

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES EN LA ANDROPAUSIA

María de Lourdes Tokunaga Bravo ¹



¹ Médica cirujana y partera, egresada del Instituto Politécnico Nacional. Correspondencia: tokunagasalud@yahoo.com.mx



Introducción

Alrededor de los 40 años, los seres humanos pueden presentar diversos cambios fisiológicos que tienen que ver con la baja producción de las hormonas sexuales; pareciera que esta transformación fuese exclusiva de las mujeres cuando cesa la menstruación y termina su etapa reproductiva, evento denominado “menopausia”.ⁱⁱ Sin embargo, también los hombres viven transformaciones, aunque más lentas y prolongadas que reciben, en conjunto, el nombre de “andropausia”. Por los síntomas clínicos que caracterizan a dichos sucesos, éstos son percibidos como enfermedades que marcan el inicio de la vejez, el deterioro físico, la disminución de la actividad sexual y la terminación de la función reproductiva, hecho representado como si se dejara de “ser mujer” y “ser hombre”, no sólo simbólicamente, sino físicamente.

La vivencia de la menopausia y la andropausia se relaciona con la salud integral y la calidad de vida de mujeres y hombres, por lo que el personal de la salud y la población en general se deben preparar para el cuidado de la salud y la atención en esa etapa.

Aunado a ello, la transición demográfica que está experimentándose a nivel mundial, con el aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población, apremia a los gobiernos a establecer políticas y programas adecuados para adultos/as mayores que consideren todos estos cambios tanto en sus características sociales, como en las biológicas. De ahí la pertinencia de hablar sobre la andropausia, pues -a diferencia de la menopausia- ha sido poco estudiada y no se le ha dado la importancia en el ámbito médico como un aspecto de la salud sexual y reproductiva de los hombres.

Este artículo es una reflexión sobre el planteamiento anterior y tiene por objetivos revisar desde una perspectiva de género los factores que intervienen en el desconocimiento y no reconocimiento de la andropausia —tanto por personal de la salud como por hombres adultos—, identificar y prevenir los riesgos para la salud relacionados con este cambio fisiológico, y contribuir a que sea considerado en programas específicos como un aspecto central de la salud sexual y reproductiva de los hombres.

ⁱⁱ Los términos internacionalmente acuñados, pero poco manejados, para “menopausia” y “climaterio” son perimenopausia y posmenopausia. En este artículo se utilizarán los primeros dos conceptos.

ⁱⁱⁱ Efectuada en Madrid en el 2002 y convocada por la ONU.

La salud de los hombres en la etapa de la vejez

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimientoⁱⁱⁱ se concluyó que la tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible ante el aumento de la esperanza de vida y los marcados descensos de los índices de fecundidad.¹⁻⁴ Datos demográficos a nivel mundial indican que la población adulta mayor aumentará a razón de dos por ciento cada año, y que el crecimiento anual del grupo de 60 años y más llegará a 2.8 por ciento entre los años 2025 y 2030,⁴ estimándose que en los próximos 25 años, el aumento de las personas de más de 60 años de edad irá acompañado del descenso de la población menor de 15 años.⁴ En el mismo sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) destaca que para el año 2050, el envejecimiento de la población incidirá en el crecimiento de la economía, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, el envejecimiento repercutirá en la salud, los servicios para atenderla, la composición de las familias, las condiciones de vida, la vivienda y la migración. A mediados del Siglo XXI, se prevé que el cociente de dependencia potencial disminuirá a cuatro personas en edad de trabajar por cada persona mayor de 65 años.⁴

Un dato interesante a observar es la proporción hombre-mujer que se va reduciendo significativamente a medida que aumenta la edad: por cada 55 hombres hay 100 mujeres entre el grupo etario de 80-90 años; 35 hombres por cada 100 mujeres mayores de 90 años, y sólo 26 hombres por cada 100 mujeres de 100 años y más. Dicho fenómeno se debe a que la esperanza de vida de los hombres es entre siete y ocho años más corta que la de las mujeres;^{1,3,5} incluso, en algunos países, esa diferencia es de 12 a 13 años.^{1,5} Para el año 2050, se estima que a nivel mundial, las mujeres tendrán una esperanza cinco años mayor que la de los hombres, y en Latinoamérica llegará a 5.5 años.⁴

Además de las diferencias por sexo en la esperanza de vida, las enfermedades a las que se enfrentan las personas mayores presentan tasas mucho más altas que las de la población de otros grupos de edad.⁶ Por otro lado, la longevidad sin una adecuada medicina preventiva está aumentando la discapacidad de las personas adultas debida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otros padecimientos degenerativos. Esa situación se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad, pero alcanza niveles altos luego de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional son mayores.

