

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD**



Informe final de investigación

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

Junio 2016

Presentado por:

Cesia Jenima Batres Pereira

Brenda Irene Hernández Canizález

Para optar al grado de Licenciada en Educación para la Salud.

Asesora:

Licda. Sandra Cubías de Calderón.

Agosto de 2016.

San Salvador, El Salvador, C.A

RECTOR EN FUNCIONES DE UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

Lic. Luis Argueta Antillón

VICERRECTOR ACADÉMICO:

Lic. Roger Armando Arias.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:

Ing. Carlos Armando Villalta.

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

Dra. Maritza Bonilla de García.

VICEDECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

Licda. Nora Abrego de Amado.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA:

Licda. Dálide Ramos de Linares.

**DIRECTOR DE LA CARRERA LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA
SALUD:**

Lic. José Guillermo Quintanilla.

**COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADUACION DE LA CARRERA
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD:**

Licda. Silvia del Carmen Letona de García.

ASESORA DE SEMINARIO DE GRADUACION:

Licda. Sandra Cubías de Calderón.

TRIBUNAL EVALUADOR:

Licda. Celestina López López

Licda. Sandra Elizabeth Cubías de calderón

Lic. José Guillermo Quintanilla

CONTENIDO

| | |
|--|----------|
| INTRODUCCIÓN | i |
| CAPITULO I..... | 1 |
| 1 EL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1 Planteamiento del Problema | 1 |
| 1.2 Enunciado del Problema | 2 |
| 1.3 Justificación..... | 3 |
| 1.4 Objetivos | 4 |
| 1.4.1 Objetivo general: | 4 |
| 1.4.2 Objetivos específicos:..... | 4 |
| CAPITULO II..... | 5 |
| 2 MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1 Estudio CAP (Conocimientos actitudes y prácticas)..... | 5 |
| 2.1.1 Conocimientos..... | 8 |
| 2.1.2 Actitudes..... | 8 |
| 2.1.3 Prácticas..... | 8 |
| 2.2 Andropausia. | 8 |
| 2.2.1 Etimología de andropausia..... | 8 |
| 2.2.2 Definición de Andropausia..... | 9 |
| 2.2.3 Cambios biopsicosociales de la andropausia. | 10 |
| 2.2.4 Aspectos Clínicos y epidemiológicos..... | 10 |
| 2.2.5 Impacto de la andropausia en la calidad de vida..... | 12 |
| 2.3 Etapas de la vida adulta desde el punto de vista biológico, psicológico y social | 13 |
| 2.3.1 Etapa madura o adultez media..... | 13 |
| 2.3.1.1 Cambios biológicos o físicos. | 14 |
| 2.3.1.2 Ámbito laboral..... | 15 |
| 2.3.1.3 Ámbito Emocional..... | 15 |
| 2.3.1.4 Crisis de la edad adulta media. | 15 |

| | | |
|---------|--|----|
| 2.3.2 | Adulto mayor | 16 |
| 2.3.2.1 | Aspectos biológicos (físicos). | 16 |
| 2.3.2.2 | Cambios cognoscitivos:..... | 17 |
| 2.3.2.3 | Cambios sociales: | 17 |
| 2.3.2.4 | Abuelidad:..... | 17 |
| 2.3.2.5 | Relación de pareja..... | 17 |
| 2.4 | Mitos y creencias sobre andropausia. | 18 |
| 2.5 | Relación de la masculinidad con la andropausia..... | 24 |
| 2.5.1 | La masculinidad..... | 24 |
| 2.5.1.1 | Construcción de la masculinidad | 26 |
| 2.5.1.2 | El precio de la masculinidad | 30 |
| 2.6 | Patologías asociadas a la andropausia | 32 |
| 2.6.1 | Patologías con efectos adversos en la salud sexual y reproductiva en la andropausia..... | 33 |
| 2.6.1.1 | Efectos de la diabetes en la salud sexual y reproductiva | 33 |
| 2.6.1.2 | Efectos de la hipertensión arterial en la salud sexual y reproductiva | 34 |
| 2.6.1.3 | Efectos de las dislipidemias en la salud sexual y reproductiva..... | 35 |
| 2.6.1.4 | Efectos del síndrome de colon irritable en la salud sexual y reproductiva..... | 36 |
| 2.6.1.5 | Efectos de la infección de vías urinarias en la salud sexual y reproductiva..... | 36 |
| 2.6.1.6 | Efectos de la enfermedad reumática en la salud sexual y reproductiva | 36 |
| 2.6.1.7 | El tabaquismo y la salud sexual y reproductiva | 37 |
| 2.6.2 | La vivencia sexual en los padecimientos crónicos | 37 |
| 2.7 | Oferta de servicios públicos en salud al adulto masculino. | 38 |
| 2.7.1 | Oferta de servicios al adulto masculino de 20 a 59 años del MINSAL | 38 |
| 2.7.1.1 | Salud nutricional y educación alimentaria | 39 |
| 2.7.1.2 | Salud sexual y reproductiva (SSR)..... | 39 |
| 2.7.1.3 | Promoción de la salud | 39 |
| 2.7.1.4 | Promoción de la morbilidad | 39 |

| | |
|---|------------|
| 2.7.1.5 Salud ambiental..... | 40 |
| 2.7.2 Oferta de servicios al adulto hombre de 20 a 59 años del ISSS..... | 40 |
| 2.8 Teorías de educación para la salud aplicadas al estudio. | 42 |
| 2.8.1 Modelo de Creencias de salud (Explicando el comportamiento en salud a través de expectativas)..... | 42 |
| 2.8.1.1 Componentes del modelo de creencias de salud | 45 |
| 2.8.2 Teoría del Aprendizaje Social (TAS) | 46 |
| 2.8.2.1 Constructos de la teoría de aprendizaje social | 48 |
| 2.8.3 Aplicabilidad de las teorías sobre el cambio de conducta por medio de la educación para la salud..... | 49 |
| 2.9 Descripción general del grupo meta | 49 |
| 2.10 Facultad de Medicina | 50 |
| 2.11 Universidad de El Salvador | 51 |
| 2.12 Definición de términos básicos..... | 52 |
| CAPITULO III | 55 |
| 3 DISEÑO METODOLÓGICO | 55 |
| 3.1 Tipo de estudio | 55 |
| 3.2 Área de estudio: | 55 |
| 3.3 Universo, población y muestra. | 55 |
| 3.4 Técnicas e Instrumentos. | 56 |
| 3.5 Procesamiento..... | 56 |
| 3.6 Plan de análisis y procesamiento de la información. | 56 |
| 3.7 Operacionalización de variables..... | 58 |
| CAPITULO IV..... | 60 |
| 4 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS. | 60 |
| CAPITULO V..... | 96 |
| 5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 97 |
| CAPITULO VI..... | 104 |
| 6 CONCLUSIONES..... | 104 |

| | |
|---|------------|
| CAPITULO VII..... | 106 |
| 7 RECOMENDACIONES..... | 106 |
| CAPITULO VIII..... | 107 |
| 8 FUENTES DE INFORMACIÓN | 107 |
| 8.1 Fuentes de información electrónica..... | 107 |
| 8.2 Fuentes de información bibliográfica..... | 109 |
| ANEXOS | 111 |

INTRODUCCIÓN

Las etapas del climaterio femenino son más conocidas que las del masculino, debido a la mayor difusión y estudio de la menopausia, básicamente la mayor parte de la población sabe lo que implica este proceso en las mujeres, no tanto así en los hombres para los cuales la andropausia es un fenómeno de poca investigación por lo tanto de desconocimiento, que incluso se sigue discutiendo el termino ideal para la declinación de hormonas masculinas que los hombre van presentando a partir de ciertas edades.

Se abordaron en el estudio: Conceptualización de la andropausia, cambios biopsicosociales en el cual se describen las afectaciones internas y externas de este proceso, mitos existentes que tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los hombres y de sus parejas, enfermedades asociadas las cuales son potencialmente prevenibles si se consulta oportunamente, y además de contener la importancia de la investigación.

Este estudio implicó la identificación de diferentes factores con los que se pretendió descubrir hallazgos relevantes sobre andropausia ya que ha sido un área poco investigada en nuestro país y no investigada en la Facultad de Medicina.

Se trató de un estudio descriptivo sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) respecto a la andropausia en hombres desde los 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, los cuales constituyeron la población de este estudio y la muestra estuvo conformada por el 16.45 % de trabajadores hombres de acuerdo a criterios de inclusión, en la cual se incluyeron el sector docente, personal de servicios generales y personal administrativo. Se tomó como criterio de inclusión la edad ya que de acuerdo a los conocimientos científicos es a partir de esa edad en donde se presentan con mayor evidencia los signos y síntomas de andropausia.

El estudio se basó en la necesidad de conocer con base científica conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres de la Facultad de Medicina sobre andropausia. Los resultados del estudio, de ser tomados en cuenta por los docentes y estudiantes de la carrera Educación para la Salud constituirán un aporte importante para la implementación de programas orientados a mejorar la calidad de vida de los trabajadores hombres, sus compañeros y compañeras de trabajo y de sus familias.

CAPITULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

En el ciclo de la vida tanto de hombres como mujeres se experimentan procesos biopsicosociales que se viven de diferentes maneras dependiendo de diversos factores, uno de ellos es el género.

La andropausia ha sido una etapa poco estudiada y es conocida como la “menopausia del hombre”, esta supone cambios en las áreas físicas, psicológica, y social de los hombres. Se experimenta a partir de la adultez media y se desarrolla de diferente manera en cada individuo.

La andropausia es un proceso para el cual pocos hombres están preparados, especialmente en una sociedad históricamente machista como la salvadoreña.

Esto se debe a que el proceso de la andropausia es desconocido o poco conocido en la mayor parte de la población estudiada lo que facilita la existencia de creencias y prácticas incorrectas alrededor de la andropausia; existe un fenómeno que ahonda más en este desconocimiento, ya que la población masculina es la que menos uso hace de los servicios de salud, especialmente en las afectaciones del tipo sexual, esto contribuye a la búsqueda de información errónea.

Para responder sus interrogantes sobre la andropausia los hombres consultan con sus iguales sin buscar la información en expertos del área.

La andropausia, ha sido estudiada desde la década de los 40 del siglo pasado, y parece que en los últimos años se habla de él con más libertad. Desde el punto de vista biológico se define como la caída del nivel hormonal masculino que se produce a partir de los 30 años de edad.

El climaterio femenino no es igual al masculino, el primero implica una ausencia de fertilidad, el proceso andropáusico no está necesariamente relacionada con el fin de la etapa fértil de los hombres, debido a que es un proceso gradual.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, un alto porcentaje de trabajadores hombres tienen más de 45 años de edad, este rango los ubica en el inicio o vivencia de la andropausia, sin embargo muchos de ellos desconocen todo lo que este engloba por lo que; la forma como ellos abordan estos cambios, crea condiciones aptas para que vivan la andropausia con problemas o riesgos patológicos. Por eso es necesario saber cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que pueden volverse nocivas para este grupo meta.

1.2 Enunciado del Problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, agosto 2016?

1.3 Justificación

Esta investigación surgió de la necesidad de información confiable sobre los conocimientos, las actitudes y las practicas respecto a la Andropausia en la población masculina de la Facultad de Medicina.

Este estudio se consideró conveniente debido a la poca investigación existente en esta temática ya que es un área a la cual no se le ha dado relevancia.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador hay un alto porcentaje de hombres mayores de 45 años, lo cual los coloca en la etapa en donde se manifiesta de manera más evidente la andropausia.

Otro aspecto importante de este grupo meta es que la población masculina es la que menos busca atención médica, esto debido a la cultura machista de nuestro país. A demás no reciben atención preventiva en esta área, ni tampoco tratamientos médicos para contrarrestar la sintomatología propia de la andropausia.

Al ser ejecutada esta investigación se pudo estudiar cuáles son los comportamientos, las actitudes y las prácticas específicamente de los trabajadores hombres de la Facultad de Medicina ante la andropausia.

Con los resultados del estudio se fortalecerá la información para el desarrollo de la temática de andropausia en el pensum de la Carrera de Educación para la Salud y además contribuirá como una base científica para programas educativos dirigidos a la población que participara en el estudio como el programa de Salud Sexual y Reproductiva que implementa el Comité de Seguridad y Salud ocupacional del edificio de la Facultad de Medicina.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia de los trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

1.4.2 Objetivos específicos:

1.4.2.1 Identificar los conocimientos que poseen los trabajadores hombres sobre cambios biopsicosociales de la andropausia

1.4.2.2 Identificar las actitudes de los trabajadores hombres hacia los cambios biopsicosociales de la andropausia

1.4.2.3 Identificar las prácticas de los trabajadores respecto a los cambios biopsicosociales de la andropausia.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Estudio CAP (Conocimientos actitudes y prácticas)

Una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. Las encuestas CAP se utilizan para recopilar datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en el ámbito que se desee investigar.¹

Una investigación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas puede utilizar técnicas cualitativas como cuantitativas (de acuerdo a los fines del estudio). La idea es lograr un conocimiento acabado del público objetivo, por ello lo mejor sería iniciar con un focus group, para explorar el tema y luego en base a esa información armar una encuesta, seleccionar una muestra y realizar una investigación.

Para iniciar un proyecto es conveniente realizar una investigación acerca de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, con el objetivo de diseñar una intervención de educación que se ajuste fielmente a las características/necesidades del público objetivo. Este tipo de investigaciones permite identificar conceptos errados, creencias y actitudes que atenten contra la salud de la población.

Frecuentemente los expertos y el público en general difieren en sus percepciones de riesgo. Mientras que los expertos determinan un peligro sobre la base de procesos científicos, el público en general utiliza criterios diferentes a la ciencia (ejemplo: creencias personales, los medios de comunicación, la propia experiencia, la opinión de un líder, etc.). De allí la importancia de una investigación

¹ Save the children. Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia. Diciembre de 2012

previa que permita orientar la intervención según las percepciones de la población y los factores que las influyen.

Una investigación también permitirá orientar la selección de comportamientos deseados a ser modificados o reforzados a través del programa de educación.

Por todo esto es importante realizar una investigación e indagar acerca de las percepciones de beneficio de las audiencias objetivo.

En educación sanitaria se asume que el *simple conocimiento* lleva a adoptar la actitud adecuada, pero desafortunadamente este supuesto es incorrecto. Para que exista un cambio de conducta, es importante entender las *razones* que fundamentan esa conducta y los factores socioculturales que la influyen. A partir de esta información, se podrá desarrollar un programa educativo que haga que la gente quiera estar saludable y sepa cómo hacerlo. Cada una de las acciones comunicacionales y de los soportes estarán determinados por las características de lugar donde se implemente y por la investigaciones CAP.²

La información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo meta también puede ayudar a las investigadoras a comprender qué es lo que saben y cree sobre X área, en qué temas deben ser atendidos durante la capacitación y qué recursos se necesitan para el abordaje de esa área. Esta información puede ser usada para documentar una línea de base de modo que los programas de salud puedan medir los cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores de salud con el transcurso del tiempo.

Algunas formas de recabar información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores incluyen encuestas y la recolección de datos cualitativos a través de discusiones de grupo u otros métodos de participación con el grupo meta. Los datos cualitativos pueden proporcionar una comprensión en

² Organización Panamericana de la Salud, Investigación de Conocimientos, Actitudes y Practicas (CAP) [sede Web]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Acceso 20 de mayo del 2016. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10493%3A2015-investigacion-de-conocimientos-actitudes-y-practicas-cap&catid=7641%3Aeducacion-investigacion-consumidor&Itemid=41284&lang=es

profundidad de las perspectivas de los proveedores. Los datos cuantitativos facilitan la medición de cambios durante el transcurso del tiempo.

Las encuestas de *conocimiento, actitud y prácticas* de los proveedores de atención de la salud son útiles porque:

- Ofrecen información en cuanto a si el grupo meta ha recibido información, qué tan a menudo y cuándo qué hacen los proveedores de salud para atender en esta área; las actitudes discriminatorias o estigmatizantes de los proveedores; las actitudes hacia X padecimiento; el conocimiento sobre las consecuencias de no buscar ayuda profesional; y qué tipo de capacitación han recibido los proveedores de salud sobre X área.
- Puede ser usada como una medida pre y post intervenciones de salud.
- Las entrevistas semi-estructuradas con proveedores de atención de la salud son útiles porque:
 - Ofrecen comprensión sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores; y
 - Ofrecen el potencial para trabajar más con más profundidad sobre cualquier desafío, barrera, inquietud que pueda afectar la capacidad para proporcionar atención.

Los métodos cualitativos, de participación con personal de la clínica y unidad de salud que incluya discusiones de grupo, cuentos abiertos, mapeo, juegos de roles, diagramas de Venn y otros pueden ser útiles porque:

- Ofrecen comprensión sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores;
- Ofrecen comprensión sobre las prácticas y normas institucionales, así como sobre la dinámica de grupo y flujo de trabajo.³

³ ONU MUJER, La evaluación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores relacionados con la violencia contra mujeres y niñas [sede Web]. Acceso 20 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/693-la-evaluacion-del-nivel-de>

2.1.1 Conocimientos

Un conocimiento es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

2.1.2 Actitudes.

La actitud es una disposición mental que dirige la acción del individuo hacia el objeto de la actitud. (Krech, Crutchfield, 1978). Es el conjunto de opiniones y creencias que siempre incluyen un juicio evaluativo, constituyen nuestras afinidades y aversiones hacia objetivos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente.⁴

2.1.3 Prácticas.

Las prácticas son maneras en que las personas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema concreto por medio de sus acciones.⁵

2.2 Andropausia.

2.2.1 Etimología de andropausia

El término, no totalmente aceptado, de "Andropausia", tiene su origen en las etimologías griegas Andros-Andrei = Varón y Pausis Pausei = Suspende o detener; literalmente significa "cuando la masculinidad se detiene o suspende". Este vocablo, que fue acuñado en 1944 por los doctores Heller y Myer, puede compararse con el término menopausia, el cual también combina dos raíces griegas: Menses = periodo y Pausis = suspender o detener, el cual alude a la cesación de los periodos menstruales en la mujer. En el caso de los varones, la

conocimiento-actitudes-y-practicas-cap-de-los-proveedores-relacionadas-con-la-violencia-contra-mujeres-y-ninas.html

⁴ El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). [Monografía en internet]. Disponible en: http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=24

⁵ Save the children. Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia. Diciembre de 2012

mayoría de los médicos no tienen definido el complejo sindromático equivalente al que ya se ha establecido para la menopausia en la mujer.⁶

2.2.2 Definición de Andropausia

El término andropausia se utiliza para describir los síntomas y signos asociados a una declinación gradual de la secreción de testosterona (T), lo que ocurre durante el envejecimiento en los hombres. A este fenómeno se le ha llamado también climaterio masculino, climaterio viril, menopausia masculina, viropausia o síndrome de declinación de andrógenos en el envejecimiento masculino, deficiencia androgénica en el envejecimiento masculino (ADAM por sus siglas en inglés), deficiencia parcial de andrógeno en el envejecimiento masculino (PADAM por sus siglas en inglés) o deficiencia androgénica en el envejecimiento masculino (DAEM por sus siglas en inglés).

En la andropausia confluyen cambios bio-psicosociales-ambientales, que se acompañan de alteraciones hormonales, las que se ha responsabilizado con la presencia de los síntomas y signos clínicos. La andropausia presenta similitud con la menopausia en la mujer; sin embargo, existen diferencias significativas entre estas 2 condiciones, lo que ha originado numerosos debates en la aceptación del término andropausia. A diferencia de la menopausia, es un proceso de comienzo insidioso de lenta progresión. Los hombres experimentan una lenta y gradual declinación de los niveles de T, y es muy difícil determinar el momento exacto de su comienzo. Por el contrario, la menopausia está asociada con una brusca declinación en los niveles de estrógeno y progesterona, lo que determina una supresión de la menstruación y un compromiso de la fertilidad, la cual –a diferencia del hombre– puede persistir hasta edades muy avanzadas.

⁶ Ureta Sánchez Sergio Ermen. Andropausia: fantasía o realidad. Imbiomed [Revista en internet]. Acceso 22 de octubre, 2015. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=22805&id_seccion=1494&id_ejemplar=2353&id_revista=104

La andropausia tiene efectos adversos sobre la salud física y mental, así como sobre la calidad de vida.⁷

La andropausia es un síndrome caracterizado por síntomas y signos atribuibles a una disponibilidad reducida de andrógenos que ocurre en el hombre relacionado con el envejecimiento.

2.2.3 Cambios biopsicosociales de la andropausia.

A diferencia de la menopausia en la mujer, el proceso andropáusico es de comienzo insidioso y de progresión lenta. Está caracterizado por:

- Disminución del deseo sexual y de la calidad de las erecciones
- Cambios en el humor, con disminución de la actividad intelectual y de la orientación espacial, fatiga, depresión e irritabilidad
- Disminución de la masa magra asociado con pérdida de volumen y fuerza muscular
- Disminución del vello corporal
- Disminución de la Densidad Mineral Ósea
- Aumento de la grasa visceral

Más detalles clínicos son señalados en el cuadro 1. (Anexo 1)

2.2.4 Aspectos Clínicos y epidemiológicos

La tendencia actual de la población mundial se dirige hacia el envejecimiento. Cuatro Informes procedentes de Estados Unidos indican que el número de personas con una expectativa de vida de 75 años se incrementará y llegará a la cifra de 1 billón, mientras todo parece indicar que esta tendencia proseguirá hasta alcanzar los 2 billones en los próximos 25 años. Estas afirmaciones ponen en

⁷ PUIG, Manuel E. y CASTELO ELIAS-CALLES, Lizet. Andropausia. Rev Cubana Endocrinol [Revista en internet]. 2006, vol.17, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-2953 [Acceso 14 de octubre del 2015]; Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s1851-30342007000100005&script=sci_arttext

evidencia que el número de ancianos se triplicará en los próximos años, lo que obliga a desarrollar programas de salud dirigidos a enfrentar esta realidad.

La andropausia comienza alrededor de los 40 años de edad y los síntomas y signos clínicos no son tan evidentes. Unido a la declinación de los niveles de T, aumentan los de globulinas transportadoras de andrógenos, las que se unen a la T y limitan la cantidad y eficiencia de la T a medida que el hombre envejece. A lo anterior se une el descenso de los niveles de hormona del crecimiento, entre otras relacionadas con la edad, lo que contribuye al aumento de la grasa abdominal y a la reducción del tono muscular a partir de la mediana edad. Desde el punto de vista clínico se puede comprobar la pérdida de la energía y/o la motivación, con disminución concomitante de la actividad intelectual, de la memoria y de la orientación espacial. Es común la presencia de fatiga, depresión, cambios emocionales, irritabilidad y debilidad muscular. Se observa también disminución del deseo sexual y dificultad en lograr y mantener una erección eficiente, reducción de las erecciones nocturnas, disminución de la satisfacción sexual, reducción del volumen y fuerza del eyaculado, así como disminución del vello corporal y alteraciones en la piel. Se describe reducción de la masa muscular corporal, de la fortaleza, del vigor físico, de la densidad ósea, osteoporosis, dolores osteoarticulares y disminución de la estatura. El aumento de la grasa abdominal se asocia a la reducción de la masa muscular y a un desbalance hormonal. Este último se responsabiliza con la disminución de la sensación de bienestar, la que se expresa en ocasiones como depresión. El cáncer de próstata, así como la enfermedad cardíaca, se relacionan directamente con este desbalance hormonal. La terapia de reemplazo hormonal (TRH) y los cambios del estilo de vida en relación con la dieta y la actividad física podría corregirlo. Una serie de factores pueden aisladamente o de forma combinada precipitar el inicio de la andropausia:

Factores biopsicosociales

- Término de la actividad laboral o dificultad en conseguir trabajo.
- Disminución de la actividad social.
- Aumento de las presiones económicas.
- Cambios familiares (los hijos abandonan el hogar o se casan).
- Sedentarismo.
- Descuido en la nutrición.
- Factores hereditarios, constitucionales, enfermedades no cuidadas.
- Aumento del consumo de alcohol y tabaco.
- Presencia de enfermedades crónicas degenerativas (cardíaca, hipertensión arterial, aterosclerosis, diabetes mellitus, entre otras).
- Consumo de fármacos.⁸

2.2.5 Impacto de la andropausia en la calidad de vida

Cuando se analizan los síntomas y signos de la andropausia, se hace evidente que esta afecta significativamente la calidad de vida de estas personas, se tiene en consideración el grado de compromiso de su capacidad física, sexual, mental y social. Son escasas las publicaciones que hacen alusión a estos aspectos y, por tanto, el impacto de estos síntomas sobre la calidad de vida no ha sido bien precisado. Se considera que el diagnóstico de andropausia no se debe establecer en personas con edades < 40 años de edad y se discuten las razones para estandarizar los criterios diagnósticos, como son: 35 amplias variaciones de las concentraciones de T. Diferentes valores de normalidad para la T, especialmente en relación con la edad. Presencia de síntomas clínicos de andropausia y otras condiciones como la depresión.

⁸ PACENZA, Néstor; SCIORRA, Miguel y STEWART USHER, Jorge. Andropausia: Definición - Diagnóstico diferencial. Rev. argent. endocrinol. metab. [Revista en internet]. 2007, vol.44, n.1, pp. 33-34. ISSN 1851-3034 LICEA [Acceso 14 de octubre del 2015]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100007

Castelo 24 realizó un estudio dirigido a identificar los conocimientos que tienen los hombres acerca de la andropausia y precisar las manifestaciones clínicas presentes, y confirmaron que más del 50 % de los participantes tenían una edad de 40 años, y más del 50 % un nivel de escolaridad preuniversitario y/o universitario. Sin embargo, no influyó la escolaridad ni la edad en el grado de conocimiento que poseían sobre la andropausia. La reducción o pérdida de la erección, la disminución del deseo sexual, la depresión y la pérdida de la memoria fueron los principales síntomas referidos en este estudio.

