres dimensiones que valoran la percepción de eficacia para iniciar, mantener y regular la práctica de ejercicio físico en diferentes contextos. Este instrumento parte de la premisa de que la práctica de la actividad física no depende únicamente de la disponibilidad de tiempo o de recursos materiales, sino de la confianza subjetiva en la propia capacidad para sostener hábitos de movimiento y esfuerzo corporal a largo plazo.

La estructura del instrumento comprende tres subescalas: (1) Autoeficacia para el ejercicio físico programado (23 ítems), que evalúa la confianza para realizar actividades deportivas estructuradas; (2) Autoeficacia para la actividad física en la vida diaria (13 ítems), que mide la percepción de capacidad para incorporar movimiento en las actividades cotidianas; y (3) Autoeficacia para caminar todos los días (3 ítems), centrada específicamente en la confianza para mantener la caminata como hábito regular.

Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 10 puntos, donde 0 significa "no puedo hacerlo en absoluto" y 10 "completamente seguro de que puedo hacerlo". Ejemplos de ítems incluyen: "¿Qué tan seguro está de poder hacer ejercicio tres veces por semana durante 20 minutos?", "¿Qué tan seguro está de caminar en lugar de usar el automóvil cuando sea posible?", y "¿Qué tan seguro está de caminar al menos 30 minutos cada día?"

Su aplicación resulta especialmente pertinente en población universitaria, donde las demandas académicas y sociales tienden a reducir el tiempo destinado al ejercicio, y la autoeficacia se configura como un predictor fundamental de la adherencia a la actividad física como práctica de autocuidado y promoción del bienestar.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el estudio de validación con 385 participantes mexicanos reportó altos niveles de fiabilidad, con un alfa de Cronbach total de $\alpha = .97$. El análisis factorial exploratorio con rotación Varimax explicó el 68.4% de la varianza total, confirmando la estructura tridimensional del instrumento con valores propios superiores a 1.0 para cada factor. Al analizar las subescalas específicas, se obtuvieron valores de $\alpha = .96$ para Ejercicio físico programado, $\alpha = .938$ para Actividad física en la vida diaria, y $\alpha = .947$ para Caminar todos los días. Todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .45, oscilando entre .52 y .85 (Fernández-Cabrera et al., 2011).

Adicionalmente, se obtuvo evidencia de validez concurrente mediante correlaciones significativas con medidas objetivas de actividad física evaluadas con acelerómetros ($r = .54$, $p < .01$) y con el Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ ($r = .61$, $p < .001$), confirmando que la escala mide efectivamente la autoeficacia relacionada con el ejercicio. La validez predictiva se estableció mediante análisis de regresión logística, demostrando que las puntuaciones de autoeficacia predijeron significativamente la práctica regular de ejercicio físico tres meses después ($OR = 2.3$, $p < .01$) (Fernández-Cabrera et al., 2011; Marcus et al., 1992; McAuley & Blissmer, 2000).

En conjunto, los coeficientes obtenidos respaldan la solidez metodológica del instrumento y su pertinencia para investigaciones que buscan comprender los determinantes

psicosociales de los hábitos de autocuidado y ejercicio regular en población universitaria joven latinoamericana.

Procedimiento

La recolección de datos se desarrolló en dos fases durante el periodo comprendido entre julio y octubre de 2025.

Fase 1: Preparación y validación de instrumentos

En esta etapa inicial se realizó la revisión de los instrumentos seleccionados para verificar su congruencia con el marco teórico de la investigación. Este proceso incluyó el análisis de la coherencia conceptual entre las dimensiones evaluadas por cada escala (estereotipos de género, autoeficacia alimentaria, autoeficacia de actividad física y somatización) y los constructos teóricos definidos en el proyecto, tales como los estereotipos de género desde la teoría del esquema de género, la autoeficacia y el cuidado de la salud desde el Modelo de Promoción de la Salud. Esta revisión permitió confirmar la pertinencia de los instrumentos para responder a la pregunta de investigación y garantizar la validez de contenido del protocolo de evaluación en el contexto de jóvenes universitarios bogotanos.

Fase 2: Aplicación de instrumentos

La recolección de información se efectuó exclusivamente mediante formato digital a través de la plataforma Google Forms. Para alcanzar el tamaño muestral requerido, se implementó una estrategia de difusión colaborativa con la participación de estudiantes de diferentes semestres de los programas de psicología, medicina y enfermería de la Fundación Universitaria Sanitas, quienes actuaron como facilitadores en la convocatoria de participantes.

La estrategia de muestreo empleada fue no probabilística por conveniencia, utilizando la técnica de bola de nieve, mediante la cual los participantes iniciales compartieron el enlace del cuestionario digital con otros estudiantes universitarios que cumplieran con los criterios de inclusión: ser adultos jóvenes entre 18 y 30 años, estar cursando estudios universitarios (pregrado o posgrado) y residir en la ciudad de Bogotá. Esta metodología permitió ampliar progresivamente el alcance de la muestra dentro de redes estudiantiles y círculos académicos universitarios en la capital colombiana.

Previo a la participación, todos los estudiantes accedieron a un consentimiento informado ubicado en la primera sección del formulario digital, en el cual se les informó sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación, el manejo confidencial de los datos, la ausencia de riesgos físicos o psicológicos asociados, y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. El consentimiento especificaba que la investigación cumple con lo establecido en el artículo 11 de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, clasificándose como una investigación de riesgo mínimo, y con los principios de la Declaración de Helsinki para investigación con seres humanos.

Los participantes fueron informados de que su aceptación para continuar con el cuestionario constituía su consentimiento explícito e informado. Asimismo, se les proporcionó información de contacto del investigador principal y del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas para resolver cualquier inquietud durante o después del proceso.

La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 35 a 40 minutos por participante e incluyó, en el siguiente orden: (1) consentimiento informado, (2) cuestionario sociodemográfico, (3) Escala de Masculinidad y Feminidad EMAFE-15, (4)

dimensión de somatización del SCL-90, (5) escala de autoeficacia del comportamiento alimentario, y (6) escala de autoeficacia de la actividad física.

Los datos recolectados fueron exportados directamente desde Google Forms a una base de datos en Microsoft Excel y posteriormente transferidos a SPSS versión 25.0 para su análisis estadístico. Se garantizó el anonimato mediante la no recolección de datos identificatorios personales, asignando códigos automáticos de registro a cada participante. La información obtenida se utilizó exclusivamente para análisis estadísticos en conjunto, sin realizar análisis individuales por participante. Posteriormente, se realizó depuración de datos, identificación de valores atípicos o perdidos, y evaluación de supuestos estadísticos para determinar el tipo de análisis inferencial apropiado.

