



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.P.D.

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GERIATRÍA

**“SEXUALIDAD EN LAS MUJERES MAYORES EN EL SERVICIO DE
GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.P.D.”**

TESIS

PRESENTADA POR
DRA. NORMA ANGÉLICA DÍAZ GARCÍA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA

DIRECTOR DE TESIS
DR. ARMANDO PICHARDO FÚSTER

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	
Marco Teórico	1
Planteamiento del problema	18
Justificación	18
Objetivos	18
II. MATERIAL Y MÉTODO	
Diseño de estudio	19
Tipo de muestreo	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de no inclusión	19
Variables de estudio	19
Procedimientos	20
Limitaciones del estudio	21
Análisis estadístico	21
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	24
V. CONCLUSIONES	26
VI. BIBLIOGRAFÍA	27
VII. ANEXOS	29

I. INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES

- **Género.** Es la construcción social y cultural de las diferencias entre hombres y mujeres. Es decir, lo que socialmente nos enseñan que es ser mujer u hombre.
- **Sexo.** Características biológicas de las personas.
- **Identidad de género.** Sentimiento psicológico de ser hombre o mujer. La construcción que hacemos de nuestra identidad de género está determinada por la sociedad en la que vivimos y es diferente para mujeres y hombres.
- **Roles de género.** Comportamientos y responsabilidades de hombres y mujeres, que se rigen de acuerdo a normas que impone la cultura y la sociedad.
- **Salud Sexual Geriátrica.** Expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere una mayor cantidad y calidad de la comunicación entre la pareja, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito.¹

SEXUALIDAD

La sexualidad incluye todas las formas de expresión, desde la aproximación al tacto, la intimidad emocional, la compañía, la masturbación y no solamente el coito; es encontrar placer en la intimidad compartida, en el encuentro, en descubrir y ser descubierto, en mimarse los cuerpos y en otras múltiples manifestaciones del placer de lo erótico.

Es una forma de comunicación entre las personas, un intercambio afectivo, la expresión de ternura y de necesidad del otro.

La sexualidad humana es el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que interactúan continuamente aunque en el momento de su manifestación predominen unos sobre otros.

Es un fenómeno complejo, difícil de definir, que abarca no sólo muchas dimensiones sino toda la vida del ser humano.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2002), “La sexualidad es un aspecto fundamental del hecho del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la

orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todas estas dimensiones, no siempre se experimentan o se expresan todas. La sexualidad es influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”^{2, 3, 4, 5}.

La sexualidad es una condición intrínseca al ser humano que lo acompaña a lo largo de toda su existencia, y que al igual que otros aspectos de la persona evoluciona y cambia, es decir, se manifiesta y se vive de diferente manera, de acuerdo a las etapas de la vida. Constituye parte de nuestra personalidad, es una forma más de expresión, igual que el sentimiento de identidad que junto a la autoestima permiten decir a la persona quién es y diferenciarse de los demás.

Es fuente de satisfacción y placer e implica una relación con uno mismo y/o con otras personas, es una forma de comunicación.

Funciones de la sexualidad

Tal como el género, la sexualidad también es una construcción social y cultural, ya que se vive e interpreta de forma distinta de acuerdo al lugar en donde nos encontremos. Sin embargo, la sexualidad humana comprende tres aspectos fundamentales:

1. **Función erótica placentera.** Que nos permite disfrutar del placer, el goce sexual y erótico. El deseo sexual nos conduce a llevar la iniciativa en el contacto sexual o a ser receptivo ante los acercamientos de la pareja. Éste deseo es determinado por innumerables factores, tanto internos (fantasías, vivencias, educación y personalidad del individuo), como externos (entorno, costumbres culturales y todos aquellos estímulos que inciden en el individuo en un momento determinado: una mirada, un olor, una canción, una caricia...). Si estos estímulos son interpretados eróticamente por la persona que los recibe, se produce el despertar del deseo.
2. **Función reproductiva.** Cuyo objetivo es la perpetuación de la especie. La continuidad y supervivencia de las especies requiere que se generen nuevos seres a partir de los ya existentes.
3. **Función comunicativa afectiva.** Nos permite vincularnos y establecer contactos con otras personas, sentirnos atraídos y sentir gozo y alegría al compartir con el otro.

La sexualidad en los humanos es una forma de comunicación, y de expresión de los sentimientos afectivos, con una tendencia a buscar la fusión física y psíquica con otra persona. Desde el punto de vista físico, la relación sexual supone un acercamiento muy intenso, pues con ella se ponen en marcha todos los sentidos, que actúan como canales de comunicación: el tacto, la vista, el gusto, el olfato y el oído, transmiten sensaciones placenteras que crean un clima especial de proximidad que no es alcanzado en otras situaciones.^{3,4}

Desde el punto de vista emocional, la relación sexual, al reunir a dos individuos en el acto común de la cópula, fortalece la unión de la pareja, favorece la intimidad entre los compañeros al proporcionar placer y autoestima a ambos.

Si centramos todas nuestras energías sexuales en la función reproductora o erótica no podemos disfrutar de las otras múltiples funciones que tiene la sexualidad humana y de las inmensas posibilidades que ella puede brindar al individuo. Renunciar a una de estas funciones no significa tener que renunciar a todas.^{2,4,5}

Dimensiones de la sexualidad

Desde un punto de vista físico, la sexualidad incluye la sensualidad, que consiste en la estimulación de los sentidos, y la genitalidad, que supone la estimulación de los órganos genitales. La sexualidad es una actividad placentera privativa de los seres humanos, es el desarrollo individual y social de éste hecho dentro de las normas y los valores sociales.

La integración e interrelación de estas cuatro dimensiones conforman la sexualidad que tiene su formación y expresión en el individuo, la pareja, la familia y la sociedad.

1. **Biológica.** Incluye los factores anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y genéticos que participan en la reproductividad, el erotismo, el género y las vinculaciones erótico-afectivas-amorosas.
2. **Psicológica.** Relacionada con los procesos emocionales implicados en la estructuración de la vivencia sexual.
3. **Social.** Forma de vivir la sexualidad, de acuerdo con los patrones culturales y sociales (normas y expectativas sociales).
4. **Ético- Axiológica- Legal.** Regulación del comportamiento sexual. Prescribe lo que se debe o no hacer, y se relaciona con la organización de la legislación alrededor de la sexualidad.^{5,6,7}

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RSH).

En la década de los años sesenta, W. Masters, V. Johnson, describieron las 4 fases de la RSH, tras la observación directa, en un laboratorio con condiciones especiales, de más de mil secuencias de actividad sexual en 382 mujeres y 312 hombres cuyas edades oscilaban entre 18 y 90 años.

Posteriormente, la psiquiatra norteamericana Helen S. Kaplan estableció una nueva fase: la del deseo, que se complementa con el inicio de toda respuesta sexual y lo define como apetito o impulso provocado por la activación de un sistema neural específico del cerebro. El deseo puede presentarse disminuido, inhibido, aumentado o normal.

Deseo sexual

El deseo se refiere al interés en ser sexual y es determinado por la interacción de tres componentes relacionados pero independientes:

1. El interés.
2. Las creencias y valores.
3. La motivación.

El interés es el componente biológico del deseo. Es el resultado de los mecanismos neuroendocrinos, se experimenta como espontáneo, como el interés sexual endógeno. Se manifiesta típicamente por pensamientos sexuales, sentimientos, fantasías o sueños, y en esa forma incrementa la atracción erótica hacia otras personas que se encuentren en la proximidad, busca, por lo tanto, la actividad sexual, e incrementa la sensibilidad genital. Es el componente que se ve influido por la disminución de los niveles séricos de testosterona. El segundo componente del deseo refleja las expectativas individuales, las creencias y valores acerca de la actividad sexual. Las creencias y valores más positivos de la persona sobre la sexualidad, el mayor deseo de la persona de comportarse sexualmente. El tercer componente del deseo es la motivación psicológica e interpersonal. La motivación es impulsada por factores emocionales o interpersonales y se caracteriza por la voluntad de una persona de comportarse sexualmente con una determinada pareja. Este componente tiende a tener el mayor impacto global en el deseo, es el más complejo y difícil de alcanzar.^{6, 7, 8}

Fases de la RSH

1. **Excitación.** Los signos más destacados de esta fase son la lubricación en la mujer y la erección del pene en el hombre; además, se expande la vagina y se tornan erectos los pezones de las mamas.
2. **Meseta.** En esta fase la excitación alcanza su máximo nivel. En la mujer, la parte externa de la vagina se dilata y los labios se agrandan,

formándose la llamada plataforma orgásmica. En el hombre, los testículos aumentan de tamaño y se pegan al cuerpo. En ambos casos el cambio de coloración genital es notable (rubor sexual).