Se ha planteado mucho interés en la observación de la prevalencia de la disminución de los niveles de T y de SHBG en personas con diabetes tipo 2, la que se asocia a la obesidad, en particular la abdominal, y a edades mayores, lo que nos hace pensar que la andropausia puede comportarse de forma diferente en las personas con diabetes tipo 2 al compararlos con sujetos no diabéticos, y podría postularse que el empleo de la terapia androgénica de reemplazo podría ser de utilidad en estas personas.⁹

2.3 Etapas de la vida adulta desde el punto de vista biológico, psicológico y social

La adultez es la edad o período en que se ha llegado al mayor crecimiento o desarrollo, tanto físico como psicológico.

2.3.1 Etapa madura o adultez media.

Periodo entre los 40 y 60 años. Según Erikson se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de “generatividad” la de quienes saben cuidar el desarrollo de los demás, sean los propios hijos o a las generaciones más jóvenes.

⁹ PACENZA, Néstor; SCIORRA, Miguel y STEWART USHER, Jorge. Andropausia: Definición - Diagnóstico diferencial. Rev. argent. endocrinol. metab. [Revista en internet]. 2007, vol.44, n.1, pp. 33-34. ISSN 1851-3034LICEA [Acceso 14 de octubre del 2015]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100007

La conciencia de la propia mortalidad empieza a surgir en forma cada vez más real, ya sea a través de las señales físicas externas del paso del tiempo (canicie, calvicie, arrugas, etc.) O a través de los primeros signos de enfermedades crónicas del adulto (diabetes, hipertensión, etc.) Cuando este periodo no es enfrentado exitosamente, suelen surgir conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas, o cuadros ansiosos o depresivos crónicos. A esta generación se le suele llamar “Generación dominante”. Es un período de máximo rendimiento y productividad, con la experiencia se logra una mayor integración del conocimiento. Se dan cambios en diferentes ámbitos de la personalidad; estos cambios enfrentan a una crisis al final de la adultez media.

Existe una reorganización o reestructuración de la identidad:

- Redefinición de la imagen corporal (rollos, canas, calvicie, etc.)
- Redefinición de las relaciones con los padres, los hijos y la pareja.
- Evaluación de los planes que se proyectaron desde la adolescencia.
- Reconocimiento de que queda poco por vivir.
- se es menos vulnerable a las presiones externas, se saben manejar mejor.
- Madurez emocional o personalidad madura.
- El logro de esta estabilidad más los cambios físicos propios de esta etapa, generan una fase de introversión que se relaciona con el proceso de individuación (descrito por Jung).
- Desarrolla la capacidad de aceptar el paso del tiempo.
- Se tiene una visión más realista de la vida.¹⁰

2.3.1.1 Cambios biológicos o físicos.

- Aparecimiento de canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas).
- Disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción.

¹⁰ Dra. Perla, María Alicia. etapas de la vida adulta desde el punto de vista biológico, psicológico y social: adulto joven, adulto medio y adulto mayor. En: San Salvador; Universidad de El Salvador. 2015. Pág. 19-65.

- Acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo.
- En la mujer la menopausia (45-50). Se da la pérdida de una función: la capacidad reproductora.
- En el hombre la andropausia: disminución de la hormona masculina (testosterona).

Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida.

2.3.1.2 Ámbito laboral.

- Se perciben limitaciones de los proyectos personales hacia atrás y hacia el futuro (“queda poco tiempo”).
- Se teme a la competencia de las generaciones nuevas.

2.3.1.3 Ámbito Emocional.

- Hijos: relación más horizontal y simétrica.
- Pareja: se requiere un reordenamiento de la vida matrimonial, por el fenómeno del nido vacío.
- La misma se caracteriza por un marcado esfuerzo por hacer cosas que nos parecen que tienen valor y significado en la vida (ej. ser un profesional que rinde un servicio de excelencia.)
- Además, hay un marcado interés por contribuir a la formación de la generación que se está levantando.

Erikson la denomina la etapa de la crisis de productividad vs. Estancamiento¹¹

2.3.1.4 Crisis de la edad adulta media.

Es considerado un periodo de cambios sociales rápidos, y estilos de vida alternativos y amplia búsqueda de crecimiento laboral.

¹¹ Dra. Perla, María Alicia. etapas de la vida adulta desde el punto de vista biológico, psicológico y social: adulto joven, adulto medio y adulto mayor. En: San Salvador; Universidad de El Salvador. 2015. Pág. 19-65.

También es considerada como crisis de identidad y la segunda adolescencia. Esta es la revisión de la edad adulta intermedia, que puede ser un punto de cambio psicológico, un tiempo de revisión de lo que se ha hecho para producir nuevas percepciones del yo y efectuar correctivos en el diseño y la trayectoria de la vida

2.3.2 Adulto mayor

El envejecimiento puede definirse como la suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a disminuciones funcionales y a la muerte.

Características del envejecimiento

- universal.
- progresivo.
- complejo.
- variable.
- dinámico.

2.3.2.1 Aspectos biológicos (físicos).

- Canas, calvicie.
- Columna vertebral encorvada.
- Estrechez de hombros.
- Desaparición progresiva de masa muscular, atrofia de los músculos.
- Caída de los dientes.
- Se intensifican las arrugas.
- Los nervios motores transmiten más lentamente los impulsos.
- Disminuye la actividad neuronal en determinadas zonas del cerebro.
- Reacciones más lentas.
- Disminuye la motilidad.
- Órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto (disminución agudeza visual y auditiva y de la sensibilidad del tacto, gusto y olfato).

- Disminución de la percepción de la sed. (Alto riesgo de deshidratación).

2.3.2.2 Cambios cognoscitivos:

- Los procesos cognitivos decaen, son más lentos.
- Declinación de la memoria y procesamiento de la información.
- Todos los procesos son afectados por procesos psicológicos motivacionales.
- Ya no les interesa el éxito, la fama ni la efectividad.
- Pérdida del mundo externo, ponen mucho más atención a sus señales internas, están mucho más preocupados de lo que pasa en su cuerpo.
- Vulnerabilidad física: mucho más sensibles a cambios corporales.

2.3.2.3 Cambios sociales:

- Las mujeres que no trabajan fuera de sus hogares han de adaptarse a que sus maridos estén en casa todo el día.
- La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante en el que la persona puede llegar a sentir estrés.
- El evento más significativo para muchos matrimonios es la jubilación del hombre
- Puede suponer la pérdida de ingresos, la identidad profesional y el estatus social.

2.3.2.4 Abuelidad:

- Última fase de la parentalidad.
- Sentido de transcendencia.
- El rol de abuelo es el más importante en la ancianidad.

2.3.2.5 Relación de pareja.

- Están juntos, compartieron toda una historia y ya no les queda mucho.
- Se logra una mejor adaptación a todos los cambios si ha habido diferenciación (intimidad), una identidad de pareja.
- La sexualidad se vive de otra manera. Mujer: menopausia. Cambios

hormonales manchas, más arrugas, menor lubricación vaginal, relaciones sexuales más dolorosas. Hombre: disminución de la testosterona, eyaculación más lenta y distanciada.

- A pesar de todo esto, igual viven su sexualidad.
- Convivencia diaria aumenta considerablemente.
- Rutina diaria tiene que cambiar, se tiene que crear espacios mutuos y para eso se pasa por discusiones.
- Restricciones económicas implican un cambio de vida bastante brusco, desesperanza, angustia, temor, sentimiento de vulnerabilidad física y económica ! fuerte sentimiento de dependencia
- Se dejan de lado las relaciones sociales y se vuelcan sobre la familia.
- Sexualidad: se persigue el contacto con el otro más que el sexo. Encuentro con el otro mediante otras maneras.
- preparación para la muerte y el duelo.
- Logro de identidad.¹²

2.4 Mitos y creencias sobre andropausia.

A pesar de que el climaterio y la andropausia son etapas inherentes al desarrollo, se da de manera frecuente un desconocimiento de la misma, generando mitos, tabúes y prácticas inadecuadas. Todas estas realidades son comunes en el diario vivir y es importante que las personas construyan estrategias adecuadas para afrontarlas, por lo que es indispensable la colaboración de un profesional que le muestre herramientas necesarias para enfrentar estos estadios, con el suficiente empoderamiento.¹³

Las estadísticas nos dicen que sólo el 5% de quienes padecen andropausia

¹² Dra. Perla, María Alicia. etapas de la vida adulta desde el punto de vista biológico, psicológico y social: adulto joven, adulto medio y adulto mayor. En: San Salvador; Universidad de El Salvador. 2015. Pág. 19-65.

¹³ Leiva Díaz Viriam, Medino Carolina Arguedas, Hidalgo Castillo Marilyn, Navarro Vargas Yessenia. conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. Rev.

consultan a un especialista por motivación propia, por lo cual no sería raro que existan tantos mitos sobre ello.

A continuación se presentan los principales mitos de la andropausia:

Todo hombre con más de 40 años, que tenga disfunción sexual y/o disminución de la libido, tiene que ver con algo propio de la edad. El hombre que tenga dichos síntomas debe recibir una evaluación específica para descartar hipogonadismo (descenso de testosterona) ya sea por andropausia o cualquier otra condición que pueda estar afectando.

Todo hombre con disfunción sexual necesita testosterona, independientemente del valor de sus hormonas. Primero se debe llevar a cabo una evaluación para establecer cuál es el tratamiento indicado y con el control preciso. El uso de testosterona no es siempre la solución. Cada tratamiento se evalúa dependiendo del paciente, su situación y las diferentes circunstancias. No existe un tratamiento general, sino tratamientos individualizados para establecer cuál es el mejor para la persona.

Quienes realizan un tratamiento con testosterona tiene mayor riesgo de cáncer de próstata. Siempre deben evaluarse las condiciones del paciente, los riesgos que existen, y el tipo de tratamiento más conveniente. No existen estudios que hayan demostrado que los pacientes sin patología maligna de próstata hayan desarrollado o empeorado la misma durante el tratamiento; no sucede así con aquellos que la padecían en la consulta inicial. Para ello es primordial la correcta evaluación prostática previo comienzo de tratamiento

El consumo de sildenafil mejor conocido como viagra acelera la andropausia. Esto es claramente falso. El sildenafil es otro tipo de tratamiento, que se usa en las personas indicadas bajo un control adecuado. Es un tratamiento válido y mundialmente aceptado para la disfunción eréctil. No en todos los

pacientes logra los efectos esperados, debido a varias causas, dentro de la que se encuentra los valores marcadamente disminuidos de testosterona.

Existen factores que pueden acelerar la andropausia. A partir de los 40 años, el envejecimiento normal del hombre genera una caída en los niveles de testosterona del 1% anual. Esto es algo natural sobre lo que no podemos actuar, y repercute en forma lenta y progresiva sobre la esfera psíquica, sexual, metabólica y física, sin generar necesariamente enfermedades relacionadas. Sin embargo, los que presenten ciertas condiciones de riesgo (obesidad, hipertensión, diabetes, etc.) denotarán un descenso mayor y abrupto en dichos valores, manifestándose de una manera patológica en cada uno de los aspectos descritos. Una persona con buena salud, que cuida su alimentación y hace ejercicio prevendrá el desarrollo de la andropausia. ¹⁴

Si tengo que tomar testosterona, significa que de alguna manera soy menos "varonil". En absoluto. De hecho, aún los hombres más "machos" pueden desarrollar esta condición.

Estoy tomando muchos medicamentos. ¿Debería aprender a envejecer con mayor dignidad sin tomar más medicinas?

Tuvieron que transcurrir muchos años para que las mujeres aceptasen la terapia de reemplazo hormonal. Se sabe que los estrógenos le ofrecen a la mujer postmenopáusica muchos beneficios físicos, mejora su bienestar psicológico y por lo tanto su calidad de vida en general.

Tengo 72 años. ¿Soy demasiado viejo para comenzar una terapia con testosterona? Ningún paciente es demasiado viejo para comenzar una terapia con testosterona si está claramente indicada. Como con cualquier medicación, la testosterona debe tomarse bajo el control del médico, con controles de seguimiento adecuados.

¹⁴ Robbiani Damián. Mitos y verdades sobre la andropausia. Rouge [revista en Internet], 8 de abril 2015. [acceso 14 octubre 2015]. Disponible en: <http://rouge.perfil.com/2015-04-08-62075-mitos-y-verdades-sobre-la-andropausia/>

¿La testosterona como tratamiento para la andropausia pone al hombre más agresivo y hostil? Debido a los informes sobre el abuso de esteroides anabólicos entre los atletas, la testosterona tiene una imagen pública negativa. La percepción es que la testosterona es la responsable de los rasgos masculinos indeseables, como la agresión y la hipersexualidad. Y algunos temen que "saque la bestia de adentro del hombre". Estos, por supuesto, son mitos. Surgen de los resultados obtenidos con testosterona en hombres con niveles normales de testosterona y a dosis mucho más altas que las dosis de reemplazo que se indican en los hombres que están atravesando la andropausia.

¿Puedo tomar testosterona como tratamiento para la andropausia si me han detectado cáncer de próstata? No. En los hombres que tienen cáncer de próstata pre-existente, la testosterona puede estimular su crecimiento. Es por ello que no se recomienda el reemplazo con testosterona en los hombres con cáncer de próstata.

Tengo la próstata aumentada. ¿Puedo tomar testosterona? La próstata aumenta lentamente a medida que el hombre envejece. Y en algunos hombres, la testosterona puede acelerar este proceso. Por lo tanto, algunos hombres con la próstata aumentada pueden realizar terapia con testosterona, pero otros no, Solamente el médico puede tomar la decisión si usted la puede realizar. Si usted está realizando terapia de reemplazo con testosterona, su médico controlará el estado de su próstata con pruebas de sangre y exámenes físicos.¹⁵

A demás de todo esto en el abordaje de la sexualidad en la tercera edad persisten actitudes retrógradas, que pueden relacionarse con la asociación incorrecta que se ha establecido entre sexualidad y reproducción; de allí que se considere que la actividad sexual sólo es normal durante la edad reproductiva y que, por tanto, en los ancianos es una conducta "anormal". Por otra parte, estas actitudes se

¹⁵ Andropausia (menopausia masculina). [artículo en Internet]. . [acceso14 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.uantof.cl/semda/ANDROPAUSIA.htm>

explican por la existencia del prejuicio relacionado con el deterioro de todas las funciones en la vejez; en especial se aprecia que los jóvenes siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va deteriorando con la edad hasta perder todo interés en las personas mayores de 60 años.

Los jóvenes tienden a asimilar la vejez con el declinamiento de la potencia sexual. Para ellos, esta pérdida de energía sexual va unida a una ausencia de deseo, a una pérdida de interés sexual. De todas maneras, la evocación de las manifestaciones eróticas les inspira casi siempre un sentimiento de reprobación y de desagrado cuando tiene que ver con las personas de edad avanzada.

Existen conceptos equivocados en que se plantea que la actividad sexual debe desaparecer en la vejez como un apagamiento fisiológico inevitable y, por tanto, desear o hacer en materia sexual en personas mayores no es natural, fisiológico, ni moral, y por lo mismo no es socialmente bien visto. De ahí que esta idea de “muerte sexual” se convierta para muchas personas de ambos sexos en un factor de ansiedad cuando llegan a la edad madura y ven aproximarse esa etapa crítica, lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual de índole puramente psíquica.

Son ampliamente reconocidas las manifestaciones que indican el tránsito de la madurez a la vejez y que estas suceden a diferente edad y en distinta forma en cada persona, es decir que “cada cual envejece a su manera”, con un patrón específico, diferente a los demás.

Mientras el envejecimiento se considera como una evolución o un fenómeno vital común a todas las formas de vida, la vejez responde a una edad determinada caracterizada por una serie de cambios que muchas veces son irreversibles. Todos envejecemos desde que nacemos, y llegamos a viejos con diferentes capacidades, logros y limitaciones.

Muchas personas jóvenes están convencidas en especial las mujeres— de que más allá de los 40 o 50 años el sexo se acaba, que la actividad sexual no tiene cabida, bien sea porque simplemente decae con la edad, o porque sería una manifestación ridícula. La sociedad de consumo enseña que el sexo es para los jóvenes y bellos. Tal como se ha expresado, los mitos y tabúes en edades avanzadas en relación con el sexo son muchos. Los chistes sexuales relacionados con el “no poder” por razón de la vejez se escuchan a diario y reafirman estereotipos falsos que se tienen al respecto.

Es frecuente encontrar frases de rechazo contra las manifestaciones de cariño de las personas mayores, como por ejemplo: “Hay que comportarse de acuerdo con la edad”, “Ustedes ya no están para eso”, “Eso es propio de los viejos verdes”, etc. Algunas personas se ven abocadas, por las circunstancias que rodean su vida en esta etapa, a permanecer solas, bien sea por una soltería prolongada, la separación o la viudez, y les es difícil encontrar una pareja o una compañía sexual. Sin embargo, estas personas pueden decidir permanecer sin actividad sexual o recurrir a otras fuentes de placer.

El miedo a la ausencia o a la pérdida de la capacidad de obtener sensaciones sexuales satisfactorias por razón de la vejez debe desecharse. Existen estudios en los que se comprueba que en adultos mayores hay actividad sexual satisfactoria, y en algunos casos se registra un incremento en ella. En este sentido, los estudios de Kinsey y colaboradores (1948) demostraron que la actividad sexual proseguía hasta bien avanzada la madurez, y además encontraron “una estrecha correlación entre los niveles de actividad sexual de una persona en la adultez temprana y su actividad sexual en la vejez”, señalando así como la individualidad de cada persona es un factor determinante de la actividad sexual en los últimos años. La vivencia de la sexualidad en la vejez es un reflejo de la formación y de las experiencias recibidas durante toda la vida.

Masters y Johnson confirmaron lo anterior y además manifestaron que la regularidad de la expresión sexual a lo largo de la edad adulta es un factor

determinante en la conservación de un funcionamiento sexual satisfactorio más allá de la juventud y la mediana edad.

Las personas que se mantienen activas sexualmente experimentan una menor disminución en su capacidad de actuación sexual que quienes dejan de tener sexo. Investigaciones realizadas en Cuba sobre la sexualidad de las personas mayores de 60 años muestran que éstas son capaces de mantener su actividad sexual cuando existe una relativa buena salud y persiste el gusto por el sexo. Además reconocieron que existe mayor experiencia sexual, mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría en la vejez o en los denominados “años dorados”. Con los años se agudiza el criterio de la realidad, se toma mayor conciencia de lo que puede y no puede hacerse con el sexo, el erotismo está vigorizado en comparación con el acto sexual propiamente dicho, con una mayor consolidación de la pareja, y al desaparecer las preocupaciones reproductivas, la sexualidad tiene como único fin dar y recibir placer.¹⁶

2.5 Relación de la masculinidad con la andropausia

2.5.1 La masculinidad

La palabra masculinidad sugiere la idea de hombre y el título de este trabajo podría sugerir que se refiere solamente a los hombres, haciendo una apología de ellos o al contrario, que el objetivo es desprestigiarlos. Sin embargo, el título no excluye la feminidad, inseparable y complementaria de la masculinidad. Ni todos los hombres tienen las mismas actitudes y comportamientos definidos como masculinos, ni todas las mujeres carecen de este tipo de rasgos. La masculinidad parece tener una serie de ventajas, por las cuales los hombres aceptarían de buen grado cumplir los roles masculinos y las mujeres desearían adoptar por lo menos algunas de las características atribuidas a ellos. Sin embargo, como la masculinidad, de la misma forma que la feminidad, son construcciones sociales, la

¹⁶ Irene Esguerra Velandia. Sexualidad después de los 60 años Sexuality after 60 years of age. Scielo [revista en Internet]. 2007. [acceso 14 de octubre]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a12>

adhesión de hombres y mujeres a una o a la otra dependerá de la educación que reciban en la infancia y de las influencias a que sean sometidos a lo largo de su vida. Pero nada impide que los hombres adopten algunas conductas consideradas femeninas y las mujeres conductas masculinas. Cuando esto ocurra tendrán que enfrentar conflictos de distinta gravedad, en la medida en que la sociedad en que viven acepte o rechace estos desafíos a la norma.

La aceptación o rechazo de la masculinidad, como norma que prevalece en una sociedad, tiene un impacto importante en la calidad de vida de los hombres y de las mujeres. Esto explica la necesidad de analizar cómo ella se construye y qué importancia tiene para la vida en sociedad, por ejemplo. Desde esta perspectiva, se aborda la construcción de la masculinidad, las relaciones de género y el precio de la masculinidad. Estos aspectos fueron enfocados desde una perspectiva holística, que incluyó presentar al varón como una construcción genérica, inserto en una sociedad y en constante interrelación con otras personas.

El último tema presentado es llamado “Camino hacia la democracia de las relaciones de género”. Se considera que este es el punto crucial del trabajo, porque no solo lleva implícito propuestas de cambio que nos conduzcan a un relacionamiento menos desigual y con más equidad de oportunidades y de responsabilidades sino que también implica una redefinición de los roles que el hombre y la mujer han desempeñado durante demasiado tiempo.

Finalmente, Mansfield (1998) dice: que la cualidad llamada “masculinidad” puede ser elevada a la posición de virtud, en la medida que la hombría se humanice y permita en ella la participación de las mujeres. Actualmente, los varones enfrentan el dilema de cómo ser “hombres” y al mismo tiempo ser justos con las mujeres. El dilema de las mujeres es cómo hacer las cosas que los varones hacen y reafirmarse como mujeres.

2.5.1.1 Construcción de la masculinidad

La construcción de la masculinidad de un nuevo ser puede comenzar cuando la pareja planifica un embarazo o cuando la mujer descubre que está embarazada. Los futuros padres empiezan a imaginarse las características que tendrá el hijo, incluyendo su sexo. Según se imaginen un niño o una niña, los padres tendrán un comportamiento diferente que comenzaría antes del parto, incluyendo la preparación del lugar donde estará. Después del nacimiento, el tratamiento diferencial continúa, con la participación de todas las personas que se relacionan con el niño(a).

A partir del nacimiento, el bebé de sexo masculino ya comienza a darse cuenta de lo que se espera de él por tener las características de sus órganos genitales. Sin embargo, no basta nacer con un pene para transformarse en hombre, hay un camino por recorrer hasta llegar a serlo. Los primeros años de vida son fundamentales y responsables por las características del hombre que va a surgir (Vieira, 1986).¹⁷

La familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general le enseñan explícita e implícitamente la forma en que debe pensar, sentir y actuar como “hombre”. Por ejemplo, no puede llorar, debe ser fuerte, no debe mostrar sus sentimientos, no puede tener miedo, y debe ser viril. Estas enseñanzas comienzan a afectar la forma cómo el niño se relaciona consigo mismo y con los demás.

Al nacer, el hijo es absolutamente dependiente de su madre, figura que ocupa el lugar preponderante de su vida, especialmente porque satisface sus necesidades físicas, ejerciendo funciones que permiten su supervivencia. Durante el primer año de vida existe un alejamiento entre el niño y la figura masculina, lo que puede

¹⁷ HARDY, Ellen y JIMENEZ, Ana Luisa. Masculinidad y Género. Rev Cubana Salud Pública [Revista en internet]. 2001, vol.27, n.2, pp. 77-88. ISSN 0864-3466.[Acceso 15 de octubre 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662001000200001&script=sci_arttext

afectar la personalidad de ese individuo (Kaufman, 1994; Vieira, 1996). Esta es una primera manifestación de la influencia de los papeles de género que atribuyen a la madre el cuidado del hijo y al padre el proveer económicamente a la familia, sin tener responsabilidades domésticas.

El fin de la relación de dependencia con la madre es un proceso que para la mayoría se da al final del período infantil. Junto con ocurrir esta ruptura, el niño va asumiendo actitudes que corresponden al rol masculino. La figura paterna tendrá una función libertadora, rompiendo el vínculo cerrado entre madre e hijo. En ausencia del padre otro hombre tomará su lugar (abuelo, tío, hermano mayor), y en algunos casos la propia madre pasa a desempeñar funciones y a adoptar actitudes que culturalmente se interpretan como masculinas. La figura paterna se presenta como un conductor que enseña orden, disciplina y responsabilidad (Vieira, 1986). En ese ambiente de patriarcado es que el niño crece y se desarrolla.

Además de la familia, la escuela (desde la sala cuna hasta la universidad) refuerza los papeles de género. No sólo los textos escolares reproducen la sociedad patriarcal, los profesores de ambos sexos aceptan y hasta exigen conductas diferentes de los niños y de las niñas, reforzando las relaciones de poder favorables a los varones.

La mayor parte de las religiones también contribuye a reforzar el poder masculino, ya que la jerarquía de todas ellas está absolutamente dominada por hombres y las mujeres ocupan un lugar de total subordinación. A pesar de que ha habido algunos progresos en contadas religiones, otras resisten obstinadamente cualquier aproximación a la igualdad de géneros.

La masculinidad posee un elemento clave que es el poder; ser hombre significa tener y ejercer poder. El poder asociado a la masculinidad exige poseer algunas características, tales como ganar, ordenar, lograr objetivos y ser duro. Por otra parte, las características genéricas atribuidas al hombre, tales como objetividad y

racionalidad, le otorgan un dominio sobre la mujer. Aplicado en un sentido amplio, poder también significa controlar sentimientos, emociones y necesidades afectivas, para evitar la pérdida de dominio y el control sobre los otros, y también por el temor de que le atribuyan características femeninas, que son absolutamente rechazadas (Kaufman, 1994).

De este forma, la masculinidad se ha transformado en alineación, ya que implica suprimir emociones, sentimientos y negar necesidades. El varón llega a temer que si experimenta y demuestra sentimientos de ternura y afecto puede transformarse nuevamente en un niño dependiente. Se siente obligado a creer que la mujer le pertenece y que las relaciones con ella deben ser más de poder que afectivas (Vieira, 1986). De esta forma, el varón se aísla no solo de la mujer, sino de otros hombres, por lo que raras veces desarrolla una verdadera intimidad con personas de su mismo sexo (Kaufman, 1994).