El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas. Se garantizó la confidencialidad, el manejo seguro de la información y el cumplimiento de la normatividad colombiana sobre protección de datos personales (Ley 1581 de 2012). Los participantes fueron informados de que los resultados serían utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, sin posibilidad de identificación individual ni uso secundario de la información.

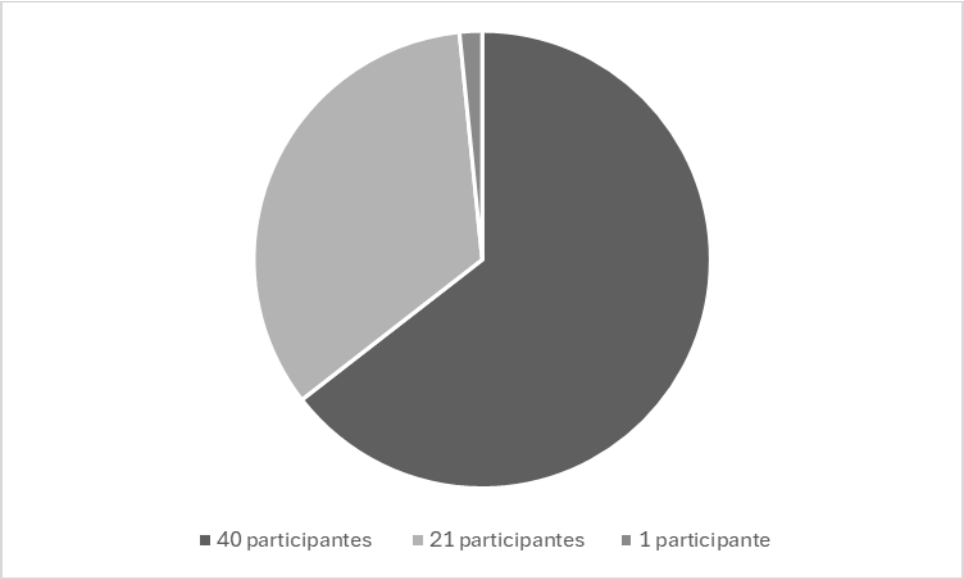
En las tablas de resultados se incluye el valor de “media esperada”, el cual corresponde al valor promedio teórico que se obtendría si las respuestas se ubicaran en el punto medio de la escala de medición de cada instrumento. Este valor se utiliza como referencia comparativa para determinar si los puntajes obtenidos por la muestra se encuentran por encima o por debajo del rendimiento esperado en la escala, permitiendo una interpretación más precisa del nivel alcanzado en cada dimensión evaluada.

Resultados

Caracterización de los participantes

Figura 1

Distribución de participantes según categoría



Nota. Distribución por género. Elaboración propia.

Como se observa en la Figura 1, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres, seguidas por hombres y un participante que prefirió no declarar su género. Esta fase piloto contó con la participación de 62 adultos jóvenes universitarios residentes en la ciudad de Bogotá, quienes conforman una muestra no probabilística de tipo intencional. Esta población se caracteriza por encontrarse en una etapa vital de transición hacia la

adultez emergente, definida por Arnett (2015) como un periodo en el que se consolidan las identidades personales, profesionales y relacionales, incluyendo el desarrollo de actitudes y prácticas relacionadas con el autocuidado y la salud.

En cuanto a la identidad de género, 40 participantes (64.5%) se identificaron como mujeres, 21 (33.9%) como hombres, y 1 (1.6%) seleccionó la opción “prefiero no decir”. Esta distribución refleja una mayor representación femenina, consistente con la tendencia observada en estudios universitarios colombianos donde las mujeres presentan mayor disposición a participar en investigaciones sobre bienestar y salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Respecto a la estructura familiar, se evidenció una diversidad significativa en la composición de los hogares. Los grupos familiares más frecuentes fueron aquellos conformados por madre, padre y hermanos(as), con una frecuencia de 21, seguidos por los grupos madre, padre (7), y tíos(as) (21). Otras configuraciones familiares reportadas incluyeron la presencia de abuelos, abuelas, primos u otros cuidadores, lo que muestra la persistencia de familias extendidas y redes de apoyo intergeneracional en el contexto urbano bogotano.

Específicamente, se identificaron combinaciones menos frecuentes como: madre con frecuencia 4; padre con frecuencia 1; hermanos(as) con frecuencia 1; abuela con frecuencia 1; abuelo con frecuencia 7; madre, padre, hermano(as), abuela, abuelo y tíos(as) con frecuencia 1; y otras estructuras mixtas (por ejemplo, madre, abuela, tíos(as), primos(as), entre otros). Esta heterogeneidad familiar resulta relevante para la comprensión del contexto psicosocial de los participantes, en tanto las dinámicas de convivencia y los

roles aprendidos en el hogar constituyen un marco primario de socialización de género y modelamiento de conductas de autocuidado (Vargas-Trujillo & Barrera, 2021).

Figura 2

Relaciones de pareja

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la variable situación relacional, los resultados observados en la figura 2 muestran que 23 participantes (37.1%) manifestaron tener pareja actualmente, mientras que 7 (11.3%) señalaron no tener pareja ni haber tenido en el pasado. Por su parte, 32 participantes (51.6%) indicaron no tener pareja en la actualidad, pero haber tenido anteriormente. Estos datos permiten inferir que la mayoría de los jóvenes han tenido al menos una experiencia relacional significativa, aspecto relevante al analizar los procesos de identidad de género, expresión emocional y apoyo social, los cuales inciden directamente en las prácticas de salud y bienestar psicológico.

Nivel educativo

En relación con el nivel educativo, la mayoría de los participantes (51 personas; 82.3%) se encuentra cursando estudios de pregrado, mientras que 4 (6.5%) reportaron haber finalizado su formación universitaria. Asimismo, 2 participantes (3.2%) indicaron tener pregrado finalizado y posgrado en curso, y 2 (3.2%) señalaron haber finalizado un posgrado. Solo 1 participante (1.6%) reportó haber culminado únicamente el bachillerato.

Este perfil educativo evidencia una población altamente escolarizada y en proceso de formación profesional, en la que las demandas académicas, sociales y personales propios del entorno universitario pueden influir en la configuración de creencias y conductas relacionadas con la salud. Desde la perspectiva de la psicología de la salud, este grupo representa un segmento crítico para la promoción de hábitos saludables, dado que durante esta etapa se establecen patrones de autocuidado que tienden a mantenerse en la vida adulta.