3. **Orgasmo.** Es un reflejo placentero que libera la tensión muscular acumulada en una respuesta global del organismo. En ambos sexos se produce una serie de contracciones a intervalos de 0.8 segundos que progresivamente disminuyen en intensidad y rapidez. El orgasmo femenino causa la contracción de la parte exterior de la vagina, el útero y el esfínter anal. En los hombres, esta fase se inicia con la contracción de la próstata y de las vesículas seminales, lo cual desencadena la eyaculación; también se observan contracciones similares del esfínter anal.
4. **Resolución.** En esta fase se invierten los cambios ocurridos previamente, hasta llegar a un estado de pasividad sexual.
5. **Periodo refractario.** La respuesta sexual masculina esta limitada por un periodo refractario que comienza inmediatamente después de la eyaculación; durante este tiempo, al hombre le resulta imposible volver a eyacular; en cambio, las mujeres no experimentan periodos refractarios y además pueden tener varios orgasmos durante una misma respuesta sexual.^{3, 5, 7}

LA VEJEZ

La vejez está regulada socialmente por criterios y valores; es una construcción cultural, cada sociedad define lo que es un viejo y lo que se espera de él. Por tanto, el concepto de vejez, varía de cultura a cultura, de sociedad a sociedad e, incluso, en el mismo momento histórico puede haber diferencias extraordinarias de un país a otro.

La vejez es una etapa de la vida, en la que la variabilidad personal es extraordinaria y en la que cada capacidad puede presentar muy diferentes posibilidades.

En la actualidad, la psicología ha pasado de considerar la vejez como un período de involución y deterioro general, a describirla como una etapa de la vida en la que cada capacidad humana evoluciona de manera diferente.

Es importante tener en cuenta que el cambio en la vida adulta no es universal (hay muchas diferencias entre personas), no es unidimensional (cada capacidad o función evoluciona de diferente manera), no es unidireccional (hay capacidades que involucionan, pero otras se mantienen e incluso mejoran) y no es necesariamente irreversible (hay

aspectos y dimensiones que se pueden mejorar). Estas consideraciones son perfectamente aplicables a la experiencia sexual en la vejez.^{2, 3, 4, 7}

SEXUALIDAD EN LA 3ª EDAD

Los cambios sobre los órganos sexuales derivados del envejecimiento fisiológico, junto con la repercusión de otras enfermedades orgánicas crónicas y, sobre todo, el consumo de algunos fármacos, pueden influir sobre el comportamiento sexual del anciano. Sin embargo, la actividad sexual en esta etapa depende además de las características psicológicas y biográficas del individuo, de la existencia de una pareja y de sus características, así como del contexto sociocultural en que se desarrolla.

En esta etapa de la vida, la sexualidad tiene un concepto mucho más amplio, donde cobra interés el placer del contacto corporal, la comunicación, las expresiones afectivas, la ternura, así como la seguridad emocional que produce el sentirse querido y deseado; podemos encontrar una sexualidad menos apasionada pero más tierna, menos impulsiva pero más relajada, menos preocupada por la cantidad y más por la calidad. En el hombre, el interés o deseo sexual se mantiene mejor que la actividad sexual, mientras que en las mujeres existe un declive en ambos aspectos de la sexualidad.^{9, 10}

Existen ciertas condiciones propias de la sexualidad, en esta etapa, que enriquecen aún más la experiencia sexual. Entre los factores internos destacan: mejores condiciones ecológicas, nivel de vida, y una mejora en la valoración de la sexualidad; y como factores internos: los cambios en los roles y una mayor flexibilización en los mismos, en particular en los hombres, con un mayor interés por el contacto corporal y un cambio en su conducta afectiva. Dándole mayor importancia a elementos a los cuales les restó importancia durante la juventud, como la ternura, la comunicación, el preocuparse ahora por el disfrute y satisfacción de su pareja.

Factores que pueden contribuir favorablemente a que estos años sean especialmente placenteros:

- La liberación de la preocupación por la profesión y el cuidado de los hijos, sin miedo al embarazo y mas tiempo para si mismo, pueden favorecer esta actividad.
- La flexibilización de los roles sexuales, acercan los modelos femeninos y masculinos.
- El cambio significativo de valores especialmente el masculino que al perder interés por competir, facilita el interés por los sentimientos, la ternura y las relaciones interpersonales.
- También influye que los afectos se hacen más explícitos y el sentido de la vida se redimensiona.^{11, 12}

MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA 3ª EDAD

Existen reacciones negativas y de devaluación por parte de la sociedad y de los profesionales de la salud con respecto a la sexualidad en la vejez. Estas actitudes retrógradas ante la sexualidad en esta edad están influidas principalmente por la incorrecta asociación entre sexualidad y reproducción, (a la que contribuyen, en gran parte, los valores religiosos impuestos); y por el prejuicio de considerar a la vejez como enfermedad.

La sociedad desempeña un importante papel en el fomento de mitos y estereotipos con respecto a la sexualidad de las personas mayores. Uno de los mitos más arraigados es asociar la vejez con pérdida del interés sexual, afirmándose que las personas de la tercera edad no tienen motivación por el sexo. Sólo aquellas personas que en etapas previas de su vida no le dieron importancia a éste aspecto, mantendrán el desinterés sexual, considerando al sexo como algo innecesario y sin sentido.

Uno de los argumentos por los que se cree que el sexo desaparece en la vejez está relacionado con alteraciones de la salud. Aunque las enfermedades crónicas y la discapacidad puedan afectar su funcionalidad, las personas mayores pueden mantener una sexualidad plena aunque la actividad coital puede estar limitada.

Otros mitos muy propagados se enlistan a continuación:

- Los adultos mayores, especialmente las mujeres, han perdido su atractivo sexual y se consideran asexuales.
- La satisfacción sexual decrece después de la menopausia.
- Las mujeres mayores que se interesan por la sexualidad suelen haber sido ninfómanas en su juventud.
- Es indecente y de mal gusto que los mayores tengan interés por la sexualidad.
- La actividad sexual debilita.
- Los mayores que se interesan por la sexualidad son personas perversas e inmaduras (viejos verdes).

Figuera (1990) ha indicado que la conducta sexual en la ancianidad está calificada como ilegítima, es víctima de muchas más agresiones que la del adulto y constituye una negación social. Debido a la ignorancia y presión social, numerosas personas viejas, en quienes es intenso el deseo sexual, experimentan sentimientos de culpa y de vergüenza, llegándose a sentir incluso anormales. Finalmente terminan ocultando sus deseos y manifestaciones, para así evitar ser criticados por la sociedad.

En resumen, son las actitudes culturales que denigran a la vejez y reservan la sexualidad, y la atracción física para la juventud, las que más

dañan a los individuos mayores. Todos estos mitos y prejuicios sociales privan al anciano de su derecho de mantener una actividad sexual satisfactoria.^{13, 14}

ANTECEDENTES

Las actitudes socioculturales predominantemente "ageístas" explican en parte el desinterés científico por el tema; de hecho, es durante los últimos años cuando ha tomado auge el estudio de la sexualidad en los ancianos.

Kinsey y cols. (1948). Realizó el primer estudio sobre las relaciones sexuales en los mayores. Documentando la existencia de un declive gradual con la edad, en la actividad e interés sexual tanto de varones como de mujeres.

Master y Jonson (1976). Demostraron que tanto en el hombre como en la mujer se presentan cambios objetivos normales en la capacidad de respuesta y tiempo de reacción ante los estímulos sexuales asociados con el proceso de envejecimiento.

Diokno (1990). Demostró una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad, encontrando una diferencia significativa a favor de los ancianos casados (73.8% activos) frente a los no casados (55.8% activos), así como del sexo masculino frente al femenino.

Nieto (1995). Realizó un estudio en el que se encuestó a 1110 sujetos españoles, mayores de 65 años, 658 mujeres y 452 hombres. Encontrando una estrecha relación entre la actividad sexual mantenida en la vejez y la sexualidad ejercida durante la juventud.

Otro trabajo realizado por Bretschneider indicaba que el 63% de los hombres y el 30% de las mujeres entre 80 y 102 años eran activos sexualmente. La actividad sexual más frecuente eran las caricias y tocamientos. El 74% de los hombres y el 42% de las mujeres practicaban la masturbación. Las mujeres activas sexualmente habían tenido más parejas sexuales y mayor nivel de actividad en su juventud, dato que posteriormente se confirmó también en los hombres. Este autor describió como variables que pueden influir en la limitación de la actividad sexual, la capacidad de la pareja, el estado de salud, los problemas de impotencia en el hombre, o dispareunia en la mujer, así como el interés sexual manifestado durante la juventud. Otros predictores importantes fueron: la toma de medicamentos y la pérdida de privacidad.

Dello (1998). Analizó varios aspectos del interés y de la actividad sexual en la vejez, con una muestra de 335 ancianos de ambos sexos, de

edades comprendidas entre los 65 y los 106 años. Confirmó la existencia de una disminución tanto del interés sexual como de la actividad sexual con la edad, mayor en las mujeres que en los hombres. Correlacionando esta disminución con el deterioro físico gradual ocasionado por el envejecimiento. Describió además una serie de factores que se relacionan positivamente con la actividad sexual, como son el ser hombre, estar casado, menor edad, la no existencia de deterioro cognitivo, el mayor nivel educacional y el buen funcionamiento social.