En ese contexto, la proporción de hombres en los grupos etarios de mayor riesgo se incrementará, por lo que es previsible que la prevalencia de discapacidad por enfermedades cardiovasculares tenga el mismo comportamiento.^{3, 6} Se estima que para el año 2020, la enfermedad coronaria y el infarto serán la primera y segunda causa de discapacidad en los hombres.^{4,6} En cuanto al cáncer de próstata, una de las neoplasias más frecuentes en los hombres a nivel mundial, en México en 2008, fue la primera causa de muerte por tumores malignos con una tasa de 9.5 por cada cien mil habitantes.⁷

El aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor tiene además diversos efectos sociales y económicos, pues la demanda de atención tiene costos más elevados y periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, por lo que en este momento se requiere ampliar la infraestructura hospitalaria. Asimismo, se debe tomar en cuenta que este segmento de la población es vulnerable al carecer de un ingreso fijo o empleo formal que le garantice la protección social y médica.^{1,6}

Lo anterior hace necesario aplicar estrategias enfocadas para modificar los agentes conductuales y realizar detección temprana de las enfermedades concomitantes al proceso de envejecimiento, lo cual evitaría o limitaría algunos daños a la salud y disminuiría la prevalencia de discapacidad. Para ello, es necesario capacitar y actualizar a las y los prestadores de servicios de salud en la identificación de riesgos y realizar las medidas pertinentes para modificarlos, involucrando a los hombres en el autocuidado de su salud.

Los principales factores de riesgo de muerte o enfermedad que debieran modificarse antes de envejecer son el consumo de tabaco, de comida en exceso (sobre todo si contiene grasas saturadas y sal), de bebidas alcohólicas y

la inactividad física. Si estos hábitos se modifican se podrá tener con mayor probabilidad una vejez activa y saludable.

La andropausia: proceso natural

Desde el punto de vista biomédico, el envejecimiento del ser humano es el proceso natural que inicia antes del nacimiento y continúa durante toda la vida; no todas las personas envejecen de la misma manera, pues en esa transformación interactúan factores genéticos, influencias extrínsecas como el medio ambiente y la adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo y la calidad de vida. De igual forma, involucra al sistema endócrino y reproductor de mujeres y hombres.^{8,9}



Foto: Campaña "La Homofobia está out". Acervo del CENSIDA.

Los principales cambios de este último aspecto se dan con la declinación de las hormonas sexuales. Los ovarios producen las hormonas femeninas (estradiol y progesterona), mientras que los testículos generan las hormonas masculinas (testosterona). Las mujeres en la etapa del climaterio presentan menopausia por la disminución y posterior cese de la producción de hormonas (hipofunción ovárica), en tanto que los hombres presentan una reducción lenta y progresiva en la producción de testosterona en los testículos (hipofunción gonadal). Si en las mujeres se habla de una deficiencia estrogénica, en los hombres se presenta una deficiencia androgénica, a la cual se identifica como andropausia.

Se calcula que un hombre tiene al inicio de su vida cerca de 700 millones de células de *Leydig* –productoras de la hormona testosterona–, pero a partir de los 20 años, pierde anualmente seis millones de ellas; la disminución del volumen y el peso de los testículos es mínima, irregular y difícil de detectar en la exploración física, por lo que suele pasar inadvertida. Esta pérdida celular acarrea un declive progresivo de la producción de la hormona testosterona y generalmente se manifiesta en algún momento después de los 50 años de vida; condición relacionada con las disfunciones sexuales, en especial la disfunción eréctil y el bajo deseo sexual.⁹ Este proceso fisiológico de envejecimiento gonadal es variable pues, si bien la masa de los testículos disminuye, en algunos hombres puede ocurrir hipogonadismo franco –el cual puede determinarse en la sangre– mientras que otros preservan gran parte de la función testicular.