En conjunto, la caracterización sociodemográfica muestra una población diversa, predominantemente femenina, con redes familiares amplias y un alto nivel educativo, lo que sitúa a los participantes dentro de un contexto sociocultural urbano en el que las representaciones de género y los valores de autonomía, éxito académico y bienestar son altamente relevantes. Estos factores constituyen el marco desde el cual se interpretan las prácticas de cuidado y las diferencias en las actitudes frente a la salud, permitiendo posteriormente contrastar los resultados empíricos con la hipótesis planteada sobre la influencia de los estereotipos de género en las conductas de autocuidado de los adultos jóvenes universitarios bogotanos.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables evaluadas

Datos descriptivos	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Media esperada
Autoeficacia del comportamiento alimentario (comportamiento alimentario grasas)	7,0	50,0	31,61	11,84	27,5
Autoeficacia del comportamiento alimentario (alimentos saludables)	6,0	50,0	36,41	11,19	27,5
Autoeficacia del comportamiento alimentario (alimentos dulces)	8,0	80,0	56,77	15,91	33
Autoeficacia del comportamiento alimentario (bebidas)	3,0	30,0	23,41	7,488	16,5

Autoeficacia del comportamiento alimentario (Total)	9,2	52,5	37,05	9,551	115,5
Autoeficacia de la actividad física (ejercicio físico programado)	,00	230,0	140,8	56,15	126,5
Autoeficacia de la actividad física (actividad física en la vida diaria)	,00	130,0	79,40	31,85	71,5
Autoeficacia de la actividad física (caminar todos los días)	,00	30,00	17,09	9,563	16,5
Autoeficacia de la actividad física (total)	,00	390,0	237,3	88,08	214,5
Escala Masculinidad y Feminidad (EMAFE-ver3) total	14,00	52,00	34,32	8,291	32,5
Escala Masculinidad (EMAFE-ver3)	3,00	30,00	16,03	6,902	20

Escala Feminidad (EMAFE-ver3)	6,00	26,00	18,29	3,902	17,5

Nota. La media esperada corresponde al valor teórico promedio del instrumento.

Elaboración propia

Los resultados descriptivos permiten observar el comportamiento de las principales variables asociadas a la autoeficacia en el autocuidado de la salud y a la identificación con estereotipos de género en la muestra de adultos jóvenes universitarios de Bogotá.

En primer lugar, como se observa en la Tabla 1 el valor de la media de la autoeficacia alimentaria muestra un desempeño por encima de la media esperada en la mayoría de los dominios evaluados. En la dimensión *comportamiento alimentario de grasas* (M = 31,61; DE = 11,84; media esperada = 27,5) y en *alimentos saludables* (M = 36,42; DE = 11,19; media esperada = 27,5), se evidencia que los participantes presentan niveles adecuados de percepción de control y confianza para realizar elecciones alimentarias más saludables y reducir el consumo de grasas. Este resultado sugiere una tendencia positiva hacia la autorregulación en la dieta, lo que podría reflejar una creciente conciencia sobre los hábitos saludables en el contexto universitario.

De manera destacada, la dimensión *alimentos dulces* (M = 56,77; DE = 15,91; Media esperada = 33) presenta la media más alta entre las subescalas de alimentación, lo que indica una alta percepción de autoeficacia para controlar el consumo de azúcares, aspecto relevante si se considera la vulnerabilidad de este grupo etario frente a conductas alimentarias impulsivas o emocionales. Asimismo, en la subescala *bebidas* (M = 23,41; DE = 7,48; media esperada = 16,5), los resultados reflejan una percepción moderada-alta de

control sobre el consumo de bebidas no saludables, manteniéndose por encima de la media esperada.

En relación con la autoeficacia en la actividad física, los resultados también se sitúan por encima de las medias esperadas en las tres dimensiones: *ejercicio físico programado* (M = 140,85; DE = 56,15; media esperada = 126,5), *actividad física en la vida diaria* (M = 79,40; DE = 31,85; media esperada = 71,5) y *caminar todos los días* (M = 17,09; DE = 9,56; resultado = 16,5). Esto evidencia que los participantes manifiestan niveles elevados de confianza para mantener rutinas de movimiento, tanto estructuradas como cotidianas, lo que denota una orientación activa hacia el autocuidado corporal y la salud preventiva.

El puntaje total de esta categoría (M = 237,35; DE = 88,08; media esperada = 214,5) confirma un perfil general de autoeficacia física alto, coherente con estudios que vinculan la educación universitaria y el acceso a información en salud con mejores hábitos de ejercicio (Vázquez et al., 2019).

Por otro lado, los resultados de la Escala de Masculinidad y Feminidad (EMAFE-ver3) indican una tendencia equilibrada en la identidad de género: el puntaje total (M = 34,32; DE = 8,29; media esperada = 32,5) refleja una distribución cercana a la media teórica, sin predominancia clara de rasgos masculinos o femeninos. Al analizar las subescalas, la masculinidad (M = 16,03; DE = 6,90; media esperada = 20) se encuentra ligeramente por debajo de la media esperada, mientras que la feminidad (M = 18,29; DE = 3,90; media esperada = 17,5) se ubica ligeramente por encima, lo cual sugiere una mayor

identificación con atributos asociados al cuidado, la empatía y la sensibilidad, tradicionalmente vinculados a los roles femeninos, pero sin diferencias extremas.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que los jóvenes universitarios de Bogotá manifiestan una autoeficacia elevada en los comportamientos de salud, acompañada de identidades de género más flexibles y menos polarizadas, lo que podría reflejar una transición generacional hacia modelos más integradores del autocuidado. La literatura reciente (Hyde et al., 2019; Courtenay, 2000; López & Martín, 2020) apoya esta interpretación, destacando que las nuevas generaciones tienden a disociar el cuidado personal de los estereotipos tradicionales, construyendo prácticas de bienestar basadas en la equidad, la autonomía y la responsabilidad individual.

Análisis de Correlaciones

Para determinar si los datos cumplían con el supuesto de normalidad, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados indicaron que las variables no se ajustan a una distribución normal, razón por la cual el análisis inferencial se realizó mediante un estadístico de correlación no paramétrico, específicamente el coeficiente Rho de Spearman, el cual permite identificar la fuerza y dirección de las relaciones entre variables ordinales o con distribución no normal.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a las asociaciones que mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio. El detalle completo de todas las correlaciones obtenidas puede consultarse en el Anexo 4

En primer lugar, se identificó una relación significativa y negativa entre la unión familiar y la identificación con los imaginarios de género masculino en el grupo de mujeres (Rho = –0.44, $p < 0.01$). Este resultado sugiere que, a medida que las participantes reportan mayores niveles de cohesión y apoyo familiar, tienden a disminuir su identificación con rasgos tradicionalmente asociados a la masculinidad, como la autosuficiencia o la competitividad. Dicho hallazgo podría interpretarse en el sentido de que los contextos familiares cohesionados promueven modelos de socialización más flexibles y menos basados en estereotipos rígidos de género, favoreciendo el desarrollo de identidades femeninas más integradoras y equitativas.