Los estudios epidemiológicos previos nos demuestran que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, y que éste declinar es mayor en las mujeres que en los hombres. Una posible explicación a esta diferencia es que la mayoría de los estudios realizados definen como actividad sexual exclusivamente el coito, además de que en edades avanzadas prácticamente dos terceras partes de la población anciana son mujeres, por lo que en muchos casos la ausencia de actividad sexual podría deberse a la falta de pareja. Por otro lado, estos estudios postulan que la mala salud física y/o psíquica condiciona una disminución de la libido y una alteración de la respuesta sexual.^{3, 4, 5, 6}

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Los cambios fisiológicos aparecen y evolucionan en forma muy diferente entre los dos sexos, ya que mientras en el hombre estos cambios se producen lenta y progresivamente a partir de la 5ª - 6ª décadas, en la mujer la mayoría de los cambios surgen de forma rápida a partir de la menopausia.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL HOMBRE

Durante la adultez temprana, los niveles de testosterona alcanzan su pico máximo, así lo hace también la libido. El deterioro de las funciones reproductivas del hombre difiere al de la mujer, principalmente porque no existe un término claro y definitivo de la fecundidad.

Reacciones extra genitales.

- El pezón del varón se erecta poco con la excitación sexual pero, si lo hace, puede mantenerse por horas luego del orgasmo.
- No hay rubor sexual como en el joven.
- Con la edad disminuyen la masa y la fortaleza muscular, por tal motivo suele existir una disminución de la tensión muscular durante la excitación sexual.
- Disminuye el número de contracciones anales pre-orgásmicas.

Reacciones genitales externas.

- Disminuye el número de erecciones nocturnas involuntarias.

- Enlentecimiento de la erección con la edad. El hombre joven necesita como promedio sólo de 15 a 30 segundos y el anciano puede demorar hasta 10 minutos.
- La erección necesita de mayor estimulación directa y por lo general es menos firme que en la juventud.
- Si se pierde la erección sin eyacular, es difícil que vuelva a recuperarla, lo que se llama periodo refractario secundario, típico de los viejos.
- Los testículos se elevan solo parcialmente en relación con el perineo y lo hacen con mayor lentitud que en los varones jóvenes.
- El escroto no se alisa ni se congestiona durante la excitación.
- Se prolonga el periodo refractario tras la erección, llegando a ser de días.
- Los espermatozoides disminuyen su capacidad de movimiento dentro del semen, que también disminuye en número y calidad, de forma paulatina a partir de los 40 años.
- La eyaculación se retrasa, por este motivo se reduce también la frecuencia de eyaculación prematura, lo que se convierte en una ventaja en los hombres que presentan este trastorno.
- El líquido seminal se va haciendo más escaso progresivamente, y también más pobre en sus cualidades funcionales. Durante la adultez temprana, el volumen del semen liberado se aproxima a una onza, mientras que en los hombres viejos, el volumen seminal por eyaculación es aproximadamente de media onza.
- Disminución progresiva de la producción de testosterona, a partir de los 55-60 años aproximadamente.

Reacciones genitales internas.

- El orgasmo del anciano no se produce en dos fases, como en el joven: desaparece la emisión o sensación de inevitabilidad eyaculatoria, pues las contracciones orgásmicas se producen de improviso y simultáneamente con los órganos accesorios (próstata, vesículas seminales, conductos deferentes), en lugar de 2 a 3 segundos después. A veces, se debe a ausencia de contracciones prostáticas.
- La fuerza de la eyaculación seminal es baja, se trata más bien de un escape seminal en una sola etapa, con pocas contracciones musculares, y no de 5 a 10 como en el varón joven. Se debe a menor producción de volumen seminal y a menor lubricación de la uretra perineal y peneana.^{3, 4, 5, 6}

Cambios en el comportamiento y en la respuesta sexual:

En la vejez predomina la excitación producida por tocamientos y caricias sobre zonas erógenas del cuerpo y la estimulación directa de los genitales. Esto se debe a que durante esta etapa predominan los reflejos medulares. La necesidad de una mayor estimulación peneana se

relaciona con una disminución gradual en la velocidad de conducción nerviosa y una pérdida asociada de la sensación vibratoria a nivel del pene. Esta disfunción nerviosa se manifiesta no sólo como una disminución en la sensibilidad peneana sino también como una lentitud en el tiempo de respuesta a los estímulos ambientales.

Dentro de todos estos cambios, los relacionados con la capacidad de erección, frecuencia de coito y duración del periodo refractario son los que suelen tener más importancia fisiológica para el hombre, sobre todo, si ha interiorizado el modelo de sexualidad joven dominante, en el cual se destaca el coitar y hacerlo frecuentemente.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER

La actividad sexual tras la menopausia se ve influida principalmente por trastornos psiquiátricos (depresión-ansiedad), mala información sobre la fisiología sexual y por patrones culturales y educacionales erróneos; más que por los cambios hormonales inherentes a la misma. En contraste con los varones, el pico de interés sexual femenino está entre los treinta y los cuarenta años, y a menudo se mantiene hasta después de los sesenta años.

Cambios anatómicos

Tras la menopausia hay una disminución severa de la producción de estrógenos y progestágenos causantes de los cambios que se producen en el aparato genital femenino:

- Redistribución de la grasa corporal. La distribución de la grasa deja de ser "típicamente femenina", produciéndose cambios importantes en la figura corporal.
- Disminución de la fuerza muscular
- Cambios en los caracteres sexuales secundarios: disminución del vello axilar y púbico
- Modificación de las mamas, cuyo tejido glandular es sustituido por tejido graso y cuya piel pierde elasticidad, en grado suficiente como para deformar de manera importante su posición en el tórax.
- Los labios mayores y menores pierden elasticidad y muestran atrofia progresiva de sus capas dérmica y epidérmica, lo mismo que el resto de la vulva.
- La vagina se hace más corta y menos elástica.
- La mucosa vaginal se hace más delgada y friable, lo que a su vez facilita infecciones locales. Aunque se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que aquellas con vida sexual pobre; lo cual indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales.
- Los ovarios disminuyen progresivamente de tamaño.

- Las tubas uterinas se hacen filiformes.
- El útero regresa a su tamaño pre-puberal
- El endometrio y la mucosa del cuello uterino se atrofian.
- Al atrofiarse los ovarios, disminuye la producción de andrógenos, que parecen estar relacionados con el interés sexual.

Cambios en el ciclo sexual

Todas las fases del ciclo se mantienen pero con una intensidad menor.

1. Fase de excitación: la excitación es más lenta (hasta 5 min.), la fase de expansión y lubricación de la vagina está más alargada.
2. Fase de meseta: la elevación del útero está disminuida; la duración y la intensidad a la estimulación sexual para lograr un orgasmo está aumentada.
3. Fase de orgasmo: las contracciones musculares para el orgasmo existen pero disminuidas en número e intensidad, pudiendo haber contracciones dolorosas.
4. Fase de resolución: está más alargada que en las jóvenes y presentan una reducción de la capacidad de múltiples orgasmos.

Reacciones extra genitales

- Es menos intenso el aumento de tamaño de las mamas y se vuelven menos firmes y más planas. La erección del pezón es igual, pero es de menor intensidad y recién se produce en la meseta preorgásmica. A veces los cambios mamarios son solo unilaterales. La erección del pezón persiste por varias horas post orgasmo en la mujer añosa.
- No hay rubor sexual (enrojecimiento de mamas, hombros, cara y frente durante la excitación sexual), como en las mujeres jóvenes.
- Al igual que en la joven, hay apertura del meato urinario durante el orgasmo intenso. Se observa frecuencia sensación quemante al orinar, que dura hora o días después del coito, por atrofia de las paredes vaginales que en la juventud amortiguan la irritación normal de la penetración.
- El ano se contrae poco durante el orgasmo, a diferencia de la joven.

Reacciones genitales externas.

- Los labios mayores han perdido tejido adiposo y elástico por reducción hormonal, y no se aplanan, ni se separan y elevan alrededor del orificio vaginal.
- El clítoris tiene mayor dificultad para la erección. Su glande no se agranda, pero sí lo hace el cuerpo esponjoso durante la excitación, así como se retrae y aplasta durante la meseta preorgásmica, reduciendo el 50 % de su tamaño con respecto a la mujer joven.
- La piel sexual o coloración rojo púrpura o rojo vinoso de los labios menores durante la meseta, típicos de la inminencia del orgasmo, falta en la mujer añosa, salvo excepciones.

- Muy pocas mujeres de más de 60 años tienen actividad secretoria de sus glándulas de Bartholino, que lubrican el orificio vaginal externo en el coito prolongado.
- Debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existe menor contracción de la vagina durante la fase de plataforma orgásmica.

Reacciones genitales internas.

- Las paredes de la vagina pasan de ser rugosas, gruesas y de color rojo púrpura en las premenopáusicas, a ser lisas, muy finas y de color rosado pálido en las postmenopáusicas.
- Disminuyen la longitud y la anchura de la vagina, así como la capacidad de dilatarse durante la excitación y meseta.
- La lubricación vaginal disminuye en cantidad y es más lenta. Mientras una mujer joven quizás solo necesite de 15 a 20 seg. de excitación para lubricar su vagina, en la mujer de edad más avanzada esto puede demorar hasta 5 minutos.
- Las contracciones musculares orgásmicas disminuyen a 3 ó 5 veces, mientras en la joven son de 5 a 10 veces, y en ocasiones son dolorosas por ser más espásticas que rítmicas.
- Luego, hay un rápido colapso post orgasmo de la pared vaginal.
- El útero se eleva poco en la meseta y durante el orgasmo son frecuentes los calambres dolorosos intensos, sobre todo si no se tiene una frecuencia sexual regular.