El concepto de andropausia se deriva de las raíces griegas *andros* (*andrei*) varón y *pausis* (*pausei*) suspender o detenerse, y denota el momento en que la “masculinidad” o “virilidad” se suspende.¹⁰ Este significado lleva a una concepción inapropiada, pues representa la “terminación” de la actividad sexual y de la reproducción, cuando se trata de un proceso fisiológico natural relacionado con la madurez y el envejecimiento, caracterizado por ser paulatino y largo, que no termina abruptamente con la capacidad de procrear –como en el caso de las mujeres con la llegada de la menopausia–; los cambios hormonales, físicos y psicológicos que ocurren de manera gradual pueden afectar la actividad sexual, pero sin suprimirla.⁹

Para explicar mejor esa etapa en la vida sexual y reproductiva de los hombres, se han propuesto otros términos: climaterio masculino, menopausia masculina,

andropenia, síndrome de ADAM (*Androgen Decline in the Aging Male*, por sus siglas en inglés) o PADAM (*Partial Androgen Deficiency of the Aging Male*) y, últimamente, LOH (*Late-Onset Hypogonadism*) o SLOH (*Symptomatic Late-Onset Hypogonadism*). Una alternativa de uso más científico sería el de Hipogonadismo de Inicio Tardío (HIT),¹⁰ pero el término más común sigue siendo el de andropausia, al tratar de equipararlo con el de menopausia.

Manifestaciones clínicas de la andropausia

El síndrome de andropausia se caracteriza por signos y síntomas clínicos fácilmente reconocibles: fatiga, disminución de la libido –deseo sexual– y alteraciones en las erecciones –frecuencia y duración–, especialmente las nocturnas; cambios en el estado de ánimo, disminución de la actividad intelectual –área cognitiva– y de la habilidad para la orientación espacial; depresión, ansiedad e irritabilidad; reducción de la masa muscular –con la consecuente baja en la fuerza física–, escasez del vello corporal y alteraciones de la piel, así como desgaste de la densidad mineral ósea (osteopenia).⁹

Entre las patologías que se pueden desarrollar está el síndrome metabólico o síndrome X, caracterizado por aumento de la grasa abdominal, principalmente la grasa visceral, elevación del colesterol total y lipoproteínas de baja densidad, incremento de la resistencia a la insulina y aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. El incremento del tejido adiposo que se presenta en el sobrepeso se relaciona con elevado nivel estrogénico y bajos niveles de andrógenos.^{8,10,11, 12-15}

El alcoholismo y la obesidad podrían provocar aparición temprana de manifestaciones clínicas semejantes a la andropausia, e incluso 20 años antes, en varones con factores de riesgo tales como varicocele,^{iv} biopsia testicular, historia de torsión testicular,^v tratamiento de cáncer testicular y otros traumas gonadales. Todos estos elementos producen deterioro en la función celular testicular y la consecuente declinación en la secreción de testosterona con la aparición progresiva de sus manifestaciones.^{8,10,11, 14-16}

A medida que se envejece, la frecuencia de los riesgos es más alta, sin que necesariamente sea igual en todos los hombres.^{9,10} Aquí cabría preguntarse ¿por qué los varones

iv Dilatación de las venas del cordón espermático.

v Torsión del cordón espermático del que se sostiene un testículo al resto del tracto genital.

siguen teniendo los riesgos más altos de sufrir la mayoría de las causas más frecuentes de mortalidad?, ¿por qué la esperanza de vida de los varones de cualquier edad sigue siendo menor que la de las mujeres en prácticamente todos los países? y ¿qué aspectos impiden a los hombres llevar a cabo acciones de prevención y atención a sus problemas de salud en la etapa de la andropausia?