En la medida en que la sociedad caracteriza al varón como una persona dura, que rechaza los afectos, principalmente con personas de su mismo sexo, es fácil entender que el adolescente que tiene y a quien le gustaría expresar sentimientos de ternura comience a tener dudas sobre su masculinidad. Se entiende que cuanto más exigente son los atributos del macho en una sociedad, más difícil será identificarse como tal. La respuesta puede ser tanto una ruptura e identificación homosexual como una conducta exageradamente machista para ocultar y disimular las dudas sobre su propia masculinidad. Casi siempre habrá conflictos y tensiones frente a la bisexualidad, a la cual se renuncia inconscientemente optando por la heterosexualidad, sobre la cual se construye la masculinidad (Figuroa, 1998).

Superadas esas crisis de identidad, la cultura en que los hombres están inmersos le enseñaron que la norma supone la imposibilidad de dominar sus impulsos sexuales, sintiéndose, por lo tanto, obligados a no perder oportunidades y creer que siempre, o casi siempre, deben ser satisfechos sexualmente (Morris, 1999;

Gogna, 1998; Villela, 1997). Las conquistas amorosas, la erección del pene, la penetración, y las proezas sexuales son símbolos de autoafirmación de la virilidad. De esta forma, la afirmación de su identidad masculina exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y en una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas. Esta total indiferencia en relación a actitudes preventivas, así como las relaciones sexuales irresponsables, son conductas que favorecen las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo no deseado (Bronfman & Minello, 1995; Paiva, 1996; Barbosa & Uziel, 1996).

En esta cultura patriarcal, la sexualidad erótica que está centrada en su propio placer, es una expresión más del poder del varón, en el cual la mujer es el objeto del deseo sexual y la proveedora de ese placer. La masculinidad, dentro de esa construcción, se mide de acuerdo con la exclusividad y multiplicidad de sus parejas heterosexuales. La satisfacción está centrada en los genitales y en la penetración. Se caracteriza también por la homofobia y el rechazo a cualquier feminización de sus conductas (Figuerola, 1998; Kaufman, 1994; Parquer, 1991).

Otra función atribuida socialmente al hombre es el trabajo remunerado, lo que constituye el centro de su respetabilidad en la sociedad. El trabajo le permite obtener reconocimiento social y le otorga seguridad y autonomía (Valdés & Olavarría, 1998). Por eso mismo, la pérdida del empleo genera tensiones no solamente económicas, sino también afectivas y de identidad. El trabajo remunerado ha pasado a ser un papel tan arraigado al varón que la pérdida del empleo se traduce en una disminución de su masculinidad, tanto desde la percepción del propio varón como de su mujer y de sus hijos (Lew-Starowicz & Wieczorek, 1999). Se ha descrito que los hombres que quedan sin trabajo serían más violentos con las esposas e hijos, deprimidos y hasta más adictos al alcohol (Katzman, 1991).

Por otro lado, el hombre sin trabajo también tendría dificultad para asumir las tareas domésticas, pues encuentra que estas son propias de la mujer y, por lo tanto, despreciables. Esto se explica, por el hecho de que no recibió una educación en que esas tareas fueran parte de sus actividades (Careaga, 1996; Figueroa & Liendo, 1995).

La masculinidad construida a lo largo de la vida (poder y control sobre los demás, superioridad, sexo erótico inagotable, por ejemplo), varía de acuerdo con las características sociales, económicas y demográficas del varón, y del ambiente en que crece y vive. Por otra parte, la masculinidad es considerada una cualidad que así como se obtiene, se puede perder, de acuerdo con las circunstancias y a la historia de cada individuo (Figueroa & Liendo, 1995).

2.5.1.2 El precio de la masculinidad

La identidad genérica masculina influye en la salud del individuo. De acuerdo con la cultura en que él está inserto, la masculinidad se asocia con correr riesgo, con someterse a situaciones peligrosas y violentas. La salud masculina es construida de acuerdo con el contexto social y a lo que significa en ella ser hombre. La morbimortalidad en el hombre es mayor que en la mujer, a causa principalmente del efecto de la violencia física y psicológica. Considerando que la masculinidad es aprendida en la niñez y está centrada en el modelo del héroe, es el padre o la figura paterna el que refuerza esa imagen de hombre, el que le dice que “debe ser y debe comportarse como un hombre”. Por otro lado, el cuerpo masculino aparece como aquel que busca o se expone a riesgos y, por ende, desarrolla la violencia y el enfrentamiento como una forma de obtener respeto de la mujer y de otros hombres. El varón necesita que su vida sea ilustrada por hechos heroicos y, al mismo tiempo, tener historias para contar (Fagundes, 1995; Gastaldo, 1995).

Se observa que en esta sociedad los hombres mueren primero que las mujeres y que habitualmente las causas de muerte reflejan una exposición deliberada de enfrentar riesgos y peligros. Las diferencias se observan en el mayor número de

muerdes, entre los hombres, causadas por violencia y accidentes y también en la mayor morbimortalidad por alcoholismo o sus consecuencias (Langer & Lozano, 1998; Bronfman & Gómez, 1998). En el campo laboral, existe una división social del trabajo entre el hombre y la mujer en que generalmente el varón asume las actividades más peligrosas, violentas y que requieren de mayor capacidad física (de Keijzer, 1995; Langer & Lozano, 1998).

El hecho de correr riesgo, que se considera parte de la naturaleza masculina, se manifiesta inclusive en la salud reproductiva, porque habitualmente los varones no se protegen, ni tampoco protegen a sus parejas del riesgo de transmisión de enfermedades (Guimarães, 1996; Villela, 1997; Gogna, 1998). Una manifestación de esta conducta masculina es la sobremortalidad en hombres por HIV/SIDA en todo el mundo con la excepción de África al Sur del Sahara (ONUSIDA/OMS, 1999).

La necesidad de responder a una norma de masculinidad también afecta la solicitud de la atención en los servicios de salud. Para el hombre es muy difícil ocupar el papel de paciente y, con frecuencia, niega la posibilidad de estar enfermo y acude a un médico en último momento, ya que lo contrario será asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad (Careaga, 1996). El modelo aceptado de masculinidad, hace también muy difícil que el varón acepte estar enfermo dentro de su familia y de su grupo social.

Figuroa (1998), refiere que en asuntos relacionados a la salud reproductiva, la discusión de la masculinidad se ha centrado en torno a la participación masculina en la anticoncepción, o en asumir el cuidado de los hijos. Pero no se ha discutido que existe en la sexualidad del varón un componente de autodestrucción, producto de las relaciones de poder que ellos mantienen. El análisis de género en salud reproductiva se ha limitado a resaltar la desigualdad y la discriminación que sufre la mujer por el hombre, así como la exclusión del varón de diferentes responsabilidades. Se ha olvidado de discutir acerca del sentimiento de

aislamiento sufrido por el varón, por tener que estar constantemente demostrando y ejerciendo un papel que históricamente ha creado su identidad (Figueroa & Liendro, 1995).

De la misma manera, la necesidad de ser y parecer fuerte, viril se transforma en un obstáculo para que los hombres acepten la posibilidad de tener problemas de infertilidad, y difícilmente comparten con la mujer el proceso diagnóstico, en las parejas que no consiguen tener hijos. Esta actitud afecta ciertamente a la mujer, que se somete a exámenes que no serían necesarios, si desde el inicio un simple espermograma hubiera diagnosticado un factor masculino de esterilidad. Sin embargo, también afecta al hombre, porque retarda su diagnóstico y tratamiento que se hace más difícil si la enfermedad es evolutiva. Asimismo, el concepto de que la fertilidad es un componente importante de la virilidad, hace que el hombre estéril se sienta disminuido en su masculinidad, le cueste aceptar la situación, culpe a su mujer y tenga dificultades en encarar el problema, tanto frente a los servicios de salud como frente a la sociedad.¹⁸

2.6 Patologías asociadas a la andropausia

El varón sufre un descenso en la producción de testosterona (hormona sexual masculina) ligado al proceso de envejecimiento que sería el equivalente a la menopausia entre los hombres. Un estudio científico vincula esta menor secreción hormonal con un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

A pesar de que los hombres tienen una propensión de sufrir problemas cardiovasculares hasta tres veces mayor que las mujeres, según Kevin Channer, del Royal Hallamshire Hospital, en Sheffield (Gran Bretaña), la influencia de las hormonas sexuales masculinas en este tipo de trastornos ha sido ignorada. Channer explica en un editorial publicado en la revista científica 'Heart' que los

¹⁸ HARDY, Ellen y JIMENEZ, Ana Luisa. Masculinidad y Género. Rev Cubana Salud Pública [Revista en internet]. 2001, vol.27, n.2, pp. 77-88. ISSN 0864-3466.[Acceso 15 de octubre 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662001000200001&script=sci_arttext

varones con enfermedades cardíacas presentan niveles más bajos de testosterona en la sangre que aquellos con un funcionamiento arterial normal. Una investigación dirigida por Kevin Channer confirma que existe una relación entre los niveles bajos de testosterona y factores de riesgo cardiovascular como el exceso de colesterol LDL o 'malo', la baja concentración de colesterol HDL o 'bueno', la hipertensión arterial y los mayores niveles de insulina en sangre. Igualmente, la testosterona favorece la dilatación arterial y una mejor circulación de la sangre.¹⁹

A demás se afirma que en cuanto a las enfermedades relacionadas con la andropausia destacan el síndrome metabólico, alteraciones cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensión. Algunas de ellas también se dan en la menopausia como la osteoporosis.²⁰

2.6.1 Patologías con efectos adversos en la salud sexual y reproductiva en la andropausia.

2.6.1.1 Efectos de la diabetes en la salud sexual y reproductiva

Según estudios epidemiológicos realizados en otros países un 50% de los diabéticos de más de 10 años de evolución tendrán problemas de disfunción eréctil secundario al daño en el sistema nervioso periférico, al daño vascular y a la frecuente asociación con medicamentos antihipertensivos o para las dislipidemias, la disfunción sexual generalmente inicia con dificultades para mantener la erección y finalmente ocasiona una disfunción eréctil, así mismo, el padecer de una enfermedad crónica ocasiona ansiedad, depresión y estrés situaciones que interfieren en la fase del deseo, excitación y el orgasmo, además el padecer de una disfunción eréctil ocasiona ansiedad de desempeño lo que lo vuelve un círculo

¹⁹ Redacción Ondasalud.com. La andropausia se relaciona con un mayor riesgo de problemas cardíacos. DMedicina.com [revista en Internet] Martes, 21 de Enero de 2003 - 23:00 [acceso 14 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades-/2003/01/21/andropausia-relaciona-mayor-riesgo-problemas-cardiacos-4785.html>

²⁰ Hernández Gemma. Andropausia...¿menopausia masculina?. EFE Salud [revista en Internet] Martes 26.08.2014. [acceso 14 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.efesalud.com/-noticias/andropausia-menopausia-masculina/>

vicioso, incrementando la disfunción sexual.

Para mejorar la salud sexual y reproductiva de los diabéticos es fundamental:

- El control de su enfermedad de base, para evitar el daño neurológico y vascular que podría llevarlos a una disfunción eréctil,
- El análisis de los medicamentos coadyuvantes que se ingieren para evaluar la necesidad de cambiarlos por otros que no afecten tanto la función sexual.
- La supresión del tabaco y el alcohol.
- Hablar abiertamente con su pareja y tratar de desgenitalizar la relación sexual buscando formas alternativas de placer sexual.
- El uso de medicamentos sistémicos como el Sildenafil, Vardenafil, Tadalafilo.

2.6.1.2 Efectos de la hipertensión arterial en la salud sexual y reproductiva

Se estima que el 14% de los hipertensos tendrán en algún momento de su vida problemas de disfunción eréctil como consecuencia del daño vascular (en las arterias penianas) por la enfermedad, o por los medicamentos utilizados para el control de la hipertensión arterial.

De los medicamentos antihipertensivos que se relacionan más frecuentemente con problemas en los aspectos sexuales y reproductivos están:

- Los diuréticos del grupo de las tiazidas que ocasiona problemas en la fase del deseo, disfunción eréctil y problemas de la eyaculación,
- Los beta-bloqueadores pueden producir disminución del deseo y disfunción eréctil,
- La alfa-metildopa puede dar depresión y secundariamente problemas en la fase del deseo y de excitación de la respuesta sexual.

En los casos de disfunción eréctil, debe darse consejería para:

- Que la pareja hable abiertamente del problema y busquen formas alternativas de placer sexual al igual que con la diabetes.

- Si la disfunción sexual es secundaria al medicamento, puede reducirse la dosis o cambiarlo por otro con un mecanismo de acción diferente.
- Recomendar eliminar el alcohol y el cigarrillo hábitos que incrementan la disfunción sexual.
- Las opciones terapéuticas para la disfunción sexual deberán individualizarse de acuerdo con el grado de severidad de la hipertensión arterial, sin embargo, en general el Sildenafil ha demostrado seguridad en el manejo de la disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial controlada.

2.6.1.3 Efectos de las dislipidemias en la salud sexual y reproductiva.

Las dislipidemias ocasionan frecuentemente depósitos de ateromas en los vasos penianos lo que produce dificultad del flujo sanguíneo y llenado de los cuerpos cavernosos y por lo tanto disfunción eréctil en el hombre, de igual manera las dislipidemias se asocian con otras patologías como hipertensión arterial y diabetes mellitus lo que puede dificultar más el desempeño sexual en el hombre. Otro aspecto a considerar es que las dislipidemias incrementan el riesgo cardiovascular de enfermedades isquémicas y la actividad sexual puede ser desencadenante de un infarto agudo del miocardio, se han realizado estudios en donde el riesgo relativo de sufrir un infarto es de 2.5 en las siguientes horas de un acto sexual, (similar al de la ira) lo que puede ocasionar en la pareja sentimientos de sobreprotección de temor y finalmente evitar una relación sexual, es importante aclararles que si hay un control adecuado de la patología de base y un régimen de ejercicios regulares no hay motivo por el cual se tenga que evitar la actividad sexual.²¹

²¹ MISPAS. Guía de atención de la morbilidad prevalente y sus efectos en la salud sexual y reproductiva en el adulto masculino. El Salvador. C.A. Mayo 2006.

2.6.1.4 Efectos del síndrome de colon irritable en la salud sexual y reproductiva

Aunque la mayoría de los pacientes que adolecen del Síndrome de Colon Irritable mantienen relaciones sexuales satisfactorias con su pareja, con frecuencia se reportan variaciones importantes en este hábito, tales como la disminución del tiempo del contacto sexual y la limitación en las posiciones empleadas; ambas relacionadas directamente con molestias o dolor experimentado en la región abdominal. En estos casos debe proveerse consejería para que la pareja hable abiertamente del problema y exploren posiciones que resulten más confortables para el (la) paciente, además de buscar formas alternativas de placer sexual que enriquezcan su experiencia sexual de pareja.

2.6.1.5 Efectos de la infección de vías urinarias en la salud sexual y reproductiva

Las infecciones de vía urinarias y la salud sexual están íntimamente relacionadas ya que existen algunas infecciones de transmisión sexual que pueden manifestarse por disuria como las infecciones gonocócicas y por clamidia, a la vez el mismo acto sexual y ciertas conductas sexuales (coito anal, homosexualidad), la ausencia de circuncisión, pueden predisponer al apareamiento de infecciones de vías urinarias.

2.6.1.6 Efectos de la enfermedad reumática en la salud sexual y reproductiva

Los problemas artríticos no producen en sí una disfunción sexual, sin embargo, el dolor que produce este problema puede limitar significativamente la actividad sexual, lo que podría llevar a la pareja a evitar la relación sexual, por lo que es importante que las parejas con este problemas hablen abiertamente de la situación y busquen alternativas para poder tener una vida sexual activa. En estos casos puede ser útil, el ejercicio, el descanso, baños de agua caliente y el cambiar de posición en el momento de la relación sexual.

2.6.1.7 El tabaquismo y la salud sexual y reproductiva

En el hombre el cigarrillo provoca disminución de la densidad del semen y de la velocidad de los espermatozoides; además el fumar daña los cuerpos cavernosos del pene causando impotencia.

2.6.2 La vivencia sexual en los padecimientos crónicos

Las personas que adolecen de enfermedades crónicas pueden tener menor interés por la actividad sexual o pueden no disfrutar del mismo modo que solían hacerlo.

Entre otras cosas, por el cansancio, dolor o dificultad para dormir causadas directamente por la enfermedad o por los efectos de la misma sobre el estado psico-emocional pudiendo causar estados depresivos de larga duración. Así mismo, pueden necesitar medicamentos que afecten la respuesta sexual o haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos que hayan cambiado la apariencia de su cuerpo.

Las enfermedades crónicas no deben significar para las personas que las padecen el fin de su vida sexual, se debe tener presente que la sexualidad es una de las actividades humanas más placenteras a lo largo de la vida, y, por ende, un importante componente para una mejor calidad de vida. Por lo tanto, debe proveerse a estas personas y a su pareja de una adecuada consejería para ayudar a mantener, hasta donde sea posible, una vivencia sexual Satisfactoria y saludable.

Uno de los aspectos más importantes de una saludable relación sexual es la comunicación efectiva. Si la persona enferma y su pareja discuten abiertamente sus propias necesidades, podrá superarse casi cualquier dificultad. Incluso con las mejores intenciones y preparación, puede haber ocasiones durante el curso de la enfermedad que la persona decida no estar activo sexualmente.

Es importante hablar con la pareja sobre la situación que en esos momentos se atraviesa y explicar sobre los deseos y sentimientos que se experimentan. Así mismo, debe hablarse sobre cómo puede ayudarla a lidiar con los sentimientos e interés en la actividad sexual por parte de él o de ella.

Por otra parte, debe motivarse a la persona enferma para que comunique al médico o al personal de salud de mayor confianza, acerca de cualquier preocupación que tenga con respecto a su vida sexual.

Para ayudar en la preparación de las condiciones para una actividad sexual satisfactoria, deberá compartirse las siguientes sugerencias:

- Motivar a los enfermos para que se instruyan y conozcan sobre las peculiaridades de la enfermedad que padecen.
- Aun cuando no se planee tener actividad sexual, se debe mantener un acercamiento afectivo y romántico con la pareja. .
- Planear la actividad sexual para la hora del día en que la persona tiene más energía y cuando el problema de salud le molesta menos.
- Asegurarse de estar descansado y relajado.
- Si el tratamiento prescrito incluye medicamentos para aliviar el dolor, es conveniente tomarlos 30 minutos antes de la actividad sexual, a fin de evitar molestias que entorpezcan la relación.
- Tomando en cuenta que el tabaco y el alcohol afectan el funcionamiento sexual, deben limitarse al mínimo o evitarse.²²

2.7 Oferta de servicios públicos en salud al adulto masculino.

2.7.1 Oferta de servicios al adulto masculino de 20 a 59 años del MINSAL

Los servicios que ofrece al adulto masculino se dividen en cinco grandes áreas:

²² MISPAS. Guía de atención de la morbilidad prevalente y sus efectos en la salud sexual y reproductiva en el adulto masculino. El Salvador. C.A. Mayo 2006.

2.7.1.1 Salud nutricional y educación alimentaria

- Evaluación del estado nutricional.
- Tratamiento de enfermedades metabólicas relacionadas a la nutrición.
- Suplementación con micronutrientes.
- Educación alimentaria nutricional.

2.7.1.2 Salud sexual y reproductiva (SSR)

- Promoción de la SSR
- Prevención de la violencia
- Educación en la construcción de una masculinidad con equidad
- Atención de la SSR
- Atención de ITS/VIH-SIDA
- Atención de disfunciones sexuales (Disfunción eréctil y eyaculación precoz)
- Atención de tumores reproductivos del adulto masculino
- Atención de la andropausia
- Atención de la infertilidad masculina

2.7.1.3 Promoción de la salud

- Identificación de factores y conductas de riesgo
- Promoción de estilos de vida saludables
- Promoción de la salud mental
- Promoción de la salud oral
- Promoción para la prevención y control de enfermedades crónicas
- Promoción para la prevención de accidentes
- Promoción de la salud en centros de trabajo

2.7.1.4 Promoción de la morbilidad

- Atención de la morbilidad general prevalente en base a las guías
- Atención de la morbilidad odontológica prevalente

- Atención de trastornos mentales y conductas adictivas
- Atención de rehabilitación física
- Vigilancia epidemiológica

2.7.1.5 Salud ambiental

- Preservación, recuperación y mejoramiento del medio ambiente.
- Contingencia en caso de desastres²³

Para la atención integral al adulto masculino el MINSAL cuenta con las siguientes directrices

- Guía de atención de la morbilidad prevalente y sus efectos en la salud sexual y reproductiva del adulto masculino.
- Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 1.
- Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 2.
- Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 3.
- Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino parte 1.
- Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino parte 2.
- Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino parte 2.
- Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino parte 4.

2.7.2 Oferta de servicios al adulto hombre de 20 a 59 años del ISSS

El ISSS cuenta con el programa de *atención integral en salud al adulto hombre de 29 a 59 años* a través del cual el equipo multidisciplinario ejecuta intervenciones en los siguientes temas:

²³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 2 y Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 3. . El Salvador C.A. Editorial e impresora Panamericana. Noviembre del 2005.

- Ambientes libres de violencia
- Ambientes libres de alcohol, drogas, tabaco y otras sustancias toxicas.
- Manejo del estrés
- Manejo del tiempo libre y del ocio
- Promoción y fomento de la salud bucal
- Promoción y fomento de la salud mental
- Alimentación y nutrición adecuada
- Fomento del auto cuidado de la salud
- Paternidad responsable
- Equidad de genero
- Adecuadas relaciones de pareja y orientación a los hijos
- Detección oportuna de enfermedades crónicas degenerativas
- Prevención de ITS/VIH-SIDA
- Peligros de la vida sedentaria
- Peligros del sobrepeso y la obesidad
- Uso de métodos de Planificación Familiar (Vasectomía y preservativo)
- Mitos sobre la Planificación Familiar
- Conocimiento adecuado de los métodos Naturales de Planificación Familiar
- Educación sexual
- Integración Familiar
- Cáncer de próstata
- Preparación para la vejez-jubilación
- Manipulación adecuada de los alimentos
- Higiene personal.
- Otros de acuerdo a las necesidades del adulto hombre derechohabiente.²⁴

²⁴242424 Instituto Salvadoreño del seguro Social. COMPONENTE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUDNORMAS Y LINEAMIENTOS DE TRABAJO. San Salvador. Abril de 2005.

2.8 Teorías de educación para la salud aplicadas al estudio.

2.8.1 Modelo de Creencias de salud (Explicando el comportamiento en salud a través de expectativas)

El modelo de creencias de salud fue inicialmente desarrollado en los años 50s por un grupo de psicólogos sociales en el servicio de salud pública de los Estados Unidos en un esfuerzo por explicar la falla muy generalizada de la gente para participar en programas para prevenir o detectar enfermedades. Más tarde, el modelo fue extendido para aplicarlo a las respuestas de la gente a los síntomas y su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, particularmente cumplimiento con regímenes médicos. Por más de tres décadas el modelo ha sido uno de los enfoques psicosociales más influyentes y de uso generalizado para explicar el comportamiento relacionado con la salud.

Durante los primeros años 50s, la psicología social académica incurrió en desarrollar un enfoque para entender el comportamiento que se desarrolló desde las confluencias de las teorías del aprendizaje derivadas de dos fuentes principales: la teoría de estímulo-respuesta(S-R) y la teoría cognitiva. La teoría S-R misma representa un casamiento de la teoría de condición clásica y la teoría de condición instrumental. En términos simples, los teoristas S-R creen que el aprendizaje resulta de eventos, llamados *refuerzos*, que reducen impulsos psicológicos que activan el comportamiento. En el caso de castigo, el comportamiento que evita el castigo es aprendido porque reduce la tensión impuesta por el castigo. El concepto de reducción del impulso, sin embargo, no es necesario para la teoría S-R. Skinner formulo la hipótesis ampliamente aceptada de que la frecuencia de un comportamiento es determinada por consecuencias (o refuerzos). Para skinner la mera asociación temporal entre un comportamiento y premio inmediato, es suficiente para aumentar la probabilidad de que el comportamiento será repetido. Tales comportamientos son llamados *operantes*; ellos operan sobre el medio ambiente para producir cambios que resultan en premios o refuerzo. En esta visión, no se requiere un concepto mentalístico tal como el razonar o pensar para explicar el comportamiento. Mientras Skinner no

niega la existencia de la mente, él lo omite de su teoría, creyendo que la respuesta comportamental puede ser enteramente explicada solo por contingencia de refuerzo.

Los teóricos cognitivos enfatizan el rol de hipótesis subjetivas o expectativas tenidas por el sujeto. En esta perspectiva el comportamiento es una función del valor subjetivo de un resultado, y de la probabilidad subjetiva o expectativa de que una acción particular alcanzara ese resultado.

Tales formulaciones son generalmente llamadas teorías de expectativa de valor. Procesos mentales tales como pensar, razonar, hipotética, o esperar, son componentes críticos de todas las teorías cognitivas. Los teóricos cognitivos, juntos con los behavioristas, creen que los refuerzos, o consecuencias de comportamientos, son importantes, pero para los teóricos cognitivos, los refuerzos operan por medio de las expectativas influyentes (o hipótesis) con respecto a la situación, en vez de influenciar el comportamiento directamente.

Cuando los conceptos de expectativa de valor fueron gradualmente reformulados, en el contexto del comportamiento relacionado con la salud, las traducciones fueron a la siguiente manera: 1) el deseo de evitar enfermedades o mejorarse (valor) y 2) la creencia de que una acción específica de salud disponible a una persona va a prevenir la enfermedad (expectación). La expectativa fue luego delimitada en términos de la estimulación del individuo de la susceptibilidad personal y la gravedad de una enfermedad, y la probabilidad de ser capaz de reducir esa amenaza a través de acciones personales.