De acuerdo a numerosas investigaciones, son varios los factores estrechamente vinculados a la satisfacción y el deseo sexual de las mujeres. Estos incluyen salud mental estable en el pasado y en la actualidad, bienestar e imagen positiva de sí misma, experiencias sexuales gratificantes en el pasado, sentimientos positivos hacia la pareja y expectativas positivas de la relación. La disfunción sexual de la pareja, el incremento en la percepción del estrés, historia de infertilidad (principalmente después de una amplia investigación), y el aumento de la duración de la relación se vinculan con reducción del deseo.^{15, 16, 17, 18, 19}

FACTORES PSICOSOCIALES

Para la mayoría de investigadores, la disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona tanto con los cambios físicos y fisiológicos debidos al envejecimiento descritos anteriormente como con la influencia de actitudes y expectativas impuestas por el entorno social, así como con factores psicológicos propios del anciano.

Modelo de sexualidad

El modelo actual de sexualidad dominante, está basado en la juventud, genitalidad, heterosexualidad y con fines de procreación; exalta la figura corporal atractiva, la juventud, esbeltez, vigor físico, etc., haciendo que la vejez se vea como sinónimo de fealdad.

Al imperar un arquetipo de belleza distinto al que pueden alcanzar, las personas mayores se sienten menos atractivas y más inhibidas con respecto a las relaciones sexuales. De manera que sin impedimentos físicos se produce una disminución completa de la actividad sexual.

Actitud ante los cambios fisiológicos normales

El significado que los viejos le otorgan a los cambios fisiológicos derivados del envejecimiento, determinan el impacto de los mismos. El progresivo aumento del periodo refractario y la mayor dificultad para conseguir una erección pueden producir ansiedad en el hombre, la cual perjudicará aún más su capacidad de respuesta sexual. En el caso de las mujeres, la dispareunia puede provocar ansiedad anticipatoria con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper

El "temor al desempeño", se observa con frecuencia en el hombre mayor de 60 años en la forma de un miedo a la realización del acto sexual. El temor a fallar, no lograr una buena erección o no hacer un buen papel, sobre todo con una pareja de menos edad. En la mujer se traduciría por el temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero. ^{20, 21, 22}

Historia sexual previa

El haber tenido una historia sexual en la que las relaciones sexuales se iniciaron tarde y sobre todo si se mantuvieron de forma irregular; así como las relaciones rutinarias o conflictivas, se asocian con una actividad sexual escasa en la vejez.

Jubilación

La identidad que ofrece la ocupación y el sueldo desaparece. El sujeto parece perder su lugar en la sociedad. Supone un cambio muy significativo en el ciclo vital, ya que exige una reestructuración total de la vida cotidiana y su sistema de relaciones. Implica una disminución del poder económico y social y una nueva reasignación de los roles sexuales.

La figura corporal

Por regla general, las mujeres suelen asumir mejor que los hombres los cambios que afectan la esfera estrictamente sexual. Sin embargo no aceptan el proceso de envejecimiento en general y en particular lo referido a la imagen corporal. La mujer es más vulnerable ante su aspecto físico y su atractivo sexual.

Para muchas mujeres el envejecimiento representa el fin de sus cualidades (belleza, juventud y maternidad), por lo que al carecer de ellas consideran que “ya no sirven para nada”. Aceptar el envejecimiento corporal, sin que disminuya la autoestima general y sexual, es fundamental para que las personas mayores se sientan capaces de desear, atraer y amar.

Viudedad

La sexualidad del anciano con pareja es completamente diferente de la de aquel que no la tiene, es más difícil para un anciano conseguir una pareja circunstancial que para un joven, para una mujer es aún mayor la dificultad.

Después de los 65 años hay más mujeres viudas que casadas. La viudedad se experimenta en fases diferentes en la vejez en hombres y mujeres. Mientras en las mujeres ocurre durante la vejez joven (60-80 años), en los varones suele acontecer en la “vejez avanzada” (mayores de 80 años). Lo que permite que las viudas tengan una mejor red social.

Si los vínculos con el cónyuge fallecido fueron muy estrechos, es probable que el cónyuge que se queda este deprimido y presente deseos de acompañar al fallecido o sentimientos de culpa por estar vivo. Esta situación dificulta la posibilidad de una nueva relación afectivo-sexual a corto plazo y afecta particularmente a las mujeres, en primer lugar porque son más numerosas y tienen menos probabilidad de encontrar pareja y, en segundo lugar, porque existe una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso los nuevos matrimonios en las mujeres viudas, lo cual, limita la actividad sexual de éstas (aproximadamente el 90% de las mujeres viudas cesan sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo).

Síndrome de la Viudedad

Aparición de alteraciones en la erección en el hombre o de dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales en la mujer, tras un período de inactividad a consecuencia de la muerte del cónyuge. En esta sintomatología contribuyen hechos como la existencia de un duelo no resuelto, sentimientos de culpabilidad o el incumplimiento de expectativas.

Cambio de domicilio

Cuando el viejo debido a problemas médicos o por incapacidad es trasladado a la casa de familiares o es ingresado en residencias o instituciones, pierde la privacidad e intimidad de la pareja. Ya que la familia y/o cuidadores no entienden las expresiones sexuales del anciano adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia los ancianos.

Por otro lado, en Países como el nuestro donde hasta tres generaciones habitan la misma casa, los ancianos se ven obligados a compartir su habitación con otra persona, perdiendo también su privacidad.

Otros factores

Existen otros muchos factores que afectan las relaciones sexuales con la edad avanzada.

- Falta de estímulo sexual provocados por una vida sexual monótona y poco variada.
- La falsa creencia de que es incorrecto tener fantasías sexuales en esta época.
- Agotamiento físico o psíquico que disminuyen el interés por el contacto y crea temor por el cansancio extra.
- Aspectos económicos
- Creencias religiosas: considerar al sexo como algo pecaminoso con exclusión de su valor reproductivo, o que deba ser limitado dentro de estrictas reglas.²³

FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD

Tanto la enfermedad aguda como la crónica, provocan una disminución en la función sexual y causan una disminución en el interés por el sexo. La imagen corporal y la capacidad de atracción percibida son modificadas por el envejecimiento y la enfermedad con reducción del deseo por relacionarse.

La enfermedad afecta la movilidad y la tolerancia a la actividad física, reduciendo el deseo sexual. La incapacidad física secundaria a enfermedades es uno de los hechos que con mayor frecuencia lleva al cese de la actividad sexual. La incapacidad puede influir en la actividad sexual de diferentes formas:^{24, 25, 26}

- Limita la movilidad del sujeto (enfermedades osteoarticulares, enfermedades neurológicas y amputaciones)
- Compromete su capacidad de esfuerzo y ejercicio (enfermedades cardíacas y respiratorias)
- Afecta los órganos sexuales (uso de sondas urinarias, atrofia de la mucosa vaginal)
- Los limita psicológicamente (mastectomía, infarto del miocardio, depresión)
- Si la incapacidad es de instauración brusca (enfermedad vascular cerebral, infarto agudo del miocardio, etc.) su repercusión sobre la actividad sexual es peor que si la incapacidad se estableció en forma paulatina (osteoartrosis, enfermedad de Parkinson, insuficiencia respiratoria).

Otras patologías y situaciones crónicas que afectan a la función sexual en las personas mayores incluyen:

1. Demencia
2. Enfermedades sistémicas. Como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica e insuficiencia hepática.
3. Cáncer
4. Alcoholismo
5. Dolor crónico e incontinencia urinaria.

EFFECTO DE LOS MEDICAMENTOS SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL

Con el envejecimiento, todos los sistemas tienen una reserva homeostática limitada, lo que da por resultado disminución del aclaramiento e incremento de la toxicidad de muchos medicamentos. Además la probabilidad de ser también poli medicado aumenta con la edad avanzada y las interacciones medicamentosas comunes tienden a ocurrir con mayor frecuencia en las personas mayores. Los pacientes pueden atribuir las reacciones adversas a la edad y no reportarlas al médico. Por lo que nuevos síntomas como disminución de la libido, falta de lubricación o disfunción eréctil pueden ser el resultado de los fármacos administrados.

Fármacos que afectan la sexualidad

Sexualidad Femenina	
Incremento de la libido	Andrógenos, benzodiacepinas
Disminución de la libido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepam, alfa-metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos
Alteración de la excitación y el orgasmo	Anticolinérgicos, clonidina, alfa-metildopa, IMAO, antidepresivos tricíclicos
Virilización	Andrógenos, haloperidol

Sexualidad Masculina	
Incremento de la libido	Andrógenos, baclofén, diazepam, levodopa, haloperidol (bajas dosis)
Descenso de la libido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepam, alfa-metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos. Fármacos antiandrógenos en el cáncer de próstata
Disfunción eréctil	Betabloqueadores, calcioantagonistas, vasodilatadores, diuréticos, bloqueadores adrenérgicos centrales, ansiolíticos e hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos, levodopa, litio, analgésicos narcóticos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, antagonistas anti-H2, metoclopramida, acetazolamida, baclofén, clofibrato, danazol, disulfiram, estrógenos, interferón, naproxeno, progesterona.
Disminución de la eyaculación	Anticolinérgicos, clonidina, estrógenos, IMAO, alfa-metildopa, antidepresivos tricíclicos, tiacida, tioridazina.
Disminución de la testosterona	Digoxina, haloperidol (altas dosis), litio, IMAO, espironolactona.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La transición demográfica y epidemiológica ha permitido que en la actualidad las sociedades tengan cada vez un mayor número de personas mayores, con una elevada esperanza de vida. De ésta manera, cuando hablamos de vejez, no nos estamos refiriendo a un periodo corto, ni al final de la vida, sino a una etapa importante, tanto en duración, como por el número de personas que afecta.