Género, masculinidad y andropausia

A pesar de que las mujeres tienen mayores tasas de morbilidad y discapacidad, los hombres mueren antes,⁶ sin que se entiendan cabalmente las razones de dicha mortalidad prematura. Desde los aspectos fisiológico y psicosocial, los determinantes de la salud de los hombres, a medida que envejecen, están intrínsecamente relacionados con el género, el cual se define como el

Conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al ser hombre o ser mujer (formas de comportamiento, valores, actividades a realizar, su lugar en el mundo) que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre, y a partir de las cuales las personas construyen sus identidades. Establecen relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general.¹⁷

A partir del género se construyen los modelos de feminidad y de masculinidad; en éste último se relaciona el significado de “ser hombre” con la fuerza física y emocional, se sobrevalora y estereotipa la actividad sexual y los papeles de proveedor económico y protector de la familia, y se fijan las características del hombre como activo, intrépido, arriesgado, aventurero y agresivo, que no requiere ayuda y que puede resistir el dolor físico.^{6,18,19-21}

La masculinidad tradicional es definida en relación con la feminidad atribuida a las mujeres, a quienes se les considera débiles física y emocionalmente, con una sexualidad pasiva, y con los roles de dependiente económica y cuidadora de las y los hijos. En esta concepción, predominante en la mayoría de las culturas, se limita a los hombres a expresar sus emociones, como la tristeza, el miedo o la ternura y a tomar medidas para el autocuidado de su salud, ya que hacerlo representaría un signo de debilidad. De acuerdo con ello, los hombres son quienes menos acuden a los servicios de salud, más cuando se trata de problemas relacionados con su sexualidad, ante el mandato social de que “debe responder siempre” a su pareja.

La biología y las diferencias físicas y fisiológicas tienen un peso importante en la construcción social y cultural de la



Foto: Miguel López García. Acervo del CNECSR.

masculinidad y la feminidad. De acuerdo con la concepción predominante del “deber ser”, para los hombres la llegada de la andropausia puede significar “dejar de ser hombre”, más cuando existe disfunción eréctil, y para las mujeres, con la menopausia, “dejar de ser mujer”, una situación similar se da cuando hay extracción del útero o una mastectomía total.

En nuestra sociedad, cuando mujeres y hombres se salen de sus guiones de género se les ha cuestionado; sin embargo, las transformaciones sociales, culturales, económicas y de desarrollo dificultan cada vez más asumir esos guiones estereotipados. Al respecto, Barrios,²¹ afirma que

Muchos varones no se sienten capaces de responder satisfactoriamente a las exigencias del sistema patriarcal y falocrático, pues ellos mismos, los supuestos beneficiarios del poder, viven confundidos, desvalorizados, con virilidad disminuida y frustración crónica. Esto ha provocado que los hombres, hoy más que nunca, vivan crisis relacionadas con la dificultad de ser hombres, lo que tiene que ver con la obligación social de ser “todo un hombre”, y con la cancelación de muchas de sus potencialidades para poder desempeñar el papel asignado. Por otro lado hay que desmitificar que la desigualdad social entre géneros sólo perjudica a las mujeres, pues origina malestar y sufrimiento a ambos sexos.

Con todo, la vejez es interpretada como la pérdida de los atributos masculinos y femeninos; de ahí que la depresión, la ansiedad y el suicidio, sin una cultura de autocuidado y prevención, sean cada vez más frecuentes en esa etapa de la vida de los hombres.^{6,18,19-21}

En esta época de transición y de nuevos papeles de hombres y mujeres en la sociedad, que van más allá de la masculinidad y la feminidad tradicionales, los hombres deben comprender y aceptar emociones tales como ternura, tristeza o compasión (consideradas típicamente femeninas), simpatizar y tener comunicación asertiva con otros hombres y mujeres, y con sus parejas; resolver conflictos de manera no violenta, y ser más conscientes en el cuidado de su salud y de la salud de otras/os.²¹ De igual forma, se debe reconocer que los hombres pueden ser un grupo de población en situación de vulnerabilidad, al reproducir patrones, normas y estereotipos de género, como el hombre “macho”, “fuerte” y “viril”.

Foto: Miriam F. Villanueva Cázares. Acervo del CNECSR



Los hombres que han reinterpretado o que asumen una masculinidad más equitativa e igualitaria en relación con las mujeres, no sin conflictos, pero sí con mayores recursos para superarlos, son más libres y por consiguiente gozan de una mejor salud física, mental y sexual,¹⁴ lo que se puede reflejar en una mejor calidad de vida.