Se ha hecho varias críticas recurrentes en contra la validez o utilidad del HBM (Modelo de Creencias de salud, por sus siglas en inglés). Un criticismo perenne puede ser bien nivelado en contra de todo el campo de psicología social. Este criticismo dice que la relación de creencia-comportamiento nunca ha sido uniformemente establecida. Por supuesto es verdadero que no siempre se puede

explicar el comportamiento por referencia a creencias. Es también verdadero que las creencias a menudo cuentan por varianza muchos ejemplos de predicciones significantes de comportamiento en base a creencias. Ha sido sin embargo el legado raramente, si es que alguna vez, que las creencias en su son condiciones suficientes para acción. Los investigadores deben buscar esa constelación de condiciones, incluyendo creencias que pueda explicar varianza mayor en el comportamiento. Lo que parecería ser necesitado es mayor investigación para especificar las condiciones bajo las cuales las creencias especificadas y los comportamientos están causalmente relacionadas, y las condiciones bajo las cuales no. rechazar enfoques para explicar comportamientos que enfatizan el rol de las creencias, parece equivalente a no rescatar nada del bueno.

Un segundo criticismo relacionado es que intentos directos para modificar los comportamientos a menudo no tienen éxito y que se necesitan algunos enfoques alternativos. Esto es ciertamente un comentario valido, pero es difícil de interpretar como un defecto en el HBM, se señala que “el modelo no presupone o implica una estrategia para cambio. Podemos asumir que la persuasión directa para modificar creencias es una táctica obvia, pero quizá una visión mucho más amplia del cambio de creencias acerca de la eficacia de atención médica. Segundo, los cambios ambientales y estructurales pueden bien tener efectos a largo plazo en las creencias de salud”.

Un tercer criticismo viene directamente del segundo y sostiene que tanto los factores individuales como los socio-ambientales deben ser puestos en la mira para intervenciones de salud.

Quizá la declaración más comprensiva de esta posición se provee en un documento de 1988 que propone una perspectiva ecológica para promoción de salud; este modelo propone un énfasis cinco factores, el primero de los cuales incluiría el modelo de creencias de salud: (1) factores intrapersonales, (2) procesos interpersonales (3) factores institucionales, (4) factores de comunitarios, y (5) política pública, incluyendo la ley.

2.8.1.1 Componentes del Modelo de Creencias de Salud.

En general ahora se cree que los individuos van a tomar acción para evitar, para detectar tempranamente o para controlar condiciones de enfermedad si ellos se ven susceptibles a la condición. Si ellos creen que esto tiene potencialmente consecuencias, si ellos creen que un curso de acción disponible para ellos sería beneficioso para reducir ya sea la susceptibilidad o la gravedad de la condición, y si ellos creen que las barreras anticipadas (o los costos) de tomar la acción son excedidos por sus beneficios. Las siguientes definiciones especifican las variables claves con mayor detalle:

Susceptibilidad percibida: se refiere a la percepción subjetiva de uno del riesgo de contraer una condición de salud.

Gravedad percibida: sentimientos concernientes a la seriedad de contraer una enfermedad o de dejarla sin tratar, incluyendo evaluaciones de consecuencias médicas y clínicas (por ejemplo. Muerte, incapacidad y dolor), y posibles consecuencias sociales (como efectos de las condiciones en el trabajo, vida familiar y relaciones sociales).

Amenaza percibida: combinación de la susceptibilidad percibida y la gravedad percibida.

Beneficios percibidos: son las creencias con respecto a la efectividad de varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad, o sea, los beneficios percibidos de tomar acciones de salud.

Barreras percibidas: posibles aspectos negativos de una acción particular de salud, estas pueden actuar como impedimentos para realizar el comportamiento recomendado. Se supone que una clase de análisis de costo-benéfico no consciente ocurre, donde el individuo pesa la efectividad de la acción contra las percepciones de que esto pueda ser caro, peligroso, desagradable (doloroso,

difícil, molesto), inconveniente, consumidor de tiempo, etc.

Otras variables: se cree que una diversidad de variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales pueden, en cualquier instancia dada, afectar la percepción del individuo, y así, indirectamente influenciar el comportamiento relacionado con la salud. Específicamente factores socio demográficos, particularmente el logro educacional, supuestamente tiene un efecto indirecto en el comportamiento; influenciando la percepción de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras.

Autoeficacia o expectación de eficacia: definida como la convicción de que uno puede exitosamente ejecutar el comportamiento requerido para producir los resultados.

2.8.2 Teoría del Aprendizaje Social (TAS)

La TAS trata tanto las dinámicas psicosociales que forman la base de la conducta de salud, como los métodos de promover cambio de conducta. La versión cognitiva de la TAS enfatiza lo que piensa la gente, es decir, sus cogniciones y su efecto en la conducta. En la TAS la conducta humana es explicada en términos de un modelo trídico, dinámico y mutuo en donde la conducta (1), factores personales (2) e influencias ambientales (3) todas interactúan. La conducta de un individuo esta únicamente determinada por estos factores. Entre los factores personales cruciales están las capacidades individuales para simbolizar los significados de conducta, para proveer las consecuencias de ciertos patronos de conducta, para aprender por medio de observación de otros, para auto-determinar o auto-regular conducta, y para reflexionar sobre y analizar experiencia.

Originalmente Miller y Dollard (1941) introdujeron las TAS para explicar imitación de conductas en animales y humanos. Los principios originales de las TAS estaban basados en principios de aprendizaje y en ideas motivacionales de HULL (1993). La teoría de aprendizaje tiene un enfoque mecanístico para explicar conductas, la

persona es vista como un “caja negra”, que imita conductas, llamadas respuestas, a las cuales refuerzos son aplicados por otras personas. Refuerzo vincula la realización de ciertas respuestas con estímulos específicos, y así aumenta la probabilidad de esas respuestas.

Dos corrientes de investigaciones relacionadas con la salud resultaron de las ideas seminales de Miller y Dollard. Rotter fue el primero para aplicar estos primeros principios de aprendizaje social a la psicología clínica (1954) que a su vez lleva al desarrollo por parte de él de la idea de “expectativas generalizadas de refuerzo”. Rotter dice que una persona aprende o es condicionada operantemente en base a su historia de refuerzo positivo o negativo. La persona también desarrolla un sentido de localización de control “interna o externa”. Aquellas con un locus of control interno son más inclinados a iniciar cambios ellos mismos, mientras que los que están controlados más externamente, más probablemente son influidos por ciertas personas.

La otra corriente de investigación ha progresado mucho más allá del dominio de teoría de conducta, utilizando conceptos cognitivos para explicar fenómenos conductuales, utilizando conceptos cognitivos para explicar fenómenos conductuales. Bandura es la figura líder en esta corriente. Bandura y Walters (1969) propusieron que niños aprenden por medio de observación de otros niños, y no necesitan ser remunerados directamente para aprender un nuevo tipo de conducta.

En 1986 Bandura cambió el nombre de la TAS a TEORÍA COGNITIVA SOCIAL. Las teorías de aprendizaje social cognitivo son especialmente relevantes para programas de educación para la salud por tres razones. Primero la teoría sintetiza comprensiones cognitivas, emocionales y behavioristas que anteriormente estaban aisladas entre sí. Segundo, los conceptos y procesos identificados por las TAS sugieren muchos caminos importantes para investigación conductual nueva en educación para la salud. Tercero, el uso de TAS da una nueva oportunidad

para aplicar modelos teóricos desarrollados en otras áreas de la psicología, a nuevas áreas de conducta de salud.

2.8.2.1 Constructos de la Teoría de Aprendizaje Social.

Determinismo recíproco: el comportamiento es dinámico y depende de constructos ambientales y personales que dependen el uno del otro simultáneamente. La interacción continua entre una persona, el comportamiento de esa persona, y el medio ambiente sobre el cual se ejecuta el comportamiento es llamado *determinismo recíproco*.

Medio ambiente y situaciones: el término medio ambiente se refiere a una noción objetiva de todos los factores que pueden afectar el comportamiento de una persona pero que están físicamente externos a esa persona. El término situación se refiere a la representación cognitiva o mental del ambiente (incluyendo factores reales, distorsionados o imaginados) que pueden afectar el comportamiento de una persona.

Capacidad comportamental: una persona que tiene que ejecutar un tipo particular de comportamiento, debe saber cuál es el comportamiento (conocimiento del comportamiento) y como llevar a cabo el comportamiento (habilidad). Este es el resultado del entrenamiento del individuo, capacidad intelectual, y estilo de aprendizaje.

Expectaciones: son los aspectos anticipatorios de comportamiento que Bandura llama determinantes antecedentes del comportamiento.

Expectativas: son los valores que una persona pone en un resultado en particular.

Autocontrol y ejecución: se refiere al tipo de comportamiento humano que se enfoca en el logro de una meta. El autocontrol de un comportamiento mejora el aprendizaje y mantiene un comportamiento.

Aprendizaje observacional: ocurre cuando un observador ve las acciones de otras personas y observa los refuerzos que otra persona recibe. También ha sido llamado premio suplente o experiencia suplente o indirecta.

Refuerzo: este puede ser positivo o negativo. El refuerzo positivo o recompensa, es una respuesta al comportamiento de una persona que incrementa la probabilidad que el comportamiento va a ser repetido. El refuerzo negativo puede simplemente reducir la probabilidad de que un comportamiento en particular será ejecutado en estas situaciones en las que una persona espera recibir refuerzo negativo pero no en otras situaciones.

Autoeficacia: es el prerrequisito más importante para cambio de comportamiento y esta es la confianza que una persona siente acerca de ejecutar una actividad en particular.

2.8.3 Aplicabilidad de las teorías sobre el cambio de conducta por medio de la educación para la salud.

Cada teoría contribuirá a la comprensión y explicación de los conocimientos, las actitudes y las prácticas específicas que los hombres tienen hacia la andropausia a través de los constructos que cada una de estas posee.

Estos constructos nos facilitan obtener datos cualitativos, ya que en su gran mayoría los resultados esperados serán más cualitativos que cuantitativos por la naturaleza del estudio a realizar.

2.9 Descripción general del grupo meta

En la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador existen una gran cantidad de trabajadores hombres los cuales constituyen un grupo etario muy

heterogéneo ya que aunque la mayoría de ellos son hombres mayores de 45 años de edad también hay adultos jóvenes, hay trabajadores que profesan diferentes religiones y otros que no profesan ninguna religión, hay personas altamente preparadas académicamente con maestrías, doctorados, ganadores de premios nacionales e internacionales por sus importantes aportes a la ciencia, pero también está la contraparte de trabajadores que no finalizaron sus estudios básicos, y existen aún más diferencias entre ellos pero tiene como común denominador su **sexo masculino**, y como anteriormente se mencionó que en su mayoría tiene más de 45 años de edad, lo cual permite que sean un universo ideal para esta investigación.

2.10 Facultad de Medicina

La Facultad de Medicina es la segunda facultad más antigua de la Universidad de El Salvador, siendo fundada en 1847; está dividida en dos escuelas:

Escuela de Tecnología Médica en la cual se encuentra las siguientes licenciaturas en el área de la salud:

- Licenciatura en Nutrición.
- Licenciatura en Enfermería.
- Licenciatura en Educación para la Salud.
- Licenciatura en Laboratorio Clínico.
- Licenciatura en Salud Ambiental.
- Licenciatura en Anestesiología e Inhalo Terapia.
- Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional.
- Licenciatura en Radiología e Imágenes.
- Licenciatura en Salud Materno Infantil.
- Licenciatura en Optometría.

También se encuentra la Escuela de Medicina que comprende el doctorado en medicina. Existe una alta demanda de estudiantes en esta facultad, y debido a esto la cantidad de docentes y personal administrativo también incrementa.

Existen además de profesionales en salud, otros como: bibliotecólogos, ingenieros, técnicos, secretarias, personal de servicios generales, entre otros.

2.11 Universidad de El Salvador

Es la institución autónoma de educación superior más grande y antigua de El Salvador, fundada el 16 de febrero de 1841. Cuenta con 4 sedes: el Campus central, ubicado en el departamento de San Salvador, las otras 3 sedes son llamadas facultades multidisciplinarias debido a que no ofertan todas las carreras que la sede central; Facultad multidisciplinaria occidental, ubicado en el departamento de Santa Ana, Facultad multidisciplinaria Oriental, situado en el departamento de San Miguel y Facultad multidisciplinaria Paracentral, situado en el departamento de San Vicente. En la actualidad se imparten 169 carreras en las 4 sedes de la Universidad de El Salvador.

Cuenta con nueve facultades de la Ciudad Universitaria (sede central):

- Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales
- Facultad de Ciencias y Humanidades
- Facultad de Ciencias Económicas
- Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas
- Facultad Ingeniería y Arquitectura
- Facultad de Química y Farmacia
- Facultad de Ciencias Agrícolas
- Facultad de Medicina
- Facultad de Odontología²⁵

²⁵ Colaboradores de Wikipedia. Universidad de El Salvador [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2016 [fecha de consulta: 22 de mayo del 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Universidad_de_El_Salvador&oldid=91179180.

2.12 Definición de términos básicos.

Alteraciones hormonales: es el mal funcionamiento de una o más hormonas del organismo. Cada hormona tiene un efecto en el organismo y los desarreglos hormonales son totalmente específicos de la hormona en cuestión. Un desequilibrio hormonal puede no presentar síntomas o no tener consecuencias, sin embargo, puede ser la causa de muchas enfermedades, leves o graves.

Andropausia: La andropausia es un síndrome caracterizado por síntomas y signos atribuibles a una disponibilidad reducida de andrógenos (hormona sexual masculina) que ocurre en el hombre relacionado con el envejecimiento.

CAP: conocimientos, actitudes y prácticas.

Calidad de vida: Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Concomitante: Es un síntoma o enfermedad que ocurre durante el mismo tiempo que otra.

Cultura patriarcal: Situación de distribución desigual del poder entre hombres y mujeres en la cual los varones tendrían preeminencia en uno o varios aspectos, tales como la determinación de las líneas de descendencia (filiación exclusivamente por descendencia patrilínea y portación del apellido paterno), los derechos de primogenitura, la autonomía personal en las relaciones sociales, la participación en el espacio público político o religioso o la atribución de estatus a las distintas ocupaciones de hombres y mujeres determinadas por la división sexual del trabajo.

Dislipidemias: Las dislipidemias o dislipemias son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

FM: Facultad de Medicina.

Hipersexualidad: La hipersexualidad o sexualidad compulsiva, se traduce por la búsqueda constante del placer sexual. La persona tiene un deseo sexual exageradamente activo, que puede describirse como obsesiva y puede impactar de forma negativa sobre la vida social.

Homofobia: El término homofobia hace referencia a la aversión obsesiva contra hombres o mujeres homosexuales, aunque generalmente también se incluye a las demás personas que integran a la diversidad sexual, como es el caso de las personas bisexuales o transexuales, y las que mantienen actitudes o hábitos comúnmente asociados al otro sexo, como los metrosexuales y los hombres con ademanes tenidos por femeniles o las mujeres con ademanes tenidos por varoniles.

Insidioso: insidioso o gradual se refiere a cualquier enfermedad que comienza lentamente, y que no tiene síntomas obvios al principio. La persona no está consciente de que la enfermedad se está presentando.

Masculinidad: La masculinidad (también llamada hombría) es un conjunto de atributos, comportamientos y roles generalmente asociados con los varones niños y adultos. Es una combinación de factores definidos sociales y biológicos.

Morbimortalidad: Es un concepto complejo que proviene de la ciencia médica y que combina dos subconceptos como la morbilidad y la mortalidad. Podemos comenzar explicando que la morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedad en una población. La mortalidad, a su vez, es la estadística sobre las muertes en una población también determinada. Así, juntando ambos subconceptos podemos entender que la idea de morbimortalidad, más específica, significa en otras palabras aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.

Sedentarismo: es la falta de actividad física regular, “de menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”.

SHBG (siglas en inglés): Globulina fijadora de hormonas sexuales.

Signos: Los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y tensión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.

Sindromático: El diagnóstico sindrómico, consiste en saber identificar el síndrome que afecta a esa persona. Y esto se hace por los síntomas y los signos. Se debe saber interpretar los síntomas y los signos según el contexto de un enfermo.

Síntomas: Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

Sobremortalidad: Concepto utilizado para calificar la mortalidad de un grupo cuando es más elevada que las mortalidades de otros grupos con los que lo comparamos.

T: Testosterona.

Testosterona: Hormona producida en los testículos y que desarrolla caracteres masculinos. Estimula la producción de espermatozoides y promueve características sexuales secundarias como un mayor desarrollo muscular, vello facial y corporal, etc.

Viagra: Nombre comercial del citrato de sildenafil, fármaco que combate algunos casos de disfunción eréctil masculina.

CAPITULO III

3 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Según el grado de análisis y profundidad el estudio fué de tipo descriptivo, porqué interesó conocer de manera general cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los trabajadores hombres mayores de 45 años de edad de la Facultad de Medicina sin hacer relación de causa y efecto.

Según el tiempo de ocurrencia del fenómeno fué de tipo transversal, debido a que este se realizó específicamente en el mes de junio del año 2016.

3.2 Área de estudio:

El área de estudio fue la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

3.3 Universo, población y muestra.

Universo.

El universo lo conformaron todos los trabajadores hombres de la Facultad de Medicina, es decir 316 hombres en total.

Población.

La población para esta investigación fueron 89 trabajadores hombres mayores de 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

Muestra.

La muestra la integrarían 52 hombres de la Facultad de Medicina existiendo una fuga de 12 hombres que se mostraron renuentes a participar en el estudio, obteniendo una muestra final de 40 hombres. La muestra se eligió de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Ser hombre
- Tener igual o más de 45 años de edad sin exceder de los 60 años de edad.
- Ser trabajador del edificio de la Facultad de Medicina

- Estar a tiempo completo
- Tener disposición de colaborar con la investigación

3.4 Técnicas e Instrumentos.

Técnica: entrevista semiestructurada

Instrumento: Guía de entrevista.

Validación del instrumento.

Para la validación del instrumento se seleccionaron 5 hombres con características similares a los de la población meta de este estudio, es decir, hombres desde los 45 años de edad, dispuestos a colaborar con la investigación, de diferentes niveles académicos y status social. Esto con la finalidad de identificar posibles errores de redacción, comprensión tanto para los entrevistados como para el equipo investigador.

3.5 Procesamiento

Se recolectarán los datos a través de una entrevista dirigida utilizando una guía de entrevista de 32 ítems, el cual sirvió para guiar la entrevista y para registrar la información de cada unidad de análisis, esto previo a un consentimiento informado de los sujetos de estudio.

3.6 Plan de análisis y procesamiento de la información.

Se presentarán los datos recolectados a través del instrumento por medio de tablas, este medio es el más utilizado porque facilita comunicar los datos del estudio a realizar y provee un orden sistemático de datos en filas y columnas de acuerdo al criterio de clasificación que interesa en esta investigación, de tal forma que permita la interpretación rápida, extraer conclusiones y hacer comparaciones.

Para el análisis de la información, se utilizó un análisis horizontal ya que permite relacionar el marco teórico con las variables en estudio.

Se utilizaron gráficas de pastel para la presentación de los resultados, estas gráficas transmiten información más clara sobre los porcentajes obtenidos en cada ítem, debido a la estructura que estas poseen, la presentación de resultados se vuelve de rápida comprensión, sin provocar complicaciones en su interpretación.

3.7 Operacionalización de variables.

| Variables | Definición operativa | Dimensiones | Sub dimensiones | Indicadores |
|------------------------------------|--|---|---|--|
| Conocimientos sobre la andropausia | Información, creencias, mitos, sobre la andropausia, síndrome caracterizado por síntomas y signos atribuibles a una disponibilidad reducida de andrógenos que ocurre en el hombre relacionado con el envejecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> -Información con base Científica -Información con base en la vida cotidiana. | <ul style="list-style-type: none"> -Información -Creencias -Mitos -Opiniones -Percepciones | <ul style="list-style-type: none"> -Definición de andropausia. -Conocimiento de signos de la andropausia -conocimiento de síntomas de la andropausia. -Información que poseen de Autocuidado -Conocimiento sobre alimentación saludable -Actividad Física Dirigida -información sobre Sexualidad -Búsqueda de información científica -Influencia social -Adicciones: Tabaquismo, Alcoholismo y otras drogas. |

| Variables | Definición operativa | Dimensiones | Sub dimensiones | Indicadores |
|-----------------------------------|--|---|---|--|
| Actitudes sobre la andropausia | Es una disposición mental que dirige la acción del individuo hacia la andropausia | <ul style="list-style-type: none"> -Componente Cognitivo -Componente Afectivo -Componente Conductual | <ul style="list-style-type: none"> -Disposición Favorable -Disposición Desfavorable -Sentimientos a favor -Sentimientos en contra -Opiniones | <ul style="list-style-type: none"> -Consideraciones personales respecto a la agresividad. -Concepciones favorables respecto a la andropausia -Concepciones desfavorables de la andropausia -Estado de ánimo. |
| Prácticas frente a la andropausia | Acciones desarrolladas frente a los cambios que ocurren durante la andropausia con la aplicación de ciertos conocimientos respecto a esta. | <ul style="list-style-type: none"> -Prácticas saludables -Prácticas no saludables | | <ul style="list-style-type: none"> -Control Médico -Alimentación Saludable -Realización de Física -Sexualidad -Búsqueda de información científica -Influencia social -Consumo de Tabaco y Alcohol. -Agresividad. |

CAPITULO IV

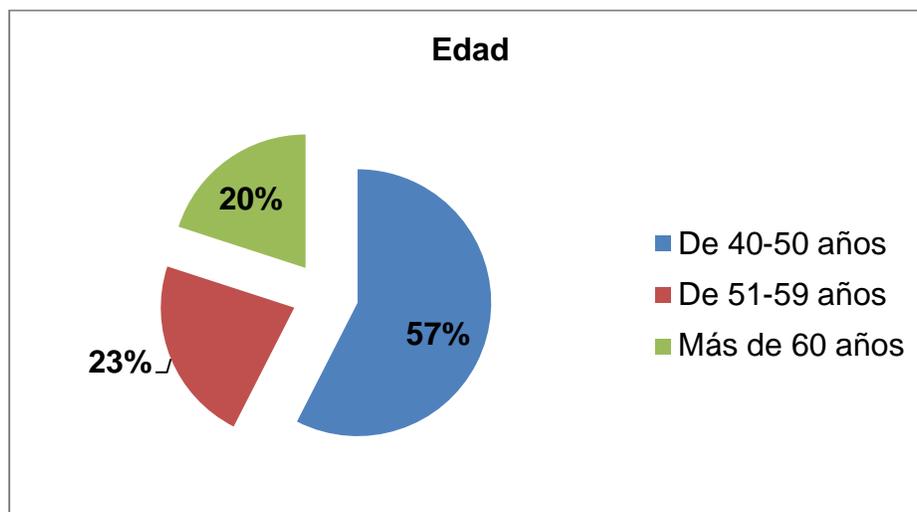
4 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

I DATOS GENERALES

Tabla No 1. Edad de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| De 40-50 años | 23 | 57.5% |
| De 51-59 años | 9 | 22.5% |
| Más de 60 años | 8 | 20.0% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 1.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

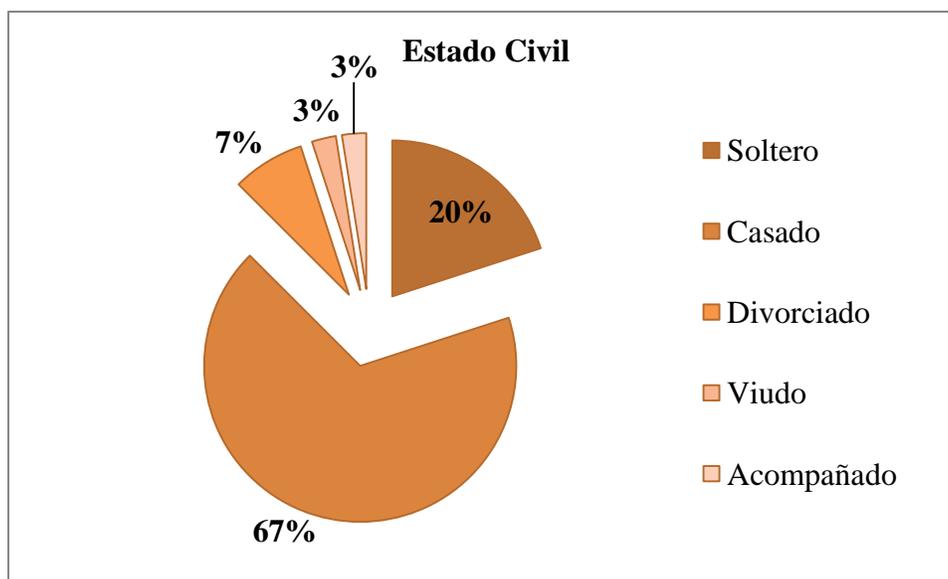
Descripción:

Como se puede observar en la gráfica anterior el 57% de los participantes en este estudio tienen entre 40 y 50 años de edad y el 23% entre 51 y 59 años de edad, un rango de edad apropiado para fines del estudio, ya que se manifiesta con más evidencia la sintomatología de la andropausia.