A pesar de que la sexualidad es una parte natural, necesaria y saludable de la vida; y de que los sentimientos, los deseos y las actividades sexuales están presentes durante todo el ciclo vital de cada individuo, en la actualidad aún son escasas las investigaciones y la información que se posee sobre la sexualidad de los viejos. En particular, en nuestro País no existen estudios recientes que aborden el tema.

JUSTIFICACIÓN

El estudio de la sexualidad de las mujeres mayores, nos proporcionará información que servirá de base para el desarrollo ulterior de intervenciones que promuevan una sexualidad más completa, positiva y gratificante.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las características de la conducta sexual en mujeres mayores de 70 años.

Objetivos Específicos

Estimar la prevalencia de las relaciones sexuales en mujeres mayores de 70 años.

Determinar el interés de las mujeres mayores de 70 años para mantener una vida sexualmente activa.

Valorar el impacto que tiene la funcionalidad en las relaciones sexuales en mujeres mayores de 70 años.

II. MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO.

Estudio transversal descriptivo

TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Mujeres mayores de 70 años que acudan a la consulta externa del servicio de Geriátría del Hospital General de México OPD.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Pacientes con deterioro cognitivo moderado-severo.

Personas que se encuentren institucionalizadas en residencias o asilos.

VARIABLES DE ESTUDIO

Sociodemográficas; enfermedades, fármacos empleados; escalas geriátricas (mini mental de Folstein, Índices de Katz y Lawton-Brody); ítems de sexualidad, deseo sexual, frecuencia y prácticas sexuales e importancia de la sexualidad.

ÍNDICE DE KATZ

Actividades básicas de la vida diaria:

1. Baño
2. Vestido
3. Uso del WC
4. Movilización
5. Continencia
6. Alimentación

A	Independiente en todas sus actividades
B	Independiente en todas, salvo en una de ellas.
C	Independiente en todas, salvo baño y otra mas
D	Independiente en todas, salvo baño, vestido y otra más.
E	Independiente en todas, salvo baño, vestido, uso del WC y otra más.
F	Independiente en todas, salvo baño, vestido, uso del WC, movilización y otra mas
G	Dependiente de las seis funciones

- Grados A-B: Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D: Incapacidad moderada.
- Grados E-G: Incapacidad severa.

ÍNDICE DE LAWTON-BRODY

Teléfono	
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1
Sabe marcar números conocidos	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Compras	
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0
Ha de ir acompañado para cualquier compra	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí sola	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	0
Tareas domésticas	
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	1
No participa ni hace ninguna tarea	0
Lavar la ropa	
Lava sola toda la ropa	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	0
Transporte	
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a la medicación	
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, sola	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0
No es capaz de tomar la medicación sola	0
Capacidad de utilizar el dinero	
Se responsabiliza de asuntos económicos sola	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1
Incapaz de utilizar el dinero	0

PROCEDIMIENTOS.

Los cuestionarios serán aplicados a mujeres que acudan a la consulta externa del servicio de Geriátría del Hospital General de México en el periodo comprendido entre el 01 de Enero al 30 de Junio de 2008, que cumplan los criterios de inclusión y que acepten participar en el estudio. Las pacientes serán abordadas de la siguiente manera:

1. Información sobre los objetivos del estudio.
2. Previo consentimiento informado se obtendrán datos de clinimetría (mini mental de Folstein, índice de Katz, índice de Lawton-Brody) del expediente clínico o en su defecto aplicando las escalas pertinentes.
3. Se aplicará el cuestionario mediante entrevista directa.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Validez interna.

Al no existir un cuestionario validado sobre el tema en nuestro medio, el presente cuestionario no presenta elementos de discusión. Sin embargo puede tomarse como referencia para investigaciones posteriores.

Validez externa.

La muestra estudiada no puede considerarse representativa del total de la población geriátrica mexicana, por lo cual los resultados obtenidos no podrán extrapolarse o generalizarse.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Empleando el paquete estadístico SPSS v13 se obtendrán medidas de tendencia central, dispersión y distribución de frecuencias.

III. RESULTADOS

De las 55 mujeres a las que se les invitó a participar, 50 aceptaron responder el cuestionario (90%). La edad media fue de 78.5 ± 6 años, (Figura 1). El 52% eran viudas, 22% divorciadas o separadas, 14% solteras y solo el 12% estaban casadas o vivían en unión libre, (Figura 2). Con respecto a la educación, el 52% eran analfabetas, y el resto tenían escolaridad de primaria, (Figura 3). Cuarenta y dos mujeres eran católicas, 5 Testigos de Jehová y 3 cristianas, (Figura 4).

El 90% de las pacientes no tenían incapacidad, o ésta era leve para las actividades de la vida diaria; y el cincuenta por ciento eran independientes para las actividades instrumentadas, (Tabla 1), (Figura 5), (Figura 6). Las patologías más frecuentes incluyeron diabetes mellitus, hipertensión arterial y osteoartritis (Tabla 2), con su respectivo tratamiento farmacológico, (Tabla 3).

El 40% de las mujeres vivían en casa propia sin hijos, 30% en casa de los hijos, 22% en casa propia con hijos y el 4% restante en casa de sobrinos o nietos, (Tabla 4). Compartiendo su habitación en el 28% de los casos, (Tabla 5).

El inicio de la vida sexual activa ocurrió a los 17.8 ± 3.34 años; teniendo en promedio 6.6 hijos. De las 45 mujeres que mantuvieron actividad sexual en la juventud, el 69% tuvo una sola pareja, 24.4% dos parejas y 6.6% tres parejas sexuales. El 42.2% consideró que la etapa más satisfactoria de su vida sexual fue la juventud, 26.6% la adolescencia, 11.1% la madurez, 2.2% la vejez y 17.7% que en ningún momento de su vida, (Figura 7). Más de la mitad de las mujeres fueron forzadas a mantener actividad sexual en algún momento de su vida (51.2%), (Figura 8). El total de las viudas y divorciadas dejó de tener relaciones sexuales tras la muerte o separación del cónyuge. Con respecto a su juventud, la satisfacción de su vida sexual mejoró en 37.7%, empeoró en 48.8% y se mantuvo igual en el 13.3% de los casos, (Figura 9). Los besos y abrazos fueron la práctica sexual más frecuente al momento de la entrevista (42%), mientras que al 8% no les interesa ningún tipo de contacto. Solo 2 mujeres consideraron que el coito es la única forma de obtener satisfacción sexual. Para 47 mujeres la importancia de mantener una vida sexual activa oscila entre indiferente y nada importante, (Tabla 6), (Figura 10).

En la actualidad, solo 8% de la muestra mantiene relaciones sexuales, al 50% de ellas les parecen satisfactorias a veces, a 25% no les parece satisfactorias y al resto si les parece satisfactorias. La frecuencia es de una vez al año en la mayoría de los casos (75%), el otro 25% mantiene actividad una vez por mes. El cien por ciento de las mujeres consideró

adecuada la frecuencia de su actividad sexual. Cincuenta por ciento manifestó mantener relaciones sexuales porque a ellas les agradaba, 25% a petición del cónyuge y 25% por obligación conyugal.

La mitad de la muestra estudiada considera que el objetivo de la sexualidad es la procreación (Figura 11), que el deseo sexual se mantiene en el hombre mas no en la mujer, y que continuar con una vida sexual activa solo es normal en personas casadas, (Figura 12); un porcentaje significativo desconoce si la actividad sexual es nociva para la salud, (Tabla 7), (Figura 13).

IV. DISCUSIÓN

La actividad sexual está influida por múltiples factores educacionales, culturales, sociales y biológicos. Así como por el momento histórico en que se desarrolla el individuo. Mientras en países anglosajones la frecuencia con la que las mujeres mayores mantienen relaciones sexuales varía entre el 24 y el 68%. En el presente estudio solo el 8% de la población continuó con ésta actividad, después de los 70 años.

Tal como ha sido reportado en la literatura, las mujeres que participaron en éste estudio manifestaron un declive en el interés y en la actividad sexual. Entre los factores sociales que pudieran influir con la pérdida de la actividad sexual en ésta población, se incluye:

No tener pareja

Esto debido principalmente a la viudedad, que afecta a más de la mitad de la muestra; mientras en España, las viudas cesan la actividad sexual en un 90% tras la muerte del cónyuge, el 100% de las mujeres mexicanas cesaron dicha actividad.

Nivel cultural bajo

En México la prevalencia de analfabetismo entre la población geriátrica aún es muy elevada, (52%). Y la máxima escolaridad alcanzada fue primaria, que en ocasiones fue incompleta.