DetECCIÓN DE LA ANDROPAUSIA

Para detectar o confirmar un diagnóstico de andropausia, se recurre a la historia clínica de los pacientes y la exploración física y se recomienda el apoyo de parámetros bioquímicos, con el fin de confirmar cualquier resultado anormal. También se emplean cuestionarios que exploran ciertos campos relacionados con el Síndrome de ADAM o LOH. Un ejemplo es el siguiente:

Cuestionario sobre la sintomatología de la andropausia

1. ¿Ha disminuido su apetito sexual?
2. ¿Siente falta de energía?
3. ¿Han disminuido su fortaleza y fuerza física?
4. ¿Ha perdido estatura?
5. ¿Ha notado una disminución de las ganas de vivir?
6. ¿Se siente triste e irritable?
7. ¿Son sus erecciones poco potentes?
8. ¿Ha notado una disminución en su habilidad por los deportes?
9. ¿Se queda dormido después de cenar?
10. ¿Ha notado una disminución de su capacidad para el trabajo?

Cuestionario para escrutinio de ADAM, adaptado de: Morley, JE de la Universidad de Saint Louise Missouri. Jaspersen GJ. Andropausia. Mitos y Realidades. Boletín del Colegio Mexicano de Urología A. C. Enero-dic 2004; 19(1):36-40.

La primera y la séptima pregunta, que se refieren a la actividad sexual, infieren síntomas clave. Si la respuesta a estas dos preguntas, o tres del resto, es afirmativa, puede decirse que el Síndrome de ADAM o LOH se está instaurando.

Sin embargo, la eficacia de la información obtenida mediante este tipo de cuestionarios es limitada y parcial, pues se requeriría de datos que informen sobre el contexto socioeconómico cultural en el que vive cada hombre a quien se le aplica, lo que difícilmente es documentado por el personal médico, pero posibilitarían precisar el diagnóstico y atenderle integral y adecuadamente.

Por otra parte, cabe enfatizar que este cuestionario se centra en aspectos marcadamente relacionados con la masculinidad hegemónica que concibe al ser hombre con ciertos atributos como fuerte, proveedor, deportista y, sobre todo, da mayor peso a la actividad sexual para el diagnóstico del Síndrome de ADAM o LOH. Todo ello indica que en el cuestionario se reproducen ordenamientos y mandatos sociales de dicha masculinidad, por lo que resulta necesario revisarlos y adecuarlos o generar nuevos instrumentos de apoyo al diagnóstico de este síndrome, sin que ello implique el reforzamiento de estereotipos y roles tradicionales de género adversos a la salud sexual y reproductiva de los hombres.

Tratamientos médicos y autocuidado en la andropausia

Si bien la andropausia es un proceso natural y no una enfermedad, la Terapia Hormonal (TH) se utiliza para inhibir –o controlar– padecimientos adyacentes por la baja producción de las hormonas. Su manejo depende de las necesidades de cada paciente y de los síntomas manifestados.^{8,10,11,12-16}

El método con andrógenos exógenos debe estar apoyado en el criterio clínico y pruebas bioquímicas; si los niveles de la testosterona sérica –valoración a nivel clínico– son normales, pero no hay deseo ni actividad sexual, la terapia puede estar justificada. Para hombres que tienen simultáneamente hipogonadismo y disfunción eréctil, la TH se indica de tres a seis meses. Si no hay mejoría y no existen otras secuelas de la hipotestosteronemia,^{vi} el procedimiento se debe suspender.

En los varones de más de 40 años que requieran del tratamiento se ha recomendado realizar un tacto rectal y determinar los valores de antígeno prostático específico^{vii}. El cáncer de próstata y el de mama son contraindicaciones absolutas para la TH con andrógenos; además de que los síntomas de obstrucción urinaria son una contraindicación relativa pero no absoluta para la TH.

Una vez iniciado el tratamiento, es necesario vigilar el estado de los pacientes cada tres meses, durante el primer año, para evaluar la respuesta (clínica y bioquímica). En el seguimiento se debe realizar el tacto rectal para detectar una probable hiperplasia (crecimiento) prostática; y determinar la cantidad de hemoglobina, triglicéridos y colesterol. Si los niveles de testosterona son normales, los estudios se pueden repetir cada año. De igual forma, a los pacientes mayores de 60 años se les debe practicar una Densitometría Ósea de Cuerpo Completo (DEXA por sus siglas en inglés), para descartar una probable osteopenia u osteoporosis.