Tabla No 2. Estado civil de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Casado | 27 | 67.5% |
| Soltero | 8 | 20.0% |
| Divorciado | 3 | 7.5% |
| Viudo | 1 | 2.5% |
| Acompañado | 1 | 2.5% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 2.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

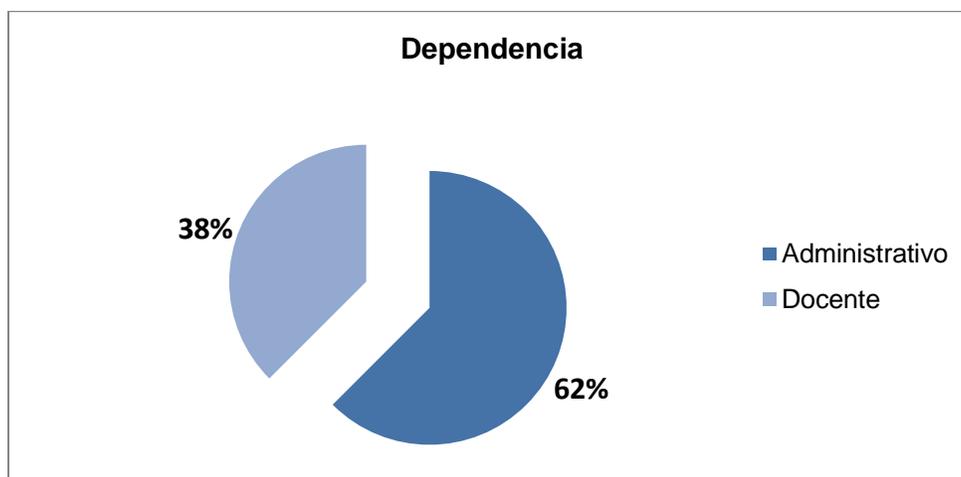
Descripción:

El 67% de los participantes están casados, lo cual es un indicador de que tienen una pareja que les apoye en el proceso de andropausia y que les podría ayudar a mantener conductas saludables como mantener una alimentación saludable, etc.

Tabla No 3. Área laboral de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Dependencia | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| Administrativo | 25 | 62.5% |
| Docente | 15 | 37.5% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 3



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

Descripción:

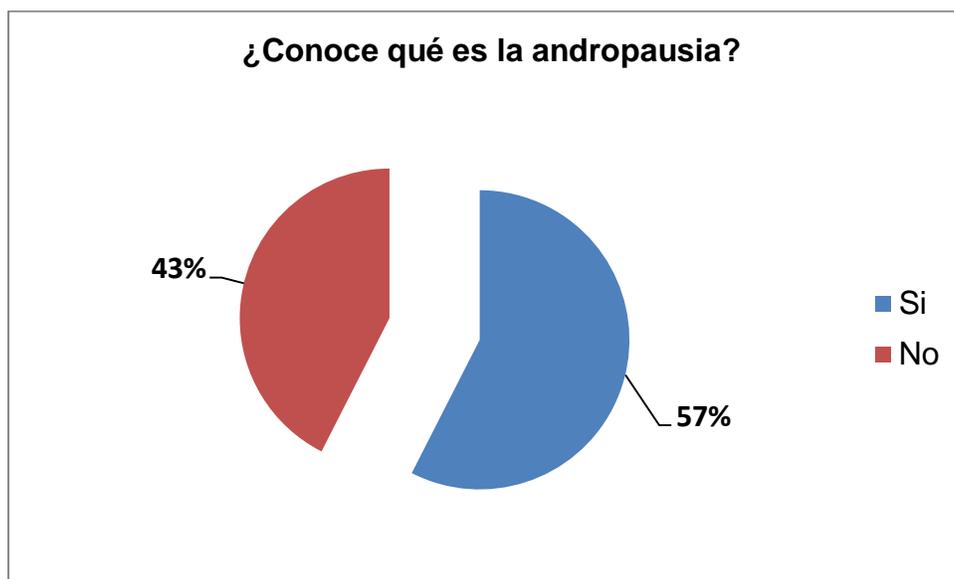
El 62% de los participantes fueron del sector administrativo, lo cual evidencia que fue el sector que mostró mayor disponibilidad al estudio, contrario al sector docente el cual al momento de solicitar su colaboración para entrevistarles mostraron poco interés en participar en el estudio.

II CONOCIMIENTOS

Tabla No 4 Conocimiento sobre andropausia de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Conoce qué es andropausia | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Si | 23 | 57.5% |
| No | 17 | 42.5% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 4



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

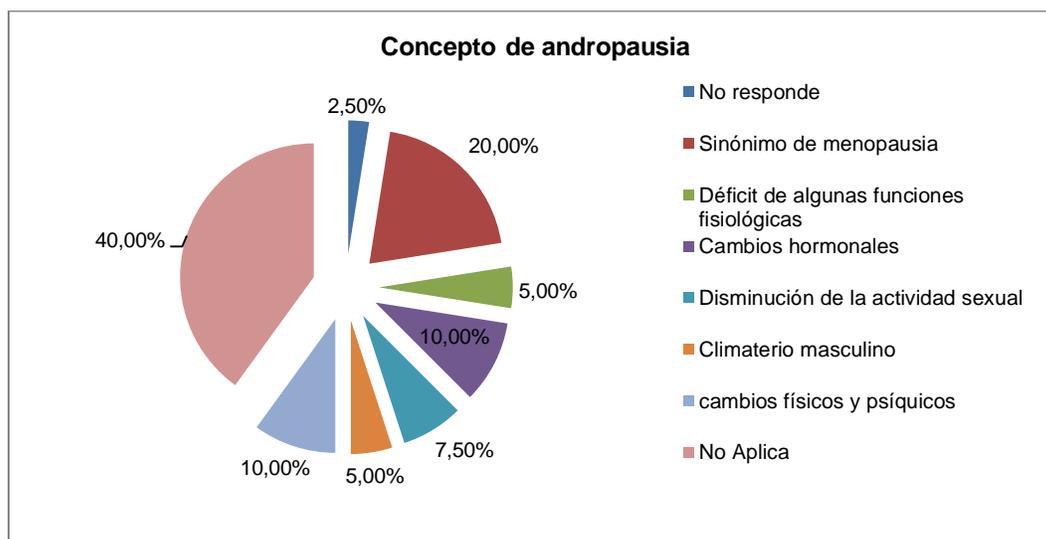
Descripción:

La mayoría de los hombres, es decir, el 57% afirman saber que es la andropausia, pero siendo esta una etapa propia de los hombres debería de ser un concepto manejado por el 100% de ellos y no un tema desconocido.

Tabla No 5. Concepto sobre andropausia de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Concepto de Andropausia | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| No Aplica | 16 | 40.0% |
| Sinónimo de menopausia | 8 | 20.0% |
| Cambios hormonales | 4 | 10.0% |
| cambios físicos y psíquicos | 4 | 10.0% |
| Disminución de la actividad sexual | 3 | 7.5% |
| Déficit de algunas funciones fisiológicas | 2 | 5.0% |
| Climaterio masculino | 2 | 5.0% |
| No responde | 1 | 2.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 5



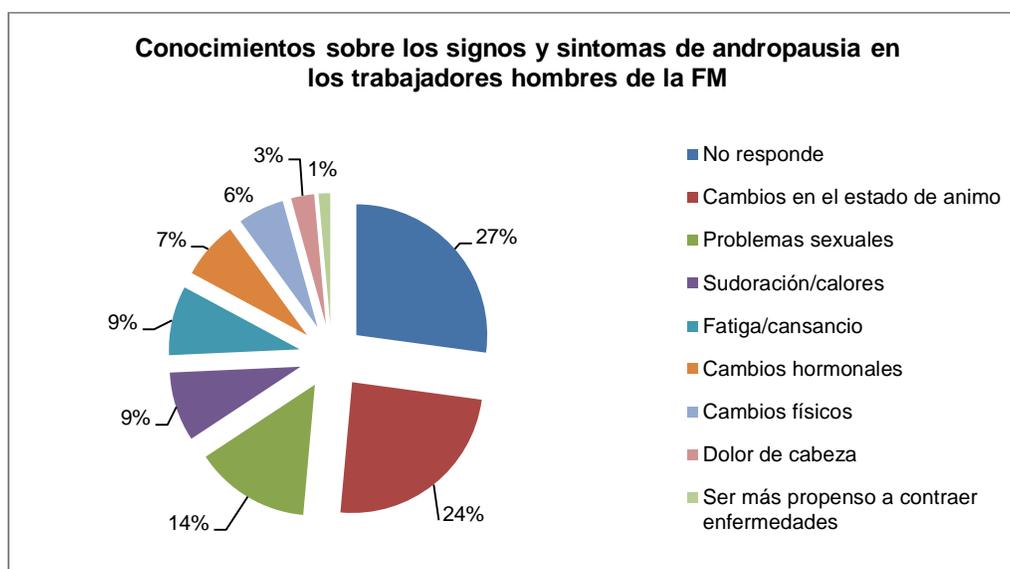
Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

Descripción: Del porcentaje de hombres que respondieron la mayoría (20%) asocia la andropausia como un sinónimo de menopausia, seguido de los cambios hormonales, físicos y psíquicos, pero de manera general no manejan un concepto claro de lo que es andropausia.

Tabla No 6. Conocimiento sobre los signos y síntomas de andropausia de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Signo/síntoma | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No responde | 19 | 27.14 |
| Cambios en el estado de animo | 17 | 24.3% |
| Problemas sexuales | 10 | 14.3% |
| Sudoración/calores | 6 | 8.57% |
| Fatiga/cansancio | 6 | 8.57% |
| Cambios hormonales | 5 | 7.14% |
| Cambios físicos | 4 | 5.71% |
| Dolor de cabeza | 2 | 2.85% |
| Ser más propenso a contraer enfermedades | 1 | 1.41% |
| Total | 70 | 100% |

Gráfica No.6



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

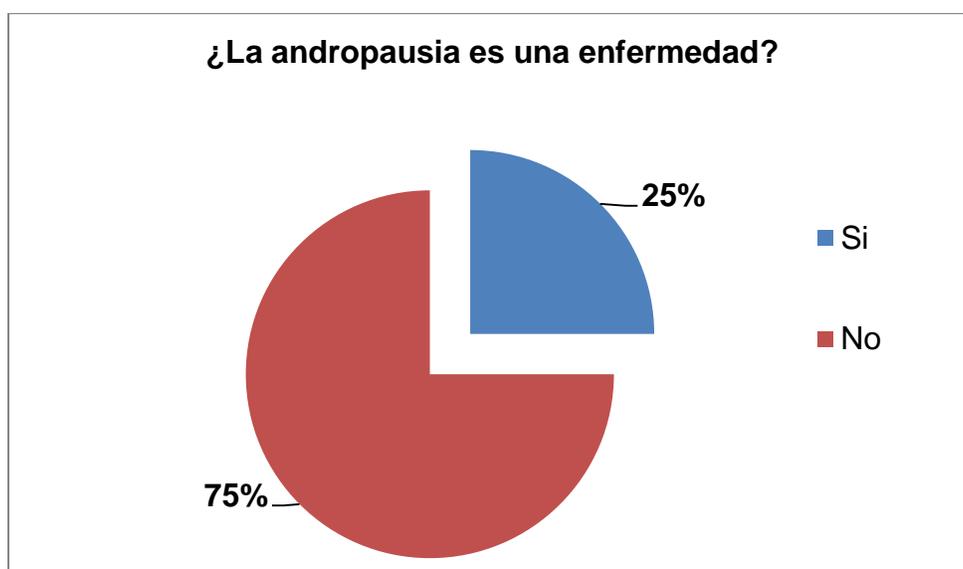
Descripción:

Se observa que al indagar más sobre los conocimientos de los hombres en andropausia el principal signo que identifican son los cambios en el estado de ánimo y los problemas sexuales, se identifica a demás que el porcentaje de los que no responden se ve aumentado.

Tabla No 7. Creencia que la andropausia es una enfermedad de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| No | 30 | 75.0% |
| Si | 10 | 25.0% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 7



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

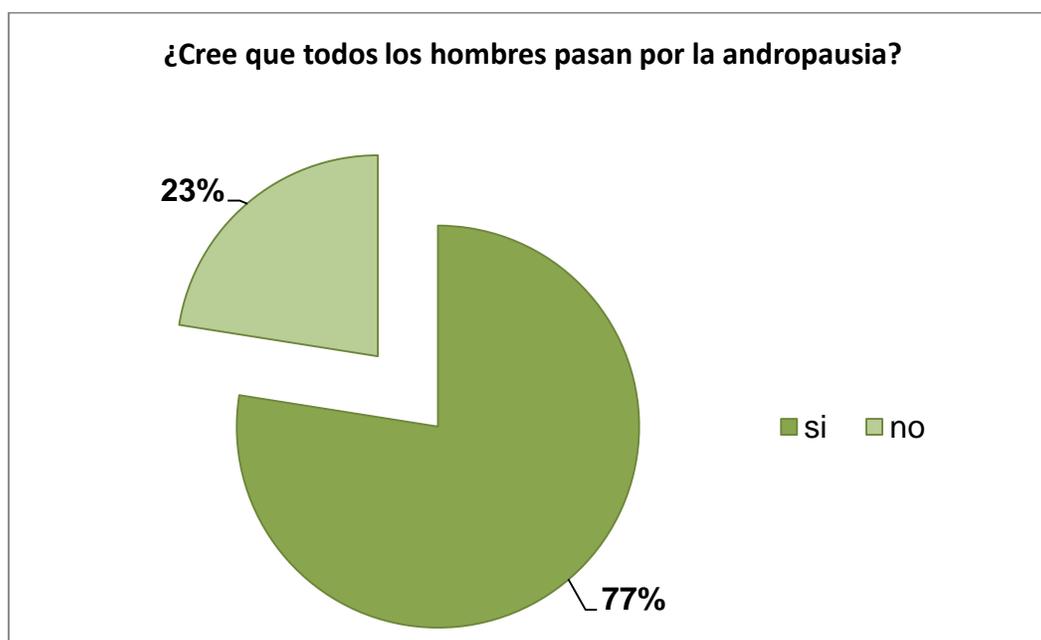
Descripción:

Los resultados nos muestran que la mayoría no considera la andropausia una enfermedad, pero no se puede dejar de lado el 25% de hombres que considera a la andropausia como una enfermedad, lo cual evidencia el desconocimiento sobre esta temática.

Tabla No 8 Creencia que todos los hombres pasan por la andropausia de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| si | 31 | 77.5% |
| no | 9 | 22.5% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 8.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

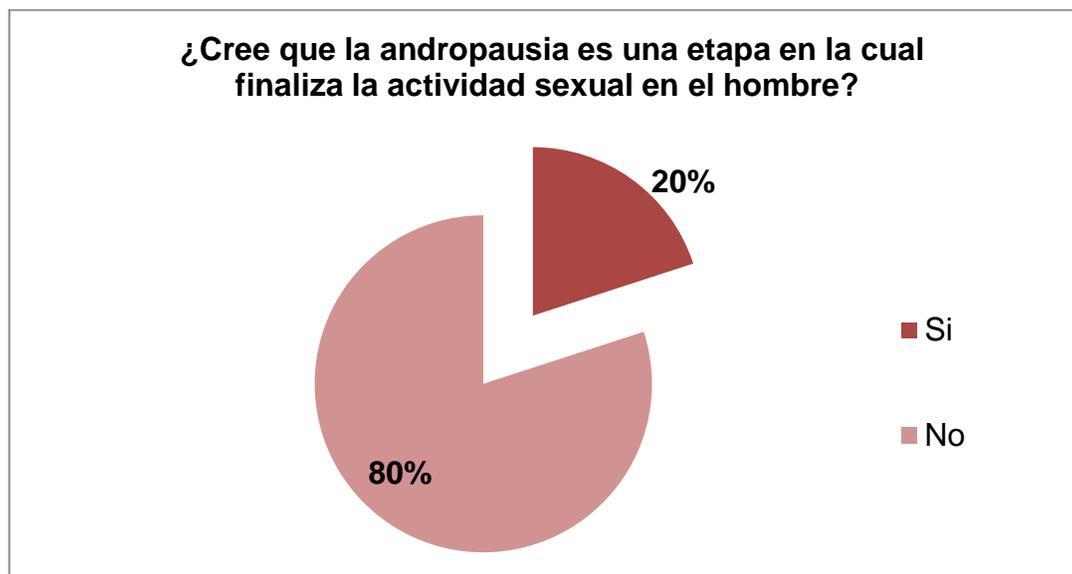
Descripción:

Se refleja que la mayoría de los hombres entrevistados tienen la idea de que pasaran por la andropausia. El concepto que la mayoría tiene sobre andropausia es que esta es un sinónimo de menopausia.

Tabla No 9. Creencia que la andropausia es una etapa en la cual finaliza la actividad sexual del hombre de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| No | 32 | 80.00% |
| Si | 8 | 20.00% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 9.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

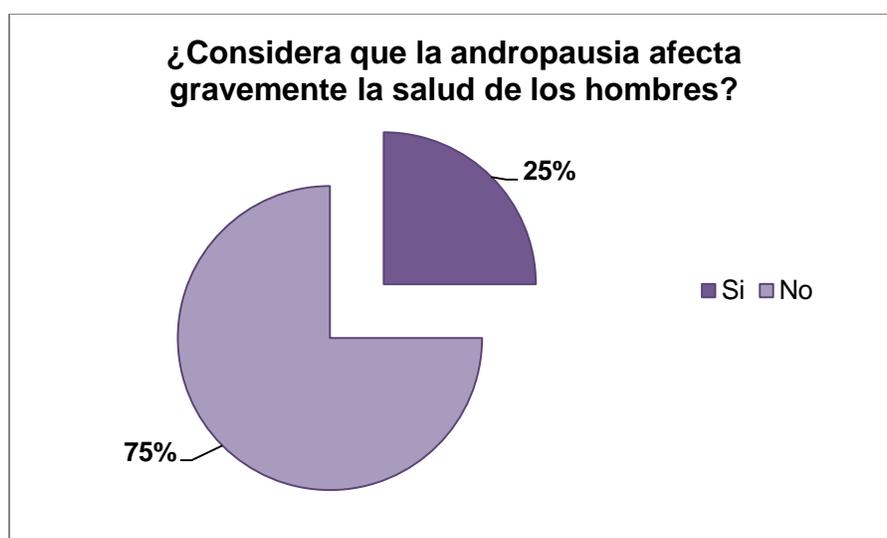
Descripción:

La mayoría de hombres reconocen que la andropausia no es una etapa en la cual finaliza la actividad sexual, sin embargo, esta etapa se caracteriza por cambios en la actividad sexual, lo cual si fue identificado como uno de los principales síntomas de la andropausia.

Tabla No 10. Consideración que la andropausia afecta gravemente la salud de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| No | 30 | 75.00% |
| Si | 10 | 25.00% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 10.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

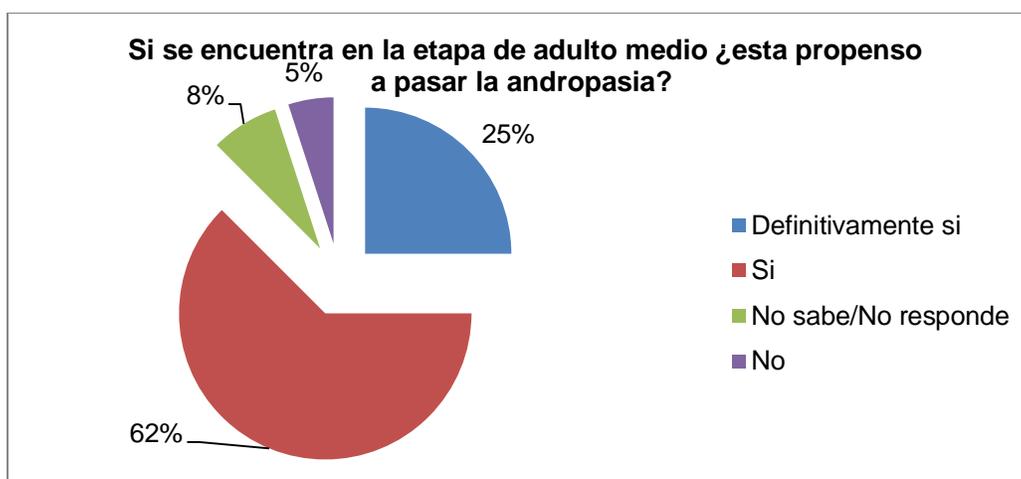
Descripción:

Un porcentaje del 75% considera que la andropausia no afecta gravemente la salud, sin embargo existe un 25% que si considera que es algo que afecta gravemente la salud de los hombres, reflejando así desconocimiento sobre andropausia.

Tabla No 11 Creencia de estar propenso a pasar por la andropausia de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Definitivamente si | 10 | 25.0% |
| Si | 25 | 62.5% |
| No sabe/No responde | 3 | 7.5% |
| No | 2 | 5.0% |
| Definitivamente no | 0 | 0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 11.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

Descripción:

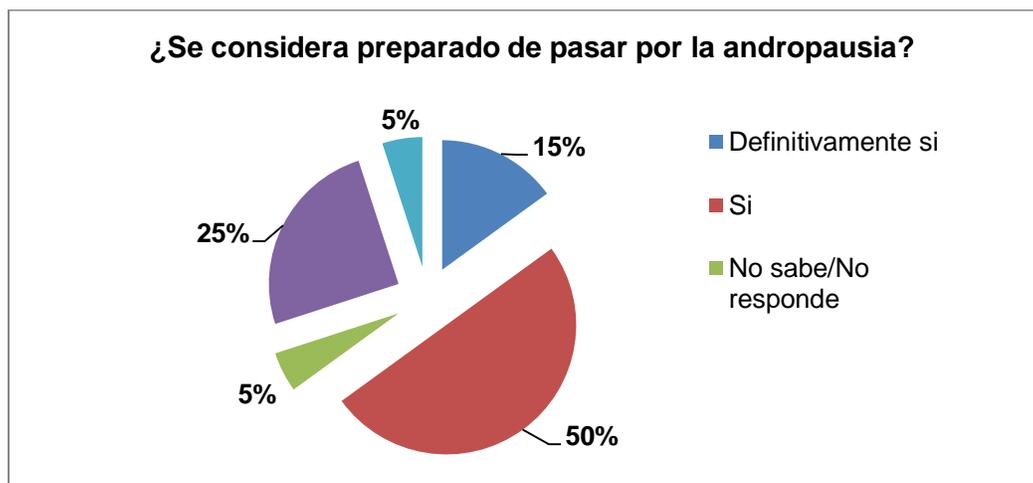
La mayoría reconoce que en la etapa de adulto medio se está propenso a pasar por la andropausia. Un porcentaje muy bajo cree que no se está propenso. Podríamos afirmar que lo que identifica esta edad como susceptible de pasar por la andropausia, podrían mostrar mayor accesibilidad al tema.

II ACTITUD

Tabla No 12 Consideración de estar preparado para llegar a la andropausia de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Definitivamente si | 6 | 15.0% |
| Si | 20 | 50.0% |
| No sabe/No responde | 2 | 5.0% |
| No | 10 | 25.0% |
| Definitivamente no | 2 | 5.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 12.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

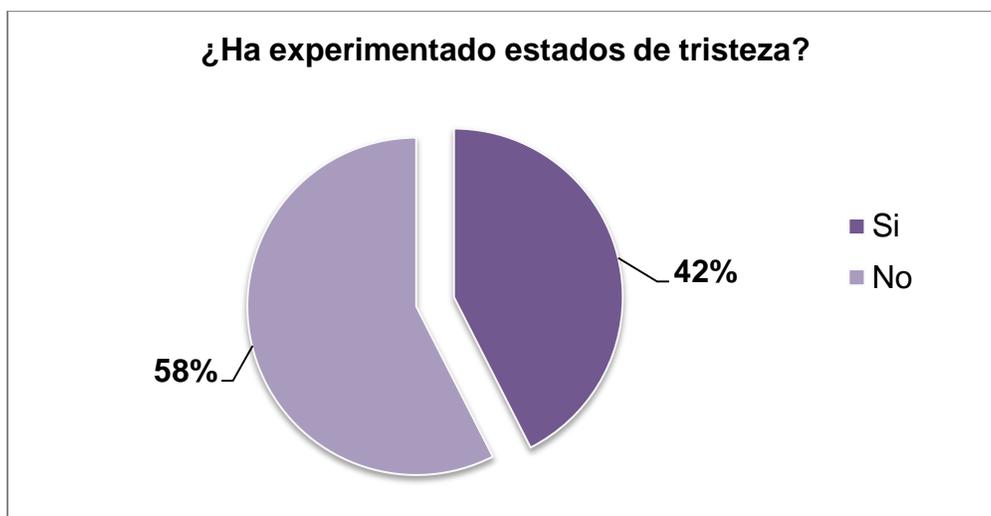
Descripción:

Se observa un 50% de hombres que se sienten preparados de pasar por la andropausia, lo cual difiere con los resultados anteriores, en los cuales se refleja que no existe un concepto correcto y claro de andropausia en ellos, cómo podrían sentirse preparados si desconocen qué es la andropausia.

Tabla No 13. ¿Han experimentado estados de tristeza los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016?