Pérdida de privacidad

Tan solo el cuarenta por ciento de las mujeres entrevistadas manifestó contar con privacidad. El sesenta por ciento restante, comparte su vivienda con los hijos y nietos o vive en casa de algún familiar cercano. Lo cual limita aún más su intimidad y la posibilidad de expresar y desarrollar su sexualidad.

Momento histórico en que nacieron

La influencia política y religiosa, podría explicar el porqué más de la mitad de las mujeres consideraron que la actividad sexual tiene como único objetivo la procreación. Y que un porcentaje significativo crea que la actividad sexual después de los 60 años es normal solo en personas casadas.

Comorbilidad

El 80% de las mujeres presentaron al menos 2 enfermedades crónicas concomitantes (comorbilidad). Ha sido estudiado ampliamente que la osteoartritis limita la actividad sexual al provocar deformidades que tienden a afectar la autoimagen y al limitar la movilidad del sujeto. Por otro lado, la hipertensión influye en la actividad sexual al comprometer la capacidad de esfuerzo; y la diabetes mellitus puede provocar disfunción

sexual, y más aún en aquellas mujeres con mayor edad y escolaridad baja.

De las mujeres que dijeron que su vida sexual había mejorado con respecto a la juventud, llama la atención que fue porque dejaron de tener actividad sexual. Esto podría explicarse porque muchas de ellas en etapas previas fueron obligadas por sus parejas a mantener relaciones sexuales.

A diferencia de lo reportado en la literatura, mantener una adecuada funcionalidad, no pareció relacionarse con la continuación de una vida sexual activa en ésta población.

V. CONCLUSIONES

La sexualidad no desaparece ni se pierde con el devenir de los años, lo que ocurre es que adopta formas distintas, se expresa de modo diferente según las personas se van haciendo mayores.

Es importante educar a la población sobre el concepto de sexualidad, dado que es una forma de expresión, y no solamente coito. La mayoría de la gente se centra en la función reproductiva, dejando de lado las funciones erótico-placentera y la de comunicación. Ésta última muy importante durante la vejez.

Aún permanece muy arraigado entre los mexicanos el mito que considera a la sexualidad como algo innecesario y sin sentido. Así como un modelo basado en la genitalidad.

Es preciso favorecer un modelo propio de la vejez, sin imponer conductas, y respetando los valores y la historia personal de los mayores.

Este estudio proporciona la base para el desarrollo de otros que aborden de una manera más exhaustiva la sexualidad de la mujer mayor.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Levine, SB. Sexual life. 1992. New York: Plenum.
2. Dennerstein, Lorraine; Leher, Philippe and Burger, Henry Burger. Sexuality. Am J Med. 2005; 118: 59S–63S.
3. Herrera P, Adela. Sexualidad En La Vejez: ¿Mito o Realidad?. Rev. Chil. Obstet. 2003; 68 (2).
4. Herrera Delgado, Edwin Gerardo. Propuesta socioeducativa sobre sexualidad humana dirigida a hombres adultos mayores. Anales en Gerontología, 2005; 5: 109-120.
5. Graziottin A. Sexuality in the elderly. Journal für Menopause. 1999; 6 (Sonderheft 1).
6. Garita Sánchez, Gustavo. Envejecimiento y Sexualidad. Rev Ciencias Sociales. 2004; 105: 59-79.
7. Johnson B. Older adults and sexuality: A multi dimensional perspective. J Gerontol Nurs. 1996; 22 (2): 6-15.
8. Ginsberg, Terrie B. Aging and Sexuality. Med Clin N Am. 2006; 90: 1025-1036.
9. Smedley G. Addressing sexuality in the elderly. Rehabil Nurs. 1991; 16 (1): 9–11.
10. Davidson S. Sexuality in the elderly: What is the health professional role? Persp. 1995; 19 (2): 6-8.
11. Read, Jane. ABC of sexual health Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. BMJ. 2004; 329.
12. Gott, Merryn. Sexual health and the new ageing. Age and Ageing. 2006; 35: 106-107.
13. Gott, Merryn and Hinchliff, Sharron. How important is sex in later life? The views of older people. Social Science & Medicine. 2003; 56: 1617–1628.
14. Karlen A, Moglia R. Sexuality, aging and the education of health professionals. Sex Disabil. 1995; 13 (3): 191–199.
15. Mulligan, Thomas. Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. Colombia Médica. 1998; 29: 148-54.

16. Berman, Jennifer R and Bassuk, Javier. Physiology and Pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol.* 2002; 20: 111-118.
17. Bachmann, Gloria A, Leiblun Sandra R. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause.* 2004; 11 (1): 120-130.
18. Basson Rosemary. Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. *N Engl J Med.* 2006; 354: 1497-506.
19. Moreira, Edson; Kim, Sae-Chul; Glasser, Dale and Gingell, Clive. Sexual Activity, Prevalence of Sexual Problems, and Associated Help-Seeking Patterns in Men and Women Aged 40–80 Years in Korea: Data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *J Sex Med* 2006; 3: 201–211.
20. Katz, Stephen and Marshall, Barbara. New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies.* 2003; 17: 3-16.
21. Hartmann, Uwe; Philippsohn, Susanne; Heiser, Kristina and Ruffer-Hesse, Claudia. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause.* 2004 (11): 726-740.
22. Kingsberg, Sheryl A. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. *Archives of Sexual Behavior.* 2002; 31 (5): 431–437.
23. Pangman, Verna C. and Seguire, Marilyn. Sexuality and the Chronically Ill Older Adult: A Social Justice Issue. *Sex Disabil.* 2000; 18 (1): 49-59.
24. Kobrin, Pitzele S. Chronic illness, disability and sexuality in people older than fifty. *Sex Disabil.* 1995; 13 (4): 309–325.
25. Camacho, ME and Reyes-Ortiz, CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease?. *International Journal of Impotence Research.* 2005; 17: S52–S56.
26. Drench M, Losee R. Sexuality and sexual capacities of elderly people. *Rehabil Nurs.* 1996; 21 (3): 118–123.

VII. ANEXOS



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
TODA UNA VIDA AL CUIDADO DE LA VIDA



SERVICIO DE GERIATRÍA

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

Edad:	Religión:	Lawton-Brody:	Katz:
Enfermedades:		Fármacos:	
<p>1. Escolaridad:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Analfabetab. Primariac. Secundariad. Bachilleratoe. Licenciatura <p>2. Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Viudab. Casada o unión librec. Divorciada o separadad. Soltera <p>3. ¿Con quién vive usted?</p> <ul style="list-style-type: none">a. Casa propia sin hijosb. Casa propia con hijosc. Casa de los hijosd. Otro _____ <p>4. ¿Comparte su habitación con otros miembros de la familia?</p> <ul style="list-style-type: none">a. Si, con _____b. No <p>5. Para usted qué es lo más importante de la sexualidad?</p> <ul style="list-style-type: none">a. El placer individualb. El placer mutuoc. La comunicación con la parejad. La procreación			

6. ¿Quién considera que mantiene más interés sexual en la vejez?
- El hombre
 - La mujer
 - Ambos
 - Ninguno
7. ¿Cómo considera el interés sexual en las personas mayores de 60 años?
- Es normal
 - Es indecente y de mal gusto
 - Es normal en los hombres, pero no en las mujeres
 - Es normal en las mujeres, pero no en los hombres
 - Es normal solo en personas casadas
8. ¿Cree que mantener la actividad sexual en la vejez es nocivo para la salud?
- Si
 - No
 - No sé
9. En la actualidad, ¿qué tipo de prácticas sexuales realiza con mayor frecuencia?
- Besos y abrazos
 - Caricias con las manos
 - Caricias con los labios
 - Masturbación
 - Coito
 - Ninguna
10. ¿Y cuales prefiere?
- Besos y abrazos
 - Caricias con las manos
 - Caricias con los labios
 - Masturbación
 - Coito
 - Ninguna
11. ¿Considera que el coito es la única forma de obtener satisfacción sexual?
- Si
 - No
12. Para usted, mantener una vida sexual activa es:
- Poco importante
 - Es muy importante
 - Es indiferente
 - Nada importante

La siguiente sección es solo para aquellas mujeres que hayan tenido o que mantengan vida sexual activa.

13. ¿A que edad inició su actividad sexual? _____
14. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____
15. ¿En que etapa considera que ha sido más satisfactoria su vida sexual?
- Adolescencia
 - Juventud
 - Madurez
 - Vejez
 - Ninguna
16. ¿Cuántos hijos tuvo? _____
17. En la actualidad ¿Mantiene relaciones sexuales?
- Si
 - No
18. ¿Son satisfactorias?
- Si
 - No
19. ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
- Diario
 - Varias veces a la semana
 - Una vez por semana
 - Una vez al mes
 - Otro: _____
20. ¿Cómo considera la frecuencia de su actividad sexual?
- Adecuada
 - Insuficiente
 - Excesiva
21. ¿Ha sido forzada por su pareja a mantener contacto sexual o se ha sentido maltratada durante el mismo?
- Si
 - No
22. Motivos por los que mantiene relaciones sexuales
- Por obligación conyugal
 - Por costumbre
 - Porque su pareja se lo solicita
 - Porque a usted le agrada
 - Porque ambos lo desean
23. Con respecto a su juventud, la satisfacción de su vida sexual:
- Ha mejorado
 - Ha empeorado
 - Se mantiene igual

Figura 1.