En la tabla 2 se observó solamente al grupo de mujeres universitarias participantes (n = 40), no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de feminidad y masculinidad y las conductas de salud evaluadas ($p < 0.05$). Los resultados indican que las mujeres que obtuvieron mayores puntuaciones en rasgos tradicionalmente asociados a la feminidad como sensibilidad o cuidado hacia los demás no presentaron diferencias relevantes en sus comportamientos de autocuidado, prevención o búsqueda de atención médica en comparación con quienes mostraron puntuaciones más equilibradas o con mayor presencia de rasgos masculinos.

Esto sugiere que, dentro de esta muestra, las mujeres universitarias mantienen conductas saludables relativamente estables, independientemente del grado de identificación con los estereotipos de género tradicionales. Dicho hallazgo podría reflejar una tendencia hacia la autonomía y la conciencia personal del bienestar, más que una conducta guiada por normas de género, coherente con los cambios socioculturales en las generaciones jóvenes urbanas de Bogotá.

En el caso del grupo de hombres universitarios, como se muestra en la tabla 3 en los participantes ($n = 21$), no se identificaron relaciones significativas entre las dimensiones de masculinidad y feminidad y las conductas de salud ($p < 0.05$). Los puntajes obtenidos evidencian que la adhesión a estereotipos de masculinidad tradicional como la fortaleza, la autosuficiencia o la evitación de la vulnerabilidad no se asoció de manera estadísticamente relevante con las decisiones o comportamientos de autocuidado, prevención ni búsqueda de ayuda médica.

De manera general, los resultados sugieren que los hombres universitarios de la muestra no muestran de forma determinante los estereotipos de género tradicionales en su conducta de salud, mostrando prácticas de cuidado relativamente homogéneas frente a las mujeres. Este hallazgo podría interpretarse como un indicio de cambio generacional en la expresión de la masculinidad, donde los jóvenes comienzan a desvincular el bienestar personal de los mandatos culturales de fortaleza o autosuficiencia, adoptando posturas más flexibles y conscientes frente al cuidado de su salud física y mental.

El análisis estadístico de correlación realizado entre las dimensiones de estereotipos de género (masculinidad y feminidad) y las conductas de salud de los adultos jóvenes universitarios de Bogotá no evidenció relaciones significativas. En términos generales, los puntajes obtenidos en las escalas de masculinidad y feminidad no mostraron asociación estadísticamente relevante con las puntuaciones en las dimensiones de autocuidado, prevención o búsqueda de ayuda ($p < 0.05$).

Los resultados indican que, en la muestra analizada en la tabla 4 no se encontró una relación significativa entre la identificación con rasgos estereotípicamente masculinos o

femeninos y las conductas saludables con decisiones vinculadas al cuidado personal. Al parecer, tanto hombres como mujeres jóvenes universitarios podrían estar tomando decisiones sobre su salud influenciados por otros factores, como aspectos contextuales, educativos o niveles de conciencia individual sobre el bienestar. Es importante señalar que, por tratarse de un estudio transversal y de carácter piloto con una muestra pequeña, estos hallazgos deben interpretarse con cautela, pues el diseño no permite establecer relaciones causales ni direccionalidad entre las variables analizadas.

Desde una perspectiva psicosocial, estos hallazgos podrían reflejar una tendencia generacional hacia la flexibilización de los roles de género en los entornos universitarios urbanos, donde las concepciones de masculinidad y feminidad tienden a reconfigurarse y perder rigidez normativa (Hyde et al., 2019). Asimismo, pueden indicar que las prácticas de autocuidado se encuentran más influidas por variables cognitivas y motivacionales, como la autoeficacia percibida o la percepción de control sobre la salud, que por la adscripción a estereotipos tradicionales (Vázquez et al., 2019).

No obstante, la ausencia de significancia estadística no implica inexistencia de influencia simbólica. Es posible que los estereotipos de género actúen de manera más sutil o mediada, modulando la expresión emocional, la búsqueda de ayuda o la valoración de la vulnerabilidad, más que el comportamiento observable de autocuidado en sí. Este resultado invita a considerar en investigaciones futuras modelos multivariados que incluyan variables intervinientes como la empatía, la autoeficacia y la percepción del riesgo, las cuales podrían explicar de forma más integral la relación entre las construcciones de género y la conducta de salud en adultos jóvenes.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten reflexionar sobre la compleja interacción entre los estereotipos de género y las conductas de salud en jóvenes universitarios de Bogotá. Contrario a lo planteado en la hipótesis inicial, el análisis estadístico no evidenció relaciones significativas entre las dimensiones de masculinidad y feminidad y las prácticas de autocuidado, prevención o búsqueda de atención médica. Este hallazgo sugiere que, en la población estudiada, los estereotipos tradicionales no muestran una asociación directa con las decisiones o comportamientos de salud, lo que invita a considerar nuevas formas de comprender la construcción del género en los contextos universitarios contemporáneos.

Desde una perspectiva psicosocial, la ausencia de asociación significativa puede interpretarse como un posible reflejo de transformación cultural en las generaciones jóvenes urbanas. Las concepciones binarias de género tienden a redefinirse en contextos educativos donde la igualdad, la autonomía y la diversidad identitaria se promueven activamente (Hyde et al., 2019). En estos entornos, los roles de género se vuelven más adaptativos en relación con las demandas sociales contemporáneas, favoreciendo una mayor flexibilidad para responder a las expectativas de desempeño académico, profesional y relacional, sin depender de esquemas tradicionales de masculinidad o feminidad.

En este sentido, las conductas de salud podrían estar asociadas más a procesos cognitivos y motivacionales individuales, como la autoeficacia, que a la interiorización de estereotipos normativos de género. Desde el modelo del determinismo recíproco, la autoeficacia se entiende como la creencia personal en la propia capacidad para actuar

eficazmente en un contexto determinado (Bandura, 1977). Desde esta perspectiva, las decisiones relacionadas con el cuidado personal no necesariamente emergen del cumplimiento de expectativas culturales de género, sino del juicio individual sobre la propia competencia para mantener conductas saludables en entornos sociales específicos.