Más allá de los tratamientos médicos, la importancia del autocuidado preventivo es fundamental para la salud integral de los hombres y para minimizar los riesgos en la etapa de la andropausia. Se requiere de una dieta diaria con alimentos, frutas y vegetales ricos en antioxidantes y fitonutrientes –o en forma de una medicación suplementaria–, y consumo de pescado. El ejercicio diario durante 30 minutos mejora la función cardiovascular e

incrementa las hormonas en el cuerpo. A su vez, en ciertos casos podría ser necesario el apoyo psicológico o la terapia sexual.

Salud sexual y reproductiva de los hombres

La salud reproductiva se entiende como el “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”;²² incluye la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. En su atención están involucrados el sector salud, con políticas públicas que garanticen ese derecho, las y los profesionales en la atención directa, y la población en la prevención y autocuidado.

Dado el patrón de envejecimiento de la población mexicana y sus efectos sobre la salud y condiciones de vida, para propiciar una vejez activa, saludable y productiva se requiere fortalecer las acciones públicas dirigidas a la promoción de la salud, a la detección temprana y atención médica oportuna de las patologías frecuentes en todas las etapas y cambios biológicos y fisiológicos de los seres humanos. En el caso de los hombres en la adultez y vejez, por las implicaciones en su salud integral y calidad de vida, la identificación del síndrome de ADAM debe formar parte de la atención en la salud sexual y reproductiva y no verse de manera aislada.

Asimismo, resulta imprescindible reforzar la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud y atención médica, pues se debe “reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud”.⁶

De ahí la importancia de revisar aquellas ideas, creencias y prejuicios que impiden a los hombres solicitar orientación o acudir a los servicios médicos para el cuidado de su salud y para el reconocimiento de la andropausia o síndrome de ADAM como un proceso natural, diferente a la menopausia, que forma parte de su salud sexual y reproductiva y que puede ser una circunstancia para la resignificación de la masculinidad²³ y mejorar integralmente la calidad de vida.

^{vi} Disminución de los niveles normales de la hormona testosterona.

^{vii} Proteína producida en la próstata.

La andropausia y la calidad de vida. Propuestas

Los cambios biológicos y fisiológicos que se experimentan en el cuerpo conllevan también un giro en la forma de vida y en las aspiraciones personales de mujeres y hombres; en el caso de la andropausia y la menopausia se genera incertidumbre, temor o vergüenza, debido a las construcciones culturales y sociales que rodean a estos fenómenos fisiológicos y a la vejez en su conjunto; sin embargo, se trata de una etapa más en el ciclo de vida que puede ser igualmente productiva y satisfactoria que las demás. La andropausia para los varones puede significar una valiosa oportunidad para compartir y aprender experiencias vitales que mejoren su desarrollo físico, mental y espiritual.¹⁶

Para la atención a la salud de las personas en esta etapa de vida, es pertinente cambiar de paradigma con la intervención de tres actores fundamentalmente: el Estado, con políticas públicas con enfoque de género para la salud sexual y reproductiva, tanto en la prevención como en la atención de enfermedades o problemas relacionados con los cambios del organismo; las y los profesionales de la salud, debidamente capacitados en la orientación, manejo y atención de mujeres y hombres en todas sus etapas de desarrollo sin reproducir estereotipos de género ni discriminar o maltratar a personas adultas mayores y, sobre todo, la participación activa de mujeres y hombres, conscientes de la responsabilidad que tienen en el autocuidado de su salud.

En ese sentido, en la atención a la salud integral de los hombres se requiere promover la investigación con enfoque de género sobre el síndrome de hipogonadismo, con estudios concretos sobre el envejecimiento en la salud de los hombres de acuerdo con la etnia,⁶ edad, ubicación geográfica y contexto sociocultural; diseñar sistemas de orientación y consulta adaptados a las características y necesidades específicas de hombres; incluir líneas de atención telefónica exclusivamente para varones, reforzadas por una red de grupos de autoayuda, con orientación y asesoramiento psicológico para situaciones de depresión, estrés o crisis y educación para la salud, así como la promoción de la salud como un derecho.