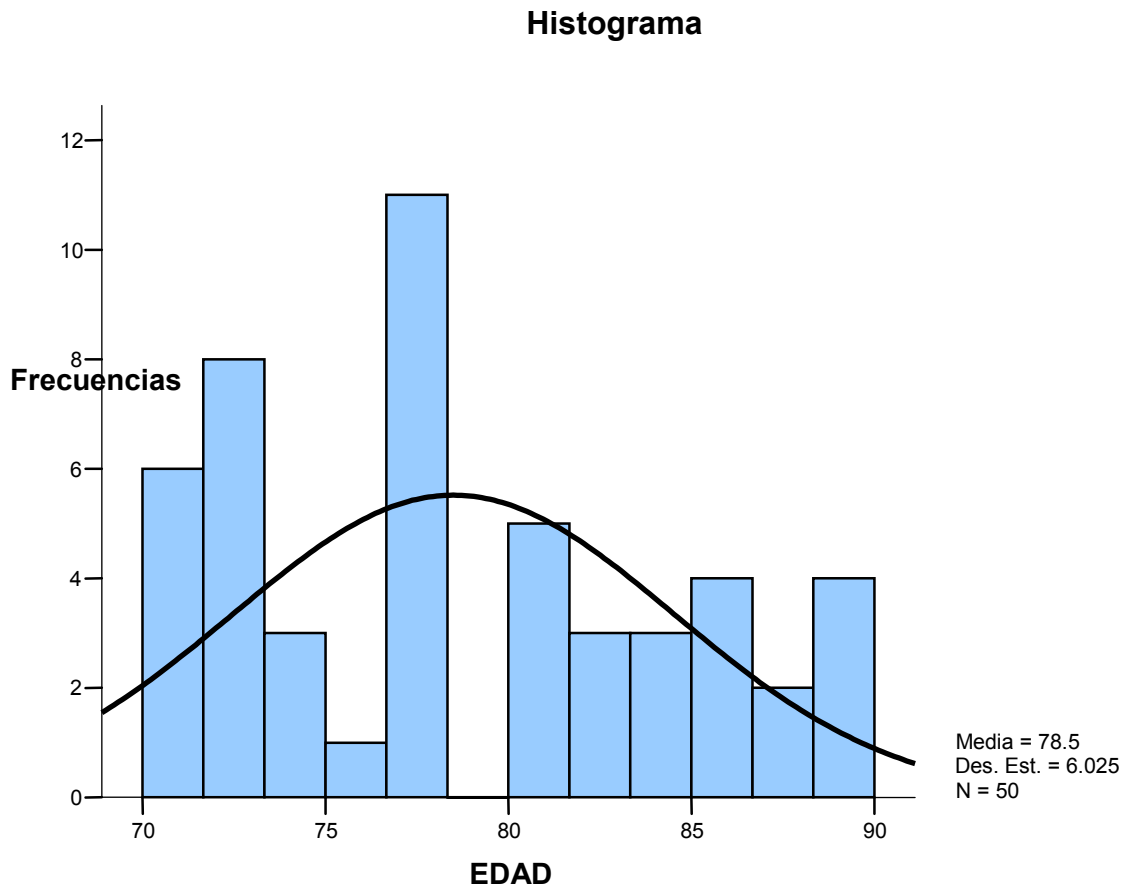


Figura 2.

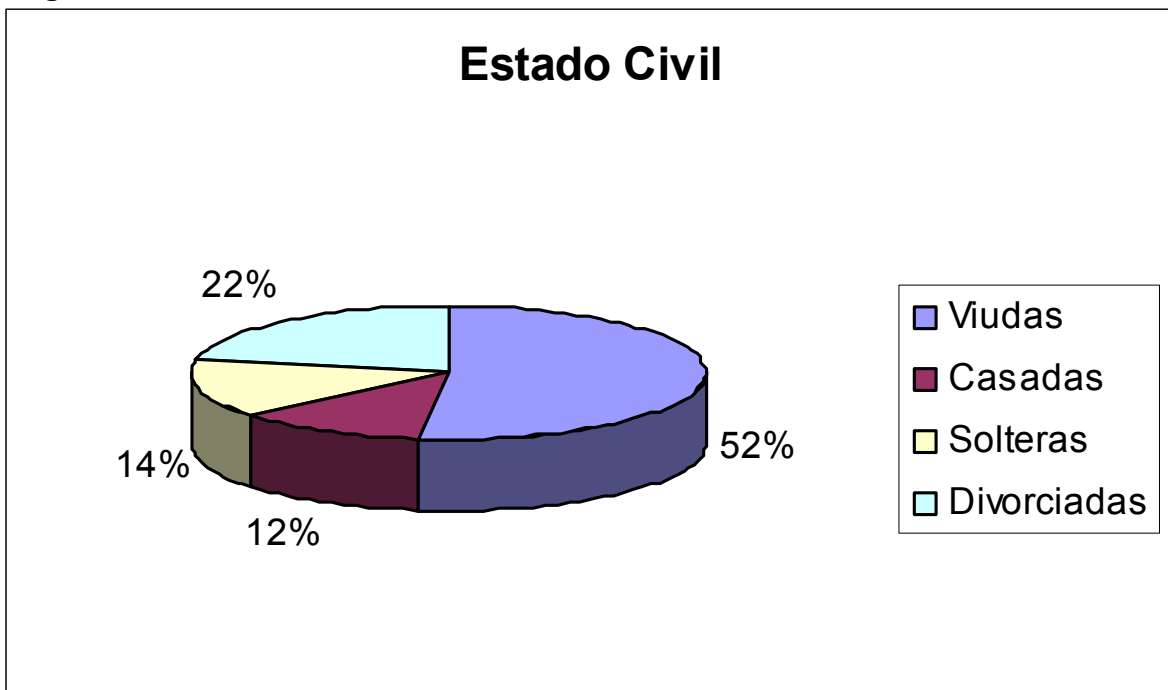


Figura 3.

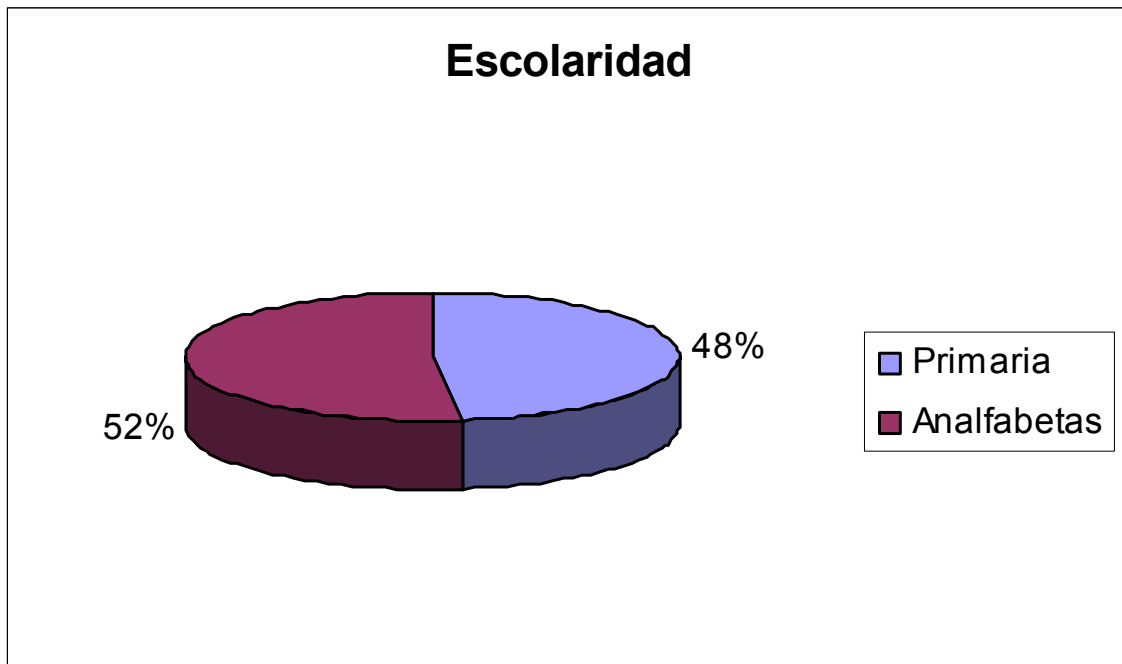


Figura 4.