En el caso de las mujeres universitarias, los resultados mostraron que las puntuaciones en feminidad o masculinidad no se relacionan significativamente con diferencias en las prácticas de salud. Este resultado es consistente con hallazgos previos que sostienen que las mujeres jóvenes con mayor acceso a educación y redes de apoyo tienden a desarrollar un sentido de autonomía en la gestión de su bienestar (Cáceres & Alvarado, 2019). Este cambio se relaciona con procesos de empoderamiento y agencia femenina observados en la última década, donde el cuidado deja de ser un mandato de género para convertirse en una elección personal vinculada al bienestar integral.

Por otra parte, los hombres universitarios tampoco evidenciaron relación entre la adhesión a rasgos de masculinidad tradicional como la fortaleza o la autosuficiencia y sus conductas de salud. Este hallazgo contrasta con los modelos clásicos que identificaban la masculinidad hegemónica como un factor de riesgo para la salud por su asociación con la negación de la vulnerabilidad y la baja búsqueda de ayuda médica (Courtenay, 2000; Mahalik et al., 2003). La falta de relación encontrada podría reflejar una redefinición de la masculinidad entre los jóvenes universitarios bogotanos, quienes parecen transitar hacia expresiones más diversas y relacionales, menos sujetas a la idea de invulnerabilidad y más abiertas al cuidado personal y emocional.

Asimismo, los resultados se alinean con los planteamientos sobre la naturaleza contextual del género, en tanto las identidades masculinas y femeninas no son categorías fijas, sino configuraciones dinámicas influenciadas por el entorno sociocultural (Connell & Pearse, 2015). En el contexto universitario, donde coexisten discursos de equidad, salud mental y autocuidado, las normas de género tradicionales pueden estar perdiendo poder prescriptivo, favoreciendo la emergencia de subjetividades más reflexivas en torno al bienestar.

Es importante señalar que la única correlación significativa encontrada en este estudio fue una relación negativa entre la cohesión familiar y la identificación con imaginarios de masculinidad en mujeres ($Rho = –0.44$, $p < 0.01$). Este resultado sugiere que, a medida que las participantes reportan mayores niveles de cohesión y apoyo familiar, tienden a disminuir su identificación con rasgos tradicionalmente asociados a la masculinidad, como la autosuficiencia o la competitividad. Dicho hallazgo podría interpretarse en el sentido de que los contextos familiares cohesionados promueven modelos de socialización más flexibles y menos basados en estereotipos rígidos de género, favoreciendo el desarrollo de identidades femeninas más integradoras y equitativas.

Otro aspecto relevante es que la ausencia de correlaciones significativas no implica necesariamente la falta de influencia del género, sino que su efecto podría manifestarse de forma indirecta o mediada por otras variables psicológicas, como la empatía, la percepción de riesgo o el estrés académico (Davis, 1983; Matarazzo, 1985). De hecho, investigaciones recientes sugieren que los estereotipos de género influyen de forma sutil en la expresión emocional y la disposición a solicitar ayuda, más que en los comportamientos de salud observables (Rodríguez & Díaz, 2019).

Desde la psicología de la salud, este patrón puede explicarse mediante el Modelo de Promoción de la Salud y la teoría de la autoeficacia, que señalan que las conductas saludables están mediadas por creencias personales sobre la capacidad de controlar el propio bienestar (Bandura, 1977; Pender, 2011). En los universitarios bogotanos, la toma de decisiones en salud podría estar más relacionada con su sentido de agencia, competencia percibida y hábitos de vida aprendidos que con la internalización de expectativas sociales sobre el género.

Es fundamental reconocer que este estudio utilizó un diseño transversal y correlacional, lo que impide establecer relaciones de causalidad o direccionalidad entre las variables. Las correlaciones encontradas —o su ausencia— describen asociaciones en un momento específico, pero no permiten inferir que una variable cause o determine a la otra. Por tanto, las interpretaciones aquí presentadas deben entenderse como hipótesis explicativas que requieren ser confirmadas mediante diseños longitudinales o experimentales en investigaciones futuras.

Finalmente, los hallazgos de este estudio contribuyen a consolidar la idea de que el género actúa como un determinante social de la salud de carácter dinámico y contextual, más que como un factor estático o biológico. Esto coincide con la perspectiva del Ministerio de Salud y Protección Social (2022) y con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (2020), que proponen comprender el género como una dimensión estructural que interactúa con otras variables —educación, entorno, autoeficacia y redes sociales— para configurar las prácticas de autocuidado.

En síntesis, la ausencia de correlaciones significativas entre estereotipos de género y conductas de salud en esta investigación no invalida la relevancia del género, sino que revela un posible cambio generacional hacia prácticas de bienestar más equitativas, informadas y autónomas. Esto representa un desafío y una oportunidad para la psicología de la salud: diseñar intervenciones que trasciendan las categorías binarias y se centren en la promoción del autocuidado desde la diversidad, la inclusión y la construcción reflexiva de las identidades de género en la población universitaria.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación permiten comprender de manera más amplia la relación entre los estereotipos de género y el cuidado de la salud en adultos jóvenes universitarios de Bogotá, aportando evidencia empírica a una problemática de interés creciente para la psicología social y de la salud en contextos latinoamericanos.

En primer lugar, se concluye que no se hallaron relaciones significativas entre la identificación con rasgos de masculinidad o feminidad y las conductas de salud en la muestra total. Este hallazgo sugiere que, en el grupo de jóvenes universitarios participantes, las prácticas de autocuidado y las decisiones relacionadas con la salud no están determinadas directamente por los estereotipos de género tradicionales, sino que responden a otros factores de orden psicosocial, educativo y contextual. La autonomía, el nivel de información en salud, la conciencia del bienestar integral y las experiencias formativas parecen ejercer una influencia más decisiva que las creencias de género interiorizadas.

En segundo lugar, se encontró una relación significativa y negativa entre la cohesión familiar y la identificación con imaginarios de masculinidad en mujeres, lo que indica que los entornos familiares más cohesionados y afectivos tienden a promover modelos de identidad femenina más flexibles y menos alineados con estereotipos de fortaleza o autosuficiencia. Este resultado destaca la importancia de la dinámica familiar como contexto primario de socialización de género, donde se configuran las primeras representaciones sobre el cuidado, la emocionalidad y la salud.

En términos teóricos, los resultados respaldan la idea de que el género opera como un determinante social de la salud dinámico y contextual, más que como un factor estático o biológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Tal como proponen Hyde et al. (2019) y Connell y Pearse (2015), las nuevas generaciones universitarias están transitando hacia identidades de género más igualitarias, donde las categorías tradicionales de masculinidad y feminidad pierden rigidez y se transforman en configuraciones más inclusivas y reflexivas.