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| No | 23 | 57.5% |
| Si | 17 | 42.5 % |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 13



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

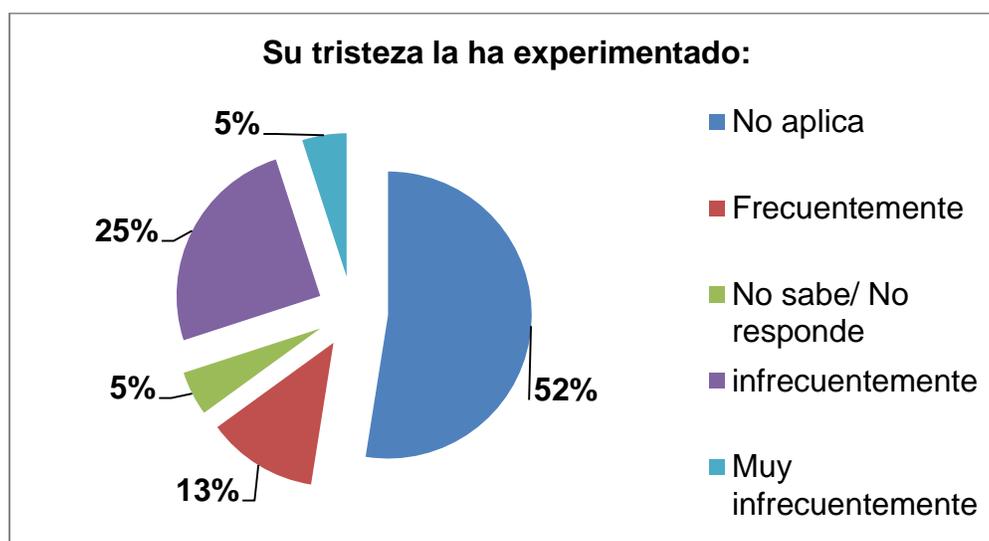
Descripción:

El 58% de los hombres expresó que no ha experimentado estados de tristeza, lo cual indica que este síntoma característico de la andropausia no ha sido experimentado por la mayoría de hombres participantes del estudio.

Tabla No 14. Frecuencia de la tristeza experimentada por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| No aplica | 21 | 52.5% |
| Muy frecuentemente | 0 | 0% |
| Frecuentemente | 5 | 12.5% |
| No sabe/ No responde | 2 | 5.0% |
| Infrecuentemente | 10 | 25.0% |
| Muy infrecuentemente | 2 | 5.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 14



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

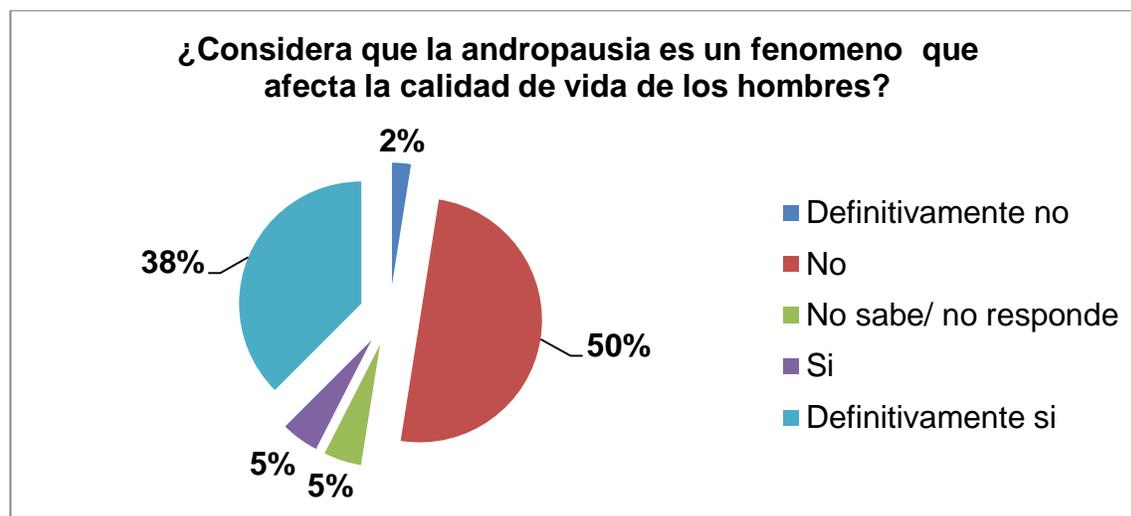
Descripción:

Un 13% expresó que ha experimentado frecuentemente estos estados de tristeza, pero la mayoría indicó haberlos experimentado infrecuentemente (25%), evidenciando que nos es uno de los principales síntomas andropáusico manifestado en este grupo.

Tabla No 15. Consideración que la andropausia es un fenómeno que afecta la calidad de vida en los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Definitivamente no | 1 | 2.50% |
| No | 20 | 50.00% |
| No sabe/ no responde | 2 | 5.00% |
| Si | 2 | 5.00% |
| Definitivamente si | 15 | 37.50% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 15



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

Descripción:

La mayoría de hombres (50%) consideran que la andropausia no afectará su calidad de vida, lo que refleja que no existe una amenaza percibida por los participantes de la investigación,

Tabla No 16. Consideración de estar preparado con la información y los conocimientos necesarios, para enfrentar la andropausia los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| No | 26 | 65.00% |
| Si | 14 | 35.00% |
| Total | 40 | 100.00% |

Gráfica No 16



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

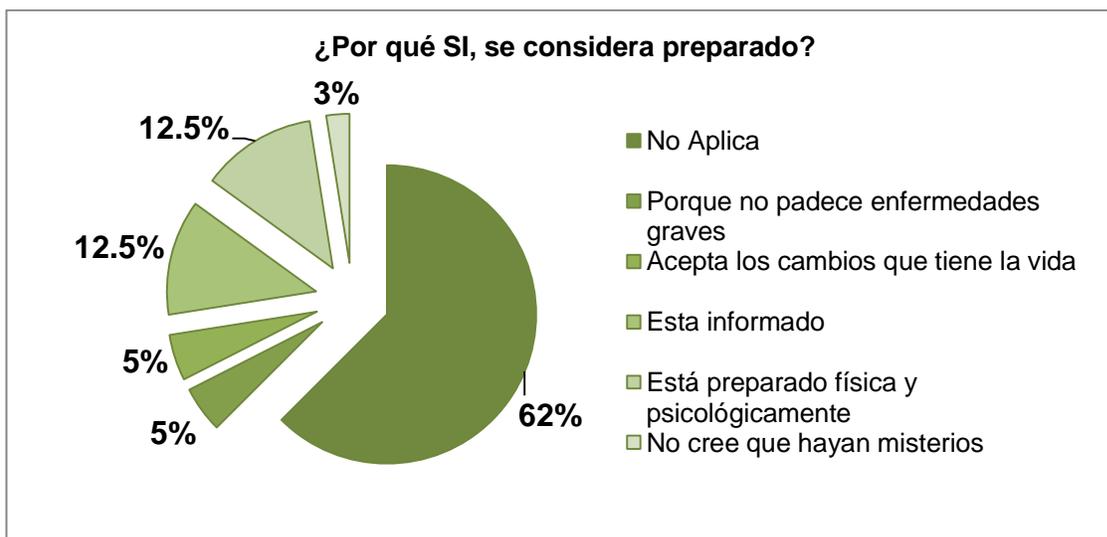
Descripción:

A pesar de haber afirmado en las respuestas anteriores que SI se consideran preparados para enfrentar la andropausia, se evidencia una marcada contradicción cuando el 65% responde que no están preparados con la información y conocimientos necesarios para enfrentar la andropausia.

Tabla No 16.1. Factores por los que se consideran preparados para enfrentar la andropausia los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No Aplica | 25 | 62.5 |
| Esta informado | 5 | 12.5 |
| Está preparado física y psicológicamente | 5 | 12.5 |
| Porque no padece enfermedades graves | 2 | 5.0 |
| Acepta los cambios que tiene la vida | 2 | 5.0 |
| No cree que hayan misterios | 1 | 2.5 |
| Total | 40 | 100.0 |

Gráfica No 16.1.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

Descripción:

La mayoría de hombres participantes en la investigación expresan que están preparados física y psicológicamente lo cual no concuerda al momento de indagar sobre sus conocimientos y sus prácticas.

Tabla No 16.2. Factores por los que no se consideran preparados para enfrentar la andropausia los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Desconocimiento sobre la andropausia | 23 | 57.5% |
| No aplica | 15 | 37.5% |
| Solo busca información cuando está enfermo | 1 | 2.5% |
| No es parte de su formación profesional | 1 | 2.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 16.2



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

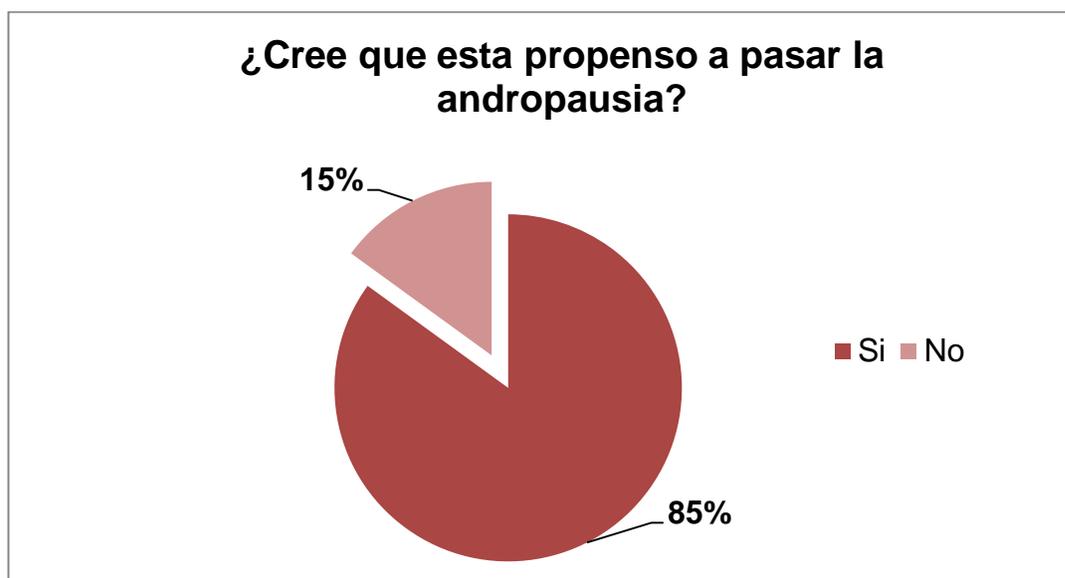
Descripción:

La mayoría de hombres (57%) no se consideran preparados por desconocimiento que tiene sobre la andropausia, lo cual permite corroborar lo indicado anteriormente; la importancia que el conocimiento tiene para que un hombre se sienta preparado o no.

Tabla No 17. Creencia de estar propenso a pasar la andropausia por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Si | 34 | 85.0% |
| No | 6 | 15.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 17



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

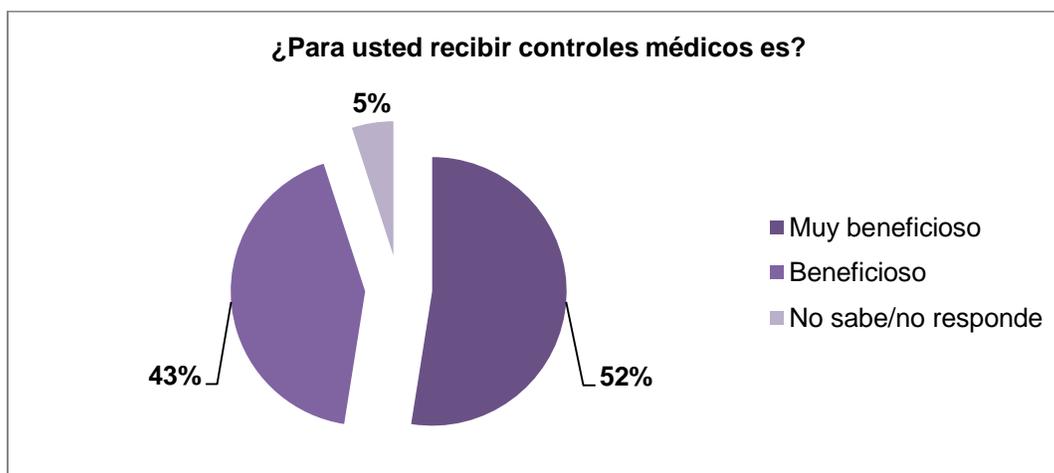
Descripción:

En esta gráfica se puede observar que un 85% cree que si están propensos de llegar a la andropausia, es importante recalcar que este grupo se siente propenso, pero que anteriormente mencionaron no sentirse preparados con la información y conocimientos necesarios.

Tabla No 18. Consideración beneficiosa para recibir controles médicos por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Muy beneficioso | 21 | 52.5% |
| Beneficioso | 17 | 42.5% |
| No sabe/no responde | 2 | 5.0% |
| No beneficioso | 0 | 0.0% |
| Nada beneficioso | 0 | 0.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 18.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

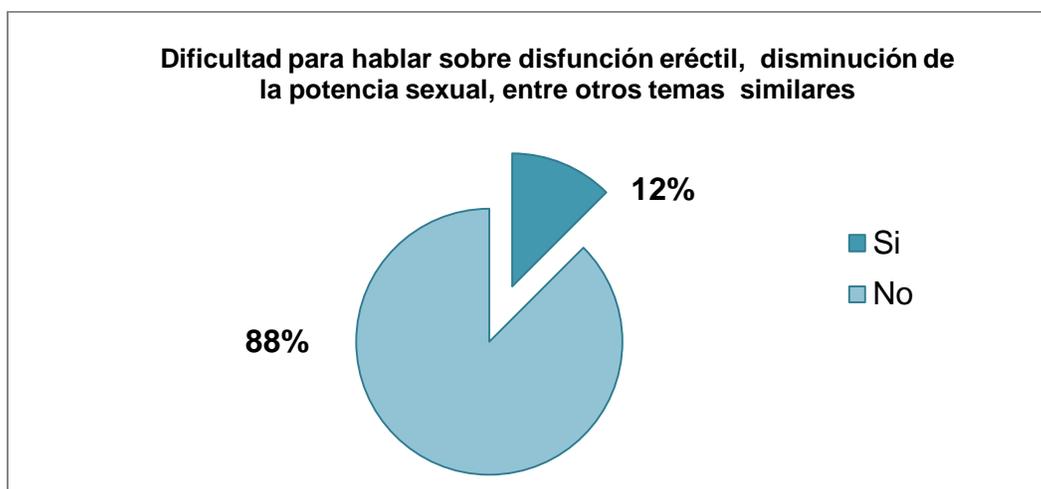
Descripción:

Es notable el beneficio favorable percibido por la mayor parte de los hombres en relación a los controles médicos, habrá que corroborar con las prácticas si esta actitud se ve manifiesta.

Tabla No 19. Dificultad para hablar con otros sobre disfunción eréctil, disminución de la potencia sexual, entre otros temas similares por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| No | 35 | 87.5% |
| Si | 5 | 12.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 19.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

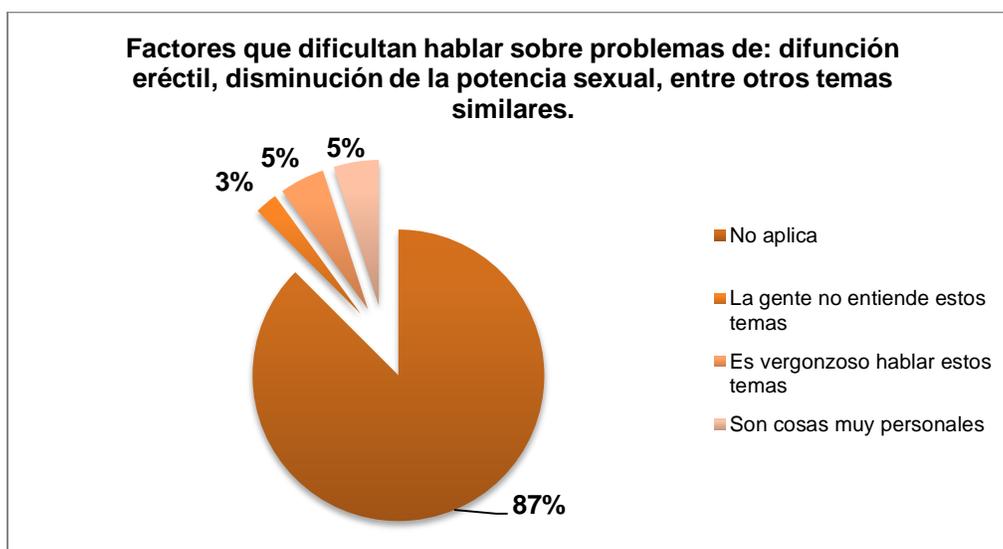
Descripción:

La mayoría de hombres expresa no tener ninguna dificultad para hablar sobre problemas relacionados a la sexualidad, a pesar de ser temas considerados tabús en la sociedad salvadoreña, lo cual podría permitir apertura por parte de los trabajadores al momento de realizar intervenciones sobre estas temáticas.

Tabla No 19.1. Factores que dificultan hablar temas de disfunción eréctil, disminución de la potencia sexual, entre otros temas similares a los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|------------|
| No aplica | 35 | 87.5% |
| Es vergonzoso hablar estos temas | 2 | 5.0% |
| Son cosas muy personales | 2 | 5.0% |
| La gente no entiende estos temas | 1 | 2.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 19.1.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

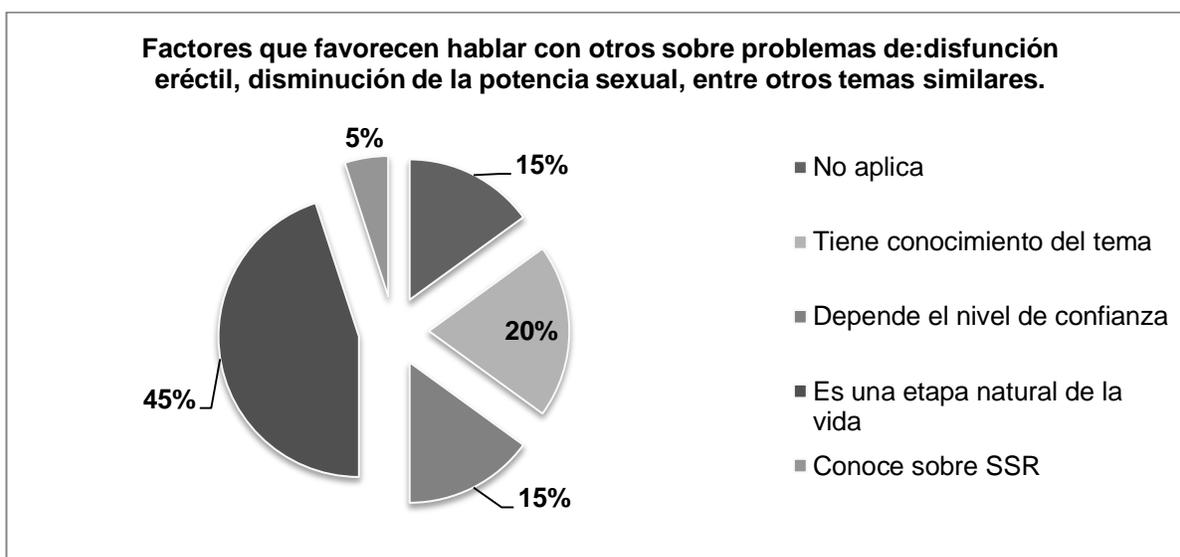
Descripción:

De manera general los hombres que si consideran difícil hablar sobre temas de sexualidad se ven limitados al respecto por ser un tema vergonzoso y por considerarlo un tema muy personal.

Tabla No 19.2. Factores que favorecen hablar con otros sobre problemas de: Disfunción eréctil, disminución de la potencia sexual, entre otros temas similares a los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Es una etapa natural de la vida | 18 | 45.0% |
| Tiene conocimiento del tema | 8 | 20.0% |
| No aplica | 6 | 15.0% |
| Depende el nivel de confianza | 6 | 15.0% |
| Conoce sobre SSR | 2 | 5.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 19.2.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

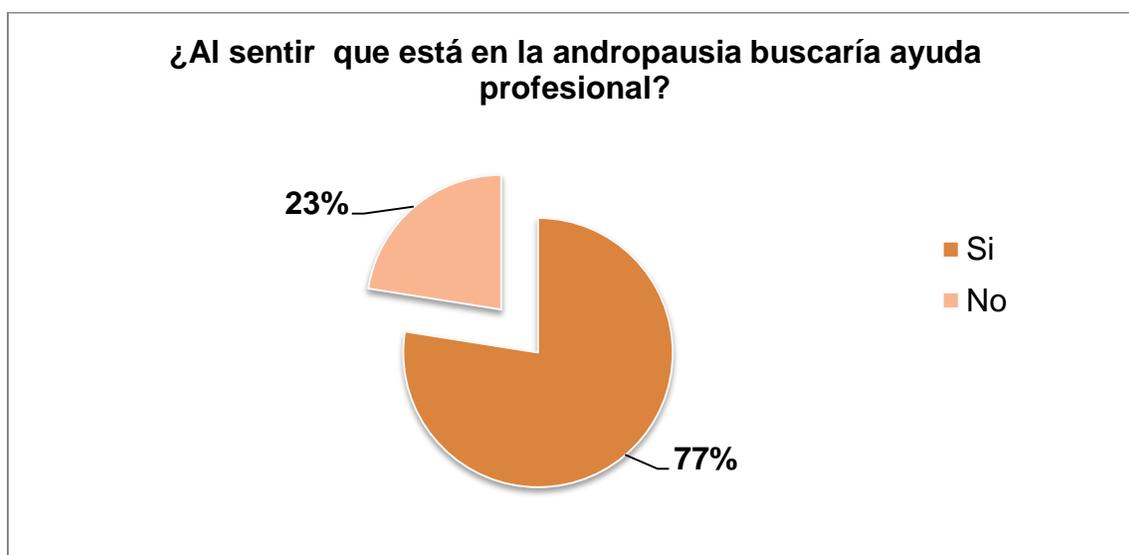
Descripción:

Los hombres entrevistados consideran los problemas relacionados a la sexualidad como etapas naturales en la vida. Lo cual puede incidir al momento de buscar ayuda temprana para contrarrestar los signos y síntomas de la andropausia.

Tabla No 20. Consideración para buscar ayuda profesional al sentir que están en la andropausia por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Si | 31 | 77.5% |
| No | 9 | 22.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 20



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

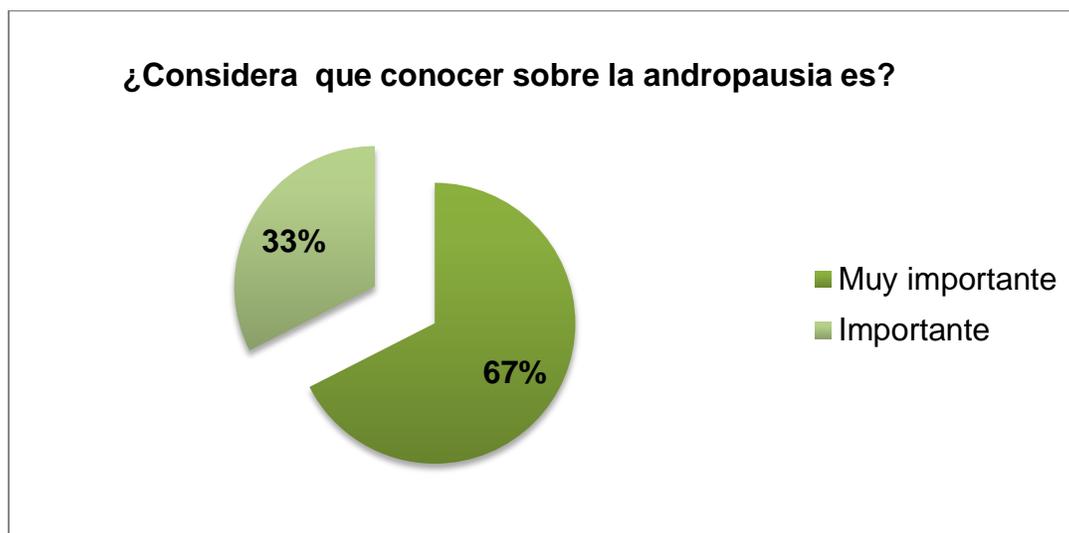
Descripción:

La mayor parte de hombres (77%) refirió que *si* buscaría ayuda profesional, sin embargo un 23% expresó que no, lo cual los coloca en estado de vulnerabilidad al no buscar atención profesional.

Tabla No 21. Consideración en la importancia de conocer sobre andropausia por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Muy importante | 27 | 67.5% |
| Importante | 13 | 32.5% |
| No sabe/ no responde | 0 | 0.0.% |
| No importante | 0 | 0.0% |
| Nada importante | 0 | 0.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 21



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

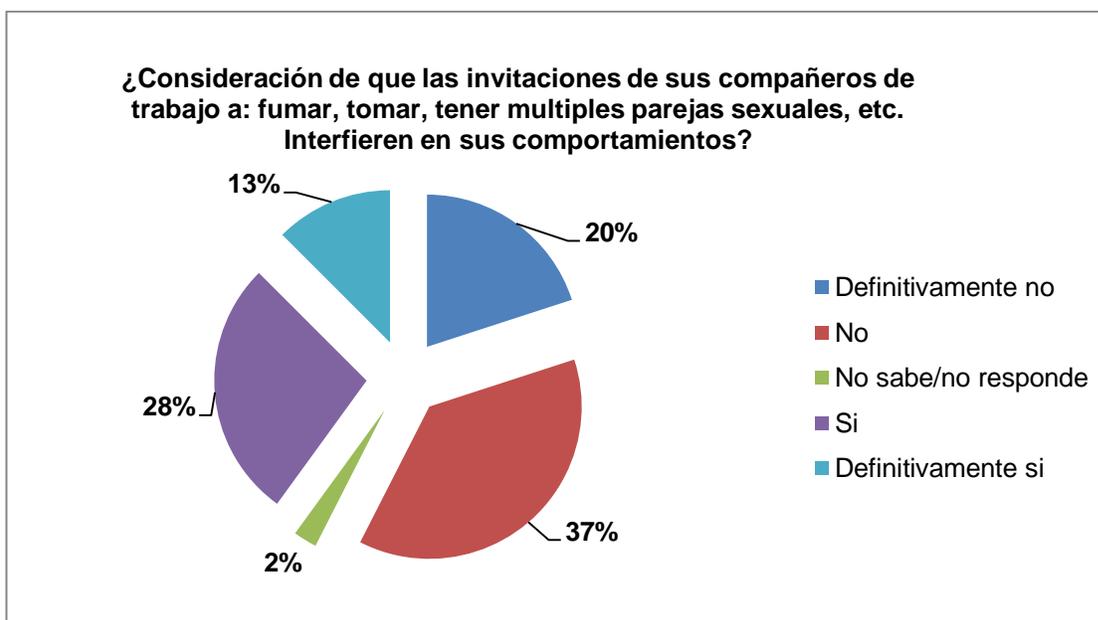
Descripción:

La mayor parte de los hombres participantes del estudio (67%) consideran muy importante conocer sobre andropausia lo que nos indican que muestran interés para conocer de la temática.