Foto: Miguel López García. Acervo del CNEGS

EL RETO DEL SECTOR SALUD ES LLEVAR A CABO PROGRAMAS EDUCATIVOS CON LA POBLACIÓN, ESPECÍFICOS PARA MUJERES Y PARA HOMBRES, CON EL PROPÓSITO DE CAMBIAR LA PERCEPCIÓN DE LA MENOPAUSIA, LA ANDROPAUSIA, EL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ, Y PROPICIAR EL AUTOCUIDADO.



Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre la Salud de las personas Mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2009: 1-28. Disponible en http://www.mayoresaludables.org/sites/default/files/plan_de_accio_n_sobre_la_salud.pdf
2. Osuna CJ. Globalización y Envejecimiento. Revisión. Rev Venez Endocrinol Metab 2009; (7)1: 3-13.
3. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social Para Servicio de los Trabajadores del Estado. Programa de Atención del Envejecimiento 2007-2012 (Versión de trabajo): 1-44. Disponible en http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/transparencia/TransparenciaSolicitudes/solicitudes/archivos/00002900_06062008_RESC.PDF
4. Population Division, DESA, United Nations. World Population Ageing 1950-2050 (Resumen Ejecutivo) (ST/ESA/SER.A/207); 2002: XIV-XIX. Disponible en http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/10_spanexec.pdf
5. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Envejecimiento. México; 2008: 1-56.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Conservar la Salud a lo largo de la vida. Ginebra; 2001: 1-73. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>
7. Sistema Nacional de Información en Salud. Estadísticas por Tema (Mortalidad). Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
8. Pérez MC, editor. Proyecto de las Recomendaciones de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Andropausia o Hipogonadismo de Inicio Tardío de la Sociedad Latino Americana para el Estudio del Hombre Maduro (LASSAM) [folleto]. Cd. Delicias; 2005: 1-16.
9. Acuña CA. Hipogonadismo masculino. Disfunción sexual y envejecimiento. Rev. Urol. Colomb. 2008; XVII(1): 71-82.
10. Pérez MC, Ureta SS, Vargas DI, Fragas R, Torres LO, Silva HJ. El Síndrome de Andropausia. ¿Qué es? ¿Cómo se trata? ¿A quién? Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y vigilancia. Rev Mex Urol 2003; 3(2): 65-74.
11. Jaspersen GJ. Andropausia. Mitos y realidades. Colegio Mexicano de Urología [Boletín]. 2004; 19(1): 36-40.
12. Tenover J. Declining testicular function aging men. International Journal of Impotence Research. 2003; 15(4): S3-S8.
13. Valzachi GR, Knoblovits P, Giudice C, Gueglio G, Damia O. El Dilema de la Andropausia y el Reemplazo Hormonal en el Hombre Mayor. Asociación de Andrología Panamericana de Endocrinología. Buenos Aires; 2003: 1-10. Disponible en <http://www.aapec.org/trabajo/listadodetrabajos/trabajo10.htm>
14. Bassol S. Aspectos clínicos de la Andropausia. 2002: 1-4. Disponible en <http://members.tripod.com/~fmuacut/mt102.htm>
15. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, Hellstrom WJ, Gooren LJ, et al. Investigación, tratamiento y monitoreo del Hipogonadismo de inicio tardío en el hombre. Recomendaciones de la ISA, ISSAM, EUA y ASA. Rev. Arg. Andrología. 2010; 19(1): 14-23.
16. Katchadourian HA, compilador. La Sexualidad Humana. Andropausia ¿Qué hacer? México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
17. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía para La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud, 2ª. Ed. México; 2011: p. 13.
18. Rodríguez MY. Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México: realidades y retos. Género y Salud en Cifras. 2009; 7(2): 3-14.
19. Wilson J. Papel de los Andrógenos en el comportamiento del Género Masculino. Endocrine Reviews. 1999; 20(5): 726-737.
20. Gutmann M. Ser Hombre de verdad en la Ciudad de México: Ni macho ni mandilón. México: El Colegio de México; 2000.
21. Barrios D. Resignificar lo masculino. México: Vila Editores; 2003.
22. Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva. Proyecto de Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Disponible en <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdffiles/EB113/Seb11315a1.pdf>
23. Los programas de Salud reproductiva tienen que incluir hombres [entrevista a Margaret E. Greene] Population Reference Bureau (PRB); 2008: Disponible en <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2003/LosProgramasDeSaludReproductivaTienenQueIncluirALosHombres.aspx>