Desde el ámbito aplicado, esta investigación sugiere la necesidad de que las intervenciones en promoción de la salud y salud mental universitaria incorporen una perspectiva de género no binaria y contextual, reconociendo la diversidad de identidades y la importancia de los vínculos familiares y sociales en la construcción del bienestar. Las acciones institucionales deberían orientarse hacia el fortalecimiento de la autoeficacia, la conciencia del autocuidado y la educación emocional, más que a reproducir mensajes diferenciados por género.

Finalmente, el estudio contribuye al campo de la psicología de la salud en Colombia al ofrecer evidencia que cuestiona los modelos tradicionales que asocian el género con patrones de riesgo o vulnerabilidad, proponiendo en su lugar un enfoque más integrador, equitativo y basado en la comprensión psicosocial de la salud. Se recomienda para futuras investigaciones ampliar el tamaño y la diversidad de la muestra, incorporar metodologías mixtas y explorar variables mediadoras como la empatía, la autoeficacia percibida y las creencias de control sobre la salud, con el fin de profundizar en los mecanismos que vinculan la identidad de género con el bienestar integral en la población joven universitaria.

Vacíos y limitaciones

A lo largo del desarrollo de esta investigación se identificaron diversos vacíos teóricos, metodológicos y contextuales que permiten delimitar el alcance de los resultados y orientar futuras líneas de estudio.

En primer lugar, uno de los principales vacíos corresponde a la escasez de investigaciones actuales en el contexto colombiano que aborden de manera empírica la relación entre estereotipos de género y conductas de salud desde una perspectiva psicosocial. Aunque existen antecedentes internacionales (Hyde et al., 2019), la mayoría de estos estudios se centran en poblaciones de países anglosajones, con dinámicas culturales diferentes. Esta limitación evidencia la necesidad de fortalecer la producción científica nacional y latinoamericana que incorpore el análisis del género como determinante social de la salud en contextos universitarios urbanos.

Asimismo, el tamaño muestral (n = 62) limita la potencia estadística para detectar asociaciones más sutiles o moderadas. En futuros trabajos sería pertinente ampliar la

muestra e incorporar diseños longitudinales o mixtos, que permitan observar la evolución de los estereotipos de género y su influencia en las prácticas de salud a lo largo del tiempo.

Otra limitación se relaciona con la selección de instrumentos autoinformados, los cuales dependen de la sinceridad y autorreflexión de los participantes. Dado que las temáticas de género y salud pueden generar deseabilidad social o respuestas sesgadas, algunos participantes podrían haber respondido de acuerdo con lo que consideran socialmente aceptable, más que con su experiencia real. Se recomienda incluir en futuras investigaciones técnicas cualitativas complementarias (entrevistas o grupos focales) que permitan profundizar en los significados subjetivos asociados al género y el autocuidado.

En el plano teórico, persiste un vacío en torno a cómo interactúan los estereotipos de género con variables cognitivas y emocionales, como la empatía, la autoeficacia, la percepción de riesgo o la regulación emocional. Estos constructos podrían actuar como mediadores o moderadores en la relación entre identidad de género y conducta de salud, ofreciendo explicaciones más integrales y dinámicas. La literatura reciente (Vázquez et al., 2019) sugiere que los estereotipos influyen menos en las conductas observables y más en los procesos internos de toma de decisiones, un aspecto que este estudio no abordó de manera directa.

Finalmente, debe considerarse que la investigación se centró en una población universitaria bogotana, caracterizada por altos niveles educativos y exposición a discursos de equidad de género. Este perfil puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos, como poblaciones no universitarias o rurales, donde los estereotipos tradicionales podrían conservar mayor influencia sobre el comportamiento en salud.

En síntesis, aunque los resultados aportan evidencia valiosa sobre la flexibilización de los roles de género en la juventud universitaria, los vacíos y limitaciones aquí señalados resaltan la necesidad de continuar explorando las transformaciones contemporáneas del género y su impacto en la salud, desde enfoques interdisciplinarios, interculturales y longitudinales que fortalezcan el conocimiento aplicado al bienestar y la equidad en salud mental.

Nuevos interrogantes

A partir de los hallazgos obtenidos y de los vacíos identificados en esta investigación, emergen diversos interrogantes teóricos y aplicados que abren nuevas rutas de indagación para la psicología social y de la salud en el contexto colombiano.

En primer lugar, surge la pregunta de cómo operan los estereotipos de género en niveles más sutiles o implícitos, considerando que los resultados cuantitativos no mostraron correlaciones significativas con las conductas de salud. Esto plantea la necesidad de explorar si los estereotipos actúan más como constructos simbólicos o emocionales que como predictores directos de la conducta, influyendo en dimensiones como la percepción del riesgo, la expresión emocional o la disposición a pedir ayuda.

En segundo lugar, se abre la posibilidad de investigar qué factores psicológicos median o moderan la relación entre el género y las conductas de salud, tales como la autoeficacia, la empatía, la regulación emocional o el bienestar subjetivo. ¿Podría ser que las personas con mayor autoeficacia o empatía muestren conductas de cuidado más consistentes, independientemente de su identidad de género? Este interrogante invita a

diseñar modelos explicativos más complejos y multivariados, que integren dimensiones cognitivas, emocionales y sociales.

Otro cuestionamiento relevante apunta a cómo los contextos familiares y educativos contribuyen a la construcción de identidades de género saludables. Dado que se encontró una relación significativa entre la cohesión familiar y la menor identificación con estereotipos masculinos en mujeres, sería pertinente indagar de qué manera los vínculos familiares, los estilos de crianza y los climas emocionales del hogar moldean las representaciones de género y su relación con el autocuidado.

Asimismo, los resultados invitan a reflexionar sobre cómo las transformaciones culturales contemporáneas como la inclusión, la diversidad y las nuevas masculinidades y feminidades impactan las prácticas de salud en la juventud. ¿Estamos presenciando un cambio generacional en el que los valores de equidad y bienestar emocional desplazan los mandatos tradicionales de género? Este interrogante plantea la importancia de estudiar procesos de cambio social y subjetivo que configuran las nuevas formas de relación entre género y salud.

Finalmente, desde una perspectiva aplicada, se abre el interrogante sobre cómo diseñar programas de promoción y prevención en salud con enfoque de género no binario, que reconozcan la diversidad identitaria y promuevan el autocuidado desde la corresponsabilidad, la equidad y la sensibilidad cultural. Esto implica revisar los modelos actuales de intervención universitaria, para incorporar estrategias más inclusivas, empáticas y sostenidas en la evidencia psicológica contemporánea.

En conjunto, estos interrogantes reflejan la necesidad de continuar profundizando en la intersección entre identidad, cultura y salud, con metodologías mixtas y enfoques interdisciplinarios que permitan comprender cómo los jóvenes colombianos construyen hoy sus modos de cuidar(se), sentir(se) y habitar su cuerpo desde una mirada más humana, crítica y equitativa.