Tabla No 22. Consideración que las invitaciones de sus compañeros de trabajo: fumar, tomar, tener múltiples parejas sexuales, etc. No interfieren en los comportamientos de los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Definitivamente no | 8 | 20.0% |
| No | 15 | 37.5% |
| No sabe/no responde | 1 | 2.5% |
| Si | 11 | 27.5% |
| Definitivamente si | 5 | 12.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 22



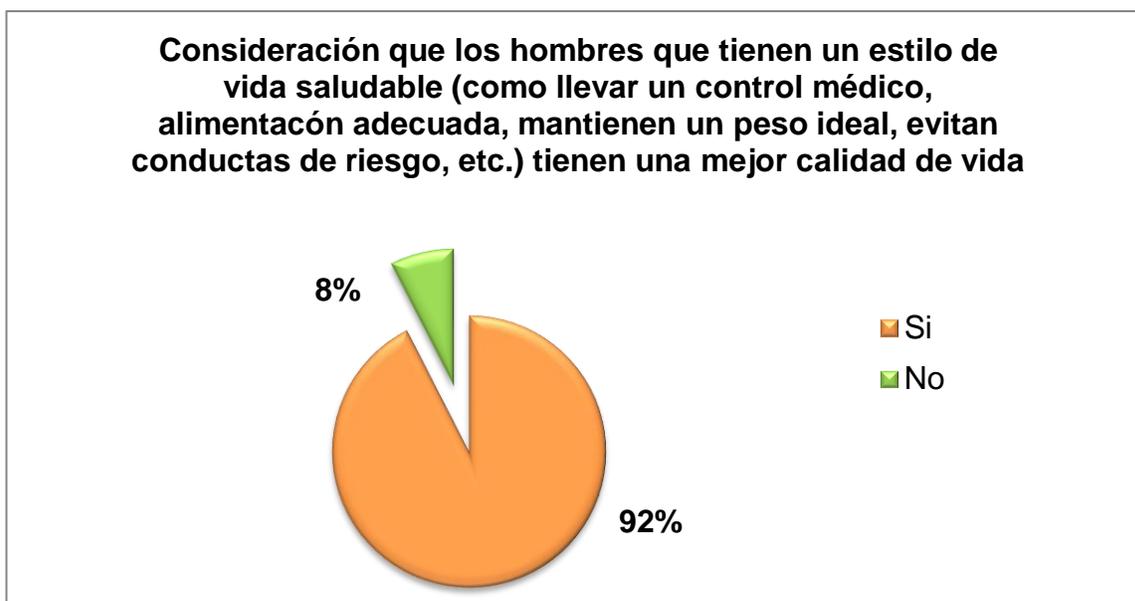
Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

Descripción: La grafica nos refleja que la mayor parte de los hombres en esta etapa de su vida no son influenciados por sus compañeros ante las invitaciones que reciben, aunque cabe mencionar que hay cierto porcentaje significativo que si se ve influenciado por sus compañeros a tener conductas de riesgo como lo son fumar, tomar, tener múltiples parejas sexuales, etc.

Tabla No 23. Consideración de que los hombre que tienen un estilo de vida saludable (como llevar un control médico, alimentación adecuada, mantienen un peso ideal, evitan conductas de riesgo, et.) tienen una mejor calidad de vida por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Si | 37 | 92.5% |
| No | 3 | 7.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 23



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016.

Descripción:

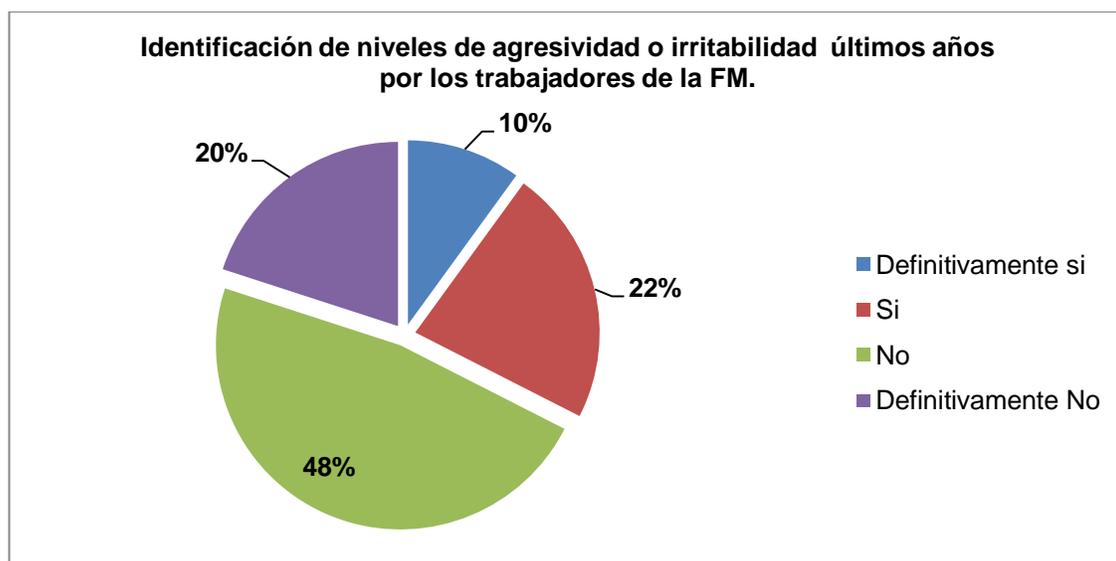
La mayoría de hombres reconocen conductas saludables y que estas favorecen la calidad de vida.

III PRÁCTICAS

Tabla No 24. Identificación de niveles de agresividad o irritabilidad en los últimos años por los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Definitivamente si | 4 | 10.0% |
| Si | 9 | 22.5% |
| No sabe/No responde | 0 | 0% |
| No | 19 | 47.5% |
| Definitivamente No | 8 | 20.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 24.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

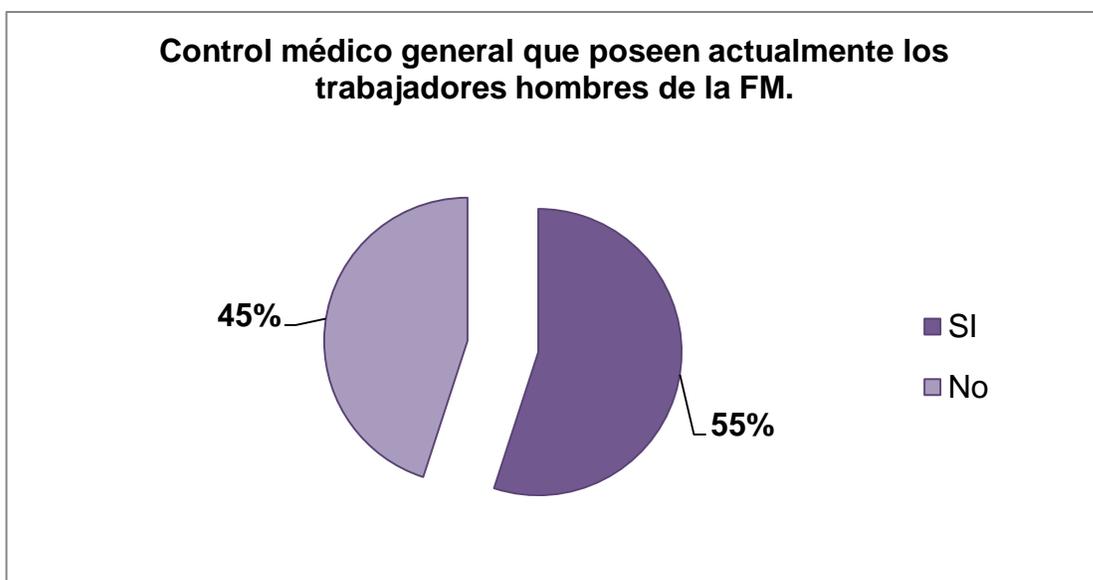
Descripción:

Se puede observar que la irritabilidad no es un síntoma experimentado por la mayoría de hombres participantes en el estudio.

Tabla No 25. Control médico general que poseen actualmente los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Si | 22 | 55.0% |
| No | 18 | 45.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 25.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

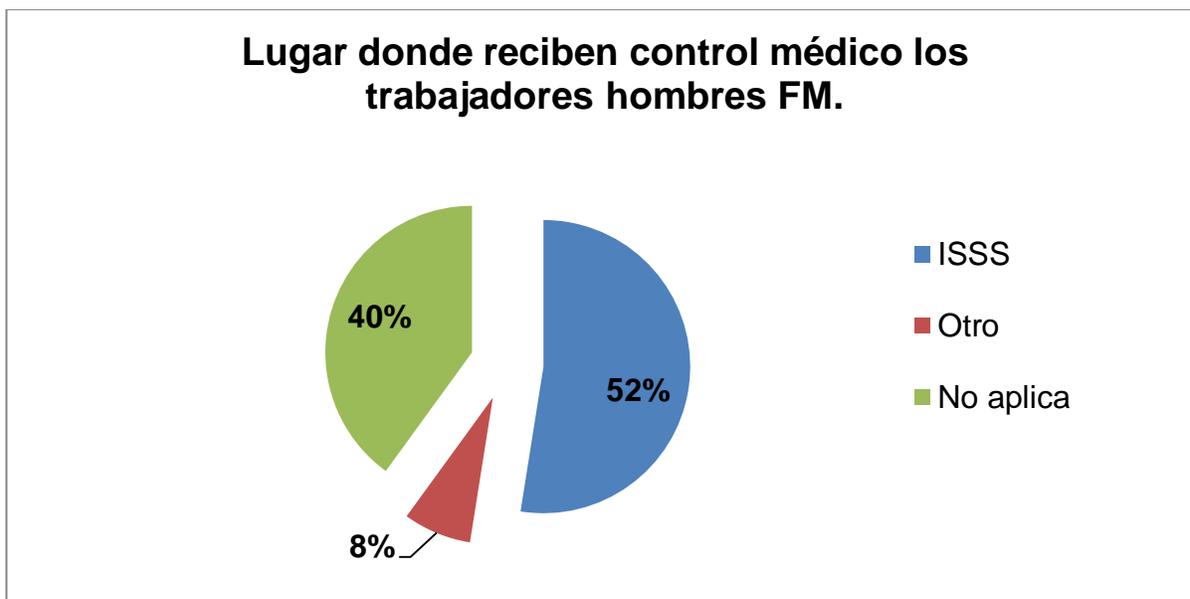
Descripción:

El 55% de los hombres refirió poseer un control médico, sin embargo hay que resaltar que un 45% no tiene un control médico lo cual es necesario para la prevención y detección temprana de enfermedades.

Tabla No 26. Lugar donde reciben control médico los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| ISSS | 21 | 52.5% |
| No aplica | 16 | 40.0% |
| Otro | 3 | 7.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 26



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

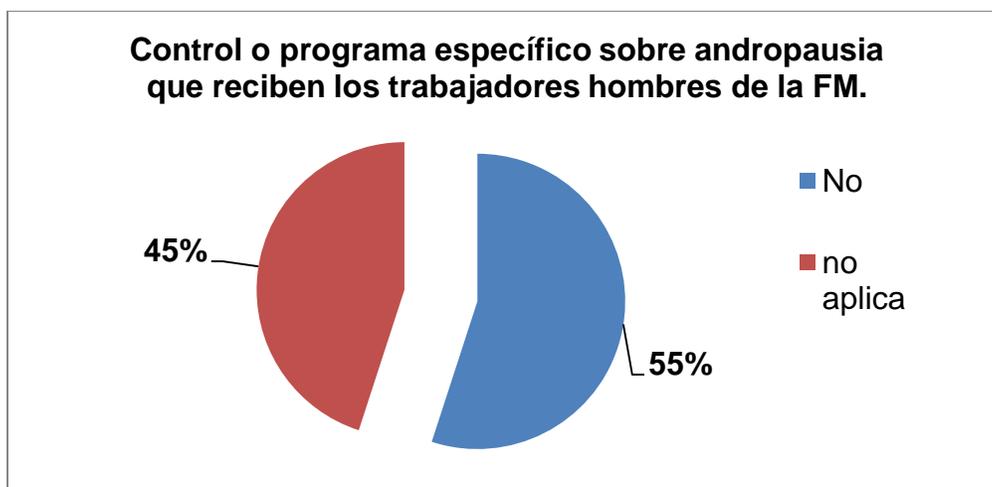
Descripción:

El 52% es decir la mayoría tiene sus controles médicos en el ISSS, aunque en un 100% tienen acceso a este derecho como trabajadores, habrá que indagar que factores, impiden que los trabajadores hagan uso de este derecho.

Tabla No 27. Control o programa específico sobre andropausia que reciben los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| No | 22 | 55.0 |
| no aplica | 18 | 45.0 |
| Total | 40 | 100.0 |

Gráfica No 27



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016.

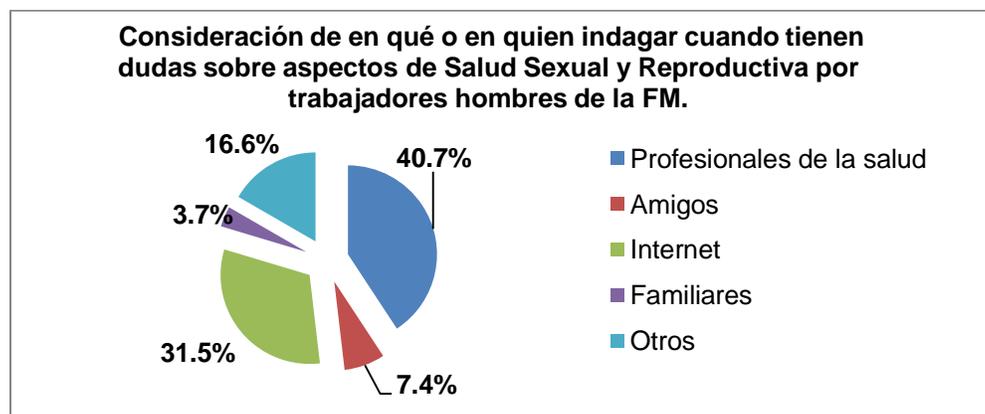
Descripción:

Dentro de los lineamientos de atención al adulto masculino del ISSS se encuentra el programa de atención al adulto masculino, el cual incluye temáticas de andropausia, pero ante los resultados podemos ver que ningún hombre que tiene control médico en esta institución se encuentra en algún programa de climaterio masculino.

Tabla No 28. Consideración de en qué o en quien indagar cuando tienen dudas sobre aspectos de Salud Sexual y Reproductiva por hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Profesionales de la salud | 22 | 40.7% |
| Internet | 17 | 31.5% |
| Otros | 9 | 16.6% |
| Amigos | 4 | 7.4% |
| Familiares | 2 | 3.7% |
| Total | 54 | 100% |

Gráfica No. 28.



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

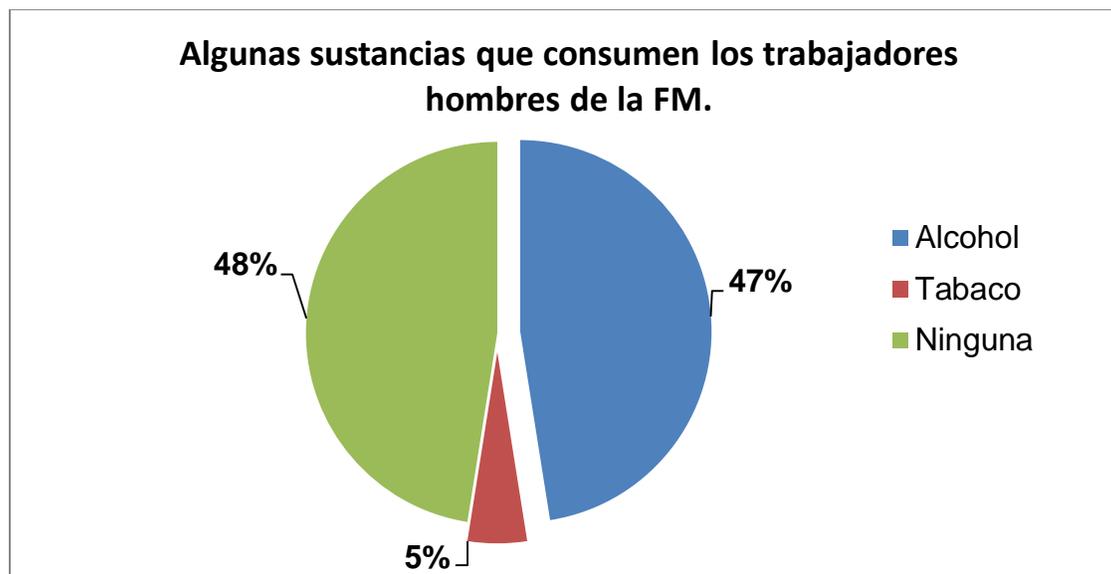
Descripción:

Las dos fuentes de información en donde los hombres despejan sus dudas sobre SSR son los profesionales de la salud (40.7%) y en internet (31.5%). Habría que estudiar en que momentos ocurre esta indagación por parte de los hombres, ya que en la pregunta anterior respondieron que no están en algún programa de climaterio masculino. A demás se refleja como porcentaje minoritario el indagar en la familia, esto puede deberse a la poca comunicación y confianza que existe dentro de las familias.

Tabla No 29. Algunas sustancias que consumen los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Alcohol | 19 | 47.5% |
| Ninguna | 19 | 47.5% |
| Tabaco | 2 | 5.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 29



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

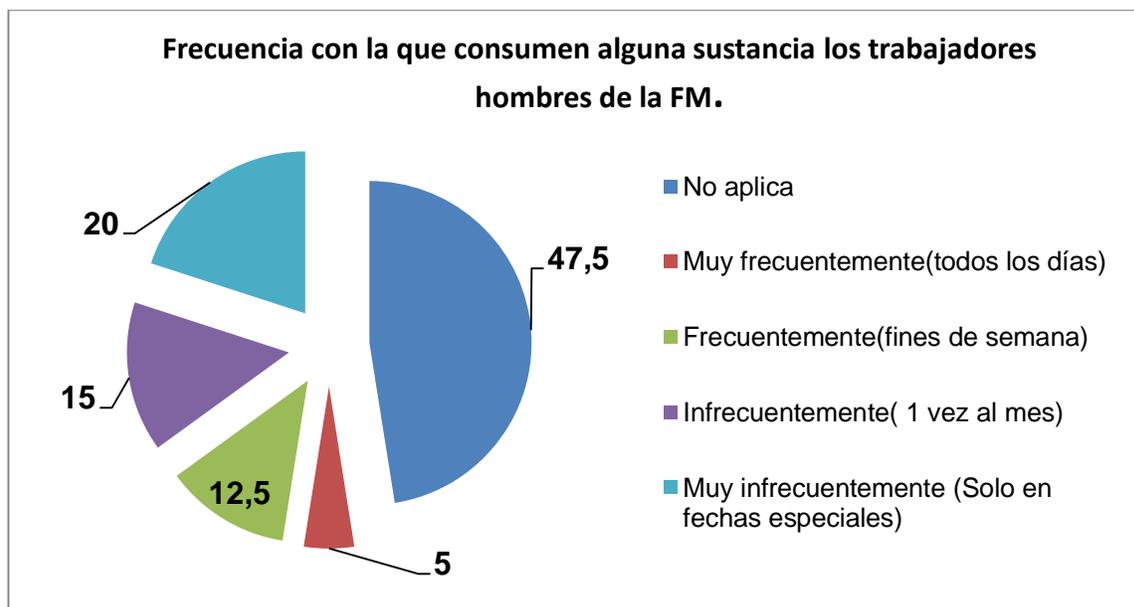
Descripción:

Se observa en esta gráfica una marcada conducta de riesgo respecto al consumo de alcohol en mayor proporción (47%) y tabaco en menor proporción (5%), lo que genera información importante para realizar intervenciones específicas.

Tabla No 30. Frecuencia con la que consumen alguna sustancia los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No aplica | 19 | 47.5% |
| Muy frecuentemente(todos los días) | 2 | 5.0% |
| Frecuentemente(fines de semana) | 5 | 12.5% |
| No sabe/no responde | 0 | 0% |
| Infrecuentemente(1 vez al mes) | 6 | 15.0% |
| Muy infrecuentemente (Solo en fechas especiales) | 8 | 20.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 30



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

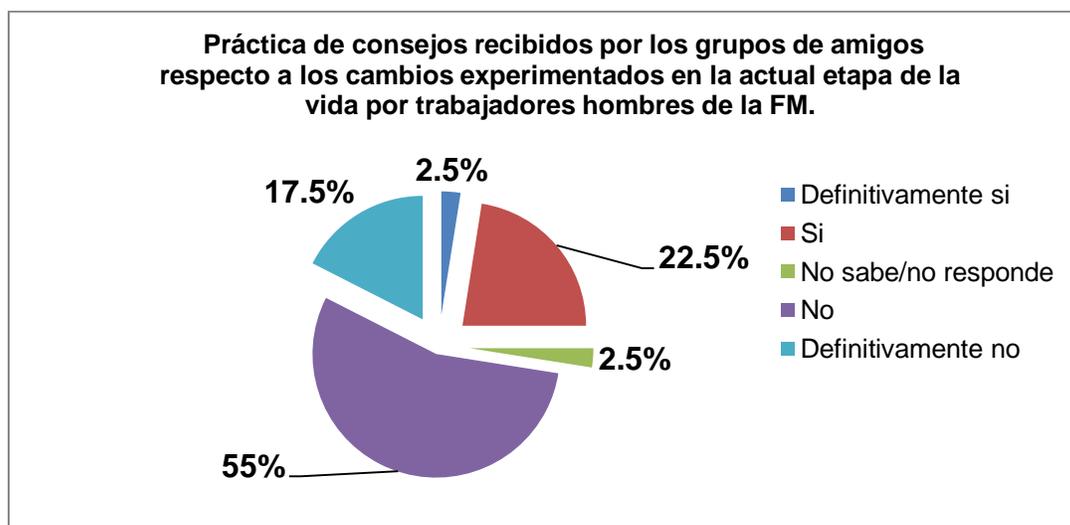
Descripción:

Se presta mayor atención el 5% que refirió consumir alguna de sustancias todos los días, lo que nos indica la presencia de una adicción lo cual afecta significativamente la salud de los hombres.

Tabla No 31. Práctica de consejos recibidos por los grupos de amigos respecto a los cambios experimentados en la actual etapa de la vida por hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Definitivamente si | 1 | 2.5% |
| Si | 9 | 22.5% |
| No sabe/no responde | 1 | 2.5% |
| No | 22 | 55.0% |
| Definitivamente no | 7 | 17.5% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 31



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

Descripción:

Aunque un poco más de la mitad (55%) afirmar no poner en práctica los consejos recibidos por su grupo de amigos, hay un 22.5% que llama la atención porque podrían estar recibiendo consejos de una fuente profesional.

Tabla No 32. Prácticas de riesgo como: fumar, beber alcohol, múltiples parejas sexuales que tienen las personas cercanas a los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Definitivamente si | 12 | 30.0 |
| Si | 17 | 42.5 |
| No | 7 | 17.5 |
| No sabe/ no responde | 0 | 0% |
| Definitivamente no | 4 | 10.0 |
| Total | 40 | 100.0 |

Gráfica No 32



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2016

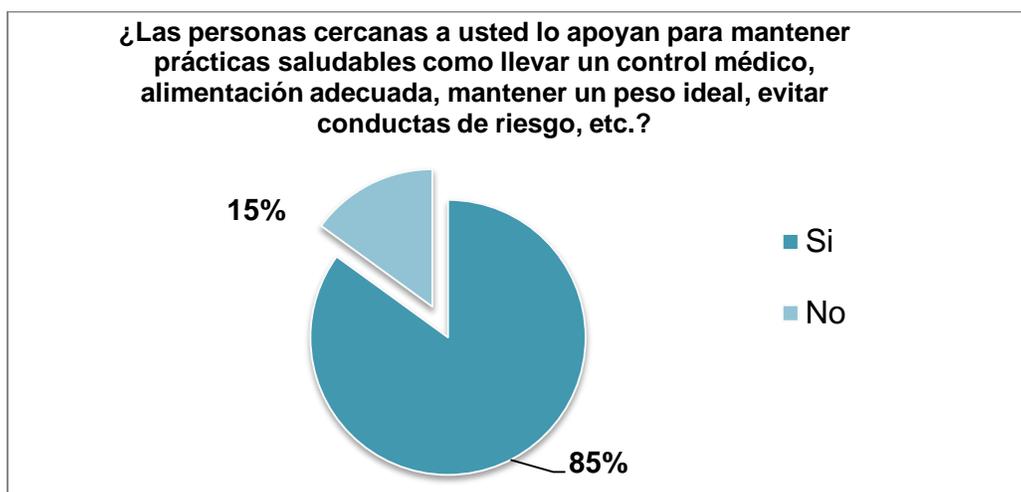
Descripción:

La mayoría reconoce que se encuentra rodeado por personas que tienen prácticas de riesgo, lo cual los coloca en vulnerabilidad respecto a la influencia que este tipo de conductas pueden ejercer sobre ellos.