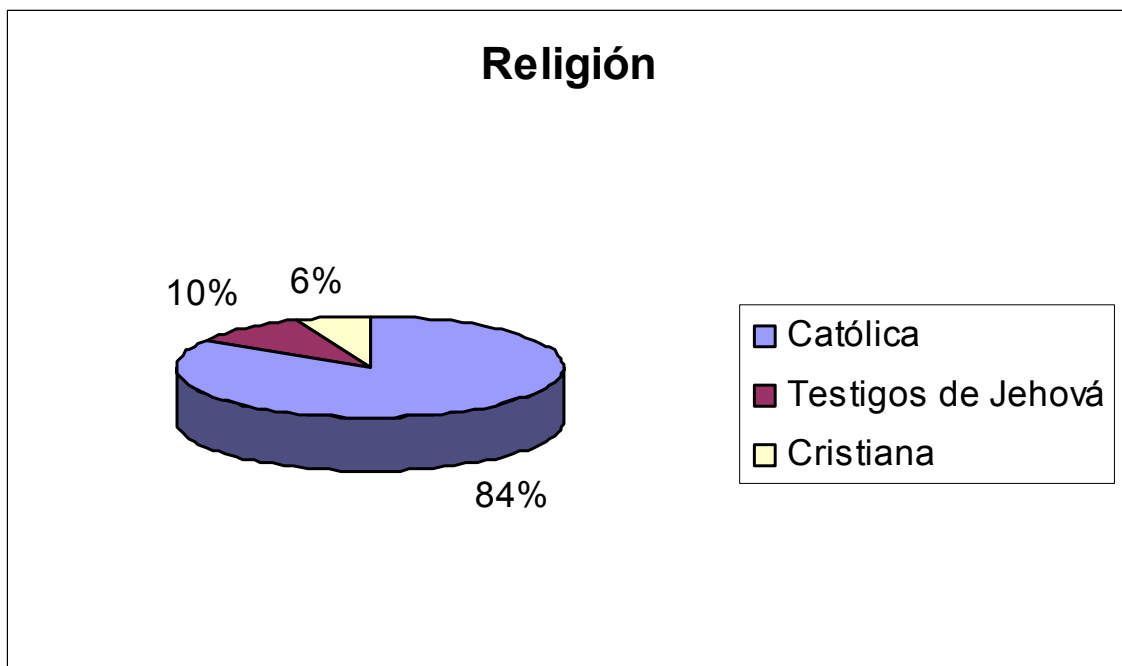


Tabla 2. Enfermedades más comunes		
Patología	N	%
Hipertensión arterial sistémica	23	46
Diabetes mellitus tipo 2	19	38
Osteoartritis	18	36
Insuficiencia cardiaca congestiva	5	10
Insuficiencia venosa periférica	4	8

Tabla 3. Fármacos más empleados		
Fármaco	N	%
Hipoglucemiantes orales	19	38
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	26	52
Analgesicos no esteroideos	17	34
Salbutamol	4	8
Digoxina	4	8

Tabla 4. Vivienda				
	Viudas n (%)	Divorciadas n (%)	Solteras n (%)	Casadas n (%)
Casa propia sin hijos	7 (26.9)	3 (27.3)	5 (71.4)	5 (83.3)
Casa propia con hijos	8 (30.8)	2 (18.2)		1 (16.7)
Casa de los hijos	11 (42.3)	4 (36.4)		
Otro		2 (18.2)	2 (28.6)	

Tabla 5. Comparte su habitación				
	Viudas n (%)	Divorciadas n (%)	Solteras n (%)	Casadas n (%)
NO	20 (76.9)	9 (81.8)	6 (85.7)	1 (16.7)
SI	6 (23.1)	2 (18.2)	1 (14.3)	5 (83.3)
Esposo				4 (80)
Hija	4 (66.6)	1 (50)	1 (100)	
Otro	2 (33.4)	1 (50)		1 (20)

Figura 7.

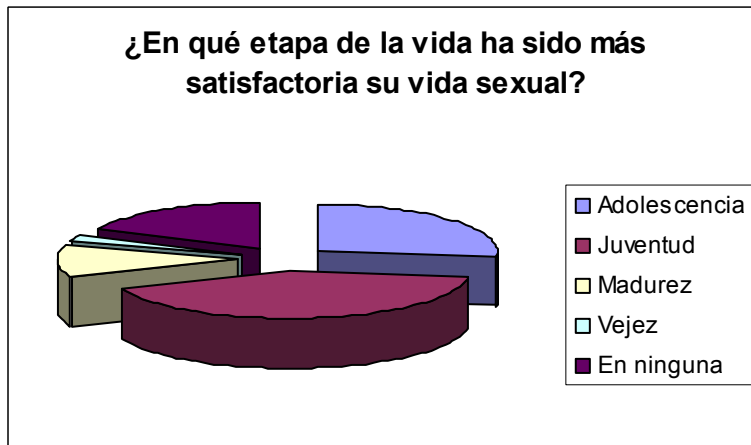


Figura 8.

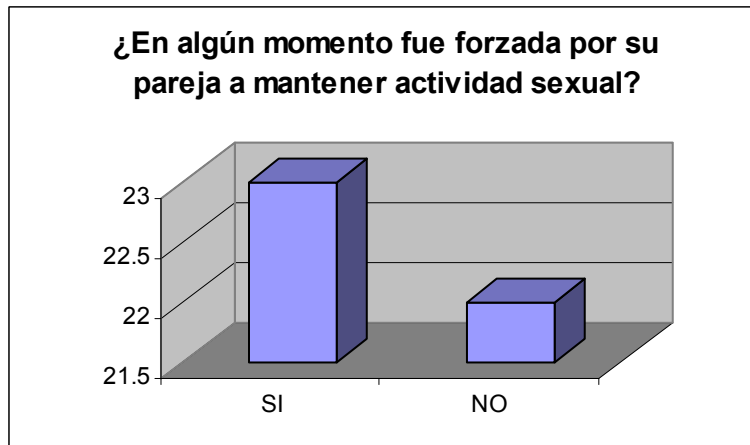
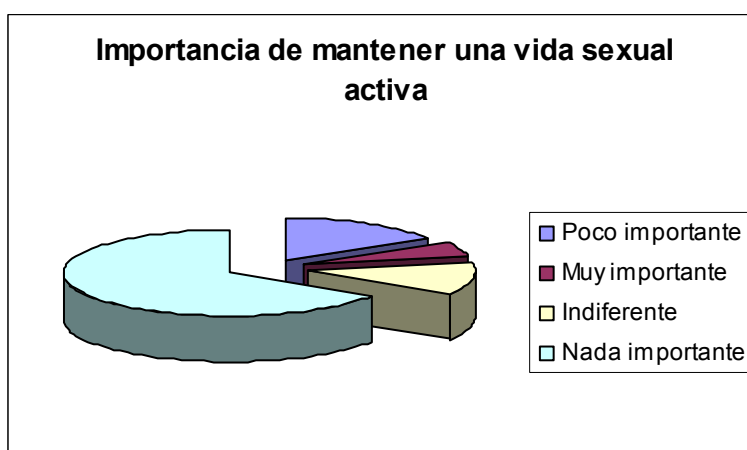


Figura 9.



	N	%
Poco importante	8	16
Muy importante	3	6
Indiferente	6	12
Nada importante	33	66

Figura 10.



<i>Objetivo de la sexualidad:</i>	N	%
El placer mutuo	19	38
La comunicación con la pareja	6	12
La procreación	25	50
<i>Consideran que tiene más internes sexual en la vejez:</i>		
El hombre	29	58
La mujer	1	2
Ambos	10	20
Ninguno	10	20
<i>Consideran el interés sexual después de los 60 años:</i>		
Normal	9	18
Indecente y de mal gusto	13	26
Normal solo en hombres	9	18
Normal solo en personas casadas	19	38
<i>Consideran que la actividad sexual en la vejez es nocivo para la salud:</i>		
Si	14	28
No	19	38
No lo saben	17	34

Figura 11.

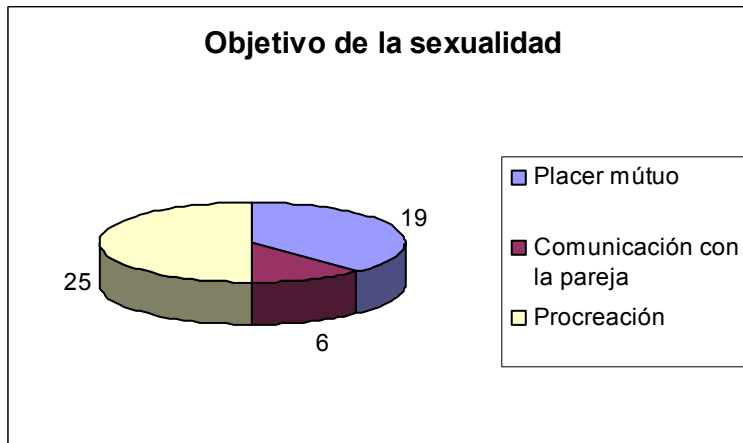


Figura 12.

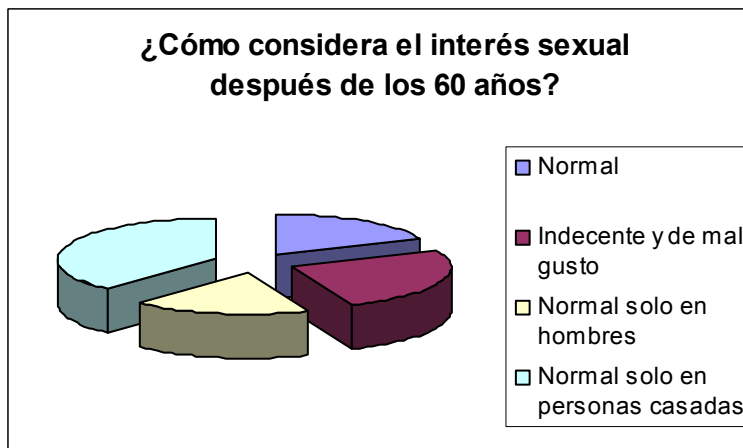


Figura 13.