Referencias

Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology, 11*(2), 231–239.

American Cancer Society. (2021). *Cancer Screening Recommendations*. Recuperado de https://www.cancer.org

Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd ed.). Oxford University Press.

Asociación Americana del Corazón (AHA). (2018). *Preventing Heart Disease*. Recuperado de https://newsroom.heart.org/news/redefinicion-de-riesgo-prevencion-y-tratamiento-de-las-enfermedades-cardiacas

Auné, A., Torres, L., & Ruiz, S. (2014). Conducta prosocial: un enfoque multidimensional. *Revista de Psicología Social, 29*(2), 225–240. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/83189

Auné, S. E., Blum, D., Abal, F. J. P., Lozzia, G. S., & Horacio, F. A. (2014). La conducta prosocial: Estado actual de la investigación. *Perspectivas en Psicología, 11*(2), 21–33. https://www.redalyc.org/pdf/4835/483547666003.pdf

Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S. V. (2011). Health care and cardiovascular disease in the United Kingdom: Making the case for preventive health care. *Journal of Public Health, 33*(4), 655–661.

Baker, C. L., Saxe, R., & Tenenbaum, J. B. (2016). Action understanding as inverse planning. *Cognition, 120*(3), 322–330. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2010.11.00

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences, 6*(6), 248–254.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition, 21*(1), 37–46.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(2), 241–251.

Batson, C. D., Ahmad, N., & Stocks, E. L. (2004). Four motives for altruism: Egoism, altruism, collectivism, and principalism. In D. L. Stokols & S. M. Schumaker (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 367–385). Wiley.

Bautista Flores, E. (2006). Esquemas para el pensamiento en ciencias sociales. *Convergencia, 13*(40), 257–264.

Becker, D., Unkelbach, C., & Fiedler, K. (2021). Inferencia en la cognición social. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. https://oxfordre.com/psychology

Bem, S. L. (1981). *Bem Sex-Role Inventory: Professional manual*. Consulting Psychologists Press.

Brass, M., Schmitt, R. M., Spengler, S., & Gergely, G. (2009). Investigating action understanding: Inferential processes and the role of the anterior insula. *Cerebral Cortex, 19*(3), 537–545.

Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, mecanismos cerebrales y psicopatología. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30*(5), 1007–1020.

Cáceres, C. F., & Alvarado, G. (2019). Autocuidado en jóvenes universitarios: desafíos y oportunidades en contextos urbanos latinoamericanos. *Revista de Psicología y Salud, 29*(2), 145–160.

Carrera, B., & Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: Enfoque sociocultural. *Educere, 5*(13), 41–44.

Connell, R., & Pearse, R. (2015). *Gender: In world perspective* (3rd ed.). Polity Press.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*(10), 1385–1401. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1

Cubillas Rodríguez, M. J., Valdez, E. A., Domínguez Ibáñez, S. E., Román Pérez, R., Hernández Montaño, A., & Zapata Salazar, J. (2016). Creencias sobre estereotipos de género de jóvenes universitarios del norte de México. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 12*(2), 217–230. https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2016.0002.07

Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113–126.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*(2), 71–100.

Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation.* Lawrence Erlbaum Associates.

Eagly, A. H., & Wood, W. (2012). Social role theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 458–476). SAGE Publications.

Espinoza, I., & Luna, A. (2025). Las huellas del género. *Revista de Estudios de Género La Ventana, 7*(61), 161–197. https://doi.org/10.32870/lv.v7i61.7873

Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2017). *Social cognition: From brains to culture* (3rd ed.). SAGE Publications.

Frith, U., & Frith, C. D. (2006). The neural basis of mentalizing. *NeuroImage, 31*(3), 835–840.

García Garza, G. (2022). Estereotipos y elementos que intervienen en la perspectiva de género desde la perspectiva del alumnado. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH, 13*. https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v13

Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist, 74*(2), 171–193. https://doi.org/10.1037/amp0000307

Koenig, A. M., & Eagly, A. H. (2014). Evidence for the social role theory of stereotype content: Observations of groups' roles shape stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 107*(3), 371–392.

Lehmann, K., Böckler, A., Klimecki, O., Müller-Liebmann, C., & Kanske, P. (2022). Empathy and correct mental state inferences both promote prosociality. *Scientific Reports, 12*, 16979. https://doi.org/10.1038/s41598-022-20855-8

López, A., & Martín, P. (2020). Estereotipos de género y cognición social: implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología Social, 12*(2), 45–62.

Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine, 64*(11), 2201–2209. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Política Nacional de Salud Mental 2022–2031.* Bogotá: MinSalud. https://www.minsalud.gov.co

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estrategia mundial de salud digital 2020–2025.* OMS. https://www.who.int/es

Rodríguez, J., & Díaz, C. (2019). Determinantes sociales de la salud en América Latina: Desafíos para la equidad. *Revista Panamericana de Salud Pública, 43*, e90. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.90

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* World Health Organization.

Vargas-Trujillo, E., & Barrera, F. (2021). *Identidad de género y socialización en jóvenes colombianos: Perspectivas psicosociales.* Universidad de los Andes.

Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Díaz, O., & Otero, P. (2019). Intervenciones de promoción de la salud en estudiantes universitarios: Revisión sistemática. *Psicothema, 31*(3), 283–291. https://doi.org/10.7334/psicothema2019.109

Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 368–382. https://doi.org/10.1037/a0023688

Anexos

Tabla 2

Correlación mujeres

Correlaciones																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5. TOTALEMAFE	-0,262	-0,044	-,376*	-0,12																
6. TOTALEMAFEMASCULINIDAD	-,438**	-0,312	-0,213	-0,225	,823**															
7. TOTALEMAFEFEMINIDAD	0,052	,312*	-,454**	0,079	,695**	0,234														
13. COMPALIMENTGRASA	,421**	0,281	,385*	,317*	**-0,308**	**-0,221**	-,519**	-0,067	-,505**	-,501**	-,471**									
14. TOTALALIMENSALUDABLES	0,08	0,078	,353*	0,133	**-0,021**	**-0,071**	**-0,004**	-0,306	-0,068	-0,297	-0,266	-0,067	,529**							
15. TOTALALIMENDULCES	0,249	0,144	,478**	0,202	**-0,183**	**-0,073**	**-0,241**	-,407**	-0,051	-,423**	-,416**	-0,224	,669**	,711**						
16. TOTALALIMENBEBIDAS	0,193	0,117	0,164	0,267	**-0,264**	**-0,248**	**-0,062**	-,514**	0	-,580**	-,460**	-,418**	,601**	,415**	,500**					
17. COMPALIMENTOTAL	0,245	0,15	,416**	0,281	**-0,234**	**-0,183**	**-0,157**	-,521**	-0,106	-,508**	-,477**	-,329*	,829**	,794**	,897**	,736**				
18. SUB1EFP	0,256	0,208	0,164	,532**	**-0,188**	**-0,287**	**0,032**	0,051	,376*	-0,031	-0,28	-0,14	0,264	0,159	0,262	,335*	0,299			
19. SUB2AVD	0,228	0,109	,395*	,515**	**-0,176**	**-0,204**	**-0,051**	-0,082	0,249	-0,061	-,403**	-0,19	,403*	,326*	,472**	,324*	,467**	,765**		