Tabla No 33. Apoyo para mantener practicas saludables como: llevar un control médico, alimentación adecuada, mantener un peso ideal, evitar conductas de riesgo por las personas cercanas a los hombres participantes en la investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad, de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Junio 2016.

| Opción | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Si | 34 | 85.0% |
| No | 6 | 15.0% |
| Total | 40 | 100.0% |

Gráfica No 33



Fuente: Entrevista a trabajadores hombres desde 45 años de edad de la Facultad de Medicina, Universidad de El salvador, Junio 2016

Descripción:

La gran mayoría de los hombres expresaron que reciben apoyo por personas cercanas para mantener prácticas saludables. Esto representa un aspecto favorable para el mantenimiento de su salud.

CAPITULO V

5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

El panorama que reflejan los resultados es bastante claro en cuanto al **desconocimiento** generalizado sobre andropausia. No se evidencia un manejo claro y correcto del concepto a pesar de que el 57% dijo si saber sobre andropausia, ya que al momento de indagar sobre el concepto de andropausia la mayoría (20%) respondió que es un sinónimo de menopausia lo cual es contradictorio.

Un 8% de los entrevistados no supo responder al preguntarles si al estar en la etapa de adulto medio esta propenso a pasar la andropausia, implicando un desconocimiento de la etapa en la que inicia la andropausia.

Hay falta de información en cuanto a los signos y síntomas, de manera general las respuestas obtenidas van encaminadas al cambio en el estado de ánimo y los problemas sexuales; además las respuestas demuestran el desconocimiento de los signos y síntomas de andropausia, lo cual los limita a poder reconocer de manera oportuna esta etapa de la vida propia de los hombres.

El no reconocer los signos y síntomas es un factor que aumenta el riesgo de no buscar atención médica oportuna y mucho menos habrá prevención ante las patologías asociadas a la andropausia y a la disminución de la sintomatología.

No todos los hombres tienen la certeza que la andropausia es una etapa en el ciclo de la vida, se menciona esto ya que algunos la consideran una enfermedad, de acuerdo a la experiencia durante la realización de las entrevistas se pudo observar que esta concepción está ligada al hecho de que perciben la andropausia como un estado de poca duración que tiene “cura” y no como una etapa natural del ciclo de la vida.

Además el 22.5% creen que no todos los hombres pasan por la andropausia. Existe una baja susceptibilidad percibida y una baja gravedad percibida, lo cual es un indicador de la ausencia de la amenaza percibida en este porcentaje de

hombres participantes en el estudio. Cierta porcentaje de los entrevistados (75%) no consideran que la andropausia les afecte gravemente su salud, indicando que en ellos no existe gravedad percibida, es decir, no hay sentimiento concerniente a la severidad de los efectos adversos que conllevan las patologías en SSR durante andropausia.

Respecto al conocimiento que los hombres expresaron relacionado a la finalización de la actividad sexual durante la andropausia el 80% expresó que no finaliza, sin embargo, al momento de las entrevista ellos afirmaban que no habían experimentado un cese en su vida sexual y por ello respondían que no finaliza la actividad sexual, es decir, sus respuestas fueron de acuerdo a un conocimiento empírico y no a un conocimiento científico, y aunque durante la andropausia no finaliza la actividad sexual, si existen cambios importantes, información que no es manejada por la gran mayoría de los hombres participantes en el estudio.

En cuanto a la **actitud**, la cual se define como una disposición mental que dirige la acción del individuo y está conformada por tres componentes: cognitivo, afectivo y comportamental. Sobre el componente *cognitivo* se puede observar que al preguntar si se sienten preparados para llegar a la andropausia se obtuvo un resultado en donde más del 50% se sienten preparados, pese a que los resultados indican que existe poco conocimiento sobre climaterio masculino; esto nos indica que el conocimiento sobre andropausia no representa un factor importante en los hombre para considerarse preparado al llegar a la andropausia.

Se indago sobre si los hombres se consideran preparados con información y conocimientos necesarios para enfrentar la andropausia y un 65% de los hombres no se consideran preparados, se evidencia que el grupo en su mayoría están conscientes de la falta de conocimientos sobre la temática.

Se refleja la actitud favorable de un 67% de los hombres que consideran muy importante conocer sobre andropausia y un 33% que lo consideran como importante al preguntar si consideran que saber del tema es importante, y se ve la necesidad que los hombres expresan sobre información y conocimientos.

El 85% de hombres cree que esta propenso a pasar la andropausia, a pesar de no sentirse preparados con los conocimientos e información para enfrentarla, mostrando una actitud pasiva respecto a su salud y a la búsqueda de información y conocimientos.

Es necesario mencionar que al momento de las entrevistas se pudo constatar que existe una importante relación de la masculinidad con la andropausia, esto se debe a que pese a sentirse propensos no buscan atención médica, lo cual es una característica de la construcción social de la masculinidad de la sociedad salvadoreña en la cual los hombres no son los protagonistas de la salud sino las mujeres, específicamente la madre es la cuidadora de la salud de su familia, por ello los hombres a pasar de sentirse propenso a pasar por la andropausia no tienen conocimientos al respecto.

En relación con el componente *afectivo*, al consultar sobre los estados de tristezas experimentados un 58% dijo que no los ha experimentado, pero un porcentaje significativo (42%) si ha experimentado este síntoma, faltaría indagar las consecuencias de este estado de ánimo en el ambiente familiar, laboral y demás relaciones interpersonales, como también indagar si lo hablan con otros y de qué manera lo hacen. Y si en los hombres que respondieron negativamente, hubo alguna barrera de machismo.

Al indagar sobre considerar la andropausia como un fenómeno que afecta la calidad de vida, el 50% considera que no afecta la calidad de vida. Para indagar sobre este aspecto se utilizó la escala de Likert, y en esta escala el responder un *no* indica que no se tiene un firme convencimiento, en este caso, que la andropausia les afectara en su calidad de vida. Existe un 38% que respondió que la andropausia *definitivamente si* afecta la calidad de vida, indicando así que este porcentaje está seguro que será afectada su calidad de vida por la andropausia. Tener la completa seguridad que la andropausia afectara su calidad de vida es un factor favorable para poder realizar intervenciones con este grupo meta.

Hablar sobre disfunción eréctil, disminución de la potencia sexual, entre otros temas similares resulto no ser difícil para el 87.5% de los hombres. Se evidencia que esto no representa una barrera debido a que ellos perciben esos aspectos como parte de una etapa natural en la vida. También es importante mencionar que un 12% considero hablar sobre estos temas como algo vergonzoso o muy personal, convirtiéndose en una barrera para comunicar posibles efectos adversos en su salud sexual y reproductiva.

En cuanto al componente comportamental, al indagar sobre los beneficios percibidos al recibir controles médicos el 52.5% mostro un resultado favorable al expresar que lo considera *muy beneficioso* y un 42.5% *beneficioso*. Se evidencia en ellos el reconocimiento de la importancia sobre los controles médicos, lo cual es un aspecto favorable mas no suficiente para que tomen las acciones en salud necesarias para el completo cuidado de su salud, como es asistir a esos controles, adherirse a las recomendaciones de salud, realización de actividad física y evitar conductas de riesgo.

La mayor parte de hombres (77%) refirió que *si* buscaría ayuda profesional al sentir que está en la andropausia, esto es poco probable por lo expresado anteriormente, ya que si no saben identificar por desconocimiento signos y síntomas de la andropausia, con seguridad no buscaran ayuda profesional.

El 28% de los hombres consideran que las invitaciones de sus compañeros de trabajo a fumar, tomar, tener múltiples parejas sexuales, *si* interfieren en sus comportamientos, y un 13% afirmo que *definitivamente si* interfieren en sus comportamientos. Lo cual no es beneficios para esta población debido a que esto podría incrementar las prácticas de riesgo afectando su salud.

Según la Teoría del Aprendizaje Social el comportamiento es dinámico y depende de constructos ambientales y personales, que dependen el uno del otro simultáneamente, a este fenómeno se le llama determinismo reciproco, y es evidenciado con las respuestas de los hombres al sentirse interferidos por los comportamientos de otros. También un 37.5% dijo que *no* se consideraba

interferido por los comportamientos de sus compañeros de trabajo sin responder convincentemente un *definitivamente no* lo que nos indica inseguridad al momento de sus respuestas.

Los hombres (92%) reconocen los hábitos que permiten tener un estilo de vida saludable, pero para tener una verdadera educación para la salud se sabe que el conocimiento no es suficiente para la adopción de conductas saludables.

No se puede dejar de lado uno de los objetivos de esta investigación el cual son las **prácticas** de los trabajadores hombres de la FM sobre los cambios biopsicosociales de la andropausia.

Entre estos cambios se identificó que la agresividad o irritabilidad no ha sido experimentada por la mayoría de los hombres lo cual puede obedecer a diversos factores como lo son el carácter, el tipo de relaciones interpersonales, la carga laboral, el clima laboral, entre otros.

El 55% de los entrevistados refirió estar en control médico general, la mayoría lo tiene por enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, dato que fue obtenido al momento de las entrevistas, lo cual reafirma que se sigue manifestando el hecho de que no existe una cultura de prevención y promoción de la salud, sino más bien que se tiene un control de enfermedades y no un control para mantener su salud.

Pese a que el ISSS absorbe al 100% de trabajadores participantes de este estudio, esta institución no les proporciona un control o programa específico sobre la andropausia, lo cual demuestra una deficiente atención para el sector masculino, y esto se comprueba ya que la totalidad de los hombres dijo no poseer un control o programa sobre andropausia, y además solo un 52.5% tiene un control en esta institución, reflejando baja utilización de este derecho por parte de los trabajadores.

A la vez es preocupante para este grupo de estudio la poca cobertura de los servicios de salud ofertados para el adulto masculino por el ISSS, especialmente en el área de andropausia ya que este grupo considera los controles médicos como beneficioso, mostrando interés por tener accesibilidad a controles sobre andropausia. Se identificó que solo el 55% tiene un control médico, pero la mayoría lo tiene por padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles y ninguno posee un control médico por andropausia ni tampoco controles médicos preventivos.

Un hallazgo de relevancia para este estudio es que sus dudas sobre aspectos de SSR los indagan en profesionales de la salud (40.74%) e internet (31.5%), pero por el hecho de ser trabajadores de la Facultad de Medicina las preguntas que tienen las resuelven consultando a sus compañeros de trabajo profesionales del área de medicina, no visitando un centro de salud sino buscando otros medios para aclarar sus interrogantes. Esta información se obtuvo al momento de realizar las entrevistas.

Más del 50% de los entrevistados consumen ya sea alcohol o tabaco, refiriendo que lo hacen muy infrecuentemente, es decir, solo en fechas especiales. No podemos obviar que un 5% dijo que consumía algunas de las dos sustancias todos los días. Se considera de suma importancia realizar intervenciones en salud en ambas sustancias para la prevención de los efectos adversos que el alcohol y el tabaco producen en la SSR de los hombres y aún más severamente durante la andropausia, afectándoles no solamente a ellos sino también a sus parejas.

La población entrevistada manifestó, en su gran mayoría, que no practica consejos recibidos por su grupo de amigos, reflejándose así que la mayoría toma decisiones propias no influenciadas por otras personas mostrando autocontrol al mantener sus comportamientos.

Los hombres refieren estar en un entorno en el cual existen personas que tiene prácticas de riesgo, lo cual sería un factor importante a tomar en cuenta al momento de la elaboración de programas integrales de salud, es decir tomando en

cuenta a compañeros de trabajo, área en que labora, sexo, edad, profesión y ocupación, etc.

La mayoría de hombres dicen que las personas cercanas a ellos les apoyan para mantener prácticas saludables, y al momento de las entrevistas gran parte refirió que quien le apoya en esto es la familia,

Elaborar intervenciones integrales que incluyan la familia como un componente importante ya que el comportamiento de los trabajadores hombres es fuertemente influenciado por sus familiares.

CAPITULO VI

6 CONCLUSIONES.

- ✓ Los hombres que participaron en este estudio no poseen un concepto bien definido y sobre todo científico de la andropausia.
- ✓ Desconocen la totalidad de los signos y síntomas que se generan en esta etapa.
- ✓ Reconocen la importancia de conocer al respecto, lo que puede aprovecharse para abordar temas concernientes a este sector (hombres) con frecuencia descuidado en el ámbito de la salud.
- ✓ La etapa en la que se encuentra la mayor parte de los trabajadores hombres de la Facultad de Medicina en efecto es la etapa en la que inicia la andropausia, claramente son ellos los que reconocen que no tiene la preparación suficiente en conocimientos sobre la temática ahondando más en el riesgo que esto representa en su calidad de vida y el inicio de la etapa de adulto mayor y de la jubilación.
- ✓ Los hombres son una población en alto riesgo para la detección oportuna de patologías, por su marcada conducta en la búsqueda de atención en salud únicamente al sentir que deben buscarla.
- ✓ Es una población en la que se necesita trabajar la prevención y como tal la educación para la salud, para que sean capaces de estar saludables y de querer estarlo de forma sostenible.
- ✓ Respecto a la andropausia no se identifica que los hombres tengan un control específico de climaterio masculino, esto debido a que no existen programas específicos para esta etapa.

- ✓ De manera general los hombres muestran una actitud favorable respecto a su interés en conocer sobre andropausia.

- ✓ A pesar de que los hombres entrevistados son personas adultas, se identificó que también se ven influenciados por su entorno ya sea de manera favorable o desfavorable para su salud y para la etapa de climaterio masculino.

- ✓ La tristeza no representa un síntoma relevante en esta población por la infrecuencia con la que se experimenta en este grupo.

CAPITULO VII

7 RECOMENDACIONES.

1. Al Instituto Salvadoreño del Seguro Social:
 - ✓ Se recomienda a las autoridades del ISSS incorporar en su programa de atención al adulto hombre intervenciones en salud sobre climaterio masculino.
2. A la Facultad de Medicina
 - ✓ A las autoridades de la FM realizar intervenciones integrales en salud a los trabajadores hombres con la participación de las diferentes disciplinas en salud.
3. Al Comité de Seguridad y Salud Ocupacional del edificio de la Facultad de Medicina:
 - ✓ Retomar los resultados obtenidos en este estudio para la implementación de programas en SSR y andropausia.
 - ✓ Se recomienda al Comité de Seguridad y Salud Ocupacional y la Carrera de Educación para la Salud unir esfuerzos enfocados a la Educación Para la Salud en la andropausia.
 - ✓ Elaborar intervenciones integrales que incluyan la familia como un componente importante ya que el comportamiento de los trabajadores hombres es fuertemente influenciado por sus familiares.
4. A la Carrera Licenciatura Educación Para la Salud:
 - ✓ Que durante el desarrollo de la temática andropausia se desarrollen intervenciones con los hombres de la FM, retomando estudios realizados en esta población.
 - ✓ Que desarrollen acciones enfocadas a la andropausia en sus diferentes campos de acción.

CAPITULO VIII

8 FUENTES DE INFORMACIÓN

8.1 Fuentes de información electrónica.

1. Ureta Sánchez Sergio Ermen. Andropausia: fantasía o realidad. Imbiomed [Revista en internet]. Acceso 22 de octubre, 2015. Disponible en:http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=22805&id_seccion=1494&id_ejemplar=2353&id_revista=104.
2. PUIG, Manuel E. y CASTELO ELIAS-CALLES, Lizet. Andropausia. Rev Cubana Endocrinol [Revista en internet]. 2006, vol.17, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-2953 [Acceso 14 de octubre del 2015]; Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s1851-30342007000100005&script=sci_arttext.
3. PACENZA, Néstor; SCIORRA, Miguel y STEWART USHER, Jorge. Andropausia: Definición - Diagnóstico diferencial. Rev. argent. endocrinol. metab. [Revista en internet]. 2007, vol.44, n.1, pp. 33-34. ISSN 1851-3034LICEA [Acceso 14 de octubre del 2015]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100007.
4. Dra. Alicia María Perla. etapas de la vida adulta desde el punto de vista biológico, psicológico y social: adulto joven, adulto medio y adulto mayor. En: San Salvador; Universidad de El Salvador. 2015. Pág. 19-65. Dpositiva en Power Point
5. Viriam Leiva Díaz, Carolina Arguedas Medino, Marilyn Hidalgo Castillo, Yessenia Navarro Vargas. conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. Rev.
6. Damián Robbiani. Mitos y verdades sobre la andropausia. Rouge [revista en Internet]. 8 de abril 2015. [acceso14 octubre 2015]. Disponible en: <http://rouge.perfil.com/2015-04-08-62075-mitos-y-verdades-sobre-la-andropausia/>.

7. Andropausia (menopausia masculina). [artículo en Internet]. . [acceso 14 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.uantof.cl/semnda/ANDROPAUSIA.htm>.
8. Irene Esguerra Velandia. Sexualidad después de los 60 años Sexuality after 60 yearsof age. Scielo [revista en Internet]. 2007. [acceso 14 de octubre]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a12>.
9. HARDY, Ellen y JIMENEZ, Ana Luisa. Masculinidad y Género. Rev Cubana Salud Pública [Revista en internet]. 2001, vol.27, n.2, pp. 77-88. ISSN 0864-3466.[Acceso 15 de octubre 2015].Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662001000200001&script=sci_arttext.
- 10.Redacción Ondasalud.com. La andropausia se relaciona con un mayor riesgo de problemas cardiacos. DMedicina.com [revista en Internet] Martes, 21 de Enero de 2003 - 23:00 [acceso 14 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/2003/01/21/andropausia-relaciona-mayor-riesgo-problemas-cardiacos-4785.html>.
- 11.Gemma Hernández. Andropausia...¿menopausia masculina?. EFESalud [revista en Internet] Martes 26.08.2014. [acceso 14 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/andropausia-menopausia-masculina/>.
- 12.MISPAS. Guía de atención de la morbilidad prevalente y sus efectos en la salud sexual y reproductiva en el adulto masculino. El Salvador. C.A. Mayo 2006.
- 13.Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 2 y Modelo de atención integral en salud al adulto masculino parte 3. . El Salvador C.A. Editorial e impresora Panamericana. Noviembre del 2005.
- 14.Instituto Salvadoreño del seguro Social. COMPONENTE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUDNORMAS Y LINEAMIENTOS DE TRABAJO. San Salvador. Abril de 2005.

15. El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). [Monografía en internet]. Disponible en: http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=.
16. Save the children. Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia. Diciembre de 2012.
17. Colaboradores de Wikipedia. Universidad de El Salvador [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2016 [fecha de consulta: 22 de mayo del 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Universidad_de_El_Salvador&oldid=91179180.
18. ONU MUJER, La evaluación del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores relacionadas con la violencia contra mujeres y niñas [sede Web]. Acceso 20 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/693-la-evaluacion-del-nivel-de-conocimiento-actitudes-y-practicas-cap-de-los-proveedores-relacionadas-con-la-violencia-contra-mujeres-y-ninas.html>.
19. Organización Panamericana de la Salud, Investigación de Conocimientos, Actitudes y Practicas (CAP) [sede Web]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Acceso 20 de mayo del 2016. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10493%3A2015-investigacion-de-conocimientos-actitudes-y-practicas,cap&catid=7641%3Aeducacion-investigacion-consumidor&Itemid=41284&lang=es.

8.2 Fuentes de información bibliográfica

20. ROSENTOCK, I.M. (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies. In: Galnz, N. F.M. Lewis y B.K. Riner(eds)(1990): "Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice; Capitulo 3. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

ISBN 1-55542-243-8.

21. PERRY, C.L., T. BARANOWSKI y G. S. PARCEL (1990). How individuals, Environments, and Health Behaviour Interact: Social Learning Theory. In: Glanz, K., F.M. Lewis y B.K. Riner (eds). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice, pp. 161-182. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

ANEXOS

Anexo 1. Cambios biopsicosociales de la andropausia.

Síntomas nerviosos y vasomotores

- Tuforadas
- Episodios de sudoración
- Insomnio
- Nerviosismo

Alteraciones del humor y funciones cognitivas

- Irritabilidad y letargo
- Disminución de la sensación de bienestar
- Pérdida de motivación
- Baja energía mental
- Dificultades con la memoria reciente
- Síntomas depresivos
- Baja autoestima
- Temores inusuales

Cambios fenotípicos

- Disminución del vigor y energía física
- Disminución de la masa y fuerza muscular
- Pérdida del pelo corporal
- Obesidad abdominal

Sexualidad

- Disminución del deseo sexual
- Reducción de la actividad sexual
- Disminución de la calidad de las erecciones
- Limitación de la calidad del orgasmo
- Reducción del volumen del eyaculado

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

No de Instrumento _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



GUIA DE ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN ANDROPAUSIA

Esta guía de entrevista va dirigida a los trabajadores hombres desde los 45 años de edad de la Facultad de Medicina.

Objetivo: Indagar sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre andropausia que poseen los trabajadores hombres desde los 45 años de edad de la Facultad de Medicina.

“La siguiente guía de entrevista será estrictamente confidencial”

INDICACIONES: El instrumento consta de 33 preguntas abiertas y cerradas, por lo cual se le solicita que responda con sinceridad a a las preguntas que el entrevistador le hará.

I DATOS GENERALES

1. Edad años

2. Estado civil:

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Acompañado

3. Dependencia:

Administrativo

Docente

II. CONOCIMIENTOS

4. ¿Conoce qué es la andropausia? Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 7.

SI ___ NO ___

5. De su concepto de andropausia.

6. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la andropausia que usted conoce?

7. ¿Cree que la andropausia es una enfermedad?

SI NO

8. ¿Cree que todos los hombres pasan por la andropausia?

SI NO

9. ¿Cree que la andropausia es una etapa en la cual finaliza la actividad sexual del hombre?

SI NO

10. ¿Considera que la andropausia afecta gravemente la salud de los hombres?

SI NO

11. Si se encuentra en la etapa de adulto medio (40-60 años de edad) ¿esta propenso a pasar la andropausia?

Definitivamente si
Si
No sabe/No responde
No
Definitivamente No

III. ACTITUDES

12. ¿Se considera preparado de pasar por la andropausia?

Definitivamente si
Si
No sabe/No responde
No
Definitivamente No

13. ¿Ha experimentado estados de tristeza? Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 15.

SI NO

14. Su tristeza la ha experimentado:

Muy frecuentemente
Frecuentemente
No sabe no responde
Infrecuentemente
Muy infrecuentemente

15. ¿Considera que la andropausia es un fenómeno que afecta la calidad de vida de los hombres?

Definitivamente no
No
No sabe/No responde
Si
Definitivamente Si

16. ¿Se considera preparado con la información y los conocimientos necesarios, para enfrentar la andropausia?

SI NO

Explique su respuesta:

17. ¿Cree que esta propenso a pasar por la andropausia?

SI NO

18. ¿Para usted recibir controles médicos es?

- Muy beneficioso
- Beneficioso
- No sabe/No responde
- No beneficioso
- Nada beneficioso

19. ¿Sería difícil para usted hablar con otros sobre problemas de: disfunción eréctil, disminución de la potencia sexual, entre otros temas similares?

SI NO

Explique su respuesta:

20. ¿Al sentir que está en la andropausia buscaría ayuda profesional?

SI NO

21. ¿Considera que conocer sobre andropausia es?

- Muy importante
- Importante
- No sabe/No responde
- No Importante
- Nada importante

22. ¿Considera que las invitaciones de sus compañeros de trabajo a: fumar, tomar, tener múltiples parejas sexuales, etc. interfieren en sus comportamientos?

- Definitivamente no
- No
- No sabe/No responde
- Si
- Definitivamente Si

23. ¿Considera que los hombres que tienen un estilo de vida saludable (como llevar un control médico, alimentación adecuada, mantienen un peso ideal, evitan conductas de riesgo, etc.) tienen una mejor calidad de vida?

- SI NO

III. PRACTICAS

24. ¿En los últimos años ha identificado usted algunos niveles de agresividad o irritabilidad?

- Definitivamente si
- Si
- No sabe/No responde
- No
- Definitivamente No

25. ¿Actualmente usted posee un control médico general?

- SI NO

Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 28.

26. ¿Dónde recibe su control médico?

MINSAL

ISSS

Otro

Especifique: _____

27. Recibe un control o programa específico sobre la andropausia:

SI NO

Explique en qué consiste: _____

28. Cuando tiene dudas sobre aspectos de salud sexual y reproductiva, considera indagar en (puede seleccionar más de una opción):

Profesionales de la salud

Amigos

Internet

Familiares

Otros

Especifique: _____

29. ¿Consumen usted alguna de las siguientes sustancias?

Alcohol

Tabaco

Otras drogas

Ninguna

30. Si su respuesta es sí, ¿Con que frecuencia consume la sustancia?

- Muy frecuentemente (todos los días)
- Frecuentemente (fines de semana)
- No sabe no responde
- Infrecuentemente (1 vez al mes)
- Muy infrecuentemente (solo en fechas especiales)

31. ¿Ha puesto en práctica consejos recibidos por su grupo de amigos respecto a los cambios experimentados en esta etapa de su vida?

- Definitivamente si
- Si
- No sabe/No responde
- No
- Definitivamente No

32. ¿Las personas cercanas a usted tienen prácticas de riesgo como: fumar, beber alcohol, múltiples parejas sexuales?

- Definitivamente si
- Si
- No sabe/No responde
- No
- Definitivamente No

33. ¿Las personas cercanas a usted lo apoyan para mantener prácticas saludables como llevar un control médico, alimentación adecuada, mantienen un peso ideal, evitar conductas de riesgo, etc.?

SI NO

Anexo 3. Carta de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como trabajador en el área de (docente o administrativo): _____ de la Facultad de Medicina, de la Universidad de El Salvador; acepto formar parte del estudio de investigación titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la andropausia en trabajadores hombres desde 45 años de edad de la facultad de medicina, universidad del salvador, Junio 2016.

Siempre y cuando los datos que aporte sean utilizados con fines de investigación, sin que me perjudique en el trabajo que desempeño.

Y para dejar constancia, firmo la presente a los _____ días del mes de junio del año dos mil dieciséis.

f. _____