20. SUB3CAMINAR	,352*	,340*	0,073	0,232	**0,001**	**-0,274**	**0,31**	0,056	0,018	0,06	-0,085	-0,273	0,204	0,224	0,088	0,077	0,182	0,224	,334*	
21. TOTALAUTOEFIACTFIS	0,284	0,208	0,228	,528**	**-0,204**	**-0,298**	**0,02**	0,007	,339*	-0,059	-,333*	-0,163	,364*	0,232	,358*	,381*	,397*	,966**	,877**	,314*
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).																				
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).																				

Nota. Tabla de correlación de mujeres con conducta de auto cuidado. Fuente: creación propia.

Tabla 3

Correlación Hombres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5. TOTALEMAFE	-0,262	-0,044	-,376*	-0,12																
6. TOTALEMAFEMASCULINIDAD	**-,438****	-0,312	-0,213	-0,225	,823**															
7. TOTALEMAFEFEMINIDAD	0,052	,312*	**-,454****	0,079	,695**	0,234														
12. TOTALSCL90SOM	**-,363***	-0,269	-0,293	-0,286	0,279	0,248	0,155	**,415****	-0,126	**,485****	**,590****									

13. COMPALIMENTGRASA	**,421****	0,281	**,385***	**,317***	-0,308	-0,22	-0,221	**-,519****	-0,067	**-,505****	**-,501****	-,471**								
14. TOTALALIMENSALUDABLES	0,08	0,078	**,353***	0,133	-0,021	-0,071	-0,004	-0,306	-0,068	-0,297	-0,266	-0,067	,529**							
15. TOTALALIMENDULCES	0,249	0,144	**,478****	0,202	-0,183	-0,073	-0,241	**-,407****	-0,051	**-,423****	**-,416****	-0,224	,669**	,711**						
16. TOTALALIMENBEBIDAS	0,193	0,117	0,164	0,267	-0,264	-0,248	-0,062	**-,514****	0	**-,580****	**-,460****	-,418**	,601**	,415**	,500**					
17. COMPALIMENTOTAL	0,245	0,15	**,416****	0,281	-0,234	-0,183	-0,157	**-,521****	-0,106	**-,508****	**-,477****	-,329*	,829**	,794**	,897**	,736**				
18. SUB1EFP	0,256	0,208	0,164	**,532****	-0,188	-0,287	0,032	0,051	**,376***	-0,031	-0,28	-0,14	0,264	0,159	0,262	,335*	0,299			
19. SUB2AVD	0,228	0,109	**,395***	**,515****	-0,176	-0,204	-0,051	-0,082	0,249	-0,061	**-,403****	-0,19	,403*	,326*	,472**	,324*	,467**	,765**		
20. SUB3CAMINAR	**,352***	**,340***	0,073	0,232	0,001	-0,274	0,31	0,056	0,018	0,06	-0,085	-0,273	0,204	0,224	0,088	0,077	0,182	0,224	,334*	
21. TOTALAUTOEFIACTFIS	0,284	0,208	0,228	**,528****	-0,204	-0,298	0,02	0,007	**,339***	-0,059	**-,333***	-0,163	,364*	0,232	,358*	,381*	,397*	,966**	,877**	,314*
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).																				
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).																				

Nota. Tabla de correlación de hombres con conducta de auto cuidado. Fuente: creación propia.

Tabla 4

Correlación total

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
5. TOTALEMAFE	0,014	0,033	-,396**	-0,032																	
6. TOTALEMAFEMASCULINIDAD	-0,047	-0,087	-,252*	-0,133	,889**																
7. TOTALEMAFEFEMINIDAD	0,004	0,167	-,452**	0,111	,441**	0,042															
12. TOTALSCL90SOM	-0,23	-0,137	-0,136	-,298*	-0,137	-0,19	0,168	,390**	-,280*	,570**	,517**										
13. COMPALIMENTGRASA	,310*	0,167	,317*	0,168	-0,061	-0,033	-0,122	-,441**	0,107	-,499**	-,473**	-,402**									
14. TOTALALIMENSALUDABLES	0,073	0,087	0,123	0,145	0,133	0,071	0,09	-0,116	0,064	-0,211	-0,135	-0,136	,399**								
15. TOTALALIMENDULCES	0,24	0,109	0,249	0,163	0,136	0,195	-0,171	-,377**	0,134	-,511**	-,407**	-,392**	,681**	,613**							

16. TOTALALIMENBEBIDAS	0,202	0,144	0,028	0,213	0,072	0,084	-0,024	-,315*	0,21	-,514**	-,308*	-,501**	,486**	,441**	,563**					
17. COMPALIMENTOTAL	0,22	0,112	0,24	0,205	0,073	0,095	-0,092	-,423**	0,109	-,541**	-,435**	-,438**	,808**	,723**	,917**	,720**				
18. SUB1EFP	0,233	0,166	-0,033	,396**	0,186	0,155	0,016	0,068	,472**	-0,159	-0,173	-,306*	0,248	0,169	,381**	,402**	,345**			
19. SUB2AVD	0,246	0,09	0,121	,332**	0,237	**,271***	-0,052	-0,084	,345**	-0,211	-,295*	-,334**	,378**	0,204	,544**	,349**	,467**	,799**		
20. SUB3CAMINAR	,329**	,295*	0,031	0,145	**,300***	0,185	0,189	-0,024	0,147	-0,102	-0,18	-,380**	0,206	0,162	0,232	0,126	0,234	0,242	,366**	
21. TOTALAUTOEFIACTFIS	,284*	0,171	0,023	,373**	0,243	0,235	-0,003	0,009	,438**	-0,191	-0,24	-,347**	,335**	0,196	,470**	,402**	,424**	,950**	,923**	,387**

Nota. Tabla de correlación total de hombres y mujeres con conducta de auto cuidado.

Fuente: Elaboración propia.